Gesunde Hochschule

Ein Leitfaden für Gesundheits-
experten an Hochschulen

Techniker Krankenkasse
Gesund in die Zukunft.

Gesunde Hochschule – ein Leitfaden für Gesundheitsexperten an Hochschulen
Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK,
Band 20 – ISSN 1610-8450

Herausgegeben von der Techniker Krankenkasse, Hamburg, Fax 040 - 69 09-22 58, Internet: www.tk-online.de, Bereich Versorgungsmanagement 2, Fachreferat Gesundheitsmanagement, Autoren: Prof. Dr. Thomas Hartmann, Diana Siebert, Hochschule Magdeburg-Stendal (FH), Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen, Magdeburg, Redaktion: Dr. Brigitte Steinke, Albrecht Wehner, Gestaltung: Wolfgang Geigle, Produktion: Andreas Volkmar, Druck: TK-Hausdruckerei

© Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck und sonstige Formen der Vervielfältigung – auch auszugsweise – nicht gestattet.

Gesunde Hochschule

Ein Leitfaden für Gesundheitsexperten an Hochschulen

Inhalt

Vorwort der Techniker Krankenkasse 6

Vorwort der Autoren 7

Zusammenfassung 9

Historische Entwicklung und gesetzliche Grundlagen der Gesundheitsförderung 10
Internationale Entwicklung der Gesundheitsförderung ... 10
Die Europäische Union als Akteur der Gesundheitsförderung ... 19
Gesundheitsförderung in Deutschland ... 22
Gesundheitsförderung auf Bundesebene ... 23
Gesundheitsförderung auf Ebene der Bundesländer ... 37
Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene ... 41

Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung 42
Prävention und Gesundheitsförderung ... 42
Ziele, Zielgruppen und Handlungsfelder von Gesundheitsförderung ... 53
Prinzipien und Merkmale von Gesundheitsförderung ... 58

Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung 59

Vernetzung als Strategie der Gesundheitsförderung 64
Ziele, Prinzipien und Merkmale von Vernetzung ... 66
Beispiele für settingbezogene Netzwerke der Gesundheitsförderung ... 71

Instrumente der Gesundheitsförderung 74
Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten der Krankenkassen ... 75
Mitarbeiter- bzw. Studierendenbefragung ... 76
Gesundheitszirkel ... 80
Experteninterviews ... 84
Arbeitssituationsanalyse ... 86
Fokusgruppen ... 89
Gefährdungsbeurteilungen (nach dem Arbeitsschutzgesetz) ... 92
Gesundheitsbericht ... 97
Hochschulbezogene Gesundheitsberichterstattung ... 100
TK-Gesundheitswerkstatt ... 102

Projektmanagement in der Gesundheitsförderung 105
Einführung ... 105
Idealtypischer Ablauf eines Projektes der Gesundheitsförderung ... 108
Finanzierung eines Projektes der Gesundheitsförderung ... 116
Der Projektantrag für ein Projekt der Gesundheitsförderung ... 117

Gesundheitsförderung an Hochschulen **122**
Warum Gesundheitsförderung an Hochschulen? 122
Gesundheitsförderung in Hochschulen und
Gesundheitsfördernde Hochschulen 123
Ziele, Prinzipien und Handlungsstrategien einer
Gesundheitsfördernden Hochschule 124
Maßnahmen und Aktivitäten Gesundheitsfördernder Hochschulen 125
Kooperationspartner Gesundheitsfördernder Hochschulen 128

Der Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen **129**
Gütekriterien des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen
für eine Gesundheitsfördernde Hochschule 131

**Gesunde Hochschule – Übersicht der Kooperationspartner
der Techniker Krankenkasse** **139**

Literaturverzeichnis **140**

Vorwort der Techniker Krankenkasse

Ziel der Gesundheitsförderung ist es, Gesundheitskompetenzen zu entwickeln und so zu positiver sozialer Veränderung beizutragen. Grundsätzlich eignen sich hierfür die Strategien des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Unser Engagement beruht auf § 20 des Sozialgesetzbuchs V (Prävention) und der Ottawa-Charta.

