

KURZINFORMATION

BAU UND TECHNIK

HIS

HOCHSCHUL-INFORMATION-SYSTEM, GOSERIEDE 9, 30159 HANNOVER

April 2005

B 1 / 2005

Gesundheitsförderung in Hochschulen



Landesunfallkasse Niedersachsen

Landesunfallkasse Niedersachsen
Rainer Schmutnig
Tel.: 05 11/87 07-213
e-mail: Rainer.Schmutnig@guvh.de

Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschule
Ute Sonntag
Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen
Tel.: 05 11/3 50 00 52
e-mail: ute.sonntag@gesundheit-nds.de

HIS-Abteilung III
Joachim Müller, Dr. Friedrich Stratmann
Tel.: 05 11/12 20-140
Fax: 05 11/12 20-140
e-mail: jmueller@his.de / stratmann@his.de

HIS Hochschul-Informationssystem GmbH
Goseriede 9, 30159 Hannover

April 2005

Vorwort

Im Jahr 2001 hatte HIS aus Anlass des Workshops „Arbeitsplatz Hochschule: Gesundheitsförderung - ein Beitrag zur Organisationsentwicklung und zum Arbeitsschutz“, eine erste Kurzinformation zum Thema „Gesundheitsförderung in Hochschulen“ publiziert. Thematisiert wurde insbesondere, ob die Gesundheitsförderung ein neues Tätigkeitsfeld für die traditionell mit Aufgaben des Arbeitsschutzes in den Hochschulen betrauten Personen darstellt. Nicht zuletzt die Nachfrage nach dieser Kurzinformation hat den Bedeutungszuwachs des Themas „Gesundheitsförderung“ in den Hochschulen dokumentiert.

Vor dem Hintergrund sich ändernder politischer Rahmenbedingungen hat HIS nunmehr in Kooperation mit der Landesunfallkasse Niedersachsen und dem Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen im September 2004 die Gesundheitsförderung wieder zum Thema einer Veranstaltung gemacht. Hier wurden die gegenwärtigen Aktivitäten im Hochschulbereich im Spannungsfeld unterschiedlicher Interessenpositionen beleuchtet und erfolgreiche Aktivitäten vorgestellt.

Die positiven Resonanzen der SeminarteilnehmerInnen auf die Vorträge waren Anlass, die Praxisberichte aus den Hochschulen erneut einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich zu machen und eine Aktualisierung und Ergänzung zur bekannten Kurzinformation zu liefern.

HIS verfolgt mit dieser Kurzinformation das Ziel, existierende Rahmenbedingungen zu benennen, unterschiedliche Herangehensweisen darzustellen, sowie auf innovative Ansätze für gesundheitsfördernde Maßnahmen in Hochschulen hinzuweisen.

Die ReferentInnen haben ihre Vorträge für diese Dokumentation überarbeitet, jedoch die speziell auf die genannte Veranstaltung abgestimmte zielgruppenorientierte Darstellung beibehalten.

Den ReferentInnen soll für Ihre Mühe, die sie sowohl mit dem Veranstaltungsbeitrag selbst als auch mit der Erstellung ihrer schriftlichen Ausarbeitung hatten, an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich gedankt werden.

*Dr. Jürgen Ederleh
HIS-Geschäftsführer*

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-----------|--|----|
| 1 | Gesundheitsförderung in Hochschulen <i>(Thomas Hartmann, Diana Siebert)</i> | 1 |
| 2 | Unfallkassen und Gesundheitsförderung <i>(Rainer Schmutnig)</i> | 11 |
| 3 | Gesundheitsförderung in Hochschulen und wissenschaftlichen Einrichtungen <i>(Joachim Müller, Friedrich Stratmann)</i> | 16 |
| 4 | Analyse der individuell erfahrenen Arbeitsumgebung als Ausgangspunkt betrieblicher Gesundheitsförderung <i>(Sonja Gerisch)</i> | 21 |
| 5 | Das BAuA - Kooperationsprojekt mit Tierpflegern an der TiHo Hannover <i>(Wolfgang Günther)</i> | 25 |
| 6 | Betriebliche Gesundheitsförderung an der Universität Lüneburg <i>(Irmhild Brüggem, Nora Wieneke)</i> | 27 |
| 7 | Akteure in einer gesunden Hochschule <i>(Carsten Büthe)</i> | 31 |
| 8 | Lebensraum Hochschule - für alle gesund und erfolgreich gestalten <i>(Rainer Wieland, Triin Tint-Antusch, Karin Hölper)</i> | 35 |
| 9 | Zehn Jahre Gesundheitsförderung an der Universität Bielefeld <i>(Kristin Unnold)</i> | 42 |
| 10 | Evidenzbasis von Gesundheitsförderung und Prävention <i>(Julia Kreis)</i> | 46 |
| 11 | Betriebliche Gesundheitsförderung an Hochschulen aus europäischer Perspektive <i>(Silke Gräser)</i> | 50 |

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

Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung an Hochschulen in Deutschland

Hochschulstruktur in Deutschland

Trend, Daten und Statistik

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

- **Demographischer Wandel:** Erhebliche Verjüngung der Studierenden bei gleichzeitiger „Vergreisung“ der Beschäftigten; Anwachsen des Frauenanteils in bestimmten (insb. zulassungsbeschränkten) Studiengängen; dramatischer Einbruch der Studienanfängerzahlen (Geburtenrückgang) wenn der Anteil Studierender pro Altersjahrgang nicht drastisch erhöht wird.
- **Struktureller Wandel:** Schleichender Autonomieverlust, Zusammenlegung sowie Schließung von Hochschulen und Studiengängen; Einführung von Studiengebühren; Einführung von Bachelor- und Master-Abschlüssen sowie Einstellung der Diplomstudiengänge; Aufgabenveränderungen für die Studentenwerke; Übertragung zusätzlicher gesellschaftlicher Aufgaben; Primat der Informationstechnologie auf allen Ebenen.
- **Politischer Wandel:** Privatisierung von akademischer Bildung; absehbare Reföderalisierung; Rückzug des Bundes aus finanzieller Förderung und gesetzlicher Standardsetzung der akademischen Bildung bei gleichzeitiger Propagierung des Hochschul- und Forschungsraums Europa.

Zweifellos liegen in Umbrüchen auch Chancen für ein Themenfeld wie die Gesundheitsförderung, denn die Nutzung der Bildungsressourcen zukünftiger Generationen muss durch verbesserte gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen in der Erziehung und Ausbildung

unterstützt werden. Darüber hinaus muss es vordringliches Ziel sein, das Potenzial der älter werdenden Generationen des Hochschulpersonals durch gezielte gesundheitliche Interventionen zu erhalten, denn auf absehbare Zeit wird sich die seit fast dreißig Jahren chronische Unterfinanzierung akademischer Ausbildung weiter zuspitzen.

Anzahl der Hochschulen und Struktur des Hochschulbereichs in Deutschland

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

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

Tab. 1: Anzahl der Hochschulen in Deutschland aufgeschlüsselt nach Hochschularten und der Anzahl der jeweils Studierenden in Prozent im Wintersemester 2003/04. *Quellen: Statistisches Bundesamt 2004a, 2004b; Stand: September 2004*

Statusgruppen an den Hochschulen in Deutschland

Insgesamt handelt es sich beim Setting „Gesundheitsfördernde Hochschulen“ um eine Zielgruppe von fast 2,5 Millionen Menschen, die in die Statusgruppen Studierende (80%),

nichtwissenschaftliches (11%) und wissenschaftliches Personal (8%) eingeteilt wird.

Nach den Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes haben sich im Wintersemester 2003/04 an den Hochschulen in Deutschland fast 2,02 Millionen Studierende (vgl. Tab. 2) immatrikuliert, so viele wie nie zuvor (Statistisches Bundesamt 2004b). Gegenüber dem Vorjahr war ein Anstieg der Studierendenzahlen von 4,2% zu verzeichnen. Von den Frauen und Männern studierten 1,41 Millionen (70%) an Universitäten bzw. 0,55 Millionen (27%) an Fachhoch- oder Verwaltungsfachhochschulen. Der Anteil der Frauen unter den Studierenden blieb bei 47,4% im Vergleich zum vorangegangenen Wintersemester 2002/03 unverändert. In den Jahren zuvor war dieser Anteil kontinuierlich gestiegen.

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

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

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

Die Erhebung des Personals an Hochschulen umfasst alle am Erhebungstichtag (1.12.) an deutschen Hochschulen haupt- und nebenberuflich tätigen Personen (Abb. 1) ohne studentische Hilfskräfte (Statistisches Bundesamt 2004c). Ende 2003 sind insgesamt 484.732 MitarbeiterInnen an deutschen Hochschulen tätig. Unterschieden wird zwischen dem nichtwissenschaftlichen Personal (55%) einerseits und dem wissenschaftlichen und künstlerischen Personal mit 216.648 (45%) MitarbeiterInnen (davon knapp 38.000 (7,8%) ProfessorInnen) andererseits (vgl. Tab. 3). Das nichtwissenschaftliche Personal besteht u. a. aus dem Verwaltungs- und Bibliothekspersonal sowie Technischen Personal, dem Pflegepersonal an Hochschulkliniken sowie den Auszubildenden. An den Hochschulkliniken sind ca. 45.000 Personen tätig.

| | |
|----------------|--|
| Hauptberuflich | • Professoren/innen |
| | • Dozenten/innen und Assistenten/innen |
| | • Wissenschaftliche und künstlerische MitarbeiterInnen |
| Nebenberuflich | • Lehrkräfte für besondere Aufgaben |
| | • Gastprofessoren/innen, Emeriti |
| | • Lehrbeauftragte |
| | • Wissenschaftliche Hilfskräfte (incl. Studentische Hilfskräfte) |

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

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

Tab. 3: Personal an deutschen Hochschulen im Jahr 2002 und 2003. *Quelle: Statistisches Bundesamt 2004b; Stand: November 2004*

Stand der gesundheitlichen Prävention in Deutschland

Prävention und Gesundheitsförderung

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

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

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

Gesundheitsförderung...

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

Abb. 2: Merkmale und Prinzipien der Gesundheitsförderung

Entwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland

Die Entwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland wurde stark durch die Konzepte und Programme der Weltgesundheitsorganisation beeinflusst und ist geprägt durch das föderal gegliederte Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland. Einheitliche Präventions- bzw. Gesund-

heitsförderungsstrukturen, wie z. B. in Großbritannien existieren in Deutschland nicht. Für die Gesundheitspolitik und somit auch für die Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung bestehen die Einfluss- und Steuerungsmöglichkeiten des Bundes vor allem in der Sozialgesetzgebung, insbesondere über die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Die Einführung und Umgestaltung des § 20 SGB V im Rahmen verschiedener Stufen der Gesundheitsreformen sowie das derzeit vorbereitete Präventionsgesetz gelten als Meilensteine in der Entwicklung und Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Folgende gesetzliche Regelungen waren maßgebend (vgl. Kaba-Schönstein 2003):

1989 Gesundheitsreformgesetz (GRG):

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

1992 Gesundheitsstrukturgesetz (GSG):

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

1996 Beitragsentlastungsgesetz:

Die Möglichkeit der Krankenkassen in Wettbewerb zueinander treten zu können, führte zu Spannungen zwischen gesundheitspolitischen und wettbewerblichen Zielen der Aktivitäten zur Gesundheitsförderung der GKV. Als Folge dieser „Bauchtanzdebatte“ kam es zur Neuformulierung des § 20 SGB V, der nun auf Schutzimpfungen, krankheitsbezogene Selbsthilfeunterstützung und die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren begrenzt wurde. Gesundheitsförderung wurde als Pflichtleistung der Gesetzlichen Krankenkassen wieder gestrichen und den Trägern der Gesetzlichen Unfallversicherungen übertragen. Die bestehenden Gesundheitsförderungsstrukturen der Krankenkassen wurden abgebaut und Gesundheitsförderung zur ausschließlich versichertenfinanzierten Satzungsleistung, was eine negative Signalwirkung für die weitere Verankerung umfassender Präventions- und Gesundheitsförderungsstrukturen in Deutschland zur Folge hatte.

2000 GKV-Gesundheitsreform:

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

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

2004 GKV-Modernisierungsgesetz (GMG):

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

2005 Präventionsgesetz:

Am 18. Februar hat der Bundestag in 1. Lesung den Entwurf der Regierungsparteien für ein Präventionsgesetz beraten. Laut Gesetzentwurf sollen künftig jährlich 250 Millionen Euro in Prävention und Gesundheitsförderung fließen, wobei davon 180 Millionen Euro über die GKV finanziert werden sollen, 40 Millionen Euro von der Rentenversicherung, 20 Millionen

Euro von der Unfallversicherung und 10 Millionen Euro von der Pflegeversicherung getragen werden sollen. Mit dem Geld soll der Aufbau der **Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung** auf Bundesebene, die z. B. Modellprojekte initiiert und bundesweite Präventionskampagnen durchführt, vorangetrieben werden. Es soll der Ausbau setting-bezogener Modellprojekte im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung auf Länderebene gefördert werden und Projekte der GKV, u. a. im Bereich verhaltensbezogener Prävention und Gesundheitsförderung sowie Betrieblicher Gesundheitsförderung finanziert werden. Das Ausgabenvolumen von jährlich 250 Millionen Euro ist im Vergleich zu den Gesamtausgaben der Krankenversorgung in Deutschland zwar verschwindend gering und wird von der GKV als Hauptfinanzier äußerst kritisch gesehen (vgl. z. B. Bellwinkel 2005), dennoch wäre ein Präventionsgesetz ein erster Schritt und ein zentraler Meilenstein auf dem Weg zur Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Gesellschaft als „Vierte Säule“ des Gesundheitssystems neben der Primärversorgung, der Rehabilitation und der Pflege. Erstmals ist damit der Setting-Ansatz (im Gesetz als Lebenswelt tituliert) auf allen politischen Organisationsebenen gesetzlich benannt und als zentrales Interventionsinstrument der **gesundheitlichen Prävention** festgeschrieben.

Strukturen und Aktivitäten Gesundheitsfördernder Hochschulen

Die Hochschule als Setting

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

- Gesundheitsförderung in einem Setting, das eine lange Tradition hat und die Einführung von Maßnahmen (z.B. Programmen und Projekten) der Gesundheitsförderung in einem Setting beinhaltet.
- Ein gesundheitsförderndes Setting ist dagegen ein neues Konzept, das einen Politik- und Strategiewechsel beinhaltet und Gesundheitsförderung primär als Organisationsentwicklung versteht (Pelikan et al. 1993). Kennzeichnend ist u. a. die Einbeziehung gesundheitsfördernder Aspekte in

die täglichen Aktivitäten, die volle Partizipation aller Statusgruppen eines Settings, die Evaluation der eingeführten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung (vgl. Baric & Conrad 1999):

Klassische Beispiele für Settings sind Kommunen, Kindertagesstätten, Schulen, Betriebe und Hochschulen (vgl. Abb. 3.). Der Setting-Ansatz ist die Kernstrategie der Gesundheitsförderung und im zukünftigen Präventionsgesetz als Hauptinterventionsfeld festgeschrieben. Inwieweit die sehr bürokratische Regelung des Präventionsgesetzes auf Länderebene ein Vorteil für die Projektförderung an Hochschulen sein kann, ist zurzeit noch nicht abzusehen. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass bisherige Förderungen der Bundesländer in Zukunft dem Finanzvolumen des Präventionsgesetzes übertragen werden könnten (Bellwinkel 2005).

Settings...

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

Abb. 3: Settings in Deutschland bzw. mit deutscher Beteiligung in alphabetischer Reihenfolge (vgl. z. B. Altgeld 2003). (WHO) = Offizielle Proklamierung durch die WHO mit europäischer bzw. globaler Dimension. (-) = Bisher keine bundesweite Vernetzung bzw. nur auf Landesebene (z. B. Netzwerk Kita und Gesundheit Niedersachsen)

Entsprechend anderen pädagogischen „Settings“ wie Kindertagesstätten und Schulen, ist die überwiegende Anzahl der Mitglieder des Settings Hochschule nur für einen begrenzten Zeitraum in der akademischen Einrichtung „tätig“. Die durchschnittliche Studiendauer beträgt noch 5-6 Jahre. Im Vergleich zu Kindertagesstätten bzw. Schulen sind Eltern von

der Lebenswelt Hochschule ausgeschlossen. Lediglich in den Hochschulkliniken besteht die Möglichkeit, dass eine Gruppe Außenstehender als PatientInnen bzw. BesucherInnen für einen kurzen Zeitraum Anteil an der Lebenswelt Hochschule erhalten.

Der Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen

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

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

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

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

Ständiger Ausschuss Gesundheitspädagogik, Zentrale Einrichtungen.

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

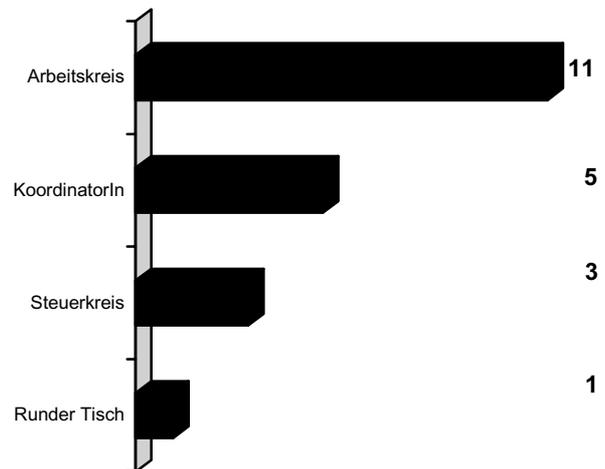


Abb. 4: Art der gesundheitsfördernden Strukturen an den Gesundheitsfördernden Hochschulen (n=20) (Hartmann et al. 2003)

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

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

Veranstaltungen und Aktivitäten.....

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

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

Strategische Partner der Gesundheitsförderung an deutschen Hochschulen

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

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

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

Abb. 6: Potenzielle interne strategische Partner für die Gesundheitsförderung

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

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

Abb. 7: Potenzielle externe strategische Partner für die Gesundheitsförderung

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

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

Netzwerke an Hochschulen in Deutschland

Eine Sonderrolle nehmen die Netzwerke an den Hochschulen ein, die ergänzend zu den strategischen Partnern zu sehen sind. Kennzeichnend für die Netzwerke sind einerseits das Themenspektrum Umwelt, Gesundheit und Soziales sowie der Versuch eines zumeist bundesweiten Informationsverbundes und -austauschs, der in Abgrenzung zu den anderen strategischen Partnern i. d. R. ohne gesetzlichen Auftrag bzw. finanzielle Grundausstattung ist (z. B. COPERNICUS 2005).

Hochschulbezogene Netzwerke.....

- Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen
- Familiengerechte Hochschulen
- Hochschul-Netzwerk BetriebSuchtGesundheit
- Netzwerk auf der Grundlage der Copernicus-Charta (1994) (der europ. Rektorenkonferenz zur nachhaltigen Entwicklung (1994); Agenda 21-Prozess)
- Netzwerk Bundeskoordination Studentischer Ökologiearbeit
- Netzwerk für eine umweltgerechte Entwicklung der Hochschulen

Abb. 8: Netzwerke an den Hochschulen in Deutschland mit den Schwerpunktthemen Gesundheit, Umwelt, Soziales)

Fazit

Insgesamt handelt es sich beim Setting „Gesundheitsfördernde Hochschulen“ um eine Zielgruppe von fast 2,5 Millionen Menschen, die in der statistischen Erfassung in die Statusgruppen Studierende (80%), nichtwissenschaftliches (11%) und wissenschaftliches Personal (8%) eingeteilt wird. Diese Statusgruppen sind durch ein äußerst hohes Maß an unterschiedlichen Interessen und Motiven geprägt (vgl. u. a. Bogun 2004) und stehen in den nächsten Jahren vor erheblichen demographischen, strukturellen und politischen Herausforderungen. Darüber hinaus bilden die 373 Hochschulen in Deutschland mit ihren unzähligen Gebäudevarianten und unterschiedlichen Lehr- und Forschungstraditionen extrem heterogene Rahmenbedingungen für die Gesundheitsförderung der Hochschulangehörigen. Inwieweit in den nächsten Jahren gerade durch diesen Wandel die Gesundheits-

förderung an den Hochschulen sich etablieren kann, wird im wesentlichen davon abhängen, inwieweit die Gesellschaft selbst ein anderes Verständnis von Gesundheit entwickelt und sich dadurch die bisher wenigen Puzzelsteine der Gesundheitsförderung an Hochschulen zu einem Gesamtbild fügen werden.

Zum Autor

Prof. Dr. Thomas Hartmann hat 1982 das Diplom an der Georg-August-Universität Göttingen in Biologie mit Schwerpunkt Ökologie/Botanik erworben. Promotion (1994) an der TU Berlin, seit 1998 Professor für Human- und Gesundheitsökologie an der Hochschule Magdeburg-Stendal (FH) im Studiengang Gesundheitsförderung und -management u.a. mit dem Schwerpunkt Kinder-Umwelt-Gesundheit. Seit dem Jahr 2000 organisatorische und inhaltliche Mitarbeit im Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen und zur Zeit Projektträger für den Auf- und Ausbau der Internetpräsenz des Arbeitskreises.

Kontakt:
thomas.hartmann@sgw.hs-magdeburg.de

Zur Autorin

Diana Siebert, geboren 1981, studiert seit 2001 Gesundheitsförderung und -management an der Hochschule Magdeburg-Stendal (FH) und wird Anfang 2006 ihren Abschluss als Diplom-Gesundheitswirtin erlangen. Von September 2004 bis März 2005 absolvierte Sie ein Praxissemester beim Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen und arbeitet seitdem an ihrer Diplomarbeit.

Kontakt: DianaSiebert@web.de

Literatur

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

Altgeld, T. (2003): Gesundheitsförderung im Setting – Heilmittel gegen gesundheitliche Ungleichheiten? Stadtpunkte (HAG) Heft 1: 12 - 19

Bachmann, N.; Berta, D.; Eggli, P.; Hornung, R. (Hg) (1999): Macht Studieren krank? Die

Bedeutung von Belastungen und Ressourcen für die Gesundheit der Studierenden. Bern: Hans Huber (1999)

Baric, L.; Conrad, G. (Hg) (1999): Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit zur praktischen Anwendung des Settingansatzes der Gesundheitsförderung Wien: Conrad Verlag für Gesundheitsförderung

Bauch, J. (2002): Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. Prävention 25 (3) 67 - 70

Bellwinkel, M. (2005): Das Präventionsgesetz greift (noch) zu kurz. BBK Heft 1: 6 - 12

Belschner, W.; Gräser, S. (Hg) (2001): Leitbild Gesundheit als Standortvorteil. Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssystem (bis) der Universität Oldenburg

Bogun, R. (2004): „Umweltsünder“ oder „Vorreiter“? Über Bewertungs- und Motivationsprobleme im Umweltmanagement an Hochschulen. artec-paper Nr. 109 Universität Bremen

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hg) (2004): Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2003. 17. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt durch HIS

COPERNICUS e.V. (2005): Broschüre Hochschulplattform UNI21.de für Nachhaltigkeit. Eine COPERNICUS-Initiative als deutscher Beitrag zur UN-Dekade „Bildung für eine nachhaltige Entwicklung“. http://www.hochschulplattform-uni21.de/UNI21_Broschuere.pdf (Zugriff: 22.03.2005, 11:53 MEZ)

Hartmann, T.; Sonntag, U. (2005): Chronologie des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen 1995 bis 2005. Stand: 03/2005. Magdeburg. <http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de>

Hartmann, T.; Heinrichson, T.; Hering, T.; Sonntag, U. (2003): Gesundheitsförderung an deutschen Hochschulen. Bestandsaufnahme der Strukturen und Projekte im Jahr 2002. Magdeburg. <http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de>

Hochschul-Informationssystem (HIS) (Hg) (2001): Gesundheitsförderung in der Hoch-

schule. Kurzinformation Bau und Technik. B3. Hannover: Hochschul-Informationssystem

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

Paulus, P., Stoltenberg, U. (Hg) (2002): Agenda 21 und Universität – auch eine Frage der Gesundheit? Frankfurt a. M: VAS

Pelikan, J.M.; Demmer, H.; Hurrelmann, K. (Hg) (1993): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim: Juventa

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

Statistisches Bundesamt Deutschland: Hochschulstandort Deutschland 2003. 2004a. http://www.destatis.de/presse/deutsch/pk/2003/hochschulstandort_2003i.pdf (Zugriff: 10.09.04, 10:13 MEZ)

Statistisches Bundesamt Deutschland: Studierende im Wintersemester 2002/2003 und 2003/2004. 2004b. <http://www.destatis.de/basis/d/biwiku/hochtab2.php> (Zugriff: 31.03.2005, 11:20 MEZ)

Statistisches Bundesamt Deutschland: Personal an Hochschulen 2002 und 2003. 2004c. <http://www.destatis.de/basis/d/biwiku/hochtab7.php> (Zugriff: 31.03.2005, 11:56 MEZ)

Stock, C.; Krämer, A. (2002): "Wie gesund leben Studierende? - Schlussfolgerungen für eine gesundheitsfördernde Hochschule". In: Badura, B.; Litsch, M.; Vetter, C. (Hg). Fehlzeitenreport 2001. Springer 2002: 180 - 194

Verband Deutscher Sicherheitsingenieure (VDSI) (Hg) (2002): Gesundheitsförderung an der Hochschule. Schriftenreihe VDSI Band 21. Leipzig: Schubert-Verlag

Waller, H. (2002): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis von Public Health. 3. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer

World Health Organization (WHO) (1986): First International Conference on Health Promotion. Ottawa, Canada. Ottawa Charter for Health Promotion

http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf (Zugriff: 24.11.2004, 15:58 MEZ)

World Health Organization (WHO) (1997): Fourth International Conference on Health Promotion. Jakarta, Indonesia. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century

http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf(Zugriff: 25.11.2004, 14:49 MEZ)

Rainer Schmutnig,
Landesunfallkasse Niedersachsen

Unfallkassen und Gesundheitsförderung im Hochschulbereich

Einleitung

Die gesetzlichen Unfallversicherungsträger unterstützen in den letzten Jahren eine Vielzahl von Gesundheitsförderungsprojekten in den Hochschulen. Von interessierten HochschulmitarbeiterInnen werden dem Autor daher sehr oft grundsätzliche Fragen zum Thema Unfallkassen und Gesundheitsförderung gestellt.