Die Techniker Krankenkasse hat bei ihrem Engagement an Hochschulen insbesondere den einzelnen Studierenden im Blick. Neueste Erkenntnisse belegen, dass viele Studierende vor allem psychische gesundheitliche Beschwerden haben (Gesundheitssurvey 2007). Für sie bietet die Techniker Krankenkasse Präventionsmaßnahmen wie Gesundheitskurse von Autogenem Training bis zu Angeboten zur Stressbewältigung an und berät die Hochschulen zudem darüber, wie sie für Studierende und Angestellte die Voraussetzungen für ein möglichst gesundes Lernen und Arbeiten schaffen können.

Eine sinnvolle Gesundheitsförderung für Studierende muss sich also vor allem den psychischen Belastungen an den Hochschulen widmen. Studierende nannten im Gesundheitssurvey am häufigsten Zeitdruck, Hektik an der Hochschule und fehlende Rückzugsmöglichkeiten als belastende Faktoren (Gesundheitssurvey 2007). Hieraus lassen sich erste Ansätze identifizieren, wo ein Gesundheitsmanagement an Hochschulen ansetzen sollte.

Gesunde Lebens- und Arbeitsbedingungen an Hochschulen zu schaffen, ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, bei der viele verschiedene Akteure gefragt sind. Daher ist eine partnerschaftliche Kooperation bei Maßnahmen zur Veränderung im "Setting Hochschule" für die Techniker Krankenkasse besonders wichtig.

Das gemeinsame Engagement ist ein Schritt in eine gesunde Zukunft, und die Techniker Krankenkasse erweist sich darin als innovative und leistungsstarke Kasse.

Hamburg, im Oktober 2008

Dr. Sabine Voermans
Gesundheitsmanagement
Techniker Krankenkasse

Vorwort der Autoren

Der vorliegende Leitfaden zur Gestaltung einer „Gesunden Hochschule“ stellt einen Auszug der umfangreichen Internetpräsenz des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen dar. Die Internetpräsenz wurde im Rahmen des Projektes: „Ausbau der Informations- und Kommunikationsplattform des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen zur Unterstützung der Prävention und Gesundheitsförderung an deutschen Hochschulen“ im Zeitraum von September 2004 bis Ende 2005 von der Techniker Krankenkasse finanziell gefördert und mit einem Endbericht im März 2006 abgeschlossen.

Seit der Einführung des Settings (Lebenswelt) durch die Ottawa-Charta (1986) wurde der Setting-Ansatz als Kernstrategie der Gesundheitsförderung sowohl durch internationale als auch nationale Dokumente und Gesetzesvorlagen bestätigt und fortgeschrieben. Die Durchführung von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung in einem Setting als auch die Entwicklung eines gesundheitsfördernden Settings erscheinen deshalb so erfolgversprechend, weil Verhaltens- und Verhältnisprävention im direkten Lebensumfeld und Alltag der Zielgruppen stattfinden können.

Durch die Wiederbelebung des § 20 SGB V im Jahr 2000 und die Entscheidung des Bundesversicherungsamtes vom Mai 2002, hat sich der Setting-Ansatz neben der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Rahmen der Primärprävention mittlerweile auch als zentraler Förderbereich der Krankenkassen durchgesetzt, obwohl in einem Setting i.d.R. Versicherte unterschiedlichster Sozialversicherungsträger zu finden sind. Nach dem ersten Scheitern des Bundespräventionsgesetzes, das den Lebenswelt-Ansatz ebenfalls priorisierte, ist Juni 2008 in Reaktion darauf in den überarbeiteten Leitlinien – also die „Durchführungsbestimmungen“ zum § 20 SGB V Absatz 2 und 3 – der Spitzenverbände der Krankenkassen auch die nichtbetriebliche Gesundheitsförderung fortgeschrieben worden. Für Maßnahmen der Primärprävention nach dem Setting-Ansatz sollen zunächst mindestens 50 Cent pro Kopf der Pflichtversicherten zu verausgaben sein (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2008). Das würde für Deutschland einer Summe von ca. 35 Millionen Euro pro Jahr entsprechen.