- Warum wurden die gesetzlichen Unfallversicherungsträger auf diesem Gebiet erst in den letzten Jahren tätig?
- Gibt es für die Hochschulen einen Rechtsanspruch auf Unterstützung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen?
- Warum werden einige geplante Projekte grundsätzlich nicht gefördert?

Die folgenden Ausführungen sollen hierzu Erläuterungen und Erklärungsansätze geben, wobei der Autor zum besseren Verständnis seine Ausführungen in einen historischen Kontext eingebettet hat und weiterhin darauf hinweisen möchte, dass es sich um keine „abgestimmte offizielle Stellungnahme“ handelt.

Die gesetzliche Unfallversicherung ist ein Zweig der Sozialversicherung. Diese umfasst auch die gesetzliche Kranken-, Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung. Die gesetzliche Unfallversicherung ist, ebenso wie die anderen Versicherungszweige, eine Pflichtversicherung.

Jedes Unternehmen ist daher kraft Gesetzes Mitglied eines Unfallversicherungsträgers. Träger der gesetzlichen Unfallversicherung für die Niedersächsischen Hochschulen ist die Landesunfallkasse (LUK) Niedersachsen.

Die Mittel zur Deckung der Aufwendungen des Unfallversicherungsträgers wurden für die Hochschulen bis vor kurzem noch vom Land Niedersachsen als dem „Generalunternehmer“ aufgebracht. Durch die Überführung von Hochschulen in andere Rechtsformen (z. B. Stiftungen) sind diese nun eigenverantwortli-

che Mitgliedsbetriebe der LUK Niedersachsen geworden.

Gesetzliche Grundlage der Unfallversicherung war die Reichsversicherungsordnung (RVO). 1996 wurde sie durch das Sozialgesetzbuch VII (SGB VII) abgelöst.

Geschichtliche Entwicklung der gesetzlichen Unfallversicherung

Bis in das 19. Jahrhundert hinein galt der juristische Grundsatz, dass Unfallgeschädigte dem Schädiger schuldhaftes Verhalten nachweisen mussten, um Anspruch auf Schadenersatz zu erhalten.

1871 wurde erstmals im Reichstag gefordert, dass solche Gewerbe, bei denen Unfälle auch durch einen vorsichtigen Betrieb niemals ganz vermieden werden können, diese Unfälle und Unfallrisiken in der unternehmerischen Kalkulation mitberücksichtigen müssen. Man forderte eine Haftung des Unternehmers, unabhängig von der Frage und dem Beweis der Schuld. Am 06.07.1884 erfolgte unter der Regie des Reichskanzlers Bismarck die gesetzliche Regelung der Arbeitsunfallversicherung durch die Reichsversicherungsordnung.

Die bis heute gültige Beitragsregelung beruht also darauf, dass die gesetzliche Unfallversicherung vornehmlich das Ziel verfolgt, die zivilrechtliche Haftung des rechtsverantwortlichen Unternehmers für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten gegenüber seinen Arbeitnehmern abzulösen.

Seit 1949 beschreibt der Artikel 20 Absatz 1 des Grundgesetzes das „Sozialstaatsprinzip“. Typische Erscheinungsform dieses Prinzips ist die Daseinsvorsorge für die Bürger. Die gesetzliche Unfallversicherung und damit die Tätigkeiten der gesetzlichen Unfallversicherungsträger, ist eine derartige Daseinsvorsorge.

Hierbei waren den Unfallversicherungsträgern durch die Reichsversicherungsordnung folgende Aufgaben zugewiesen:

- Verhütung von Arbeitsunfällen
- Leistungen zur Rehabilitation der Unfallverletzten
- Entschädigung durch Geldleistungen

Die Unfallversicherungsträger hatten die gesetzliche Verpflichtung, mit **allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten** zu sorgen. Hierzu ließen sie durch fachlich besonders ausgebildete technische Aufsichtsbeamte die Durchführung der Unfallverhütung überwachen und die Unternehmer beraten.

Historisch gesehen ist es also seit über einhundert Jahren oberste Aufgabe der gesetzlichen Unfallversicherung, den versicherten Arbeitnehmer nach Eintritt eines Arbeitsunfalls, d. h. eines Körperschadens, zu entschädigen.

Seit 1974 werden hierbei die Studierenden den Arbeitnehmern rechtlich gleichgestellt.

Die Präventionsarbeit als Unfallverhütung zielte daher originär auf die Vermeidung von Körperschäden und war überwiegend monokausal ausgelegt.

Gesundheitsschutz im Betrieb

Seit ungefähr 20 Jahren verdichtete sich bei vielen Präventionsfachleuten immer mehr die Auffassung, dass gerade die Krankheitskomplexe, denen gesamtgesellschaftlich eine erhebliche Bedeutung zukommt, z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates und der Wirbelsäule, Auftreten von Allergien, meist nicht als Folge einzelner Schädigungsfaktoren auftreten, sondern Resultate eines mehr oder weniger komplexen Belastungsgefüges sind.

Die Veränderungen der Arbeits- und Lebenswelt, z. B. durch die Einführung neuer Kommunikationstechnologien, die Umstrukturierungen in der Arbeitsorganisation und die enorme Arbeitsverdichtung, tragen dazu bei, dass das „klassische“, monokausale Belastungs-Beanspruchungs-Modell zur Realisierung von Arbeitsschutzzielen und zur Vermeidung von Beeinträchtigungen nicht ausreicht.

Nur eine umfassende Analyse der Mehrfachbelastungen, die an den meisten Arbeitsplätzen auftreten, kann die Ursachen vielfältiger Erkrankungen oder psychosomatischer Beeinträchtigungen aufdecken und die Grundlage entsprechender Präventionsmaßnahmen sein.

Folgerichtig wurde es mit der **Neuregelung des Arbeitsschutzes im Jahr 1996** zur Aufgabe der gesetzlichen Unfallversicherung, **Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und ar-**

beitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten.

Man spricht seither von einem sogenannten „**erweiterten Präventionsauftrag**“

Darüber hinaus gehört natürlich weiterhin zur Aufgabe von Unfallversicherungsträgern, nach Eintritt von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten wiederherzustellen und Versicherte oder deren Hinterbliebene durch Geldleistungen zu entschädigen.

Spätestens mit Inkrafttreten des Arbeitsschutzgesetzes und des Sozialgesetzbuches VII ist somit bei den Unfallversicherungsträgern eine erhebliche Bewegung in Hinblick auf das Arbeitsschutzverständnis eingetreten. Das traditionelle Handwerk der Gefahrenabwehr mit einem engen Gefährdungsbegriff sowie möglichst eindeutigen Kausalbeziehungen allein erfüllt nicht mehr die Inhalte des vorgegebenen erweiterten Präventionsbegriffes. Als eine wichtige Konsequenz hieraus veränderten die Unfallversicherungsträger ihr personelles Profil und stellten vermehrt MedizinerInnen, PsychologInnen, (Sport)PädagogInnen und GesundheitswissenschaftlerInnen für den Präventionsbereich ein.

Die spannende Frage, die sich nun für die alten und neuen Präventionsakteure stellte, war jedoch, was man unter „arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren“ versteht.

Fast 10 Jahre nach der gesetzlichen Neuregelung des Arbeitsschutzes findet man weder in der Fachliteratur der UV-Träger noch in Kommentaren zum SGB VII hierzu eine allgemein anwendbare Definition.

Eine der wenigen publizierten Definitionen stammt von der Vereinigung der Metall Berufsgenossenschaften:

Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren sind Zustände, Ereignisse und Einwirkungen bei der Arbeit und/oder in der Arbeitsumwelt,

- die Gesundheitsstörungen nachvollziehbar verursachen,
- begünstigen
- oder die Gesundheit in sonstiger Weise nachteilig beeinflussen können.

Diese Formulierung zeigt eindeutig die Zielrichtung des gesetzlich vorgegebenen Präventionsauftrags: Es muss ein konkretes schädigendes oder belastendes Potenzial (Gesund-

heitsgefahr) vorliegen, damit geeignete Präventionsmaßnahmen (Verhütung) ergriffen werden können. Geeignete Maßnahmen beinhalten auch die Möglichkeit einer Anordnung im Rahmen der Überwachung durch den Unfallversicherungsträger.

Stellt man dieser Definition den Gesundheitsbegriff aus Sicht der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entgegen, so erkennt man die gravierenden Unterschiede: Gesundheit ist der Zustand „**körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens**“ und nicht „**das Nichtvorhandensein von Krankheiten und Gebrechen**“.

Im gesamten SGB VII wurde daher bewusst nicht der Begriff „Gesundheitsförderung“ verwendet, da dieser nicht in die Rechtssystematik der gesetzlichen Unfallversicherung passt. Provokativ ausgedrückt, man kann Wohlbefinden am Arbeitsplatz nicht durch eine Auflage anordnen. Folgerichtig formulierte der Gesetzgeber bei der Neufassung des § 20 SGB V:

„(...) (2) Die Krankenkassen können den Arbeitsschutz **ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen** (...)

Die Krankenkassen arbeiten bei der **Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen** und unterrichten diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben.

Ist anzunehmen, dass bei einem/einer Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.“

Auch wenn der gesetzliche Auftrag zur Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren mit allen geeigneten Mitteln eindeutig nicht mit einem salutogenen Ansatz gleichzusetzen ist, veränderten sich dennoch die Präventionsziele der Unfallkassen: Moderne Unfallversicherungsträger sehen sich als sachkompetente Dienstleister mit hoheitlichen Aufgaben. Sie verschieben ihre Themenschwerpunkte von den kontrollierenden Revisionstätigkeiten in Richtung Fachberatung und Fortbildung insbesondere auch mit der Zielsetzung der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren.

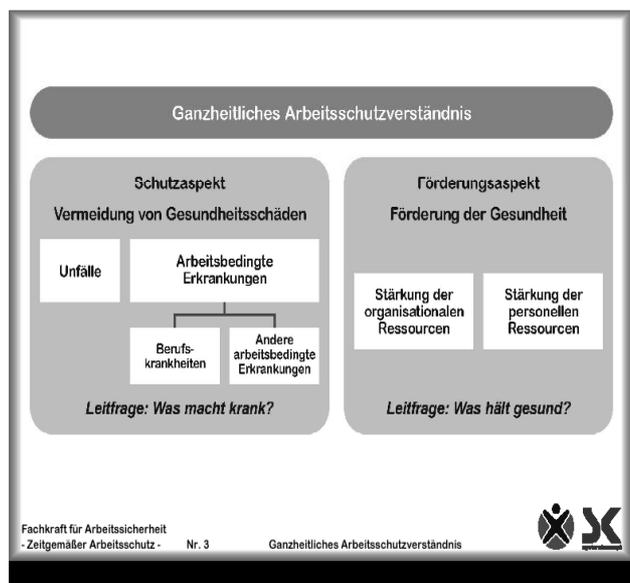
Vor Ort, in den Unternehmen, sollen die Präventionsfachleute der Unfallversicherungsträ-

ger insbesondere gemeinsam mit den Sicherheitsfachkräften und den betreuenden ArbeitsmedizinerInnen die Voraussetzungen für sichere und gesunde Arbeitsbedingungen schaffen. Sehr anschaulich wird der von den Unfallversicherungsträgern eingeleitete Paradigmenwechsel insbesondere im Zusammenhang mit der Neukonzeption der Ausbildung von Fachkräften für Arbeitssicherheit.

Als Ausbildungsziele wurden festgelegt, dass diese den Arbeitgeber in zwei grundlegenden Aufgabenbereichen unterstützen sollen:

1. Gestaltung sicherer und gesundheitsgerechter Arbeit und
2. Einordnung von Sicherheit und Gesundheit in die betriebliche Organisation und Führung.

Das Schaubild aus dem Fernkurs zur Ausbildung von Fachkräften für Arbeitssicherheit verdeutlicht dies.



Sinnvolle Prävention durch Praxisnähe

Für alle Mitgliedsunternehmen gibt es von der LUK Niedersachsen daher maßgeschneiderte Angebote zur Zusammenarbeit. Die Präventionsabteilung bietet qualifizierte Beratung und praxisgerechte Hilfen in allen Aspekten der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes an. Maßgeblich hierfür ist die Beratung und Überwachung von Betrieben, die Initiierung von Präventionsprojekten, die Aus- und Fortbildung von ArbeitsschutzexpertInnen so-

wie die Bereitstellung zahlreicher Informationsangebote.

Die beschriebene Veränderung des Arbeits- und Sozialrechtes hat natürlich auch erhebliche Auswirkungen auf die innerbetrieblichen Arbeitsschutzorganisationen der Hochschulen und wissenschaftlichen Einrichtungen. Die Dienstvorgesetzten erhalten in ihren Unternehmerfunktionen noch mehr Rechtsverantwortung und müssen für eine Verbetrieblichung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sorgen.

Weiterhin werden sich Hochschulen zukünftig insbesondere vor dem Hintergrund einer zunehmenden Finanzautonomie vermehrt auf die Funktionsfähigkeit der Organisation und der erbrachten Leistungen überprüfen müssen. So laufen an verschiedenen Hochschulen Projekte zum Personal-, Umwelt- und Gesundheitsschutzmanagement, teilweise bis hin zu einer erfolgreichen Auditierung, so wie an der Uni Lüneburg 2001 erfolgt. Auch wenn die Unfallversicherungsträger bisher noch keine offizielle Empfehlung für ein auditiertes Arbeitsschutzmanagementsystem abgegeben haben, unterstützt die LUK Niedersachsen diese Entwicklungen.

Wenn nun Hochschulen aus Image-, Strategie-, Finanz- oder Wollensgründen Arbeits- und Gesundheitsschutz als gleichrangiges „Unternehmensziel“ neben der Sicherstellung einer hohen Ausbildungs- und Forschungsqualität definieren, so gilt es, alle mit den Fragen des Gesundheitsschutzes befassten Personengruppen der Hochschule in einen sinnvollen und längerfristigen Dialog zu bringen und so auf Dauer die schon vorhandenen Ressourcen und Kenntnisse noch besser zu nutzen.

Wichtig für die Unfallversicherungsträger ist, dass die Studierenden bei den Gesundheitsförderungsaktivitäten nicht außen vorbleiben!

Um diesen Prozess zu initiieren oder zu intensivieren fand 2001 eine erste von dem Autor mitorganisierte Arbeitstagung an der TU Clausthal mit dem Titel „Gesundheitsförderung in Hochschulen“ statt. Die Ergebnisse der Tagung wurden von HIS auch in Buchform publiziert und fanden erfreulicherweise einen hohen Zuspruch.

Fazit

Zusammenfassend muss man eindeutig feststellen, dass die gesetzliche Aufgabe der Unfallversicherungsträger zur Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren nur ein Spezialsegment des Gesamtbereichs der Gesundheitsförderung darstellt.

In der vorliegenden Publikation werden viele Projekte und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung an Hochschulen vorgestellt. Die Publikation kann daher als eine wichtige Diskussionsgrundlage für Fragen nach der Ausrichtung der Gesundheitsförderung in Hochschulen und zur Auswahl von UnterstützungspartnerInnen dienen.

Bei allen Aktivitäten, die in den Hochschulen des Landes Niedersachsen im Zusammenhang mit Gesundheitsförderungsmaßnahmen entwickelt werden, ist die LUK Niedersachsen eine potentielle Ansprechpartnerin. So kann die Möglichkeit einer (Anschub)Förderung von Modellprojekten bestehen. Die Projektinhalte müssen jedoch mit den gesetzlichen Vorgaben in Einklang zu bringen sein. Gefördert wurden bisher im Hochschulbereich z. B. Projekte zum Allgemeinen Hochschulsport, zur Belastungssituation von Beschäftigten und speziellen Studierendengruppen sowie zur Durchführung von Gesundheitstagen und Fachseminaren.

Ein weiterer Schwerpunkt der LUK Niedersachsen liegt in der Unterstützung bei systematischen Analysen von Organisationsabläufen in Form von Audits, die den Weg zum Aufbau von Arbeits- und Gesundheitsschutzmanagementsystemen ebnen sollen.

Nach meinem Kenntnisstand wird bei allen Unfallkassen in vergleichbarer Form vorgegangen, wobei jeder Verband bei der Umsetzung seiner Präventionsstrategien im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben autonom ist.

Zum Autor

Der Bauoberrat Rainer Schmutnig ist seit 1985 in der gemeinsamen Präventionsabteilung, ehemals Abteilung Unfallverhütung, des GUV Hannover und der Landesunfallkasse Niedersachsen tätig. Als Technischer Aufsichtsbeamter betreute er schon immer eine Vielzahl von wissenschaftlichen und medizinischen Einrichtungen. Seit 2000 ist er zuständige Aufsichtsperson für die Koordination der Präventionsaktivitäten in den Universitäten und wissenschaft-

liche Einrichtungen des Landes Niedersachsen.

Mit Umwelt-, Gesundheits- und Arbeitsschutzfragen setzt sich der Autor seit ca. 25 Jahren in Theorie und Praxis auseinander.

Kontakt: rainer.schmutnig@guvh.de

*Jochachim Müller,
Dr. Friedrich Stratmann,
Hochschul-Informationssystem GmbH,
Hannover*

Gesundheitsförderung in Hochschulen und wissenschaftlichen Einrichtungen

Positionierung der Gesundheitsförderung im Arbeitsfeld Arbeits- und Umweltschutz

Der Arbeitsschutz ist in den Hochschulen schon seit langer Zeit als zentrale Aufgabe etabliert. Der Umweltschutz ist später als weitere Aufgabe dazu gekommen. Daneben hat sich auch die Gesundheitsförderung in den Hochschulen entwickelt, jedoch entkoppelt von den Aufgaben im Arbeitsschutz und dem hierfür zuständigen zentralen Fachpersonal.

Eine Aufgabe war es daher zuerst, die Gesundheitsförderung in diesen gesamten Aufgabenbereich des Arbeits- und Umweltschutzes zu integrieren und dadurch Synergien zu schaffen und die Effektivität zu erhöhen. Dieses hat den Vorteil, dass die Gesundheitsförderung von existierenden Managementsystemen profitieren kann, die insbesondere der Umweltschutz entwickelt hat.

HIS hat daher die Gesundheitsförderung seit Ende der 90er Jahr verstärkt thematisiert. Dieses geschah u. a. durch die Mitarbeit im Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen ab 1999 sowie die Organisation von Seminaren und die Veröffentlichung von Berichten zum Thema Gesundheitsförderung in regelmäßigen Abständen.

Parallel hierzu - teilweise unabhängig, teilweise auf Initiative von HIS - ist ein vielfältiges Spektrum von Maßnahmen in den deutschen Hochschulen entwickelt worden.

Lokal sind an zahlreichen Hochschulen Projekte ins Leben gerufen und öffentlich gemacht worden (u. a. in: Potsdam, Paderborn, Bielefeld, Lüneburg, Freiburg, Magdeburg/Stendal, Oldenburg, Wuppertal, Osnabrück), Veranstaltungen durchgeführt worden (u. a.: Arbeitstagen „Betriebliche Suchtprävention und Gesundheitsförderung an Hochschulen und Universitätskliniken“, Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen (Thementage und

Fachtage), Workshops an einzelnen Hochschulen (u. a. Potsdam, Lüneburg, Wuppertal), regionale Gesundheitstage (u. a. U Hannover, U Bremen, U Essen) und Ergebnisse ausführlich publiziert worden (u. a. Buchveröffentlichungen: Gesundheitsfördernde Hochschulen (Juventa, 2000), Gesundheitsförderung an der Universität. Zur gesundheitlichen Lage von Studierenden (Leske u. Budrich, 2000)).

Darüber hinaus hat auf Initiative von HIS, dem Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen u. a. eine Vernetzung stattgefunden, die über die regelmäßigen Treffen hinaus via Internet aufrechterhalten wird (u. a. HIS Newsletter Arbeits-, Gesundheits- und Umweltschutz in Hochschulen (2003), HochschulNetzwerk BetriebSuchtGesundheit, U Oldenburg, (2003), Website des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen; Landesarbeitskreise in Nordrhein-Westfalen und Bayern (2004)). Mit der Arbeitsgruppe in NRW hat jetzt die Vernetzung auch landesbezogenen Charakter bekommen.

Schließlich existiert eine Vielzahl von weiteren Aktivitäten unterschiedlichster Akteursgruppen, die verschiedene Facetten der Gesundheitsförderung in Hochschulen bearbeiten. Dieses sind z. B. die Suchtberatung und der Hochschulsport.

Aktivitäten für die Gesundheitsförderung in Hochschulen entwickeln aber auch die Unfallkassen bzw. Landesunfallkassen sowie die Krankenkassen.

Erklärung der bisherigen Aktivitäten

Die Aufstellung bisheriger Aktivitäten zeigt auf, dass Gesundheitsförderung in Hochschulen oft von wissenschaftlicher Seite (Fachbereich, Institut, z. B. Gesundheitswissenschaften) aus initiiert wird. Weil diese Initiativen naturgemäß Projektcharakter haben, bleibt die Anbindung an die Hochschulverwaltung und/oder Hochschulleitung oft nur sehr locker. Wenn andere Aktivisten (z. B. der Hochschulsport) Initiatoren sind, bleibt es häufig nur bei einem Set von Einzelmaßnahmen.

Gesundheitsförderung als nicht projektbezogene Tätigkeit - auf Initiative der zentralen Hochschulverwaltung - hat sich daher in der Vergangenheit in der Regel auf die Gruppe der nicht-wissenschaftlichen Beschäftigten sowie auf Arbeitsplätze mit echtem Gefährdungspotenzial (Umgang mit Gefahrstoffen, schwere

körperliche Tätigkeit) konzentriert. Die Zahl dieser Arbeitsplätze und Gefährdungen nimmt jedoch tendenziell ab. Grund sind das mittlerweile erreichte hohe Schutzniveau oder interne organisatorische Strategien.

Hiermit wird deutlich, dass die Entwicklung der bisherigen Aktivitäten in den Hochschulen nicht dem gewöhnlichen Schema folgt. In der Regel resultiert die Gesundheitsförderung nämlich aus den Arbeitsbedingungen, die verbessert werden sollen. In der Hochschule ist dieses aber (oft) nicht der Hauptaspekt.

Für die Erklärung der genannten Aktivitäten in den Hochschulen sind folgende Thesen formulierbar:

These 1: Die Bearbeitung der Thematik ist abhängig von einem Fachbereich als Impulsgeber.

Oft sind es einzelne Personen (WissenschaftlerInnen aus dem Bereich Lehre und Forschung), die die eigene Hochschule als Forschungsgegenstand erkennen. Die Betrachtung ist dann losgelöst von den konkreten Arbeitsbedingungen vor Ort, im Mittelpunkt steht das Forschungsinteresse. Erst zu einem späteren Zeitpunkt kann sich dieser Impuls auch auf die Hochschulverwaltung übertragen.

These 2: Die Bearbeitung der Thematik ist abhängig von weiteren Akteuren.

Das Forschungsinteresse wird nicht theoretisch bleiben, sondern Aktivisten, die per se an der Hochschule tätig sind, werden aus ihrer Funktion heraus Impulse geben (z. B. Hochschulsport) und praktische Gesundheitsförderung betreiben.

These 3: Die Bearbeitung der Thematik ist abhängig von Externen.

Zunehmend Einfluss auf die Gesundheitsförderung in Hochschulen wollen auch die Unfallkassen bzw. Landesunfallkassen (angesichts des Präventionsauftrages auch Beratung zur Gesundheitsförderung) und Krankenkassen nehmen.

These 4: Die Bearbeitung der Thematik ist abhängig vom Zeitgeist.

Gerade das Handlungsfeld Gesundheitsförderung wird inhaltlich sehr stark vom Zeitgeist geprägt. Dieses ist zurzeit der Nichtraucher-schutz.

Diese Thesen verdeutlichen, dass an Hochschulen unterschiedlichste Personen- und

Interessengruppen an Maßnahmen der Gesundheitsförderung beteiligt sind; dabei handelt es sich um die Hochschulverwaltung (Personalentwicklung, Fachpersonal für Arbeits- und Gesundheitsschutz, Betriebsarzt, Hochschulsport, Personalrat) und die Fachbereiche bzw. Institute (Wissenschaftler (Gesundheitswissenschaftler, Psychologen); dazu kommen Externe in Form der Unfallkassen bzw. Landesunfallkassen und Krankenkassen. Alle o. g. Akteure haben eine spezifische Motivation, sich für Gesundheitsförderung in Hochschulen einzusetzen, Tabelle 1 stellt diese zusammen.

| <i>Akteure</i> | <i>fördernd</i> | <i>behindernd</i> |
|--------------------------------|--|--|
| Hochschulverwaltung | Synergien nutzbar machen, Krankenstand verringern, Motivation steigern | Beamtenrecht und BAT, unterschiedliche Einzelinteressen |
| Fachbereich/Institute | Know-how, Forschungsdrang | Theorielastigkeit, nur temporäre Erfolge |
| Landesunfallkassen/Unfallkasse | erweiterter Präventionsauftrag, Know-how, Einsparungspotentiale | Personelle und finanzielle Ressourcen, keine Anreizsysteme |
| Krankenkasse | umfassendes Datenmaterial für Analyse-zwecke, Know-how, Einsparungspotenziale, Finanzmittel verfügbar, Vorgabe gem. § 20 SGB V | Hochschule insgesamt mit breitem Kassenspektrum, Anreizsysteme wenig transparent |

Tab. 1: Motivation von Akteuren zur Gesundheitsförderung und einschränkende Rahmenbedingungen (Die Studierenden werden in diesem Beitrag nicht als Interessengruppe berücksichtigt).

Erkennungen der einzelnen Handlungsebenen

Für die vielfältigen Ansätze, die zu einer gesundheitsorientierten Organisationsstruktur führen können, sind unterschiedliche Handlungsebenen zu unterscheiden.

Dieses sind die strukturell-materielle Ebene (räumliche Gegebenheiten), die soziale Ebene

(Freizeit-, Kultur-, Sportangebot) sowie die individuelle Ebene (gesunde Lebensstile fördern). Neben der Umgestaltung dieses Arbeits- und Lernumfeldes der Hochschulen steht aber auch die Verbesserung der gesundheitsfördernden Aspekte von Lehre und Forschung, wenn gesundheitliche Aspekte auch ein Kriterium für die Wahl von Lehrmethoden und curricularen Inhalten sind (Stock, 2001, S. 207).

Diese Forderung beinhaltet aber sehr viel Konfliktpotenzial. Selbst wenn die Gesundheitsförderung so vertieft in die alltäglichen Abläufe des Settings integriert werden soll, macht die Freiheit von Forschung und Lehre Eingriffe in die organisatorische Gestaltung und insbesondere in Inhalte nicht bzw. nur schwer möglich.

Hier wird deutlich, dass sich unterschiedliche Handlungsebenen speziell für Hochschulen insbesondere aus der Trennung von praktischem Hochschulbetrieb sowie Lehre und Forschung mit seinen unterschiedlichen Arbeitsweisen und -methoden ergeben. Für die Beschäftigten im Bereich Lehre und Forschung wird dabei ein besonderes Konfliktpotenzial deutlich. Hier wird insbesondere das befristet angestellte wissenschaftliche Personal eigenes Verhalten und existierende Verhältnisse im Rahmen einer „Güterabwägung“ immer mit dem abzusehenden Erfolg (Diplom- oder Doktorarbeit) relativieren und nicht unbedingt gesundheitsfördernd agieren wollen oder können. Verhalten und Verhältnisse sind zu hinterfragen, Veränderungen herbeizuführen und Konflikte oft nicht zu vermeiden.

Als besonderes Beispiel für dieses Konfliktpotenzial kann die Projektarbeit im Rahmen befristeter wissenschaftlicher Tätigkeit gelten:

Arbeitsprozesse und Arbeitsweisen werden durch Projektarbeit (termingebunden, schwer planbar, hohe Arbeitsintensität, hohe Autonomiegrade, individuelle Arbeitszeiten, komplexe Aufträge) dominiert. Die Beziehungen zum Arbeitsplatz und zum Lebensraum Hochschule sind häufig nicht besonders eng; lockere Arbeitsstrukturen dominieren, Belastungs- und Entlastungsphasen sind individuell steuerbar, private und hochschulische Sphären verweisen, befristete Anstellungen lassen kaum enge Bindungen entstehen. Für den Verwaltungsbereich mit überwiegend unbefristeten Arbeitsverträgen gilt dieses nicht.

Diese Situation hat zur Folge, dass sehr unterschiedliche Belastungssituationen in der Hochschule vorhanden sind und dass die Akteure auf individuell empfundene arbeitsbedingte Belastung unterschiedliche Schutzme-

chanismen entwickelt haben. So kann z. B. einer hohen Belastung durch die speziellen Strukturen eher ausgewichen werden oder im Rahmen einer „Güterabwägung“ bei der Erstellung einer Diplom- oder Doktorarbeit durch den abzusehenden Erfolg relativiert werden.

Für die Gesundheitsförderung in Hochschulen existieren jetzt verschiedene Zugriffsmöglichkeiten auf die Statusgruppe der befristet angestellten WissenschaftlerInnen. Verhalten und Verhältnisse sind durch Informationen (als Appell) oder durch Ge- und Verbote (als Zwang) zu beeinflussen. Interventionen das Verhalten betreffend sind zuerst an die Statusgruppe direkt gerichtet, Interventionen die Verhältnisse betreffend sind an die Verantwortlichen gerichtet.

Informationen erhalten ihre Legitimation i.d.R. durch allgemeine Erkenntnisse und die Fachkompetenz, die der Informationsgeber im Betrieb besitzt. Die Durchsetzung erfolgt mittels Überzeugung.

Beispiel: Informationsschreiben der Sicherheitsfachkraft zur Veränderung des Verhaltens an die befristet angestellten WissenschaftlerInnen. Mögliche Reaktion: „Die Idee ist gut, Verhältnisse lassen die vorgeschlagene Veränderung aber nicht zu.“

Beispiel: Informationsschreiben der Sicherheitsfachkraft zur Veränderung der Verhältnisse an den Verantwortlichen. Mögliche Reaktion: „Die MitarbeiterInnen haben doch alle Freiheiten.“

Ge- und Verbote erhalten ihre Legitimation durch allgemeine Normen (die auf den praktischen Betrieb herunter gebrochen werden) oder durch die Hierarchie im Betrieb (Organisationshoheit des Vorgesetzten). Die Durchsetzung erfolgt mittels Sanktionen.

Beispiel: Ge- und Verbote der Sicherheitsfachkraft oder des Vorgesetzten mit Vorgaben zu Arbeitsweisen. Mögliche Reaktion der befristet angestellten WissenschaftlerInnen: „Ich bin nicht erfreut. Das behindert meine Karriere.“

Beschreibung der erforderlichen Konsequenzen

Aus den o. g. Aktivitäten und Handlungsfeldern sind verschiedene Konsequenzen für die weitere Bearbeitung der Gesundheitsförderung in Hochschulen zu ziehen.

Entscheidung weiter pragmatisch vorgehen

Unter dem Motto „wir wollen als Betrieb etwas verändern“ sollte weiter gehandelt werden. Dieser Pragmatismus trägt dazu bei, mit wenig Widerständen die Arbeits- und Lebenswelt sukzessive weiter zu verbinden.

Dieses bedeutet auch, auf die einschränkenden Rahmenbedingungen mit einem, wenn zurzeit auch eher dienstleistungsorientierten Angebot, zu reagieren.

Entscheidung gezielt an den Arbeitsbedingungen ansetzen

Die Konfliktpotenziale bei der Analyse und Veränderung der Arbeitsbedingungen sind der Hochschule immanent.

Die möglichen, hier beispielhaft genannten Reaktionen weisen auf Konfliktpotenziale hin. Folgende Thesen können aufgestellt werden:

- Gesundheitsfördernde Maßnahmen werden durch Personen und Arbeitsweisen nicht unterstützt.
- Bestimmte Verhältnisse sind nicht zu ändern.
- Auch bei Einsicht ist die Umsetzung nicht zwangsläufig.
- Auch bei Sanktionen ist die Umsetzung nicht zwangsläufig.

Künftig sollte aber auch stärker konkret/gezielt an den Arbeitsbedingungen angesetzt werden, denn hier existiert der Nachholbedarf.

Auf der anderen Seite sollten aber auch, wie oft begonnen, weiter „unverkrampt“ Themen aufgenommen werden, ohne einen normativen Anspruch stellen zu wollen (s. o.).

Entscheidung zu traditionelle Unterschiede im praktischen Schutz vor Ort aufgeben

Die Abgrenzung zwischen Arbeitsschutz- und Gesundheitsförderung ist eher kontraproduktiv. Erst die integrative Betrachtung zeigt die Synergien, wenn z. B. Maßnahmen des technischen Arbeitsschutzes verbunden mit Verhaltensänderungen gesundheitsfördernd wirken. Voraussetzung ist dabei, dass das jeweilige Fachpersonal auch miteinander kommuniziert und sich versteht.

Entscheidung für nachhaltige Organisation

Eine ausreichende Verankerung der Gesundheitsförderung im praktischen Betrieb der Hochschule wurde bisher nicht erreicht. In der Vergangenheit wurde die Gesundheitsförderung vielfach zur „Modernisierung“ des Arbeitsschutzes herangezogen. Insbesondere unter dem Stichwort „Prävention“ wurde das klassische Aufgabenspektrum der Arbeitssicherheit erweitert und den veränderten Bedingungen der Arbeitswelt angepasst. Um eine nachhaltige Organisation und Verankerung in der Hochschule zu erreichen, ist aber die Verknüpfung von Gesundheitsförderung und Personalentwicklung (analog Bielefeld) erforderlich. Eine stärkere Bearbeitung der Thematik Gesundheitsförderung im Bereich Personalentwicklung bedeutet auch:

- Gesundheitsförderung kann Bestandteil der Profilbildung der Hochschule werden.
- Gesundheitsförderung kann stärker prozessbezogen betrachtet werden.
- Gesundheitsförderung kann den Projektcharakter ablegen und nachhaltig wirken.
- Gesundheitsförderung kann besser vernetzt werden und die Kommunikation optimiert werden.
- Gesundheitsförderung kann beginnen, von zentraler Stelle aus klare Ziele zu formulieren, die Maßstab für regelmäßige Evaluierungen sind.
- Gesundheitsförderung kann besser in die laufenden Aktivitäten der Hochschul(verwaltungs)reform integriert werden (Globalsteuerung, Kosten- und Leistungsrechnung, Personalentwicklung, Umwelt- und Arbeitsschutzmanagement)
- Gesundheitsförderung kann besser in bestehende (Verwaltungs)Strukturen integriert werden und auf Verantwortlichkeiten sowie Abläufe des Umwelt-, Arbeits- und Gesundheitsschutzes aufsetzen, unter der übergreifenden Zielsetzung „Nachhaltigkeit“. - Kein Aufbau von besonderen Strukturen!

Fazit

Das Ziel der Gesundheitsförderung ist es, Ressourcen zu fördern. Hierzu sollen Strukturen und Prozesse in Settings verändert werden. Diese Veränderungen sollen langfristig und nachhaltig sein. Sie müssen daher indirekt

wirken, indem Lebensweisen verändert werden (Kolip, 2004, S.11).

Um dieses auch zu erreichen, muss die Gesundheitsförderung allerdings organisatorisch an die Personalentwicklung angegliedert sein. Insgesamt bekommt die Gesundheitsförderung erst so die strategische Bedeutung, die sie benötigt, um dem Anspruch, Prozesse und Verhalten ändern zu wollen, auch zu erfüllen. Wenn allerdings der Konflikt gescheut wird, bleibt nur die Alternative, ein möglichst breit gestreutes Serviceangebot vorzuhalten, und die Gesundheitsförderung wird ein kaum beachtetes Mauerblümchen bleiben.

„Bei dem BGM (Betrieblichen Gesundheitsmanagement) geht es nicht um einzelne Interventionen zur Reduktion von bestimmten Risikofaktoren. Ein auf Verhaltensmodifikation ausgelegtes Gesundheitsmanagement, das sich auf individuelle Verhaltensvorschriften beschränkt, ist eine wenig wirksame Alternative zur kurativen Medizin. Es gilt, MitarbeiterInnen zu gesundheitsförderndem Verhalten zu befähigen, gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen zu schaffen und den Dialog und die Kooperation zwischen Fachleuten, Interessenvertretern, Entscheidungskräften und MitarbeiterInnen im Betrieb zu fördern. ... Praxisbeispiele zeigen, dass BGM im Kontext breit angelegter Personalpflegestrategien ein wesentlicher Einfluss zuzuschreiben ist. Die wirtschaftlichen, sozialen und technischen Veränderungen lassen personalpflegerische Maßnahmen im Sinne des BGM in Kontext mit der Personalentwicklung zu einem festen Bestandteil qualitativer Personalführung werden.“
(Nieder, 2004, S. 44 f.)

Zu den Autoren

Dipl.-Geograph Joachim Müller ist seit 1991 Mitarbeiter der HIS Hochschul-Informationssystem GmbH und arbeitet als Projektleiter im Arbeitsbereich Arbeits- und Umweltschutz.

Kontakt: jmueller@his.de

Dr. Friedrich Stratmann ist seit 1986 wissenschaftlicher Mitarbeiter bei der HIS Hochschul-Informationssystem GmbH. Als stellvertretender Abteilungsleiter ist er dort verantwortlich für die Arbeitsbereiche Arbeits- und Umweltschutz, Technische Versorgung und Gebäudemanagement sowie Organisationsanalysen und Organisationsberatung.

Kontakt: stratmann@his.de

Literatur

Nieder, P.: Organisationsentwicklung und Betriebliches Gesundheitsmanagement. In: Organisationsentwicklung (2004), Nr. 4, S. 44 - 57

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

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

Stock, C.: Nachhaltige Gesundheit an Hochschulen fördern – Das Konzept der gesundheitsfördernden Hochschule. In: Beiträge zur Hochschulforschung (2001), Nr. 2

Kolip, P.: Was bewirkt Gesundheitsförderung? Zur Ermittlung der Evidenz in einem komplexen Interventionsfeld. In: Impulse. Newsletter zur Gesundheitsförderung (2004), Nr. 42, S. 11 - 12)

Sonja Gerisch,
FH Hildesheim/Holzminde/Göttingen

Analyse der individuell erfahrenen Arbeitsumgebung als Ausgangspunkt betrieblicher Gesundheitsförderung - Eine explorative Studie mit dem Work Environment Impact Scale (WEIS)

Einleitung

Im Folgenden soll die Grundlage der explorativen Studie zur Analyse der individuell erfahrenen Arbeitsumgebung kurz dargestellt werden. Die dabei eingenommene klientenzentrierte Perspektive ist dabei eine spezifisch ergotherapeutische Perspektive. Die Analyse erfolgte mit Hilfe eines aus der ergotherapeutischen Praxis vorliegenden Erhebungsinstrumentes (Kielhofner et al., 1995), das bereits eine differenzierte Betrachtung der Arbeitsumgebung vorgibt. Mit der hier beschriebenen Studie ist somit der gesundheitsförderliche Ansatz der Ergotherapie im Feld der betrieblichen Gesundheitsförderung zum Einsatz gekommen. Im Folgenden wird vorgestellt, welche neuen Aspekte damit der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Verfügung stehen.

Allgemeine Grundlagen

„Verhalten und Verhältnisse“

Dem allgemeinen Grundsatz der betrieblichen Gesundheitsförderung zufolge sollen sowohl das Verhalten als auch die Verhältnisse betrachtet werden. Verschiedene Studien belegen, dass der Gestaltung von Arbeitsplatzorganisation und Arbeitsplatzumgebung für eine umfassende Wirksamkeit von betrieblicher Gesundheitsförderung eine ganz wesentliche Bedeutung zukommt (z. B. Bös et al. 1994 und 1999, zit. n. Bös et al., 2002, S. 154f). Badura et al. sehen die Unterscheidung in Verhalten und Verhältnisse bereits als überholt an. Sie schlagen eine Unterteilung in Person, Umwelt und Verhalten vor, um die vorhandene Wechselwirkung zwischen diesen drei Einflussgrößen geeignet zu berücksichtigen (Badura et al., 1999, S.36). Die ergotherapeutisch spezifische Betrachtung der Betätigungsperformance

beinhaltet die Person, die Umwelt und die Betätigung. Dabei wird das persönliche Verhalten immer vor dem Hintergrund der Umwelt betrachtet. Eine Unterscheidung in Verhalten und Verhältnisse erfolgt nicht.

„MitarbeiterInnen- und Mitarbeiterbeteiligung“

In der sogenannten „Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der EU“ wird die aktive MitarbeiterInnenbeteiligung als ein Ansatz genannt, die Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu erreichen. Die meisten Experten auf dem Gebiet der betrieblichen Gesundheitsförderung empfehlen die Partizipation der Beschäftigten, allerdings ohne genau zu beschreiben, was damit gemeint ist. Bamberg betont, dass sich Beteiligung oft auf die Information und Beratung bezieht. Es würden Interventionen überwiegen, die von Experten geplant und für die Betroffenen durchgeführt werden (Bamberg et al., 1998, S. 476). Badura betont, dass die MitarbeiterInnen in konkreten Arbeitssituationen selbst die Experten seien und führt aus, dass das Wissen der betrieblichen Gesundheitsförderung dann von den MitarbeiterInnen akzeptiert wird, wenn es mit dem gesundheitsrelevanten betriebsinternen Wissen ausreichend verknüpft und verwoben wird (Badura, 1999, S.21f). In der klientenzentrierten ergotherapeutischen Arbeit bildet der direkte Kontakt mit dem Klienten/der Klientin die Arbeitsgrundlage. Der Klient/die Klientin gibt dabei für die gemeinsame Arbeit wichtige Handlungsbeispiele vor. Im betrieblichen Kontext findet dabei der Kontakt direkt am Arbeitsplatz des Klienten/der Klientin statt.

Forschungsfrage

Im Rahmen einer explorativen Studie ist nun der Frage nachgegangen worden, wie MitarbeiterInnen selbst die Bedingungen ihrer Arbeitsumwelt erleben.

Die Betrachtung der Arbeitsumgebung wird in dieser Studie von einem ergotherapeutischen Modell geleitet, weshalb an dieser Stelle kurz näher auf das Modell eingegangen werden soll. Das Modell ist von dem amerikanischen Professor der Ergotherapie Gary Kielhofner in den letzten drei Jahrzehnten entwickelt worden und heißt „Model of Human Occupation“ (MOHO) (Kielhofner, 2002), übersetzt „Modell der menschlichen Betätigung“.

Eine vereinfachte Skizze soll den ergotherapiespezifischen Zusammenhang von Person, Umwelt und Betätigungsdurchführung verdeutlichen. Eine kurze Erläuterung schließt sich dem an.



Abb.1: Eigene Darstellung in Anlehnung an MOHO, hier bezogen auf die Arbeitswelt.

Dem systemtheoretischen Gedanken des Modells zufolge bewegen wir uns bei jeder Betätigung in einem Umfeld, mit dem wir in Wechselwirkung stehen. Gewohnheiten, Werte und Interessen, sowie die Fertigkeiten einer Person beeinflussen das persönliche Betätigungsverhalten. Gleichzeitig findet aber auch eine Beeinflussung der Umwelt auf das Betätigungsverhalten statt. „The self and the world in which one acts are interwoven“ (Kielhofner, 2002, S. 15).

Für die Betrachtung eines Arbeitsplatzes bedeutet dies, dass der Arbeitsplatz immer im Zusammenhang mit dem Menschen steht, der dort arbeitet und seiner Betätigung nachgeht. Die Arbeitsumgebung wird nicht nur von den verschiedenen Komponenten (Arbeitsmittel, Arbeitsobjekte) beeinflusst, sondern auch entscheidend von den Menschen, die dort arbeiten. Folglich kann die Arbeitsumgebung nicht isoliert betrachtet werden. Verhalten und Verhältnisse sind demnach nicht sinnvoll voneinander zu trennen.

Eine Grundannahme des Modells ist es, dass sich ein Arbeitnehmer/eine Arbeitnehmerin dann wohl fühlt, leistungsfähig und leistungsbereit ist, wenn seine/ihre persönlichen Fähigkeiten mit den Anforderungen aus der Arbeitsumgebung optimal zusammen passen.

Umsetzung der Forschungsfrage

Die Erhebungsmethode

Die Analyse der individuell erfahrenen Arbeitsumgebung lenkt den Blick auf die „Verhältnisse“, und gleichzeitig finden die individuellen Erfahrungen der MitarbeiterInnen ihren Ausdruck. Die Analyse sollte möglichst unterstützende als auch beeinträchtigende Aspekte der Arbeitsumgebung berücksichtigen und gegebenenfalls auch Hinweise auf konkrete Möglichkeiten für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung enthalten. Hierfür wurde das Erhebungsinstrument „WEIS“ verwendet, das sich aus dem Modell der menschlichen Betätigung ableitet. Work Environment Impact Scale (WEIS) steht für „Der Fragebogen zum Einfluss der Arbeitsumgebung auf den Stelleninhaber“ (Kielhofner et al., 1995).

Die Wirkung von 17 Arbeitsplatzaspekten auf das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit der MitarbeiterInnen wird im Interview erfragt und anhand einer vierstufigen Skala bewertet (stark unterstützend, unterstützend, beeinträchtigend, stark beeinträchtigend). Entsprechend dem Modell werden Arbeitsplatzaspekte aus dem Bereich: Arbeitsmittel, Arbeitsräume, soziale Gruppe und Betätigungsformen hinsichtlich ihres Erlebens erfragt. Zur Durchführung des WEIS steht ein umfangreiches Manual zur Verfügung. Die Art der Durchführung des WEIS ist demnach theoriegeleitet, entsprechend dem Modell der menschlichen Betätigung. So hat jeder Mitarbeiter/jede Mitarbeiterin im Interview die Möglichkeit, seine/ihre Arbeitsumgebung vor dem Hintergrund der eigenen Interessen, Fähigkeiten und Gewohnheiten zu bewerten. Es ist nicht von vornherein festgelegt, ob z. B. flexible Arbeitszeit ein unterstützender oder beeinträchtigender Faktor für das Wohlbefinden darstellt. Die Frage nach dem Erleben eines Arbeitsplatzaspektes wurde deshalb oft mit einem „Wie“ eingeleitet (z. B. „Wie beeinflusst ihre Arbeitszeit ihre Aktivitäten und Verantwortlichkeiten in anderen Lebensbereichen?“ oder „Wie erleben sie die Zusammenarbeit mit Kollegen im Hinblick auf die Leistungsfähigkeit, Zufriedenheit und das Wohlbefinden an ihrem Arbeitsplatz?“).

Als Untersuchungsort diente exemplarisch ein mittelständisches Unternehmen. Es wurden insgesamt zehn Einzelinterviews durchgeführt. Die dabei erhaltenen Informationen wurden quantitativ ausgewertet (vierstufige Bewertungsskala). Die qualitativen Aussagen wurden jeweils zu den einzelnen Arbeitsplatzaspekten zusammengefasst und ausgewertet. In den einzelnen Interviews wurden sehr viele Aussa-

gen gemacht, die über die einzelnen Arbeitsplatzaspekte hinaus Zusammenhänge herstellen. Um die übergreifenden Zusammenhänge u. a. „beruflicher Weg zum Unternehmen“, „Einstellung zu Arbeit und Gehalt“, „Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse und Ressourcen“ zu verdeutlichen, ist eine individuelle beispielhafte Portraitdarstellung von zwei Interviewpartnern gewählt worden.

Auswertung und Ergebnisse

Insgesamt ermöglichten die qualitativen Aussagen eine weitaus differenziertere und damit konkretere Betrachtung der Arbeitsplatzumgebung als die quantitative Auswertung. Es wurden sowohl Belastungen als auch bedeutsame Ressourcen angegeben. Diese Angaben konnten später für Maßnahmen, die die MitarbeiterInnen selbst mitgestaltet haben, sinnvoll aufgegriffen werden. Durch die Auswertung in Form von zwei MitarbeiterInnen-Portraits haben sich ganz individuelle Strategien für einen Umgang mit den Arbeitsbelastungen aufzeigen lassen.