An deutschen Hochschulen nehmen Projekte und Strukturen zur Prävention und Gesundheitsförderung in den letzten Jahren auch durch die kontinierliche Unterstützung der Techniker Krankenkasse zu und haben sich zu einem eigenständigen Handlungs- und Forschungsfeld entwickelt. Darüber hinaus sind Hochschulen der Ort, wo in Lehre und Forschung wichtige Impulse und

wissenschaftliche Erkenntnisse zur Weiterentwicklung des Setting-Ansatzes erfolgen. Dieses Potenzial an Erkenntnissen aus der „Gesundheitsfördernden“ oder „Gesunden“ Hochschule – insbesondere in Bezug auf die Wechselwirkung mit anderen Settings des Bildungs- und Erziehungssektors (Kindertagesstätte, Schule) – konnte bisher nur in Ansätzen genutzt werden. Darüber hinaus haben Hochschulen durchaus das Potenzial, sozial bedingte Ungleichheiten von Gesundheits- und Bildungschancen abzufedern und übernehmen als wichtige bildungspolitische Institution die Ausbildung von Multiplikatoren/-innen, zukünftigen Entscheidungsträgern/-innen und potenziellen Führungskräften. Damit haben Hochschulen, zumindest indirekt, eine sozialkompensatorische Dimension, der es durch eine gesundheitsfördernde Gestaltung der Studienorganisation und -inhalte, der Forschung und Lehre und des Hochschulalltags gerecht zu werden gilt. Vor diesem Hintergrund sind die Hochschulen in Deutschland als **multifaktorielles Schlüsselsetting** zu bezeichnen. Folgerichtig bedarf es seitens der Akteure der Krankenkassen, die mit Hochschulen zusammenarbeiten, ein hohes Maß an Sachkenntnis und Interesse an Entwicklungsprozessen. Wir hoffen mit diesem Leitfaden dazu beitragen zu können.

Die Texte und Darstellungen des Leitfadens sind in den letzten vier Jahren für das Internet konzipiert und jetzt für den Leitfaden adaptiert worden. Wir erhoffen uns, Expertinnen und Experten aus Hochschulen zu weiteren Projekten ermutigt zu haben.

Magdeburg, im Juli 2008

Prof. Dr. Thomas Hartmann
Hochschule Magdeburg-Stendal (FH)

Dipl.-Gesundheitswirtin (FH) Diana Siebert
Hochschule Magdeburg-Stendal (FH)

Zusammenfassung

Zurzeit gibt es in Deutschland 391 Hochschulen, an denen ca. 2,5 Millionen Menschen arbeiten und studieren. Die Hochschulen bilden die zukünftigen Führungskräfte und Entscheidungsträger/-innen aus. Daher ist der Vorbildcharakter einer Hochschule als „Gesundheitsfördernde“ oder „Gesunde Hochschule“ auch über das Setting Hochschule hinaus von weitreichender Bedeutung. Die bisherigen Ansätze und Projekte zur Gesundheitsförderung an Hochschulen sind daher vordringlich auszubauen und weiterzuentwickeln.

Der vorliegende Leitfaden soll Expertinnen und Experten aus Hochschulen dazu dienen, einen Entwicklungsprozess zu einer Gesundheitsfördernden Hochschule gehen zu können. Der Leitfaden gibt einen breiten Überblick zur Entwicklung und zu den Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung. Vernetzung wird als zentrales Handlungsprinzip vorgestellt und der Setting-Ansatz als Kernstrategie der Gesundheitsförderung erläutert.

Neben den historischen sowie theoretischen Auseinandersetzungen mit dem Gesundheitsförderungskonzept bietet dieser Leitfaden auch konkrete Handlungshilfen, u.a. zum Projektmanagement sowie zu den verschiedensten Instrumenten der Gesundheitsförderung.

Anwendbarkeit und Nutzen dieser allgemeingültigen Vorgehensweisen werden für die Gesundheitsfördernde Hochschule bewertet und Ziele, Prinzipien und Handlungsstrategien Gesundheitsfördernder Hochschulen abgeleitet.