In einem gemeinsamen Gespräch mit den MitarbeiterInnen wurden in einem allgemeinen Einstieg anhand der quantitativen Bewertungen vier auffällige von 17 Aspekten vorgestellt, indem einzelne Aussagen dazu zusammengefasst wurden und auch die zusätzlich genannten übergeordneten Zusammenhänge dargestellt wurden. Es zeigte sich sehr schnell, dass es einen großen Bedarf gab, sich unter den MitarbeiterInnen auszutauschen. Ein Mitarbeiter zeigte sich überrascht, dass seine Kollegen die Arbeit in dem Unternehmen fast genauso erlebe wie er. Die vorherrschende Unternehmenskultur war dabei von den MitarbeiterInnen offensichtlich noch nicht bewusst erfasst worden. In einer gemeinsamen Reflexion der Auswertungsergebnisse sind den MitarbeiterInnen Aspekte der Unternehmenskultur, Belastungen und auch verschiedene Ressourcen aus der Arbeitsumgebung bewusst geworden. Es war den MitarbeiterInnen möglich, ihre Bedürfnisse zu formulieren. Die MitarbeiterInnen wählten zwei Themenbereiche, die in einem weiteren Gespräch mit dem Vorgesetzten diskutiert werden sollten. Indem die MitarbeiterInnen ihre eigenen Prioritäten und das eigene Tempo für Veränderungsschritte im Unternehmen wählen konnten, ergaben sich in Zusammenarbeit mit dem Vorgesetzten drei praktikable und auch erfolgreich durchgeführte erste Maßnahmen.

Fazit

In der Betrachtung der individuell erfahrenen Arbeitsumgebungen aus einer spezifisch ergotherapeutischen Perspektive hat sich eine wirkungsvolle echte Partizipation der MitarbeiterInnen gezeigt. Die individuelle Ausdrucksmöglichkeit in den Interviews und das gemeinsame Entwickeln von Maßnahmen hat zu einem nachvollziehbaren und dokumentierbaren Empowerment der MitarbeiterInnen geführt. Dies kann so gewertet werden, dass es zu einem Gefühl von Kontrolle über die eigenen Arbeitsumstände geführt hat und damit gesundheitsförderlich war. Das prozessorientierte Vorgehen in der Maßnahmenentwicklung war geprägt von der Selbstbestimmung über das Wohlbefinden der MitarbeiterInnen in ihrer Arbeitsumgebung. Das Vorgehen orientierte sich an den spezifischen Gegebenheiten des vorliegenden Arbeitsplatzes und der darin arbeitenden Menschen.

So kann es nur begrüßenswert sein, wenn betriebliche Gesundheitsförderung die individuellen Aspekte der MitarbeiterInnen in den Mittelpunkt rückt und wenn die Verhältnisse nicht getrennt von den Personen betrachtet werden, die in ihnen leben und arbeiten.

Zur Autorin

Sonja Gerisch studierte Medizin an der Universität zu Lübeck, bevor Sie 1999 ihr Ergotherapie-Examen am Annastift Hannover ablegte. In den darauf folgenden zwei Jahren lag ihr Aufgabenschwerpunkt in der Unterstützung und Begleitung von Klienten der Berufsgenossenschaft bei der Durchführung von Belastungserprobungen am Arbeitsplatz. 2002 verlagerte sie ihr Aufgabenfeld in die Lehrtätigkeit an der Berufsfachschule für Ergotherapie am Annastift. Im Herbst 2004 absolvierte sie den Bachelor-Studiengang für Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie an der FH Hildesheim mit dem Schwerpunkt der betrieblichen Gesundheitsförderung. Seitdem ist sie in einer ambulanten ergotherapeutischen Praxis in der Arbeitsplatzberatung und in der Reintegration von Klienten am Arbeitsplatz in Hannover tätig.

Kontakt: Sonja-Gerisch@gmx.de

Literatur

Bamberg, E.; Ducki, A.; Metz, A-M. (Hrsg.) (1998): Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie

Badura, B.; Ritter, W.; Scherf, M. (1999): Betriebliches Gesundheitsmanagement- ein Leit-faden für die Praxis. Berlin: Ed. Sigma, rainer bohn verlag

Bös, K.; Gröben, F.; Woll, A. (2002): Gesundheitsförderung im Betrieb - Was kann die Sportwissenschaft beitragen? In Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 10 (2), S. 144 - 163

DNBGF - Deutsches Netzwerk betrieblicher Gesundheitsförderung (2004): Zweiter Präventionsbericht: Immer mehr Kleinbetriebe betreiben BGF. Verfügbar über: www.dnbgf.org.news [Zugriff: 08.06.2004]

Gerisch, S.; Marotzki, U. (2004): Analyse der individuelle erfahrenen Arbeitsumgebung als Ausgangspunkt betrieblicher Gesundheitsförderung - Eine explorative Studie mit dem Work Environment Impact Scale (WEIS). HAWK Hildesheim (unveröffentlicht)

Kielhofner, G. (2002): A Model of Human Occupation: Theory and Application, 3.ed Baltimore: Williams & Wilkins

Kielhofner, G.; Moore-Corner, R. (1995): Work Environment Impact Scale. Deutsche Übersetzung von Marotzki, U.; Hannover: activa-Verlag

Wolfgang Günther,
Tierärztliche Hochschule Hannover

Das BAuA - Kooperationsprojekt mit Tier- pflegerInnen an der Tierärztli- chen Hochschule Hannover

Die Stiftung Tierärztliche Hochschule (TiHo) Hannover - 1778 als "Roßarzneyschule" gegründet - ist eine der ältesten veterinärmedizinischen Bildungsstätten in Europa. In Deutschland besitzt sie als Einzige den Status einer selbständigen wissenschaftlichen Hochschule. Die fünf Kliniken, 13 Institute, zwei Zentren, zwei Fachgebiete und zwei An-Institute sind an zwei Standorten in Hannover untergebracht. Zudem betreibt die TiHo Hannover in Bakum bei Vechta eine Außenstelle für Epidemiologie und bei Sarstedt ein landwirtschaftliches Lehr- und Forschungsgut mit 230 Hektar Nutzfläche.

Es absolvieren rund 2000 Personen ein Studium der Veterinärmedizin und 40 ein Studium der Biologie, das im Verbund mit der Universität Hannover und der Medizinischen Hochschule Hannover durchgeführt wird.

An der Lehranstalt für veterinärmedizinisch-technische AssistentInnen der Stiftung Tierärztlichen Hochschule Hannover werden derzeit rund 70 Schülerinnen und Schüler zu VMTA ausgebildet. Außerdem bietet die Hochschule für BiologielaborantInnen, TierpflegerInnen, TierarzhelferInnen und FeinmechanikerInnen regelmäßige Ausbildungsplätze an.

Die TiHo beschäftigt rund 1000 Personen, davon 63 ProfessorInnen und etwa 250 andere wissenschaftliche MitarbeiterInnen.

In den Kliniken werden jährlich mehr als 9000 PatientInnen stationär, etwa 27.500 poliklinisch und 12.600 ambulant, also im landwirtschaftlichen Betrieb, behandelt.

Die PatientInnen werden von etwa 60 TierpflegerInnen – zuzüglich 50 Auszubildende – betreut und gepflegt. Die körperliche Belastung der TierpflegerInnen ist in der Regel hoch, der Umgang mit tierischen Patienten gefährlich: 30 bis 50 Prozent der an der TiHo gemeldeten Arbeitsunfälle sind auf den „Umgang mit Tieren“ zurückzuführen.

So lag es nahe, gerade für diese Mitarbeitergruppe Seminare zum Thema „Heben, Tragen und Bewegen von Lasten“ anzubieten.

Die Kosten für die physiotherapeutische Betreuung wurde von der BAuA übernommen.

Teilnehmende: jew. ca. 20 TierpflegerInnen u. –Azubis, zeitweise Vorgesetzte, Physiotherapeutin, Betriebsarzt und Sicherheitsingenieur.

Wünsche und Erwartungen der Teilnehmenden an das Seminar:

- weniger Rückenschmerz
- Grundkenntnisse erwerben bzw. wiederholen
- konkrete Hinweise zum Anheben und Bewegen von Lasten

Eigene Schmerzerfahrung (besonders Lendenwirbelsäule, Kniegelenke, z. T. Schulter) bestehen und konnten bestimmten Arbeitsabläufen (hohe Gewichte, ruckartige Kraftbeanspruchung, Wechsel Wärme-Kälte, ständiges Stehen) aber auch bestimmten Freizeitbeschäftigungen (PC, belastenden Sportarten) zugeordnet werden.

Daneben wurden von einer größeren Zahl der Teilnehmenden vorkommende chaotische Auswüchse der Arbeitsorganisation und der Informationspolitik bzw. eine fehlende Transparenz bei Entscheidungen für Arbeitsabläufe als Belastung benannt, die den muskuloskeletalen Belastungen ebenbürtig sei.

Den Teilnehmenden wurde vermittelt: Physiologisch-anatomische Kenntnisse und deren Relevanz für das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten, „Rückenfreundliche“ Techniken beim Handhaben von Lasten, Ausgleichs- und Dehnungsübungen nach stattgefundener Belastung.

Es wurden Arbeitsgruppen gebildet, die vor Ort (am Arbeitsplatz) verschiedene typische Tätigkeiten analysierten und gemeinsam Verbesserungsvorschläge erarbeiteten. Diese Tätigkeiten waren z. B.

- Tiere zur Behandlung fixieren
- Umgang mit Mistwagen
- Handling von Futtersäcken
- Stallung ausmisten, einstreuen (100 t Mist jährlich)

- Handling von Milchkannen (10 000 l Milch jährlich)
- Arbeit am Klauenwagen (mit dessen Hilfe werden Rinder zur Klauenbehandlung in waagerechte Position gebracht).

Die Aktion war erfolgreich, weil

- durch die Gruppenarbeit (max 6 Personen) alle in das Geschehen einbezogen waren.
- Pflegekräfte aus verschiedenen Bereich Erfahrungen austauschen konnten
- diese Beschäftigtengruppe motiviert wurde („endlich kümmert sich mal jemand um uns“).

Nach den Seminaren wurden die Ergebnisse mit den jeweiligen Vorgesetzten durchgesprochen. Die Verbesserungsvorschläge wurden – so weit möglich – umgesetzt und tatsächlich konnten diverse Tätigkeiten deutlich weniger belastend gestaltet werden.

Zum Autor

Wolfgang Günther hat als Maschinenbauingenieur in der Industrie gearbeitet, bis er 1993 als Fachkraft für Arbeitssicherheit zur Tierärztlichen Hochschule Hannover wechselte.

Kontakt:

Wolfgang.Guenther@tiho-hannover.de

*Irmhild Brüggem, Nora Wieneke,
Universität Lüneburg*

Betriebliche Gesundheitsförderung an der Universität Lüneburg

Ausgangspunkt

Die Universität Lüneburg hat seit ihrer Gründung 1989 viele markante Veränderungen erfahren:

- 1994-1996 Umzug vom alten Universitätsstandort auf ein Campusgelände
- 2003 Umwandlung in eine Stiftung des öffentlichen Rechts
- ab 2005 Fusion mit der Fachhochschule Nordostniedersachsen

Innerhalb dieser Zeit sind die Studierendenzahlen von 1.800 bei der Gründung auf demnächst ca. 10.000 Studierende gewachsen. Während die räumliche Ausstattung mitwuchs, ist bis heute eine bedarfsgerechte Personalausstattung nicht gelungen.

Die Veränderungsprozesse forderten in den Arbeitsbereichen der meisten Bediensteten Mehrfachbelastungen. In dieser Situation war es sehr wichtig eine Arbeitsgruppe einzurichten, die sich um den „gesunden und sicheren Arbeitsplatz“ kümmert und ein Konzept betrieblicher Gesundheitsförderung an der Universität Lüneburg installiert. Unser Ziel war es, schnell und pragmatisch zu handeln, eine Kontinuität in die Entwicklung des Konzeptes zu bringen und den Bediensteten regelmäßig Ausgleichsangebote zu offerieren.

Organisatorische Einbindung in die Hochschule / Einzelinitiativen / vorhandene Ressourcen

Personal- und Organisationsentwicklung (PE/OE)

Im Sommersemester 2000 wurde die Arbeitsgruppe PE/OE von der Universitätsleitung eingesetzt. Das von der Gruppe erarbeitete Programm zum Aufbau und zum Management

eines PE/OE-Systems wird seitdem vom Niedersächsischen Ministerium für Wissenschaft und Kultur finanziell unterstützt. Darüber hinaus ist die Arbeitsgruppe in die PE/OE-Aktivitäten des Ministeriums eingebunden. Das Ziel des Programms besteht darin, einen kontinuierlichen PE/OE-Prozess an der Universität in Gang zu setzen. Dieses Programm besteht an der Universität aus mehreren eng aufeinander bezogenen Bausteinen, wobei der Gesundheitsförderung in Lüneburg besondere Aufmerksamkeit gewidmet wird.

Öko-Audit

Die Universität ist seit dem Jahr 2000 nach dem Öko-Audit zertifiziert. Der Arbeits- und Gesundheitsschutz war von Anfang an in das Umweltmanagementsystem integriert und ist u. a. in der Umweltpolitik wieder zu finden: „Der Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie vorbeugende Maßnahmen zur Verhütung von Unfällen und Störfällen sind Bestandteil aller Planungen und Aktivitäten an der Universität.“

Allgemeiner Hochschulsport

Der Allgemeine Hochschulsport hat den Bereich Gesundheitssport eingerichtet und bietet den Bediensteten eigene Veranstaltungen an. Die Leiterin betreute den Baustein Gesundheitsförderung in PE/OE und nahm an mehreren Weiterbildungen in diesem Bereich teil.

Zentrum für angewandte Gesundheitswissenschaften (ZAG)

Das ZAG ist eine gemeinsame Einrichtung der Fachhochschule Nordostniedersachsen und der Universität Lüneburg. Es fördert seit 1992 die fachbereichs- und hochschulübergreifende interdisziplinäre Zusammenarbeit in den Gesundheitswissenschaften. Ziel des ZAG ist die Initiierung, Durchführung und Betreuung von Forschungs-, Fortbildungs- und Interventionsprojekten im Gesundheitsbereich. Ein Projekt des ZAG ist die „Gesundheitsfördernde Schule“.

Agenda 21 und Universität Lüneburg

Das Projekt „Agenda 21“ wurde von 1999 bis 2001 durchgeführt und bestand aus 6 Teilprojekten. In „Gestaltung der Lebenswelt Hochschule“ stellte man sich die Frage: Wie können Kommunikation und Konsummuster im Raum

der Universität als Beitrag zum Agendaprozess gestaltet und erfahren werden? Die Universität ist nicht nur Raum für Studium, Lehre, Forschung und deren Verwaltung, sondern auch Lebensraum der Menschen. Es entstanden u. a. ein Agenda 21-Café und verschiedene Märkte des fairen Handels auf dem Campus. Außerdem beschäftigte man sich in dem Workshop „Agenda 21 und Universität - auch eine Frage der Gesundheit?“ mit der gesundheitlichen Situation der verschiedenen Gruppen an der Universität Lüneburg.

Ergebnis

Im Mai 2003 wurden VertreterInnen dieser verschiedenen Projekte vom Vizepräsidenten Personal und Finanzen in die „Steuerungsgruppe Gesundheitsmanagement“ zusammengeführt. Das Ziel war und ist, die vorhandenen Aktivitäten und das Wissen zu einem systematischen Gesundheitsmanagement zusammenzufassen. Der Arbeitsgruppe gehören der Vizepräsident Personal & Finanzen, die Leiterin des Personaldezernats, der Vorsitzende des Personalrats, der Sicherheitsingenieur, die Betriebsärztin und weitere Vertreter aus Verwaltung und Wissenschaft an. Diese wirksame und zweckmäßige Zusammensetzung sowie die regelmäßigen monatlichen Sitzungen führten zu einer großen Produktivität. - **Die Gruppe nimmt gleichzeitig die Funktion des ASA nach § 11 AsiG wahr.**

Konzept

Das derzeitige Konzept basiert auf einer Ist-Analyse und Grundsätzen sowie daraus folgenden Maßnahmen.

| ► Grundsätze |
|---|
| • Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der Beschäftigten |
| • Frühzeitiges Erkennen und Abbau von Reibungsverlusten |
| • Gutes und produktives Betriebsklima |
| • Steigerung der Arbeitszufriedenheit und Motivation der Beschäftigten |
| • Reduktion von Fehlzeiten |
| • Erschließen von neuen Ressourcen |
| • Verbesserung von Arbeitssicherheit und Arbeitsschutz |

Abb. 1: Grundsätze der betrieblichen Gesundheitsförderung

Ist-Analyse

MitarbeiterInnenbefragung und Gefährdungsanalyse

Im Jahr 2000 wurde eine MitarbeiterInnenbefragung von der HIS GmbH durchgeführt. Es beteiligten sich nur 25% der Hochschulmitglieder, die fast ausschließlich an einem Bildschirmarbeitsplatz tätig sind. Daher ist die Aussagekraft dieser Befragung als nicht repräsentativ für alle einzustufen.

Im Ergebnis wurden physische Belastungen (Rückenschmerzen, Muskelverspannungen, Augen- und Kopfschmerzen), psychische Belastungen (Stress, Mobbing, Über- und Unterforderung) sowie schlechte Arbeitsplatzumgebungsbedingungen (Klima, Beleuchtung, Nebengeräusche, Rauchen) angegeben.

MitarbeiterInnenbefragung zu gesundheitsrelevanten Sachverhalten am Arbeitsplatz

Diese Befragung wurde im Jahr 2002 vom Institut Personal und Führung durchgeführt. Es nahmen 48% aus dem wissenschaftlichen Bereich und 60% aus dem nichtwissenschaftlichen Bereich teil. Insgesamt werden die Unterschiede der Befragungsergebnisse zwischen den einzelnen MitarbeiterInnengruppen als nicht signifikant beurteilt.

Positiv im Ergebnis sind die guten motivationalen Voraussetzungen, das starke Zugehörigkeitsgefühl der MitarbeiterInnen wie auch die Zufriedenheit vieler mit der Arbeitsorganisation. Bemängelt wurden zu hohe Arbeitsbelastungen und befristete Teilzeitbeschäftigung im wissenschaftlichen Bereich.

Auftaktveranstaltung

Die Arbeitsgruppe Gesundheitsmanagement hat ihre Vorstellungen und Ansätze frühzeitig in der Hochschulöffentlichkeit vorgestellt und diese um Unterstützung gebeten. Diese Veranstaltung konnte während der Arbeitszeit besucht werden.

Ergebnisse

Die Ergebnisse aus o. a. Befragungen, Arbeitsplatzbegehungen und Diskussionen wurden zu vier Säulen unserer betrieblichen Gesundheitsförderung vereinigt. Aus diesen entwickelten sich die Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit der MitarbeiterInnen.

Säule 1: Betriebliche Gesundheitsförderung im engeren Sinne

- Mehr Bewegung für die Bediensteten

Es gibt regelmäßige Bewegungs- und Entspannungsangebote, wie z. B. Rückengymnastik, Yoga, autogenes Training, Lauftreffs und Massage. Diese Angebote werden durch Ausschreibungen unter dem Motto: „Tun Sie was für sich!“ bekannt gegeben und mit großem Erfolg genutzt. Eine Besonderheit ist, dass jede/r Bedienstete eine Stunde pro Woche an einer dieser Veranstaltungen während seiner/ihrer Dienstzeit teilnehmen kann.
- Umwelt und Gesundheit

Unter dem Motto „Energie gewinnen – Energie sparen“ wurden die MitarbeiterInnen animiert, während sie ihr Büro lüften (5 Minuten Stoßlüften), eine einfache Gymnastikübung durchzuführen.
- Gripeschutzimpfungen - werden im Frühherbst für die Bediensteten von der Betriebsärztin angeboten. Die Krankenkassen erstatten i.d.R. die Kosten.
- Herz-Kreislauf Gesundheits-Checks - werden von der Betriebsärztin durchgeführt.
- Bildschirmarbeitsplatz- und Sehtestuntersuchungen - werden von der Betriebsärztin durchgeführt.

Säule 2: Verhältnisse am Arbeitsplatz

- Arbeitsplatzbegehungen und Beratung - werden von der Betriebsärztin und dem Sicherheitsingenieur durchgeführt.
- Verbesserung der Arbeitsplatzorganisation - in Planung
- Stressreduktion - in Planung

Säule 3: Führungskultur

- MitarbeiterInnen/Vorgesetzten-Gespräch (MVG)

Das MVG wird im Schneeballprinzip an der Universität eingeführt. Der Vizepräsident Personal und Finanzen hat mit seinen MitarbeiterInnen, die i. d. R. selbst Führungskräfte sind, begonnen, das MVG

einzusetzen. Das Institut Personal und Führung hat zusammen mit dieser Pilotgruppe ein spezifisches Instrument erarbeitet. Im Ergebnis wurde ein Formular entwickelt, welches während des Gespräches ausgefüllt wird und nur beim VP P&F und dem Mitarbeiter verbleibt. Im Gespräch werden die Themen: Aufgabenbereich, Arbeitssituation, Positives, Negatives, Zusammenarbeit und Führung wie auch persönliche Einschätzung, besondere Stärken und Steigerungsmöglichkeiten behandelt. Am Ende werden Ziele mit Termin, Messung und deren Voraussetzungen festgelegt.

Säule 4: Unternehmenskultur

- Rauchfreie Universität

An der Universität sollen die NichtraucherInnen vor dem schädlichen Rauch in den Gebäuden geschützt werden. Daher wurde Anfang 2004 das Projekt "Rauchfreie Uni" durchgeführt. In einem ersten Schritt wurde die Arbeitsstättenverordnung zum Nichtraucherschutz in die neue Dienstvereinbarung „Rauchverbot“ aufgenommen. Hier heißt es u. a., dass in Fluren, Treppenhäusern, Teeküchen und Toiletten ein generelles Rauchverbot gilt. In den Büros darf nur bei geschlossener Tür geraucht werden und wenn kein Nichtraucher/keine Nichtraucherin zugegen ist. Auch während Sitzungen und Sprechzeiten darf nicht mehr geraucht werden. Flankierend zur Dienstvereinbarung wurde durch Öffentlichkeitsarbeit die Thematik „Nichtraucherschutz“ verbreitet. Als weitere Maßnahmen sind Rauchentwöhnungskurse und eine Plakataktion für Studierende geplant. Daneben wurden Zigaretten-Werbeaktionen und der Verkauf von Zigaretten auf dem Campus verboten.
- Hilfen bei Sucht - in Planung

Öffentlichkeitsarbeit

Wichtig für eine erfolgreiche betriebliche Gesundheitsförderung ist die Information und Kommunikation innerhalb der Universität. Diese muss auf alle Hochschulmitglieder (Wissenschaftliches Personal, Verwaltungsangestellte und Studierende) spezifisch ausgerichtet sein. Hierzu gehören: Informationen im Intranet, Artikel im amtlichen Mitteilungsblatt der Universität und in den Studierendenzeitun-

gen, Plakate, Broschüren, Rundmails und Dienstbesprechungen.

Aktuelle Vorhaben

Die Mensa unter der Lupe

Derzeit beschäftigt sich die Arbeitsgruppe mit „Gesunder Ernährung“ und untersucht die vielfältigen Essensangebote auf dem Campus. So ist die Mensa gleichzeitig auch Betriebskantine und die Menüs werden auf ihre gesundheitliche Wirkung gecheckt. Erste Ansatzpunkte sind dabei eine Umfrage des Studentenwerkes und regelmäßige Gespräche mit dem Chefkoch. Das Öko-Referat der Universität konnte bereits bewirken, dass in der Vorlesungszeit ein Essen aus kontrolliert ökologischen Zutaten und dass an drei Tagen der Woche das Fleischgericht im regulären Verkauf aus Neulandfleisch zubereitet wird.

Voraussichtlich soll ab Januar 2005 das Projekt „Kontrollierte Gewichtsabnahme durch Ernährungsumstellung“ kombiniert mit regelmäßigen Bewegungen angeboten werden.

Sustainable University - Nachhaltige Entwicklung im Kontext universitärer Aufgaben

Dieses umfassende Forschungsprojekt mit dreijähriger Laufzeit knüpft an dem Projekt „Agenda 21 und Universität Lüneburg“ an und bearbeitet u. a. den Schwerpunkt: Lebenswelt Universität: Gesundheit, Konsum, Raumnutzung.

Kontakt: riECKmann@uni-lueneburg.de;
www.uni-lueneburg.de/infu

Zur den Autorinnen

Dipl.-Umweltwiss. Irmhild Brügggen ist seit 2001 als Umweltkoordinatorin an der Universität Lüneburg angestellt. Sie betreut vor allem die Zertifizierung der Universität nach dem Öko-Audit, wobei der Arbeits- und Gesundheitsschutz in das Umweltmanagementsystem integriert ist. Seit 2002 ist sie Mitglied der „Steuerungsgruppe Gesundheitsmanagement“, die die Gesundheit der Hochschulangehörigen fördern möchte.

Kontakt: brueggen@uni-lueneburg.de

Die Sportlehrerin Nora Wieneke ist seit 1990 Leiterin des Allgemeinen Hochschulsports und seit 2003 Mitglied im Arbeitskreis Gesundheitsmanagement der Stiftung Universität. Sie hat seit 2001 einen Gesundheitssportbereich im Rahmen des Allgemeinen Hochschulsports eingerichtet und arbeitet in der Arbeitsgruppe Gesundheitsmanagement seit 2003 daran, ein Präventionsangebot für Bedienstete der Universität zu entwickeln und zu etablieren.

Kontakt: wieneke@uni-lueneburg.de

Carsten Bütke,
Universität Paderborn

Akteure in einer gesunden Hochschule - Kooperationsmodell Techniker Krankenkasse, Landesunfallkasse NRW, Universität Paderborn

Einführung

Die Gesundheitsförderung spielt in vielen Bereichen der Gesellschaft eine immer größere Rolle. Dieser Entwicklung hat sich die Universität Paderborn auch verschrieben. In der Einleitung der Zielvereinbarung mit dem Landesministerium für Forschung und Wissenschaft NRW steht: „Ein drängendes Problem dieser Gesellschaft ist die Erhaltung und Sicherung der Gesundheit. Vor dem Hintergrund der regionalen Möglichkeiten und der in der Hochschule bereits vorhandenen Kompetenz und Infrastruktur wird dieser Bereich so strukturiert und gegebenenfalls verstärkt, dass attraktive Forschungsfelder besetzt und Studienangebote bereitgestellt werden können.“

Entstehung

Beginn der Gesunden Hochschule war ein studentisches Projekt im Jahr 1996. Der damalige Kanzler, Herr Hintze, beschloss mit dem AstA die Durchführung des Projektes Gesunde Hochschule mit der Zuweisung von insgesamt 2300,-DM. Endprodukt war ein Bericht mit einem Katalog von kurz-, mittel und langfristigen Maßnahmen und persönlichen Stellungnahmen zum Projekt jeder TeilnehmerInnen. Der Endbericht wurde der Hochschulleitung und dem AstA übergeben. Die Reaktion des Kanzlers waren sehr positiv. Die Beseitigung der ausgemachten Informationsdefizite bei den Angestellten bezüglich bestehender Möglichkeiten und die Einrichtung eines Arbeitskreises Gesundheit hielt er für realisierbar. Er bewilligte 36 PM WHK 19.5 Std. zur Fortführung des Projektes, welches zur wissenschaftlichen Begleitung an das Sportmedizinische Institut - und hier bei Prof. Dr. Liesen - in der Universität angebunden war.

Nach seiner Gründung am 18.10.1999 hat der universitäre Arbeitskreis Gesunde Hochschule bis heute zahlreiche Aktionen erfolgreich

durchgeführt. Dazu gehören Veranstaltungen zu den Themen "Rückengerechtes Verhalten am Arbeitsplatz", "Fit am PC", "Ergonomisches Büro", die Impftage, die Gesundheitstage 2001 und 2003 sowie eine DKMS-Typisierungsaktion. Die Reaktionen in der Hochschule - aber auch in der Gesundheitsregion Ostwestfalen-Lippe - waren positiv. Der Arbeitskreis Gesunde Hochschule beschloss, die bisherigen Aktivitäten, die aufgrund vorhandener Ressourcen in der Hochschule und bestehender Kooperationen entstanden, in Zukunft konzeptionell zusammenzuführen und sie mit kompetenten Partnern weiter zu professionalisieren.

Ein weiterer Meilenstein in diesem Zusammenhang wurde mit der Bewilligung des zweijährigen Anschlussprojektes "Gesunde Hochschule" gesetzt. Dabei geht es um die Installation eines betrieblichen Gesundheitsmanagementsystems und nicht zuletzt um eine außergewöhnliche Kooperation zwischen der Universität, der Landesunfallkasse NRW und der Techniker Krankenkasse.

Zielsetzung

Betriebliche Gesundheitsförderung ist ein Prozess, der die gesundheitsgerechtere Gestaltung von Arbeit und Organisation sowie die Unterstützung bei gesundheitsgerechteren Verhaltensweisen zum Ziel hat. Basis erfolgversprechender Maßnahmen sind betriebspezifische Analysen, aus denen sich die gesundheitlichen Ressourcen und konkrete Belastungsschwerpunkte ergeben können. Darauf aufbauend werden unter Berücksichtigung der bestehenden Ressourcen gezielt Maßnahmen zur Reduktion bzw. Beseitigung dieser Belastungen durchgeführt. Es ist sinnvoll, innerhalb der Hochschule integrierte Strukturen zum Gesundheitsmanagement aufzubauen. Dabei steht die Frage, ob sich der Nachweis erbringen lässt, dass ein betriebliches Gesundheitsmanagementsystem zur Verbesserung der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens der Beschäftigten und der Studierenden der Universität führt, im Vordergrund. Es soll zudem festgestellt werden, ob sich dieses System auf die Arbeitszufriedenheit und damit auch auf die Qualität der Dienstleistungen einer Universität auswirkt.

Rahmenbedingungen

Seitens der Paderborner Hochschule werden an dem Projekt in erster Linie die Fächer Er-

ziehungswissenschaft, Psychologie, Sportwissenschaft und Sportmedizin beteiligt. Begleitend werden der Hochschulsport und das Studentenwerk mit einbezogen.

Die Universität Paderborn nimmt an diesem Projekt im Hinblick auf die "Gesundheitsregion Ostwestfalen-Lippe" teil. Auf vorhandenen Kompetenzen - wie das zertifizierte Dezernat 5 und hier der Bereich Arbeits- und Umweltschutz - kann bereits aufgebaut werden. Weiterhin soll Gesundheitsmanagement als Qualifikation für angehende Diplom-SportwissenschaftlerInnen und im Bachelor- bzw. Master-Studiengang "Exercise and Health" im jetzigen Department Sport & Gesundheit eine wichtige Rolle spielen.

Die Kooperation Universität, Landesunfallkasse und Techniker Krankenkasse hat Modellcharakter. Es handelt sich hierbei um die erstmalige Kooperation zwischen einer bundesweit vertretenen gesetzlichen Krankenversicherung und einer landesweit vertretenen Unfallversicherung im Feld Hochschule. Beide Kooperationspartner sind an allen Hochschulstandorten in Nordrhein-Westfalen vertreten. Es könnten Synergieeffekte genutzt werden, um ein Modell für weitere Hochschulen zu entwickeln.

Bereits in der Umsetzungsphase ist das "Sicherheits-, Gesundheits- und Umweltschutzhandbuch (SGU-Handbuch)", an dem das Department Chemie und das Dezernat 5.5 beteiligt sind. Bei der Fortführung des Projektes kann in Kooperation mit der Gesunden Hochschule auch das Department Sport & Gesundheit eingebunden werden. Die bewährten Elemente beider Projekte könnten langfristig als komplementäre Teile zusammengeführt werden.

Das zweijährige Pilotprojekt gliedert sich in die Phasen: Analyse, Planung, Durchführung, Evaluation. Vor diesem Hintergrund beschloss die BGM-Arbeitsgruppe „Gesundheit“ nach den vorliegenden Ergebnissen aus einer AU-Statistik, einer landesweiten Nutzerbefragung der Bibliotheken, einer Kurzumfrage und Unfallzahlen des Dezernates 5 die Durchführung einer MitarbeiterInnenbefragung. In Ergänzung wurde eine Befragung der Studierenden initiiert. Beide Befragungen beziehen sich auf Mitarbeitende und Studierende.

Inhalte und Organisation der Befragung

Grundlage der Erhebung ist der TK-Mitarbeiterfragebogen „Gesund in die Zukunft“. Dieses Instrument erfasst die aktuellen Anforderungen und Ressourcen am Arbeitsplatz aus der Sicht des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin.

Die Fragebogenerstellung und -abstimmung sowie die Auswertung und Interpretation der Daten wurde vom Zentrum für empirische pädagogische Forschung der Universität Koblenz-Landau im Auftrag der Techniker Krankenkasse durchgeführt. Der Fragebogen für Studierende wurde eigens im Rahmen des Projekts auf der Grundlage des Mitarbeiterfragebogens erstellt. An der Erstellung des Fragebogens waren die Mitglieder der BGM-Arbeitsgruppe „Gesundheit“ beteiligt. Die Analyse zielt auf die dimensions- und bereichsspezifische Identifikation von Belastungsschwerpunkten, um diese durch Veränderungsmaßnahmen zu reduzieren bzw. zu eliminieren. Gleichermaßen sollen Ressourcen erkannt werden, um diese als Potenzial transparent zu machen und weiter zu stärken. Aufgrund der differenzierten Auswertung der erhobenen Daten besteht für die Mitarbeitenden und Studierenden die Möglichkeit zur Rückmeldung und Besprechung der spezifischen Ergebnisse in Gesundheitszirkeln bzw. Gesundheitswerkstätten.

Im Einzelnen gliedert sich das Verfahren in die Kernbereiche:

- I Angaben zur Person
- II Erfassung der aktuellen Arbeitssituation
- III Erfassung des körperlichen und psychischen Befindens

Die Beschreibung und Bewertung der eigenen Arbeitssituation sowie des aktuellen Befindens erfolgt anhand vorgegebener Fragen- und Antwortkategorien. Die Einzelfragen werden für die Auswertung in übergeordnete Dimensionen (Skalen) zusammengefasst. Neben dem Ausmaß einer Anforderung wird auch der Ausprägungsgrad der erlebten Belastung erfasst.

Aufbauend werden, unter Berücksichtigung der bestehenden Ressourcen, gezielt Maßnahmen zur Reduktion bzw. Beseitigung dieser Belastungen durchgeführt.

Ergebnisse der Analyse

Für die Gesamtgruppe der Mitarbeitenden liegen die Daten der Beschreibung der Arbeitssituation (*Rahmenbedingungen, Merkmale der Tätigkeit* und des *sozialen Umfeldes, Organisation und Kommunikation*) auf einem positiven Niveau. Analog hierzu fallen die gemittelten Werte für die erlebten Belastungen gering aus. Im Widerspruch dazu steht der *erhöhte Änderungswunsch* in der allgemeinen Einschätzung der Tätigkeit. Was diesem Änderungswunsch zugrunde liegt, lässt sich auf der Basis der Gesamtgruppenergebnisse nur indirekt erschließen. Signifikante statistische Zu-

sammenhänge bestehen zum geschilderten Ausmaß, Tätigkeiten zu verrichten, die nicht vertraglich vereinbart sind, zu erhöhter Intensität/ Mehrfachbelastung sowie zu geringem Ausmaß auf den Skalen Strukturiertheit, Kommunikation mit Vorgesetzten und Durchsetzung. Ebenso ergeben sich signifikante *negative* Korrelationen mit allen Skalen des Bereichs Arbeitsorganisation Führung und Kommunikation und hier im Besonderen mit der Skala Effizienz der Informationsflüsse. Eine weitere Auffälligkeit zeigt sich in den Befindensskalen. Die für fast ein Drittel MitarbeiterInnen erhöhten Werte sollten Anlass zu weiteren tiefgehenden Analysen sein.

Die Studierenden beteiligten sich in der ersten Befragung nur unzureichend und gefährden damit die Repräsentativität der erhobenen Daten. Die Befragten schätzten ihre Studiensituation insgesamt als im mittleren Bereich belastend ein. Ihre Zufriedenheit bewegt sich ebenso auf mittlerem Niveau. Eine Veränderung ist den Studierenden in leicht erhöhtem Ausmaß wichtig. Diese befriedigenden Mittelwerte über die gesamte Stichprobe können jedoch nicht verhehlen, dass eine erhebliche Anzahl von Studierenden sich durch ihre Studiensituation eher belastet fühlt (45 % der Stichprobe), eine geringere Zufriedenheit aufweist (38 %) und der im Besonderen die Veränderung ihrer Studiensituation wichtig ist (62 %). Hier ist eine zweite breitere wiederholte Befragung durchgeführt worden, die die beschriebenen Tendenzen bestätigt.

Für die Studierenden wurde eine Gesundheitswerkstatt organisiert, die Ergebnisse besprochen und Umsetzungsideen (z. B. E-Mail-Service) der Departmentsleitung vorgestellt. Die Leitung beauftragte den Projektleiter mit der weiteren Umsetzung. Für die Mitarbeitenden wurde auf die bestehenden Daten aus der Mitarbeiter- und Kurzbefragung zurückgegriffen.

Allgemeine Ergebnisse des Projektes

Mit den Kooperationspartnern LUK und TK haben sich an der Universität Paderborn zwei Partner gefunden, die einen NRW weiten Transfer von Projektergebnissen und deren Umsetzung sicherstellen können. Trotz des erheblichen Koordinationsaufwandes ist das Projekt aufgrund des hohen Engagements der Beteiligten initiiert worden. Der „doppelte“ Antrag (LUK/UPB und TK/UPB) wurde erstmalig durchlaufen und bietet nun einen Leitfaden über das Verfahren. Zukünftige Projektanträge sollten in der Antragsphase vereinfacht (ggf. zusammengelegt – landesweite Kooperation LUK-TK) und unterstützt werden. Die im Pilot-

projekt umgesetzte Auseinandersetzung zur Begriffs- und Auftragsklärung im Feld Gesundheit unter Beteiligung der Kooperationspartner und innerhalb der Zielgruppe ist empfehlenswert. Die Übereinstimmung zwischen den Ergebnissen aus Kartenabfrage in der Zielgruppe und der fragebogengestützten Nachbefragung in der Hochschule zeigt, dass die Kartenabfrage als qualitatives Instrument für eine erste Bestandsaufnahme geeignet ist. Die Auswertung der AU-Statistik wurde seitens des Kooperationspartners TK sorgfältig erarbeitet und dargestellt. Neben einem allgemeinen - im Falle Paderborn positiven - Trend lassen sich mit diesem Verfahren nur sehr begrenzt konkrete Handlungsfelder für ein Gesundheitsmanagement finden.

Die hochschuleigene Form der Unfallstatistik ist auf andere Standorte übertragbar. Für bekannte Probleme wurden einfache Lösungen gefunden. Der Qualifikation von ÜbungsleiterInnen über die sportartspezifische Kompetenz hinaus kommt eine Schlüsselfunktion zu. Bereits vorhandene Befragungsergebnisse sollten einbezogen werden. Diese Befragungen sind nicht immer offensichtlich unter dem Stichwort Gesundheit verortet. Die landesweite Befragung der Bibliotheken aber auch das Stimmungsbarometer des Dezernates 2 an der Universität Paderborn bieten möglicherweise Ansatzpunkte. Die Implementierung externer Kompetenz ist mit Blick auf die sensiblen Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung unverzichtbar. Hier besteht grundsätzlich eine Offenheit in der Vergabe (Kooperationspartner der TK, fremdes Institut), die für weitere Projekte zu empfehlen ist.

Die Mitarbeiterbefragung ist in der durchgeführten Form für den Bereich der wiss. und nicht wiss. MitarbeiterInnen, WHK, SHK und HochschullehrerInnen praktikabel. Datenschutzgründe zwingen bei zu kleinen Einheiten (unter 200 Personen) zur Zusammenlegung von Teilgruppen. Für Studierende erscheint eine ausreichend große Grundgesamtheit oder die Verwendung eines anderen Analyseinstrumentes sinnvoll. Die Analyseinstrumente sind auf die Zielgruppe und auf die Möglichkeiten der „Abteilung“ abzustimmen. Hierzu ist im Vorfeld eine genaue Information über die Eingangsbedingungen zu den einzelnen Instrumenten empfehlenswert. Herauszuhebende Gesichtspunkte sind: Notwendige Teilnehmerzahl, Länge des Fragebogens, Personaleinsatz, Standardkosten, Kosten für Modifikationen, Art und Umfang der Ergebnisdarstellung, Kosten für Präsentationen und Datenschutz bzw. Verwendung von Ergebnissen. Die Projektaktivitäten bringen das Thema in die Hochschuldiskussion. Damit regt das Projekt initiativ

zu parallelen Entwicklungen an. Im Wesentlichen wird damit eine Verzahnung von Einrichtungen gefördert, die zu einer nachhaltigen Weiterentwicklung des Projektzieles beiträgt.

Vor Ort sind in der Umsetzungsphase ca. 20 Klein- und Kleinstprojekte angedacht. Diese umfassen eine Vielzahl von umsetzbaren Ideen wie z. B.: Einrichtung kassenunterstützter Präventions-Hochschulsportkurse, Aufbau eines Qualifizierungsprogrammes für den wiss. Nachwuchs, einen Mailservice für Studierende oder auch den Einbau von kurzen Bewegungseinheiten, den Paderborner „Breaks“, in Vorlesungen. Die Umsetzung einiger Ideen bedarf weiterer Mittel. Daher wird sich das Projekt über den geplanten Zeitraum hinausziehen. Dieses scheint aber mit Blick auf die Umsetzung nachhaltiger Veränderungen nur wünschenswert zu sein. Im Rahmen einer TK-Reihe soll auf Basis des Zwischenberichtes und des zu erwartenden Endberichtes eine ca. 12-seitige Dokumentation des Projektes erscheinen.

Zum Autor

Carsten Bütke war bis 2004 im Sportmedizinischen Institut der Universität Paderborn als Projektleiter für den Aufbau des betrieblichen Gesundheitsmanagement zuständig. Er leitete dieses bundesweit erste Kooperationsprojekt mit der Landesunfallkasse NRW und der Techniker Krankenkasse über fünf Jahre.

Heute ist er Geschäftsstellenleiter des Kompetenzzentrums für Sport und gesunde Lebensführung OWL e.V. und setzt seine Arbeit auf dem Feld betrieblicher Gesundheitsförderung gemeinsam mit dem Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft fort.

Kontakt: Carsten. Buethe@OWL-ZSG.de

*Rainer Wieland, Triin Tint-Antusch,
Karin Hölper,
Bergische Universität Wuppertal*

Lebensraum Hochschule - für alle gesund und erfolgreich gestalten - Praxisbericht der Bergischen Universität Wuppertal

Einleitung

In diesem Praxisbericht wird die Projektarbeit im Gesundheitsförderungsprozess an der Bergischen Universität Wuppertal (BUW) vorgestellt. Zunächst fand ein Zielbestimmungsworkshop zum Projekt statt. In der zweiten Phase wurde das Befragungsinstrument von der Projektgruppe zusammengestellt und eine MitarbeiterInnenbefragung durchgeführt, deren Ergebnisse in der dritten Phase in der Steuergruppe bewertet und diskutiert wurden. Die vierte Phase bestand aus der Erstellung von Informationsmaterialien für die Hochschulöffentlichkeit, Workshops zur Erarbeitung von Zielen, Maßnahmen und Qualitätskriterien zur Evaluation sowie der Konzeption eines Internetportals „Gesunde BUW“. In der gegenwärtigen fünften Phase erfolgt die Umsetzung der Maßnahmen.

Argumente für die betriebliche Gesundheitsförderung an der BUW

Im November 2002 startete an der Bergischen Universität Wuppertal das vom Rektorat geförderte Projekt „Lebensraum Hochschule – für alle gesund und erfolgreich gestalten“.

Die Gründe für eine betriebliche Gesundheitsförderung an Hochschulen sind aus unterschiedlichen Perspektiven zu betrachten.

Zum einen ist betriebliche Gesundheitsförderung generell ein sinnvolles Instrument, um die zukünftigen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Herausforderungen, wie den Umgang mit dem demographischen Wandel und die Zunahme an psychischen Belastungen sowie chronischen Erkrankungen zu meistern. Zum anderen sollte die Universität Vorbildcharakter haben und somit einen Beitrag leisten, dass zukünftige AbsolventInnen und potenzielle Führungskräfte durch die Erfahrung einer Ge-

sundheitskultur eine Multiplikatorenfunktion übernehmen können. In ihrer Verantwortung als Bildungsinstitution könnte die Universität weiter dazu beitragen, dass Gesundheitsförderung nicht nur ein Thema der Sozial- und Verhaltenswissenschaften bleibt, sondern auch in andere Disziplinen aufgenommen wird. So könnte betriebliche Gesundheitsförderung beispielsweise in Forschung und Lehre der Ingenieur- und Wirtschaftswissenschaften sowie der Medizin thematisiert werden.

Die Projektgruppe

Mit der Planung, Steuerung und Durchführung des Projekts ist die Projektgruppe „Gesunde BUW“ betraut, in der alle relevanten Gruppen der Universität vertreten sind. Mit der wissenschaftlichen Leitung des Projektes wurde Prof. Wieland vom Rektorat beauftragt und durch entsprechende Mittel unterstützt. Mitglieder des Arbeitskreises sind der Kanzler, die Dezernate für Arbeits- und Umweltschutz sowie für Organisation und Personal, der wissenschaftliche Personalrat und der nichtwissenschaftlichen Personalrat, die Gleichstellungsbeauftragte und ein Vertreter des Hochschulsports sowie der schwerbehinderten Personen. In dieser Projektgruppe wurden auch die Instrumente zur MitarbeiterInnenbefragung diskutiert und zusammengestellt. Dabei wurden vorhandene Verfahren, eigens entwickelte und teilweise an den Betrachtungsgegenstand adaptierte Instrumente in einen gemeinsamen Fragebogen integriert. (Zu den Verfahren siehe Arbeitspsychologisches Analysemodell.)

Für die Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen sollen bei Bedarf weitere Akteure (z. B. vom Hochschulsozialwerk und der Pressestelle/Marketing) hinzugezogen werden. Weiter ist eine Vertretung des AstA und der Zentralen Studienberatung geplant, wenn sich das Projekt zu einem späteren Zeitpunkt auf die Zielgruppe der Studierenden ausweiten wird.

Projektziele und Prinzipien der Gesundheitsförderung an der BUW

Langfristiges Ziel der Gesundheitsförderung an der Bergischen Universität Wuppertal ist die nachhaltige Förderung der Gesundheit der Beschäftigten.

Im Kontext betrieblicher Gesundheitsförderung kann Gesundheit als Kompetenz zur aktiven Bewältigung beruflicher Anforderungen, zur

Selbstorganisation und Gefühlsregulierung (Selbstregulationskompetenz) und zur Herstellung befriedigender sozialer Beziehungen, aufgefasst werden. Deshalb reicht es nicht aus, einzelne Problemfelder zu beseitigen.

Praxisberichte belegen, dass kurzfristig angelegte gesundheitsfördernde Maßnahmen, die ausschließlich auf die Verhaltensänderung der MitarbeiterInnen ausgelegt sind, nur eingeschränkt zielführend sind. In anderen Studien konnte hinreichend abgesichert werden, dass die Bedingungen des Arbeitsumfeldes (Behinderungen, Zeitpuffer, soziales Klima), wie auch der Arbeitsaufgabe an sich (Aufgabenanforderungen, Handlungsspielraum), trotz der vorhandenen Wechselmechanismen mit Persönlichkeitsmerkmalen (z. B. Stresstoleranz, Selbstregulation) einen entscheidenden Einfluss auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Beschäftigten haben.

Notwendig sind Strategien, die in einer ganzheitlichen Systematik Maßnahmen der Verhaltensprävention, der Verhältnisprävention und der kulturellen Prävention (Führungskultur) verbinden.

Die aufgestellten Prinzipien und Projektziele tragen diesen Anforderungen Rechnung: Ansatzpunkte für die Entwicklung einer positiven Gesundheitskultur sind die Förderung der individuellen Handlungsfähigkeit und Gesundheitskompetenz als auch die Gestaltung lernförderlicher und beanspruchungsoptimaler Arbeitsplätze.

Da Beanspruchung im Arbeitsprozess stets in einer Doppelrolle erscheint – die Inanspruchnahme von Humanressourcen hat sowohl einen Nutzeneffekt (Herstellung des Arbeitsproduktes, Zufriedenheit) als auch einen Kosteneffekt (Verausgabung von Ressourcen, Stress) – bedeutet gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung nicht Vermeidung von Beanspruchung, sondern Optimierung der Beanspruchung. Gesundheitsförderliche Arbeitsweisen werden durch adäquate Kommunikations- und Kooperationsbedingungen, Partizipation als auch durch ein erfolgreiches Bindungs- und Konfliktmanagement ermöglicht.

Arbeitspsychologisches Analysemodell

Das in dem Projekt zugrunde gelegte Analysemodell entspricht dem Prinzip der ganzheitlichen Systematik der betrieblichen Gesundheitsförderung.

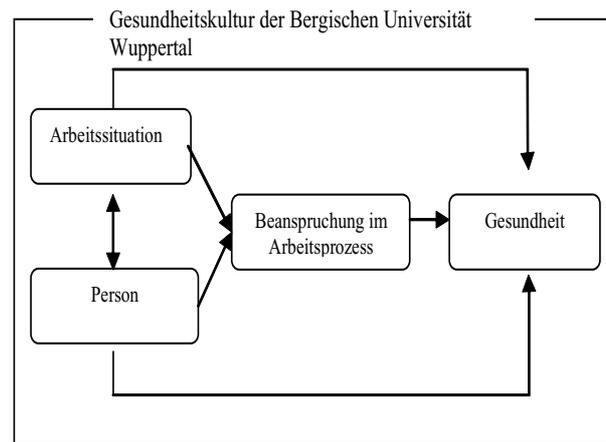


Abb. 1: Analysemodell und mögliche Kausalbeziehungen von Merkmalen der Arbeitssituation, Persönlichkeitsmerkmalen, arbeitsbedingter Beanspruchung und Gesundheit

Das Modell zielt auf die Ermittlung und Bewertung derjenigen Bedingungen und Zusammenhänge in der Organisationskultur, die einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit haben. Die Bedingungen, die in dieser Analyse erfasst werden, beziehen sich sowohl auf Merkmale der Arbeit als auch auf Merkmale der Person bzw. der Beschäftigten. Arbeitsmerkmale und Personenmerkmale werden als unabhängige Variablen (verursachende Faktoren) betrachtet. Beanspruchung und Gesundheit werden als davon abhängige Variablen (Folgen) betrachtet.

Es wird weiter angenommen, dass Beanspruchung im Arbeitsprozess eine vermittelnde Wirkung zwischen den ursächlichen Faktoren und der Gesundheit hat.

Die **Arbeitsanalyse** wurde mittels SynBA (Synthetische Belastungs- und Arbeitsanalyse, Wieland-Eckelmann, 1996, Wieland, 2002) durchgeführt. Wie bisherige Studien belegen, geschieht die Beurteilung der Tätigkeit mittels SynBA relativ unbeeinflusst von individuellen Eigenschaften der MitarbeiterInnen und ist somit als semi-objektives Verfahren einzustufen.

Neben einer Tätigkeitsanalyse beinhaltet das Verfahren die Arbeitsdimensionen *Aufgabenanforderungen*, *Tätigkeitsspielräume*, *Regulationsbehinderungen*, *Leistungs- und Zeitvorgaben*, sowie *Kommunikations- und Kooperationsmöglichkeiten*.

Um das *Beanspruchungspotenzial* des Arbeitsplatzes zu bestimmen, wird u.a. danach gefragt, inwieweit die Aufgabe Gedächtnis- und Verarbeitungsoperationen fordert und ob Tätigkeitsspielräume, die Entscheidungs- und

Planungsanforderungen beinhalten, vorhanden sind. Weiter werden als *Regulationsbehinderungen* Hindernisse und Störungen der Arbeitsausführungen wie z. B. unfreiwillige Wartezeiten sowie mangelnde Rückmeldung über die Arbeitsergebnisse und Aufgabentransparenz erfasst.

Zur Bestimmung der subjektiv erlebten Belastungen wie z.B. Über- und Unterforderungen wurde das Verfahren SALSA (Salutogenetische Subjektive Arbeitsanalyse) von Rimann und Udris (1993, 1997) eingesetzt. Neben den *Belastungen* analysiert dieses inzwischen weit verbreitete Verfahren im Sinne der Salutogenese auch Ressourcen, die als gesundheits-schützende und -wiederherstellende Faktoren angenommen werden. So gingen als **organisationsale Ressourcen** Elemente wie Aufgabenvielfalt, Partizipations- und Gestaltungsmöglichkeiten in die Untersuchung mit ein. Als **soziale Ressource** wurde das soziale Klima und der Führungsstil untersucht.

Die Analyse der Arbeitssituation wurde mit der Betrachtung von **Konflikten und deren Handhabung** abgeschlossen. Der dazu eingesetzte Konfliktfragebogen wurde von Wieland, Hölper und Tint-Antusch (2003) entwickelt.

Zu den erhobenen **Personmerkmalen** zählen *demographische Daten, gesundheitsbezogene Einstellungen und Kompetenzerwartungen* (Gesundheitskompetenz) sowie *gesundheitsbezogene Aktivitäten* (z. B. Sport). Die Gesundheitskompetenz wird mit einem Verfahren von Wieland, Hölper und Tint-Antusch (2003) ermittelt, welches an das Konzept der beruflichen Selbstwirksamkeit angelehnt ist (vgl. Wieland, 2004).

Für die **Beanspruchung** im Arbeitsprozess wurden u.a. *positive bzw. funktionale Beanspruchungszustände* (mentale und motivationale Beanspruchung, Kontrollerleben) und *negative bzw. dysfunktionale Beanspruchungszustände* (innere Anspannung, körperliche Beschwerden, Ärger, Monotonieerleben) während der Arbeit erfasst (vgl. Wieland et al., 2004).

Zur Messung der **Gesundheit** als langfristige Folge der täglichen Arbeitsbeanspruchung wurden drei Verfahren eingesetzt.

Zur Messung von *Burnout* wurde das Maslach Burnout Inventory (MBI, Maslach, 1976; Maslach & Jackson, 1981, Maslach, 2000; Schutte et al., 2000) verwendet, welches die Dimensionen emotionale Erschöpfung, Zynismus und Professionelle Effizienz erfasst. Mit dem General-Health Questionnaire (GHQ-12) von Gold-

berg (1978, 1982) konnte der *allgemeine Gesundheitszustand* der letzten Wochen ermittelt werden. *Gesundheitliche (psychosomatische) Beschwerden* wie Herz-Kreislaufbeschwerden, Muskel-Skelett- und unspezifische Beschwerden (Kopfschmerzen, Müdigkeit) wurden mit einer Beschwerdeliste, die sich an die Freiburger Beschwerdeliste (FBL, Fahrenberg, 1994) anlehnt, diagnostiziert.

Mitarbeiterbefragung

Die Mitarbeiterbefragung mittels Fragebogen wurde mehrfach über Hausmitteilungen und Emails angekündigt. Ab Mai 2003 wurde den MitarbeiterInnen der Fragebogen persönlich ausgehändigt. Die ausgefüllten Fragebögen konnten anonym mit der Hauspost an die wissenschaftliche Projektdurchführung zurückgesandt werden. Um die Motivation zur Teilnahme zu erhöhen, wurde den BefragungsteilnehmernInnen eine persönliche Ergebnisrückmeldung zugesagt.

Die zurückgesandten 390 Fragebögen entsprechen einem Rücklauf von 22,7 %. Der Frauenanteil der Stichprobe lag bei 45,1 %, entsprechend betrug der Männeranteil 54,9 %. Die Stichprobe setzt sich zusammen aus den Tätigkeitsbereichen Wissenschaft (52,1 %), Technik (11,4 %), Verwaltung (23,4 %) und Sonstigen (13,2 %). Das Durchschnittsalter der Befragten lag bei ca. 40 Jahren. Am stärksten vertreten war die Altersgruppe von 25 bis 29 Jahren. Die mittlere Organisationszugehörigkeit betrug ca. 5 Jahre.

Ergebnisse

Arbeitsgestaltung, Beanspruchung und Gesundheit

Die Gestaltung der Arbeitsplätze ist eng mit dem Gesundheitsgeschehen verbunden.

Schlecht gestaltete Arbeitsplätze (unvollständige, nicht beanspruchungsoptimale Arbeitsaufgaben und viele Regulationsbehinderungen) (vgl. dazu Wieland, 2004) weisen signifikant höhere negative bzw. dysfunktionale Beanspruchung auf ($F[1,168] = 61,87; p < .001$) als optimal gestaltete Arbeitsplätze (vollständige Aufgaben, wenig Regulationsbehinderungen). Abbildung 2 zeigt die Ergebnisse für 88 schlecht und 82 optimal gestaltete Arbeitsplätze, die nach dem Vierfelderschema von Wieland (2004) ermittelt wurden.

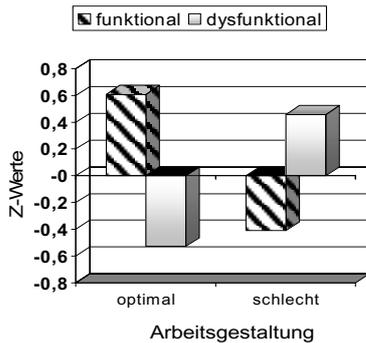


Abb. 2: Zusammenhang zwischen Güte der Arbeitsplatzgestaltung (optimal, N = 82 vs. schlecht, N = 88) und erlebter Beanspruchung, differenziert nach funktionaler (positiver) und dysfunktionaler (negativer) Beanspruchung während der Arbeit

Enge Zusammenhänge zwischen Beanspruchung und Gesundheit lassen sich vor allem für *schlecht gestaltete Arbeitsplätze* nachweisen. Hier finden sich signifikante Korrelationen zwischen Arbeitsbeanspruchung und Burnout ($r = .50$; $p < .001$), psychosomatische Beschwerden ($r = .46$; $p < .001$) und allgemeinem Gesundheitszustand ($r = .29$; $p < .001$).

Für *optimal gestaltete Arbeitsplätze* sind die korrespondierenden Korrelationen dagegen geringer ausgeprägt bzw. nicht signifikant ($r = .26$; $p < .05$; $r = .21$; n.s. und $r = .17$; n.s.).

Es konnte gezeigt werden, dass sowohl Überforderung (qualitative Überforderung $r = .356$; $p < .001$; quantitative Überforderung $r = .230$; $p < .001$), als auch qualitative Unterforderung ($r = .245$; $p < .001$) mit erhöhtem Burnout verbunden ist. Diese hochsignifikanten Korrelationen kennzeichnen die Relevanz vollständiger und beanspruchungsoptimaler Aufgaben für die Gesundheit.

Ressourcen, Beanspruchung und Gesundheit

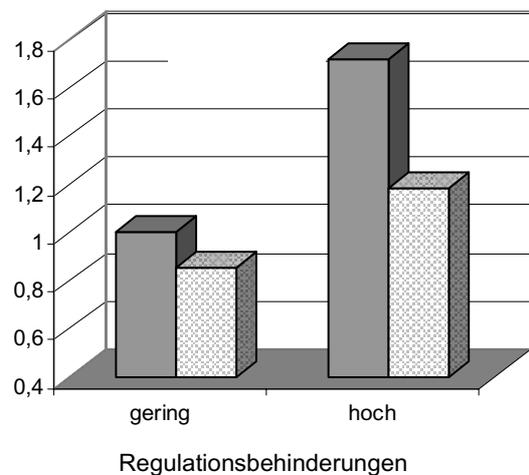
Soziale Ressourcen

Die Ergebnisse zum Einfluss des sozialen Klimas auf die Gesundheit zeigen für alle Gesundheitsindikatoren signifikante Effekte. Personen, die das soziale Klima als sehr positiv wahrnehmen, haben einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand ($F = 5,71$; $p < .01$), leiden weniger an Burnout ($F = 12,55$; $p < .001$) und haben weniger psychosomatische Beschwerden, wie z. B. Kopfschmerzen und Müdigkeit ($F = 6,22$; $p < .01$) als Beschäftigte, die von einem weniger positiven Sozialklima berichten.

Auch eine mitarbeiterorientierte Führung hat

einen positiven Einfluss auf die Gesundheit. Beschäftigte, deren Vorgesetzte „mitarbeiterorientiert“ führen, fühlen sich allgemein gesünder ($F = 10,79$; $p < .001$) und weisen geringere Burnout-Werte auf als Beschäftigte, die keine Unterstützung und keine Rückmeldungen von ihren Vorgesetzten bekommen.

Wie nachfolgende Abbildung zeigt, sind die Burnout-Werte vor allem dann signifikant erhöht, wenn bei hohen Regulationsbehinderungen nicht mitarbeiterorientiert geführt wird. Für die allgemeine Gesundheit liegt kein Interaktionseffekt vor.



Mitarbeiterorientierte Führung
 ■ hoch ■ niedrig
 Mitarbeiterorientierung:
 $F = 17,24$; $p < .001$
 Regulationsbehinderungen:
 $F = 39,96$; $p < .001$
 Interaktionseffekt:
 $F = 5,35$; $p < .05$

Abb. 3: Zusammenhang zwischen mitarbeiterorientiertem Führungsstil, Regulationsbehinderungen am Arbeitsplatz und Burnout

Organisationale Ressourcen

Insgesamt ergaben sich engere Zusammenhänge zwischen organisationalen Ressourcen und der *kurzfristigen Beanspruchung* (positives Befinden während der Arbeit: $r = .439$; $p < .001$; negatives Befinden: $r = -.281$; $p < .001$). Doch auch im Hinblick auf *langfristige Gesundheitsfolgen* legen die Ergebnisse eine positive Wirkung der organisationalen Ressourcen - vor allem der Partizipationsmöglichkeiten - nahe: Das relative Risiko für die allgemeine Gesundheit und das Risiko eines emotionalen Erschöpfungszustands steigt jeweils um das 1,2-fache, wenn wenig Partizipationsmöglichkeiten vorhanden sind. Das Fehlen von Partizipati-

onsmöglichkeiten setzt auch die professionelle Effizienz herab (1,4-faches Risiko).

Offenbar sind organisationale Ressourcen besonders für die professionelle Effizienz von Bedeutung. Bei geringer Aufgabenvielfalt liegt das Risiko einer eingeschränkten Effizienz 1,7-fach höher als bei Arbeitsplätzen mit hoher Aufgabenvielfalt. Wenige Tätigkeitsspielräume erhöhen ebenfalls das Risiko einer herabgesetzten Arbeitseffizienz (1,3-faches Risiko).

Varianzanalytische Untersuchungen zeigen, dass weiblichen Beschäftigten signifikant weniger organisationale Ressourcen zur Verfügung stehen. Im Vergleich zu den männlichen Beschäftigten sind ihre Aufgaben weniger vielfältig ($F = 5,76$; $p < .05$) und ganzheitlich ($F = 28,44$; $p < .001$), außerdem haben sie weniger Partizipationsmöglichkeiten ($F = 43,27$; $p < .001$).

Konflikte und Gesundheit

Konflikte beeinträchtigen die Gesundheit: Je stärker die Ausprägung von Konflikten ist, desto stärker ist das negative Befinden ($r = .426$; $p < .001$) und desto mehr Burnout liegt vor ($r = .411$; $p < .001$). Die *aktive teamorientierte Konfliktsteuerung* besitzt offenbar eine kompensatorische Wirkung. Das *teamorientierte Konfliktlösen* führt zu weniger Burnout ($r = -.331$; $p < .001$) und weniger negativem Befinden ($r = -.283$; $p < .001$). Dabei scheint weniger die Konfliktlösung an sich von Bedeutung für die Gesundheit zu sein als die Teamorientierung. Löst der Vorgesetzte Konflikte alleine, ist dies weder mit weniger Burnout noch mit geringem negativen Befinden verbunden ($r = .005$; n.s. bzw. $r = -.057$; n.s.).

Einflussgrößen der Arbeitsmerkmale auf das Konfliktgeschehen sind vor allem Überforderung ($F = 29,65$; $p < .001$) und Regulationsbehinderungen ($F = 31,13$; $p < .001$). Auch in diesem Zusammenhang zeigt sich die Wirkung der Ressource Partizipation. Beschäftigte, die eigene Ideen umsetzen können und bei wichtigen Dingen mitreden dürfen, geben signifikant weniger Konflikte an als Beschäftigte, die wenig Partizipationsmöglichkeiten haben ($F = 13,45$; $p < .001$).

Als Personmerkmale konnten lediglich signifikante Geschlechtsunterschiede ausfindig gemacht werden. Bezüglich der verschiedenen Konfliktarten haben männliche Beschäftigte signifikant mehr Rollenkonflikte ($F = 7,05$; $p < .01$), weibliche Beschäftigte geben an, dass ihre Vorgesetzten eher alleine Konflikte lösen

($F = 10,18$; $p < .01$).

Personenmerkmale und Gesundheit

Als überdauerndes Persönlichkeitsmerkmal beeinflusst die Gesundheitskompetenz vor allem die langfristigen Folgen der Arbeit. Die Korrelation zwischen Gesundheitskompetenz und der erlebten Beanspruchung ist mit $r = .16$ für positive und $r = -.23$ für negative Beanspruchungszustände vergleichsweise gering. Für die langfristigen Gesundheitsfolgen Burnout, beeinträchtigte allgemeine Gesundheit und psychosomatische Beschwerden liegen die Korrelationen zwischen $r = -.28$ und $-.32$. Je höher die Gesundheitskompetenz ausgeprägt ist, desto geringer ausgeprägt sind die gesundheitsbeeinträchtigenden Faktoren. Das Risiko von Personen mit geringer Gesundheitskompetenz ist dabei 1,8-fach größer, Burnout auszubilden als bei Personen mit hoher Gesundheitskompetenz.

Von den Ergebnissen zu den Maßnahmen

Aus den Daten der Mitarbeiterbefragung wurde ein Maßnahmenkatalog mit entsprechenden Evaluationskriterien abgeleitet. Die Ergebnisse legen nahe, dass vor allem beanspruchungsoptimale Tätigkeiten und vollständige Aufgaben für die Verbesserung des Befindens und der Gesundheit von Bedeutung sind. Zur Beanspruchungsoptimierung sollen sowohl mehr Mischarbeitsplätze eingerichtet werden als auch individuelle Kompetenzen gefördert werden. In Mitarbeiterzirkeln können Möglichkeiten zur Optimierung der Aufgaben (im Sinne ihrer Beanspruchung), zur Verbesserung der Arbeitsabläufe und vor allem zur Verringerung der Regulationsbehinderungen erarbeitet werden. Durch Mischarbeit und Mitarbeiterzirkel kann auch eine Stärkung der wichtigen Ressourcen Aufgabenvielfalt, Tätigkeitsspielräume und Partizipation erreicht werden. Wie die Daten zeigen, ist dies besonders für weibliche Beschäftigte wichtig. Die Erweiterung von Handlungsspielräumen wird unter anderem durch die weitere Flexibilisierung der Arbeitszeiten an der BUW ermöglicht.

Zur Steigerung des positiven Sozialklimas sind sowohl Teamentwicklungsmaßnahmen (Seminare, Teambesprechungen, erlebnispädagogische Aktivitäten) als auch Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation (Einrichtung von Teeküchen und vermehrte Mitarbeiterin-

formation) in den Maßnahmenkatalog eingegangen.

Entsprechend den Ergebnissen der Mitarbeiterbefragung nehmen Maßnahmen zur „gesunden Führung“ eine wichtige Stellung im Gesundheitsförderungsprozess ein. Maßnahmen zur Förderung des mitarbeiterorientierten und partizipativen Führungsstils bilden Seminare und Workshops, in denen Themen wie Mitarbeitergespräche, Zielvereinbarungen als auch Teambildung, Ressourcenstärkung und das *teamorientierte* Konfliktlösen behandelt werden.

Die verhaltenspräventiven Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz sind neben Nichtrauchertrainings, Maßnahmen zur gesunden Ernährung, Anti-Stress- und Zeitmanagement-Seminare sowie Sport- und Bewegungsangebote.

Zu den gesundheitsfördernden organisationskulturellen Maßnahmen gehört die Erweiterung des Nichtraucherschutzes. Die „Rauchfreie BUW“ startet ab dem Sommersemester 2005. Auch eine Gesundheitswoche ist in Planung.

Zur Durchführung der gesundheitsfördernden Maßnahmen kooperiert die Bergische Universität mit verschiedenen Krankenkassen. Die Techniker Krankenkasse (TK) wird den Bereich „Gesunde Führung“ unterstützen; die Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) ist bereits bei der Durchführung von Raucherentwöhnungskursen aktiv geworden und zusätzliche Bewegungsangebote des Hochschulsports finden ab Wintersemester 2004/ 2005 in Zusammenarbeit mit der Barmer Ersatzkasse (BEK) statt.

Weitere Ergebnisse und der Maßnahmenkatalog können bei Interesse demnächst auf den Seiten unseres Internetportals eingesehen werden (www.gesunde.uni-wuppertal.de). Hier werden auch zukünftig die gesundheitsfördernden Aktivitäten an der BUW zu verfolgen sein.

Zu den Autoren

Prof. Dr. Rainer Wieland, geb. 1949, ist seit Mai 1993 als Universitätsprofessor an der Bergischen Universität Wuppertal im Arbeitsbereich „Arbeits- und Organisationspsychologie“ tätig. Studium der Psychologie an der Freien Universität Berlin, 1977 Diplomprüfung im Fach Psychologie, 1983 Promotion zum Dr. phil., 1990 Habilitation für das Fach Psychologie.

Forschungsschwerpunkte: Neue Arbeits- und Organisationsformen (Zeitarbeit, Call Center, Telearbeit, virtuelle Unternehmen), psychische Belastung und Beanspruchung, Bildschirmarbeit, Arbeitsgestaltung und Personalmanagement, Arbeitsschutz, betriebliches Gesundheitsmanagement. Publikationen u. a. in den Bereichen: Kognition, Emotion und psychische Beanspruchung, Erholungsforschung, Gestaltung beanspruchungsoptimaler Bildschirmarbeit, betriebliche Gesundheitsförderung, Arbeitsgestaltung und Kompetenzentwicklung, Arbeitszufriedenheit, neue Arbeits- und Organisationsformen, Verfahren zur Belastungs- und Arbeitsanalyse, Stressbewältigungsstile und Selbstregulation.

Kontakt: wieland@uni-wuppertal.de

Karin Hölper ist seit Januar 2003 als studentische Hilfskraft im Projekt zur betrieblichen Gesundheitsförderung an der Bergischen Universität Wuppertal tätig. Unter der Leitung von Prof. Dr. Rainer Wieland (Arbeits- und Organisationspsychologie) ist sie mit der wissenschaftlichen Begleitung und Durchführung des Projektes „Lebensraum Hochschule – für alle gesund und erfolgreich gestalten“ betraut. Seit 2004 ist Karin Hölper als selbstständige Dozentin tätig. Neben der betrieblichen Gesundheitsförderung gehören Konfliktmanagement und Kundenorientierung zu ihren Arbeitsschwerpunkten.

Kontakt: hoelper@uni-wuppertal.de

Triin Tint-Antusch ist als studentische Hilfskraft bei Prof. Dr. Wieland (Arbeits- und Organisationspsychologie) an der Bergischen Universität Wuppertal seit Dezember 2002 in dem Projekt zur Gesundheitsförderung „Lebensraum Hochschule – für alle gesund und erfolgreich gestalten“ involviert. Zu ihren Aufgaben gehört die wissenschaftliche Begleitung des Projektes als Projektdurchführungskraft.

Kontakt: Triin.Tint-Antusch@gmx.de

Literatur

Ducki, A. & Metz, A.-M. (1998): Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung Verlag Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie

Fahrenberg, J. (Hrsg.): Die Freiburger Beschwerdenliste (FBL). Form FBL-G und revidierte Form FBL-R. Göttingen: Verlag für Psy-

chologie, 1994

Goldberg, D. (ed.): General Health Questionnaire (GHQ-60), Windsor, UK: NFER-NELSON; 1978

Goldberg D. (ed.): General Health Questionnaire (GHQ-12), Windsor, UK: NFER-NELSON; 1992

Hacker, W. (1991): Aspekte einer gesundheitsstabilisierenden und -fördernden Arbeitsgestaltung. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie Bern: Huber

Hacker, W. (1998): Allgemeine Arbeitspsychologie Bern: Huber

Kreis, J. & Bödeker, W. (2003): Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz. BKK Bundesverband, Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften - HVBG & Berufsgenossenschaftliches Institut Arbeit und Gesundheit - BGAG (Hrsg.) Initiative Gesundheit und Arbeit. IGA-Report 3

Maslach, C. (1976): Burnout. *Human Behavior*, 5, 16 - 22.

Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981): The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99 - 113

Leiter MP, Maslach C. 2000: Burnout and health. In: Baum A, Revenson T, Singer J, editors. *Handbook of health psychology*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum. p 415 - 26.

Rimann, M. & Udris, I. (1997): Subjektive Arbeitsanalyse: Der Fragebogen SALSA. In Strohm, O. & Ulich, E. (Hrsg.): Unternehmen arbeitspsychologisch bewerten. Ein Mehrebenenansatz unter besonderer Berücksichtigung von Mensch, Technik und Organisation. Vdf, Hochschulverlag AG an der ETH Zürich

Ulich, E. (2001): Arbeitspsychologie, 5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart/Zürich: Poeschel / vdf

Udris, I. & Rimann, R. (1999): SAA/SALSA: Zwei Fragebögen zur subjektiven Arbeitsanalyse. In H

Dunckel (Hrsg.) Handbuch psychologischer Arbeitsanalysen. Zürich: vdf

Wieland, R. (2002): Synthetische Belastungs- und Arbeitsanalyse (SynBA) - Ein Verfahren zur Analyse, Beurteilung und Gestaltung psy-

chischer Belastung und Beanspruchung am Arbeitsplatz. Unveröffentlichtes Dokument. Universität Wuppertal

Wieland, R. (2004): Arbeitsgestaltung, Selbstregulationskompetenz und berufliche Kompetenzentwicklung. In B. Wiese (Hrsg.): Individuelle Steuerung beruflicher Entwicklung. (S. 169 - 197). Kernkompetenz in der modernen Arbeitswelt. Frankfurt a. M.: Campus

Wieland, R., Hölper, K. & Tint-Antusch, T. (Hrsg.): Konfliktfragebogen. Nichtveröffentlichte Auflage, 2003

Wieland, R., Klemens, S., Scherrer, K., Timm, E. & Krajewski, J. (2004): Moderne IT-Arbeitswelt gestalten. Anforderungen, Belastungen und Ressourcen in der IT-Branche. Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der Techniker Krankenkasse, Band 4

*Kristin Unnold,
Universität Bielefeld*

Zehn Jahre Gesundheitsförderung an der Universität Bielefeld

Praxisfall Universität Bielefeld

Im Verlauf der Überlegungen zur Personalentwicklung wurde 1994 deutlich, dass über die Qualifizierung, Weiterentwicklung und Leistung der Beschäftigten hinaus der Blick erweitert werden muss auf die Bedingungen an Arbeitsplätzen, die einen Einfluss auf die Qualität der geleisteten Arbeit haben. Vor diesem Hintergrund beschloss das Rektorat 1994, die Etablierung eines Gesamtansatzes zur Gesundheitsförderung zu unterstützen. Dabei wurden keine spezifischen Einzelaktivitäten vorgeschlagen, sondern Bausteine für Aufbau, Initiative, Koordination und Steuerung (Steuerkreis Gesundheit, Koordinationsstelle, Gesundheitszirkel, Gesundheitsberichterstattung, Projekte, personalorientierte Trainings, Kurse, Beratung und Transfer).

Insgesamt wurden in den zurück liegenden Jahren verschiedene Phasen der Neu- und Umorientierung durchlaufen. Konzepte und Instrumente wurden weiter entwickelt, Strukturen konnten ausgebaut und verbessert werden, die Zielgruppen konnten auf die Studierenden ausgeweitet werden und der Netzwerkgedanke führte in vielen Bereichen zu tragfähigen Vernetzungsstrukturen. Die derzeitige Fortschreibung des Konzepts in Richtung eines Ansatzes für eine gesunde Hochschule ist daher Teil eines kontinuierlichen Entwicklungsprozesses.

Ausgangslage 2004

Ende des Jahres 2004 verfügt die Universität Bielefeld über umfangreiche praktische Erfahrungen mit der Umsetzung des Konzepts. Anlässlich der 10jährigen Praxis der Gesundheitsförderung empfiehlt sich eine Bilanz und mit Blick auf die Zukunft eine Aktualisierung und Erweiterung des Konzepts von 1994 insbesondere aus drei Gründen: Die aktuellen Rahmenbedingungen und Herausforderungen für die Universität Bielefeld haben sich gegenüber 1994 verändert, es liegen neue wissenschaftliche Erkenntnisse zum Themenkomplex Arbeit, Organisation und Gesundheit vor, und

die rechtlichen Rahmbedingungen für Arbeits- und Gesundheitsschutz haben sich verändert.

Arbeiten und Studieren an der Universität Bielefeld im Jahr 2004 findet im Kontext einer sich schnell wandelnden und international ausgerichteten Gesellschaft statt. Gesamtgesellschaftliche Veränderungen wie Globalisierung, wirtschaftlicher Strukturwandel, Einsparungen in Folge von Kostendruck, fehlende Ressourcen und Infrastrukturen bei gleichzeitig erhöhtem Modernisierungsdruck und (international) Wettbewerb zeigen ihre Wirkung auch in den Hochschulen. Der demographische Wandel wurde bereits im 1994er Konzept thematisiert. Mittlerweile befindet sich die Universität Bielefeld mitten im Altersumbruch.

Betrachtet man die aktuellen Herausforderungen für die Hochschule, so steht an erster Stelle der unter das Stichwort „Strukturwandel“ fallende verschärfte Wettbewerb zwischen den Hochschulen. In diesem Zusammenhang zu nennen sind auch die im Rahmen der Profilbildung der Universität(en) notwendigen Veränderungen in der Schwerpunktsetzung von Forschung und Lehre. Gravierende Auswirkungen hat zudem die Umstellung auf Bachelor- und Master-Studiengänge im Rahmen der Studienreform. Nicht zuletzt bedeutet auch die Einführung des Globalhaushalts eine einschneidende Veränderung.

Die genannten Herausforderungen haben deutliche Auswirkungen auf alle Mitglieder der Organisation: Flexibilisierung, Arbeitszeitverlängerung, Arbeitsverdichtung, Zeit- und Leistungsdruck, Zunahme von Verantwortung und geänderte Anforderungsprofile für Beschäftigte aller Statusgruppen und Studierende sind zentrale Aspekte in diesem Zusammenhang. Eine hohe Zahl von befristeten Beschäftigungsverhältnissen und die Verkürzung der Befristungsdauer führen zu Existenzängsten und verstärktem Leistungsdruck. Die notwendigen Anpassungen können bei den Betroffenen Widerstand, Unsicherheit oder Resignation hervorrufen und auf Dauer auch zu Beeinträchtigungen in Wohlbefinden und Gesundheit führen.

Eine mitarbeiterorientierte Personal- und Gesundheitspolitik und der Aufbau eines systematischen Gesundheitsmanagements können hier entgegen steuern und unerschlossene Potenziale auf Seiten der Universität als auch auf Seiten ihrer Mitglieder fördern.

Ziele und anzustrebende Ergebnisse von Gesundheitsmanagement

Oberstes Ziel von Gesundheitsmanagement an der Universität Bielefeld ist der Erhalt und die Verbesserung der psychischen, sozialen und körperlichen Gesundheit ihrer Mitglieder als maßgebliche Voraussetzung für ihre Arbeitszufriedenheit, Motivation und Leistungsfähigkeit.

Zur Zielerreichung bedarf es in erster Linie der nachhaltigen Förderung salutogener Potenziale in der Hochschule sowie der Förderung von persönlichen Gesundheitspotenzialen ihrer Mitglieder. Dazu gehören: die Entwicklung vertrauensvoller sozialer Beziehungen zwischen den Organisationsmitgliedern sowie ein Zuwachs an Vertrauen in die Organisation, gemeinsame Überzeugungen, Werte und Regeln, eine stärker werdende Kultur gegenseitiger Akzeptanz und Wertschätzung, die Verbesserung von Transparenz und Zusammenarbeit, die Verbesserung der Dialogmöglichkeiten zwischen Management, Beschäftigten und Studierenden, eine verbesserte Qualifikation aller Organisationsmitglieder (z. B. zu mehr sozialer Kompetenz) sowie die Stärkung ihres Verantwortungs- und Selbstwertgefühls und die Verhinderung von Beschädigungen (körperlichen, z. B. durch Gefahrstoffe oder Gewalt, sozialen, z. B. durch Ausgrenzung oder Diskriminierung, und psychischen, z. B. durch Beschädigungen der Identität oder Verursachung länger anhaltender negativer Gefühle von Angst oder Hilflosigkeit). Ein wirksames Gesundheitsmanagement sollte sich auf Dauer aber auch in einer Verbesserung der Ergebnisse der Organisation niederschlagen: wie z. B. in einem verbesserten Arbeits- und Studienverhalten, einer gesteigerten Qualität der Arbeits- und Forschungsergebnisse sowie in einer Senkung von Kosten.

Ergebnisse der Arbeitsgruppen in Clausthal-Zellerfeld

Gesundheitsförderung lässt sich nur gemeinsam mit Beschäftigten, Studierenden, ihren Vertretungen (Personalräte und ASTA) sowie dem vorhandenen Fachpersonal erfolgreich gestalten. Im Rahmen dieser Tagung wurde auf der Grundlage der präsentierten Ausgangssituation (Beispiel Universität Bielefeld) Arbeitsgruppen gebildet. Diese beschäftigten sich mit der Frage nach den Möglichkeiten von Vertretungen und Fachpersonal, den Prozess zu einer gesunden Hochschule (Bielefeld) zu protegiere, und damit, wie die Zielgruppen von Gesundheitsförderung selbst daran beteiligt werden können, welche Ressourcen ge-

nutzt und gefördert und welche Belastungsquellen abgebaut werden sollten.

Dazu wurden fünf Arbeitsgruppen gebildet. In drei Arbeitsgruppen wurden relevante Themen für Gesundheitsförderung aus Sicht der jeweiligen Zielgruppen (Beschäftigte aus Wissenschaft bzw. Technik und Verwaltung sowie Studierende) erarbeitet. Dazu wurden Belastungen und Potenziale sowie gesundheitsförderliche Interventionen und ihnen entgegen stehende Widerstände bzw. ungünstige Rahmenbedingungen diskutiert und anschließend im Plenum vorgestellt. In zwei Arbeitsgruppen wurde darüber beraten, wie Akteure an der Hochschule (Personalräte und Fachpersonal) Themen der Gesundheitsförderung unterstützen, kommunizieren und in ihren Bereichen aufgreifen können.

Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen sind im Folgenden wiedergegeben:

Ressourcen / Potenziale

| | |
|--|---|
| Studierende | jung, motiviert, engagiert, aufgeschlossen, gesund |
| Wissenschaftlich Beschäftigte | hohe Motivation, hohes Engagement, flexible Arbeitszeiten, großer Handlungsspielraum, Aufgabenvielfalt, Beruf = Berufung, Arbeitsplatz = Lebensraum (kollegiale Gruppe) |
| Nicht wissenschaftlich Beschäftigte | gute Kenntnisse der Hochschulstruktur, gute Zusammenarbeit, Kollegialität und Solidarität, Kontinuität von Personal und Aufgaben, gute Fachkenntnisse (Erfahrungen) |

Belastungen

| | |
|--------------------------------------|---|
| Studierende | <ul style="list-style-type: none"> • fehlende Schlüsselqualifikationen • fehlende (Gruppen-) Arbeitsplätze • starre Hierarchie, mangelnde Studienbetreuung, Orientierungslosigkeit, Informationsdefizite, unausgewogenes Verhältnis von Studieninhalten und Regelstudienzeit • Mehrfachbelastung (Familie, Kinder, Studium) |
| Wissenschaftlich Beschäftigte | <ul style="list-style-type: none"> • befristete Arbeitsverhältnisse, breites Aufgabenspektrum, unbezahlte Arbeitszeit, Arbeitsplatz = Lebensraum, fehlende Weiterbildungsangebote (Schlüsselqualifikationen) • mangelhafte Raumausstattung, fehlende Austauschmöglichkeiten; fehlende Erholungsmöglichkeiten, mangelhaftes Essensangebot, ungenügendes Bewegungsangebot |

| | |
|--|---|
| Nicht wissenschaftlich Beschäftigte | <ul style="list-style-type: none"> • Leitung / Führung: politische und rechtliche Rahmenbedingungen, wenig unterstützende interne Hochschulkultur, problematisches Führungsverhalten (direkte Vorgesetzte) • Arbeitsanforderungen: wenig Handlungs- und Entscheidungsfreiraum, mangelnde Qualifikation für neue Aufgaben, hohe Arbeitsmenge, fremdbestimmte Zusatzaufgaben, wechselnde / neue Anforderungen, unklare Zuständigkeiten • psychische Belastungen auf Grund: fehlender Wahrnehmung von Leistung („jederzeit ersetzbar“), fehlender Wertschätzung, fehlender Unterstützung, Konfliktpotenzial zwischen unbefristet und befristet Beschäftigten, befristeter Verträge, eintöniger Tätigkeiten, Leistungsdruck, Zeitdruck • körperliche Belastungen: Ergonomie, Umwelteinflüsse und Unfallgefahren (technische und bauliche Ausstattung) |
|--|---|

| | |
|--|---|
| Nicht wissenschaftlich Beschäftigte | <ul style="list-style-type: none"> • Dienstvereinbarung zur Partizipation von Beschäftigten bei Themen der Arbeitsgestaltung, Evaluation der Dienstvereinbarungen, Konzepterstellung zur Gesundheitsförderung, Gesundheit als Thema in Zielvereinbarungen, verbindliche Umsetzung von Maßnahmen, Beteiligung von Beschäftigten bei der Gestaltung von Arbeit • Personalentwicklung, Fortbildungsangebote, Seminarreihen für Führungskräfte, Informations- und Kommunikationskultur verbessern, Flexibilisierung der Arbeitszeiten • Team / Abteilungsbesprechungen, Gespräche zwischen Vorgesetzten und MitarbeiterInnen • betriebliche Sozialberatung, Sportangebote, Nichtraucherenschutz, Ernährungsberatung |
|--|---|

Interventionen / Ansatzpunkte von Gesundheitsförderung

| | |
|--------------------------------------|---|
| Studierende | <ul style="list-style-type: none"> • Start-up Paket Arbeits-, Lerntechniken und Schlüsselqualifikationen als Wahlpflicht im 1. Semester integrieren, Zertifikat für Hochschuldidaktik und Schlüsselqualifikationen für alle ProfessorInnen und wissenschaftlich Beschäftigten • positive Kommunikationskultur, partnerschaftlicher Umgang, bessere Informationspolitik der Hochschule, Unterstützung bei der Studienorganisation, Rückzugsmöglichkeiten (Arbeiten und Entspannung), Erweiterung der Kontaktmöglichkeiten zwischen Studierenden und ProfessorInnen (Themenabende) • Teilzeitstudium, Kinderbetreuungsangebote |
| Wissenschaftlich Beschäftigte | <ul style="list-style-type: none"> • Weiterbildungsangebote in Projekt- und Zeitmanagement, Didaktik, Präsentation, Kommunikation • Einbindung in die Arbeit des Steuerkreises Gesundheit • Bereitstellung von Kommunikationsräumen (Austausch, Erholung), Raumambiente (Atmosphäre, Temperatur), Stehtische • qualitativ hochwertiges Essen zu unkonventionellen Zeiten • Bewegungsangebote zu unkonventionellen Zeiten, Börse für selbstorganisierte Sportangebote, frei verfügbare Sportstätten • Personalabteilung: Informationen bereitstellen, Begrüßungsmappe |

Widerstände / Probleme

| | |
|--|--|
| Studierende | fehlende finanzielle Ressourcen, Raumprobleme, Forschung versus Lehre, Interessenskonflikte (Hochschulleitung / Fachbereiche) |
| Wissenschaftlich Beschäftigte | fehlende finanzielle Ressourcen, Energiekosten, Versicherungen (Sport) |
| Nicht wissenschaftlich Beschäftigte | fehlende finanzielle Ressourcen, Hierarchien, zu wenig Personal, eingefahrene Strukturen, fehlende Konfliktbewältigungsstrategien (fehlende „Streitkultur“), Bausubstanz, mangelnde Flexibilität |

Die Kleingruppen „Personalräte“ und „Fachpersonal“ sahen Unterstützungsmöglichkeiten vor allem durch Informationsvermittlung (Personalversammlung, Infoblätter) Austausch (Befragungen, Diskussionen) und aktive Beteiligung und Beratung (Arbeitsmedizin, Ergonomie, Bewegung, Lärm, Klima, psychische Belastungen und Gefahrstoffe). Darüber hinaus können Arbeitsunfähigkeits-, Krankenstandsanalysen und arbeitsplatzbezogene Gefährdungsanalysen ausgewertet werden.

Zur Autorin

Die Dipl. Psychologin Kristin Unnold ist Mitarbeiterin in der Abteilung für Personalentwicklung und koordiniert seit 1999 die Gesundheitsförderung an der Universität Bielefeld. Zu ihren Aufgaben gehört die inhaltliche Weiterentwicklung von Konzepten und die Bearbeitung von Informationen zum Themenkomplex Arbeit und Gesundheit, die inhaltliche und

organisatorische Vor- und Nachbereitung der Sitzungen des Steuerkreises und seiner Arbeitsgruppen, die Vorbereitung und Förderung von Projekten, die Organisation und Durchführung von Gesundheitstagen, Tagungen, Gesundheitsprogrammen sowie die Konzeption und Durchführung von Schulungen für Führungskräfte zum Thema Führung und Gesundheit. Außerdem engagiert sie sich in der Herstellung und Pflege von Kontakten zu internen und externen Kooperationspartnern und Netzwerken.

Kontakt: kristin.unnold@uni-bielefeld.de

Julia Kreis,
Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen

Evidenzbasis von Gesundheitsförderung und Prävention

Zum Begriff „Evidenzbasis“

Der Begriff „Evidenzbasis“ oder „evidenzbasiert“ hat in den letzten Jahren enorme Popularität erlangt und wird als beliebtes Etikett verwendet, ohne dass dabei immer klar zu sein scheint, was darunter eigentlich zu verstehen ist. „Evidenz“ – so, wie der Begriff in diesem Zusammenhang verwendet wird – ist abgeleitet vom englischen Wort „evidence“, welches „Nachweis“ oder „Beweis“ bedeutet und sich auf empirische Belege für die Wirksamkeit von Maßnahmen im Gesundheitswesen durch wissenschaftliche Studien bezieht. Evidenzbasiertes Vorgehen bedeutet damit, dass man eine Maßnahme durchführt, deren Wirksamkeit empirisch nachgewiesen ist. Dieses Konzept, das ursprünglich in der Medizin entwickelt wurde (Stichwort: Evidenzbasierte Medizin), gewinnt zunehmend auch im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung an Bedeutung. Offensichtlich ist es auch hier wünschenswert, mit möglichst großer Sicherheit davon ausgehen zu können, dass die Intervention, die man beabsichtigt durchzuführen, auch den gewünschten Effekt haben wird. Als im Jahr 2000 Maßnahmen zur Gesundheitsförderung als Kassenleistung nach §20 wieder eingeführt wurden, wurde deshalb festgelegt, dass nur solche Maßnahmen bezahlt werden sollten, für die entsprechende Wirksamkeitsnachweise – sprich: Evidenz – vorhanden sind.

Bei der Zusammenstellung von Evidenz für gesundheitsrelevante Interventionen wird verschiedenen Studien eine unterschiedliche Beweiskraft zugesprochen, je nachdem, welches Studiendesign angewendet worden ist. In dieser sogenannten „Evidenzhierarchie“ werden Studien, in denen die Interventionsgruppe mit einer zufällig zusammengesetzten Kontrollgruppe verglichen wird (= randomisiert kontrollierte Studien), als am aussagekräftigsten eingestuft, da hier die Wahrscheinlichkeit von systematischen Verzerrungen bei der Bewertung der Intervention am geringsten ist¹. Als weniger aussagekräftig werden Studien mit

¹ Sackett, D.L., Rosenberg, Gray, J.A.M. et al.: Evidence-Based Medicine - What it is and what it isn't. BMJ 312 (1996), S. 71-72 (s. auch Münch. med. Wschr. 139 (1997), S. 644-6459)

nicht randomisierter oder gar keiner Kontrollgruppe angesehen. Gleichzeitig sind jedoch randomisiert kontrollierte Studien im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention relativ selten, wesentlich häufiger ist das etwas schwächere Design mit einer freiwilligen Zuordnung zu den Versuchsgruppen anzutreffen oder auch reine Vorher-Nachher-Vergleiche ohne Kontrollgruppe.

Verbreitetes Evidenzklassenschema der Evidence-Based Medicine²

| | |
|------|--|
| I | Evidenz aufgrund mindestens einer adäquat randomisierten kontrollierten Studie |
| II-1 | Evidenz aufgrund einer kontrollierten, nicht randomisierten Studie mit adäquatem Design |
| II-2 | Evidenz aufgrund von Kohortenstudie oder Fall-Kontrollstudie mit adäquatem Design, nach Möglichkeit von mehreren Forschungszentren oder Forschungsgruppen durchgeführt |
| II-3 | Evidenz aufgrund von Vergleichsstudien, die Populationen in verschiedenen Zeitabschnitten oder an verschiedenen Orten mit oder ohne Intervention vergleichen |
| III | Meinungen von respektierten ExpertInnen, gemäß klinischer Erfahrung, beschreibender Studien oder Berichten von Expertengremien |

Evidenzbasis von betrieblichen Maßnahmen der Verhaltensprävention

Um die Frage zu beantworten, wie es sich mit der Evidenz zu betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention verhält, führte der BKK Bundesverband im Rahmen der Initiative Gesundheit und Arbeit³ ein Projekt durch, in dem die wissenschaftliche Literatur darauf hin analysiert wurde, inwiefern empirische Studien die Wirksamkeit entsprechender Maßnahmen empirisch belegen⁴. Die Literaturrecherche zeigte, dass eine schier unüberschaubare Fülle an Einzelstudien zu Maßnahmen der Verhaltensprävention vorhanden ist und diese auch bereits weitestgehend in Übersichtsartikeln zusammengestellt und ausgewertet worden sind. Deshalb wurde für die Zusammenstellung der Evidenz auf diese Übersichtsartikel zurückgegriffen (insgesamt über 20 aus

² nach US Preventive Services Task Force

³ Die Initiative Gesundheit und Arbeit ist eine Kooperation zwischen dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und dem BKK Bundesverband.

⁴ Kreis J., Bödeker W.: Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. IGA-Report 3. BKK Bundesverband und HVBG (2003). Kostenloses Download unter www.iga-info.de.

den Jahren 1996 bis 2003), die sämtlich in Zeitschriften mit wissenschaftlichem Begutachtungsverfahren veröffentlicht worden sind, wodurch methodische Standards gewährleistet sind.

Beispielhaft sind im folgenden Ergebnisse zu einzelnen Verhaltensbereichen aufgeführt⁵:

Körperliche Aktivität: Insgesamt zeigt die von Shepard⁶ gesichtete Literatur, dass ein gut konzipiertes Bewegungsprogramm am Arbeitsplatz die Fitness der Teilnehmenden verbessern kann. Der BMI kann um 1 % bis 2 % reduziert werden (wahrscheinlich mehr, wenn eine Diätberatung eingeschlossen wird), das Körperfett um 10 % bis 15 %. „Aerobic Power“, Muskelstärke und Flexibilität können um bis zu 20 % verbessert werden. Andere Studien zeigen Senkungen des Cholesterinspiegels um bis zu 15%; außerdem war die Einführung eines Bewegungsprogrammes in 9 von 10 Studien mit einer Abnahme der Zahl der Rauchenden verbunden. Die effektivste Intervention kombinierte u. a. den Zugang zu einer Fitnessanlage mit persönlicher Beratung und organisationalen Veränderungen, die Bewegung am Arbeitsplatz unterstützten. Darüber hinaus ist es auf Grundlage der vorliegenden Ergebnisse besonders wirkungsvoll, Bewegungsprogramme mit optionalen Modulen zu kombinieren, die auf spezifische Probleme wie die Reduktion des Cholesterinspiegels oder Raucherentwöhnung ausgerichtet sind. Die Studien weisen darauf hin, dass eher solche Maßnahmen nennenswerte Effekte erzielen, die Zugang zu Sporteinrichtungen oder Sportkurse anbieten als Programme, die auf Informationen und Schulungen basieren.

Ernährung und Cholesterinspiegel: Gruppenschulungen zum Ernährungsverhalten, insbesondere in Kombination mit individueller Beratung, bewirken positive, aber bescheidene Veränderungen im Ernährungsverhalten⁷: In Studien zum Obst- und Gemüseverzehr wird eine Erhöhung von insgesamt etwa 0,2 bis 0,5 Portionen am Tag berichtet. In 6 von 10 Studien zeigten sich signifikante Veränderungen im Fettverzehr; dabei ergaben sich Reduktionen des Anteils von Kalorien aus Fett gemessen an 1000 Kalorien von bis zu 3 %. Ein Anstieg an verzehrten Ballaststoffen zeigte sich in 3 von 5 Studien und zwar bis zu 1,7 g pro

1000 Kalorien. Die Prozentzahl der Veränderung, die nach 6 bis 12 Monaten aufrechterhalten wurde, variierte zwischen 30 % und 65 %. Programme in Kantinen (z. B. entsprechende Preisgestaltung bei gesunden/weniger gesunden Nahrungsmitteln) scheinen darauf hin zu deuten, dass das Kaufverhalten innerhalb der Kantine verändert wird⁸. Für eine abschließende Beurteilung der Wirksamkeit sind hier – wie im Verhaltensbereich „körperliche Aktivität“ – allerdings noch methodisch anspruchsvollere Studien notwendig.

Raucherentwöhnung: In Studien zur Wirksamkeit von Raucherentwöhnungsgruppen hörten zwischen 0 % und 91 % (Median 23 %) der Teilnehmenden erfolgreich mit dem Rauchen auf. Methodisch strengere Studien verglichen die Rate der Teilnehmenden an derartigen Gruppenprogrammen, die mit dem RaucherInnen aufhörten, damit, wie viele Raucher einer Kontrollgruppe ohne Behandlungsprogramm das Rauchen aufgeben; hier ergaben sich Netto-Unterschiede zwischen 3 % und 25 %. Untersuchungen zu betrieblichen Regelungen zum Rauchen belegen durchgehend, dass entsprechende Regelungen eine Reduktion im Zigarettenverbrauch am Arbeitsplatz bewirken, im Median von 3,4 Zigaretten pro Tag. In verschiedenen Studien wird berichtet, dass 12 % bis 39 % der Rauchenden angaben, bei der Arbeit weniger oder gar nicht mehr zu rauchen. Eindeutig zeigt sich auch eine geringere Belastung durch Tabakrauch am Arbeitsplatz in Unternehmen mit Rauchverbot im Vergleich zu solchen mit eingeschränkter Raucherlaubnis oder gar keinen Beschränkungen. Weniger eindeutig sind die Befunde in Hinsicht darauf, ob der Zigarettenkonsum insgesamt – also auch in der Freizeit – eingeschränkt wird und ob die Zahl der Rauchenden insgesamt abnimmt⁹.

Stress: Verschiedene Maßnahmen zum Stressmanagement – also Techniken und Programme, die Beschäftigten dabei helfen sollen, ihre Einschätzung von stressvollen Situationen zu verändern und/oder mit den Stresssymptomen effektiver umzugehen – wirken offensichtlich auf jeweils unterschiedliche Ergebnisvariablen: Muskelentspannung wirkt sich besonders auf physiologische Aspekte aus (z. B. Blutdruck, Muskelaktivität). Kognitiv-behaviorale Trainings zeigen dagegen am durchge-

⁵ siehe hierzu auch: Kreis, J., Bödeker, W.: Nutzen von betrieblicher Gesundheitsförderung. DIE BKK, 91 (2003), S. 515-520.

⁶ Shepard R.J.: Worksite Fitness and Exercise Programs: A Review of Methodology and Health Impact. American Journal of Health Promotion 10 (1996), S. 436-452.

⁷ ebd.

⁸ Glanz K., Sorensen G., Farmer A.: The Health Impact of Worksite Nutrition and Cholesterol Intervention Programs. American Journal of Health Promotion 10 (1996), S. 453-470.

⁹ Eriksen M. P., Gottlieb N. H.: A Review of the Health Impact of Smoking Control at the Workplace. The Science of Health Promotion 13 (1998), S. 83-99.

hendsten Auswirkungen auf psychologische Variablen, insbesondere Ängstlichkeit. Die wenigen vorliegenden Studien zu Meditationsverfahren zeigten eine Reihe von positiven Effekten; gleichzeitig sind Meditationstechniken kostengünstig und leicht zu lernen. Dennoch sind sie – vermutlich wegen ihrer Assoziation mit östlichen Religionen - in der betrieblichen Gesundheitsförderung kaum verbreitet. Die häufigste Kombination von Techniken bestand aus Muskelentspannung und kognitiv-behavioralem Training und beinhaltet somit einen Schwerpunkt sowohl auf den körperlichen als auch auf den psychologischen Aspekten. Dies erwies sich im Vergleich mit allen anderen durchgeführten Interventionen als am effektivsten und in seiner Wirksamkeit besonders gut belegt. Auf Grundlage der bisherigen Befunde wird empfohlen, dass Stressmanagement-Interventionen in ihrer Ausrichtung umfassender gestaltet werden sollten und neben den individuellen Stressmanagement-Fähigkeiten auch vorherrschende Stressoren in der Arbeitsumgebung berücksichtigen müssen, um signifikante Effekte auf organisationale Variablen (z. B. Arbeitszufriedenheit und Fehlzeiten) zu erzeugen¹⁰.

Ökonomische Auswirkungen: Bei der Frage nach den finanziellen Auswirkungen von betrieblicher Gesundheitsförderung wird meist zwischen den Kosten durch (krankheitsbedingte) Fehlzeiten (Absentismus) und den Krankheitskosten der Beschäftigten unterschieden. Insgesamt kann das Fazit gezogen werden, dass die Reduktion von Fehlzeiten durch Gesundheitsförderungsprogramme mittlerweile wissenschaftlich belegt ist. Mitunter wird die Senkung des Absentismus sogar als das schlagkräftigste Argument von Gesundheitsförderung bezeichnet¹¹. In den von Aldana¹² zitierten Studien ergaben sich Reduktionen bei den Fehlzeiten von 12 % bis 36 % für die Teilnehmenden an den Gesundheitsförderungsprogrammen bzw. eine Verringerung der mit Fehlzeiten verbundenen Kosten um 34 %. Bezüglich des „Return of Investment“ werden Werte von 1 : 2,5 bzw. 1 : 4,85 berichtet. Hinsichtlich der direkten Krankheitskosten werden in einem Übersichtsartikel¹³ über 30 Studien erfasst, die bemerkenswert konsistente Ergeb-

nisse liefern in dem Sinne, dass Maßnahmen zur Gesundheitsförderung offensichtlich mit geringeren Gesundheitsausgaben in Zusammenhang stehen. Beobachtete Effekte sind u. a. weniger Arztbesuche, weniger Krankenhauseinweisungen sowie weniger Tage im Krankenhaus etc. Berichtete Werte für den „Return of Investment“ liegen dabei zwischen 1 : 2,3 und 1 : 5,9.

Fazit

Jenseits von Einzelbeispielen gilt die Wirksamkeit von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention für positive gesundheitliche Auswirkungen in verschiedenen Verhaltensbereichen mittlerweile durch eine Fülle wissenschaftlicher Befunde als belegt – für einige Bereiche (z. B. Stressmanagement-Programme) ist die Evidenz dabei stärker als für andere (z. B. Ernährungsprogramme). Darüber hinaus belegt die aktuelle wissenschaftliche Literatur den ökonomischen Nutzen von betrieblicher Gesundheitsförderung durch die Reduktion von Fehlzeiten und Krankheitskosten.

Evidenzbasis von betrieblichen Maßnahmen der Verhältnisprävention

ExpertInnen sind sich einig, dass in Betrieben verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen einander ergänzen müssen, damit nachhaltige Effekte für die Gesundheit der Beschäftigten erreicht werden können¹⁴. Einige gehen sogar so weit zu sagen, dass „in der Sachlogik ... Verhaltensprävention der Verhältnisprävention stets nachgeordnet bleibt“¹⁵.

Im Gegensatz zur Verhaltensprävention konnte die Evidenz zur Verhältnisprävention jedoch bisher nicht ähnlich erschöpfend zusammengestellt werden. Gründe dafür liegen darin, dass das Feld der Verhältnisprävention ungleich weiter und interdisziplinärer ist als das der Verhaltensprävention, da relevante Maßnahmen an so unterschiedlichen Aspekten ansetzen wie physikalischen, chemischen, ergonomischen oder psychosozialen Belastungen und somit eine Überblicksdarstellung wie zur Verhaltensprävention um ein vielfaches aufwendiger ist. Aber auch hier liegt für verschiedene Bereiche entsprechende Evi-

¹⁰ Murphy L. R.: Stress Management in Work Settings: A Critical Review of the Health Effects. *American Journal of Health Promotion* 11 (1996), S. 112-135.

¹¹ Golaszewski T.: Shining Lights: Studies That Have Most Influenced the Understanding of Health Promotion's Financial Impact. *American Journal of Health Promotion* 15 (2001), S. 332-341.

¹² Aldana S.G.: Financial Impact of Health Promotion Programs: A Comprehensive Review of the Literature. *American Journal of Health Promotion* 15 (2001), S. 296-320.

¹³ ebd.

¹⁴ Ulich E.: Betriebliche Gesundheitsförderung – Elemente einer Positionsbestimmung. Vortrag auf der 5. Österreichischen Präventionstagung des Fondus Gesundes Österreich in Wien, 13./14. November 2003.

¹⁵ Klotter (1999) nach Ulich (2003).

denz vor, z. B. – um nur einen Aspekt exemplarisch herauszugreifen – im Bereich Ergonomie zu den Effekten verstellbarer Arbeitstische, Stühle oder Bildschirme, die die mechanischen Belastungen verringern und entsprechend positiv auf den Muskel-Skelett-Zustand wirken¹⁶. Schwieriger ist dagegen die Beurteilung der Evidenz zur Wirksamkeit von komplexen Interventionen wie z. B. Maßnahmen zur gesundheitsförderlichen Gestaltung der Arbeitsorganisation.

Um die Evidenz zur Verhältnisprävention künftig umfassender bewerten zu können, wird sich die Initiative Gesundheit und Arbeit im Rahmen eines neuen Projektes mit der Zusammenstellung und Analyse von empirischen Belege für die Wirksamkeit von Maßnahmen der Verhältnisprävention befassen.

Zur Autorin

Julia Kreis, Jahrgang 1977, studierte Psychologie an der Philipps-Universität Marburg mit den Schwerpunkten Gesundheitspsychologie sowie Arbeits- und Organisationspsychologie. Seit 2002 ist sie als Referentin beim Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Abteilung Gesundheit, tätig. Dort arbeitet sie in verschiedenen wissenschaftlichen Projekten, u. a. im Rahmen der Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA), einem Kooperationsverbund zwischen BKK Bundesverband und HVBG. Forschungsschwerpunkte sind dabei insbesondere die Evidenz von Gesundheitsförderung und Prävention sowie europäische Gesundheitsberichterstattung.

Kontakt: KreisJ@bkk-bv.de

¹⁶ Westgaard, R., Winkel, J.: Ergonomics interventions research for improved musculoskeletal health: A critical review. *International Journal of Industrial Ergonomics* 20 (1997), S. 463-500.

*Silke Gräser,
University of Southern Denmark, Esbjerg*

Betriebliche Gesundheitsförderung an Hochschulen aus europäischer Perspektive

Gesundheitsfördernde Hochschulen in Europa

Rund eine halbe Million Menschen arbeiten an den Hochschulen in Deutschland. Damit gehört die betriebliche Gesundheitsförderung zu einem wesentlichen Bereich der Gesundheitsförderung an Hochschulen. So entstehen auch im Rahmen der Gesundheitsfördernden Hochschulen immer mehr Projekte zur Gesundheitsförderung, die ihren Fokus auf die Gesundheit von MitarbeiterInnen legen. Mittlerweile gehören rund 60 Hochschulen dem Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen an und arbeiten u. a. an der Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderungsprozesse an der Hochschule. In einer europäischen Perspektive ist diese Entwicklung beispielhaft, denn es findet sich in keinem anderen Europäischen Land ein solch umfangreiches und aktives Netzwerk von Hochschulen, das auf Basis des Setting-Ansatzes Gesundheitsförderung an der Hochschule umsetzt. Für das Projekt der Gesundheitsfördernden Hochschule befindet sich Deutschland mit seinem aktiven Netzwerk in einer richtungsweisenden Rolle. Zwar fanden die ersten modellhaften Umsetzungen einer Gesundheitsfördernden Hochschule 1995 in England statt wie z. B. an der University of Central Lancashire in Zusammenarbeit mit der WHO Europa (Weltgesundheitsorganisation) (vgl. Dooris, 2000); in England und Schottland sind es derzeit aber nur ca. 10 Hochschulen, die sich als Gesundheitsfördernde Hochschulen begreifen. Erste Orientierungsversuche in Richtung einer Gesundheitsfördernden Hochschule zeigen sich auf europäischer Ebene in Dänemark mit der University of Southern Denmark, in Griechenland, in Estland und der Slowakei. Auf internationaler Ebene ist es vor allem das Projekt der WHO China, das als Verbund von sechs Hochschulen in der Gegend um Beijing ein Setting-Projekt Gesundheitsfördernde Hochschulen auf Basis der Ottawa Charta umsetzte und evaluierte (vgl. Xiangyang, Lan, Xueping, Tao, Yuzhen & Jagusztyn, 2003).

Ansatzpunkte für eine europäische Vernetzung

Insbesondere die starke Vernetzung des deutschen Netzwerkes bietet einen guten Ansatzpunkt für die Etablierung eines europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Hochschulen, wie es für die Bereiche betrieblicher oder schulischer Gesundheitsförderung (ENWHP= European Network of Workplace Health Promotion; ENHPS= European Network of Health Promoting Schools) bereits existiert. Als Bestandteil des Gesunde Städte Programmes der WHO bieten sich auch für die Gesundheitsfördernden Hochschulen günstige Voraussetzungen, um eine europäische Vernetzung voranzutreiben. Eine solche Vernetzung bietet auch die Möglichkeit einer erweiterten Gesundheitsberichterstattung an Hochschulen, die dann mit der Bereitstellung einer größeren Datenbasis eine Evidenzbasierung von gesundheitsfördernden Maßnahmen ermöglicht; so können „Modelle guter Praxis“ identifiziert werden, die eine Vorbildfunktion für andere europäische Hochschulen einnehmen können. Die Ziele eines solchen europaweiten Netzwerkes müssen dabei im Sinne der gesundheitsfördernden Setting-Projekte in folgenden Aspekten liegen:

- der Förderung einer Gesundheitsberichterstattung an Hochschulen,
- der Identifikation und Verbreitung von „Modellen guter Praxis“,
- der Bereitstellung erfolgreicher Methoden, Werkzeuge und Manuale zur Planung, Implementierung und Evaluation einer Gesundheitsfördernden Hochschule,
- der Entwicklung von Leitlinien für eine effektive Gesundheitsfördernde Hochschule,
- der Förderung des Bewusstseins für die Gesundheitsfördernde Hochschule und der Verantwortlichkeit aller beteiligter Parteien an der Hochschule für ihre Umsetzung,
- der Unterstützung nationaler Netzwerke mit besonderem Fokus auf die Integration aller beteiligter Interessengruppen und
- der Förderung einer gesundheitsfördernden Politik im Hochschulbereich auf europäischer/internationaler Ebene.

Dabei steht Deutschland im europäischen Vergleich, sieht man sich die betriebliche Gesundheitsförderung in der öffentlichen Verwaltung im europäischen Vergleich an, eher nicht an exponierter Stelle. Eine Untersuchung des

Europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung eruierte den Stand der betrieblichen Gesundheitsförderung in der öffentlichen Verwaltung in insgesamt 23 europäischen Ländern. Während in Finnland 96 % der öffentlichen Verwaltung nach eigenen Angaben betriebliche Gesundheitsförderung umgesetzt und 88 % in den Niederlanden, beschäftigen sich in Deutschland nur 29 % der öffentlichen Verwaltungen mit der Gesundheitsförderung im Betrieb (vgl. Sochert & Schwippert, 2003). Dabei scheinen Gründe für den Einsatz zu sprechen: 67 % der befragten EU-Länder geben als Grund für betriebliche Gesundheitsförderung an, dass sie zur Steigerung der Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen und einem höheren gesundheitlichem Wohlbefinden beiträgt; jeweils weitere 20 % nennen eine höhere Qualität und Produktivität, aber auch ein besseres Image oder einen geringeren Krankenstand.

Die Universität als Arbeitsplatz - eine gesundheitsfördernde Sichtweise

In der Luxemburg Deklaration (ENWHP, 1997) heißt es: „Betriebliche Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und der Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dies ist zu erreichen durch eine Verknüpfung folgender Ansätze: Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Arbeitsorganisation, Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung und der Förderung persönlicher Entwicklung.“ In dieser Definition findet sich bereits die Integration von einem Gesundheitsverständnis, das von einem Zusammenspiel der die Arbeitswelt gestaltenden Faktoren und der Gesundheit ihrer MitarbeiterInnen ausgeht. Ein solches Verständnis ist auch auf den Arbeitsplatz Hochschule zu übertragen und im Sinne einer gesundheitsfördernden Hochschule um die gesundheitsfördernde Dimension zu erweitern, die eben nicht nur auf die Eliminierung von Gesundheitsgefahren abzielt, sondern auch die gesundheitsfördernden und salutogenen Aspekte integriert, die Gesundheit unterstützen und erhalten. Eine salutogene Perspektive bedeutet, nach den „Quellen von Gesundheit“ zu fragen und so Bezugspunkte zu finden, wie ein Setting, eine Lebenswelt Hochschule für die Beschäftigten gestaltet werden kann, um Gesundheit am Arbeitsplatz Hochschule zu ermöglichen.

Unter dieser Perspektive wurde in 2002 an der Universität Oldenburg eine MitarbeiterInnenbefragung durchgeführt, die sich an alle Beschäftigten an der Hochschule im Verwaltungs- und Technischen Bereich richtete (n=362; Rücklauf: 44 %). Gefragt wurde u. a. nach den Arbeitsplatzbedingungen, den Belastungen am Arbeitsplatz, dem sozialen Klima und den Beschwerden (vgl. Belschner, Gräser et al., 2002). Bei den Beschwerden lagen die Nacken- und Schulterschmerzen an erster Stelle; 33,6 % der Beschäftigten berichten, dass sie sehr stark und stark unter Nacken- und Schulterschmerzen leiden; im Vergleich dazu liegen die Zahlen für die europäische Verwaltung bei 20 % und damit deutlich niedriger (vgl. Sochert & Schwippert, 2003). Am zweitstärksten ausgeprägt waren die Rückenschmerzen, die an der Universität mit 31,2 % genannt wurden und im Vergleich mit der europäischen öffentlichen Verwaltung mit 29 % leicht höher liegen. Bei einer Unterteilung in die Tätigkeitsbereiche zeigt sich, dass es überwiegend MitarbeiterInnen mit verwaltend-beratender Tätigkeit sind, die unter Rückenschmerzen leiden. Bei der Nennung von Rückenschmerzen liegt Deutschland mit seiner öffentlichen Verwaltung dabei mit 31 % im oberen Bereich und höher als Griechenland (21 %), Großbritannien (24 %) oder Schweden (26 %). Untersucht man die Korrelationen zwischen den Belastungen der MitarbeiterInnen und Rückenschmerzen zeigen sich signifikante Korrelationen mit der körperlichen Anstrengung ($r = ,20$) auf gleicher Höhe wie mit dem wahrgenommenen Stress und Zeitdruck ($r = ,20$). Im Vergleich ist dabei die Belastung durch Stress und Zeitdruck an der Universität mit 36,4 % deutlich höher als für die deutsche öffentliche Verwaltung mit 19 % und die Belastung in Europa für die öffentliche Verwaltung von 29 %. Am höchsten allerdings korreliert die Angst der Beschäftigten vor der in der Universität zu dem Zeitpunkt anstehenden Umstrukturierung ($r = ,23$) mit den Rückenschmerzen. So zeigt sich, wie eine ganz spezifische strukturelle Bedingung dieser Universität deutlich wird und als Belastung zum Tragen kommt.

Neben den belastenden Faktoren ist es aus gesundheitsfördernder, salutogener Sicht von besonderem Interesse, welche der Beschäftigten an der Universität *nicht* unter Rückenschmerzen leiden und welche Faktoren möglicherweise positive Effekte auf die Gesundheit haben. Es zeigt sich, dass eine Reihe von Faktoren signifikante negative Korrelationen mit Rückenschmerzen aufweisen und somit eher mit der Abwesenheit von Rückenschmerzen einhergehen (s. a. Gräser, 2003). Dazu gehören günstige soziale Faktoren wie das

soziale Klima ($r = -,25$), soziale Unterstützung ($r = -,24$), die Zusammenarbeit im eigenen Arbeitsbereich ($r = -,21$) oder auch das allgemeine Betriebsklima ($r = -,19$). Ebenso zeigen sich signifikante negative Korrelationen mit Tätigkeitsmerkmalen wie ein angemessener Arbeitsumfang ($r = -,20$), die Abwechslung innerhalb der Tätigkeit ($r = -,19$), eine Einarbeitung ($r = -,19$) oder die Möglichkeit, eigene Kenntnisse und Fähigkeiten einzusetzen ($r = -,18$). Aber auch die erlebten Gratifikationen wie die erfahrene Anerkennung für die Arbeit ($r = -,15$) und die Sozialleistungen und sozialen Einrichtungen korrelieren negativ auf signifikantem Niveau ($r = -,14$).

Setting Hochschule - Vernetzung als Perspektive

Die hier erwähnten Aspekte bilden aber nur einen Teil der möglichen gesundheitsfördernden Bereiche ab, die ein Setting Hochschule aufweisen sollte, um gesundheitsfördernde Strukturen und Bedingungen bereit zu stellen, die zur Gesundheit der Beschäftigten beitragen können. Auch hier kann eine europäische Perspektive wertvolle Beiträge liefern, um strukturelle Bedingungen an Hochschulen in den unterschiedlichen EU-Mitgliedsstaaten auf ihre gesundheitsfördernde Bedeutung hin zu überprüfen und von anderen Modellen lernen zu können. Je mehr Ergebnisse durch eine Gesundheitsberichterstattung an den Hochschulen zur Verfügung stehen und je mehr wir über die Gesundheit an Hochschulen wissen, desto eher lassen sich Faktoren bestimmen, die für die erfolgreiche Umsetzung einer gesundheitsfördernden Hochschule Bedeutung haben. Grundsätzlich zeigt sich aber auch die Relevanz des setting-orientierten Ansatzes der Gesundheitsfördernden Hochschule, der mit einer Orientierung auf komplexe strukturelle Bedingungen und mit einem Rahmenkonzept diese Bedingungen zu beeinflussen sucht. Dabei geht ein solcher Ansatz eben weit über eine verhaltensorientierte Orientierung hinaus, die sich vor allem auf lebensstilspezifische Verhaltensaspekte bezieht. Diese konsequente Setting-Orientierung gilt es weiter zu verfolgen, und dieser Ansatz beinhaltet eben auch den interdisziplinären und multi-professionellen Aufbau von Netzwerkstrukturen, sowohl auf der Ebene der Hochschule selber als auch auf europäischer Ebene, um eine evidenzbasierte Weiterentwicklung des Projektes Gesundheitsfördernde Hochschulen zu ermöglichen.

Zur Autorin

Dr. Silke Gräser arbeitet seit 1992 als Gesundheitspsychologin im Bereich der Gesundheitsförderung in Theorie und Praxis. Seit 2003 ist sie Assistant Professor im Department für Health Promotion Research an der Fakultät für Public Health an der University of Southern Denmark in Dänemark. Im Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen ist sie Ansprechpartnerin für internationale Kontakte. Zu ihren Schwerpunkten gehört die Gesundheitsförderung in Settings, insbesondere an der Hochschule. U. a. hat sie Studien zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Universität durchgeführt und ein Gesundheitsförderungsprogramm für Musikstudierende evaluiert.

Kontakt: sgraeser@health.sdu.dk

Literatur

Belschner, W., Gräser, S., Hellmann, A., Meis, M., Scheibler, P. & Schmitt, A. (2002): Arbeitsplatz Universität – Die Oldenburger Studie zum Gesundheitsmanagement. Studien zur Gesundheitsförderung Band 4. Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg

Dooris, M. (2000): Promoting sustainable health within a university setting: a case study. In U. Sonntag, S. Gräser, C. Stock & A. Krämer: Gesundheitsfördernde Hochschulen. Weinheim: Juventa

European Network of Workplace Promotion (ENWHP): Luxembourg Declaration of Workplace Health Promotion in the European Region: www.enwhp.org/download/luxembourg-declaration.pdf, Zugang am 20.08.2004

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

Sochert, R. & Schwippert, C. (2003): Die öffentliche Verwaltung – ein kranker Sektor? Europäische Trends und deutsche Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung. Betriebliches Gesundheitsmanagement und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren Band 29. BKK. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW

Xiangyang, T., Lan, Z., Xueping, M., Tao, Z., Yuzhen, S. & Jagusztyn, M. (2003): Beijing health promoting universities: practice and evaluation. In: Health Promotion International, Vol. 18, No. 2, 107 - 113

Herausgeber: HIS-Hochschul-Informationen-System GmbH,
Goseriede 9, 30159 Hannover
Tel.: 0511 / 1220-0, Fax: 0511 / 1220-250
E-Mail: ederleh@his.de

ISSN 1611-2091

Verantwortlich: Dr. Jürgen Ederleh

Redaktion (verantw.): Brigitte Weidner-Russell

Erscheinungsweise: 4 x jährlich

"Gemäß § 33 BDSG weisen wir jene Empfänger der HIS-Kurzinformationen, denen diese zugesandt werden, darauf hin, dass wir ihren Namen und ihre Anschrift ausschließlich zum Zweck der Erstellung des Adressaufklebers für den postalischen Versand maschinell gespeichert haben."