Abschließend werden der bundesweite Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen und die von ihm entwickelten Gütekriterien Gesundheitsfördernder Hochschulen vorgestellt.

Historische Entwicklung und gesetzliche Grundlagen der Gesundheitsförderung

Internationale Entwicklung der Gesundheitsförderung

Im Folgenden soll ein Überblick über die internationale Entwicklung der Gesundheitsförderung gegeben werden. Dabei spielen vor allem die Weltgesundheitskonferenzen zur Gesundheitsförderung als wichtige Meilensteine eine bedeutende Rolle. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist eine internationale Organisation der Vereinten Nationen (vgl. Abb. 1), gegründet 1948 in Genf, die alle über den Rahmen nationaler Gesundheitsorganisationen hinausgehenden gesundheitspolitischen Fragen bearbeitet, mit dem Ziel, allen Völkern den bestmöglichen Gesundheitszustand zu ermöglichen. Die derzeit 192 Mitgliedsstaaten der WHO werden in sechs große Regionen zusammengefasst, die jeweils über ein Regionalbüro verfügen:

- Afrikanische Region (Regionalbüro Brazzaville, Kongo)
- Amerikanische Region (Regionalbüro Washington, DC, USA)
- Europäische Region (Regionalbüro Kopenhagen, Dänemark)
- Östliche Mittelmeerregion (Regionalbüro Kairo, Ägypten)
- Südostasiatische Region (Regionalbüro Neu Delhi, Indien)
- Westpazifische Region (Regionalbüro Manila, Philippinen)

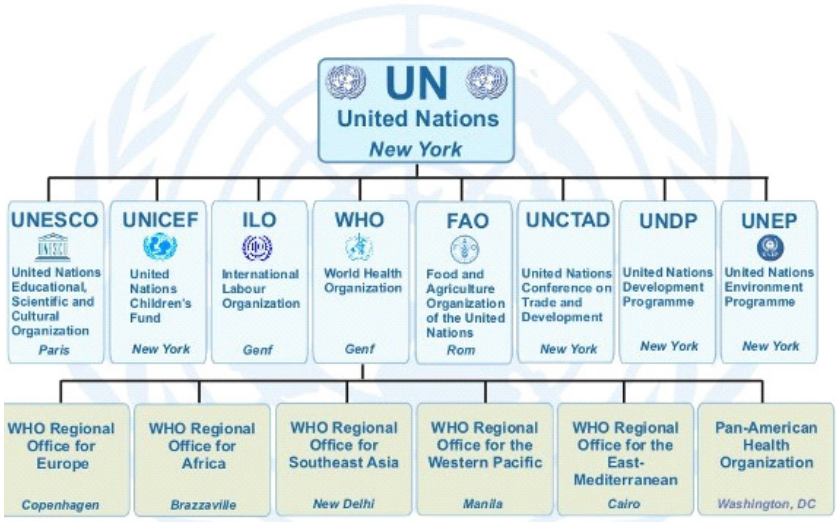

Abb. 1: Ausgewählte Unterorganisationen und Unterabteilungen der Vereinten Nationen (UN)/die WHO und ihre Regionalbüros (mod. nach Franzkowiak, Sabo 1993)

Die WHO-Gesundheitskonferenzen (vgl. Abb. 2) verstehen sich in erster Linie als eine Antwort auf die wachsenden Erwartungen an eine neue öffentliche Gesundheitsbewegung. Beginnend mit der Deklaration von Alma-Ata (UdSSR) 1978, „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“, beschäftigen sich die Konferenzen vorrangig mit Erfordernissen in den Industrieländern. Darüber hinaus werden Probleme aller anderen Regionen erörtert. Die Alma-Ata nachfolgenden Konferenzen beschäftigen sich in immer stärkerem Maße mit den Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und dem Setting-Ansatz. Speziell zu diesem Themenkomplex haben sechs Konferenzen stattgefunden (vgl. Hering 2003).

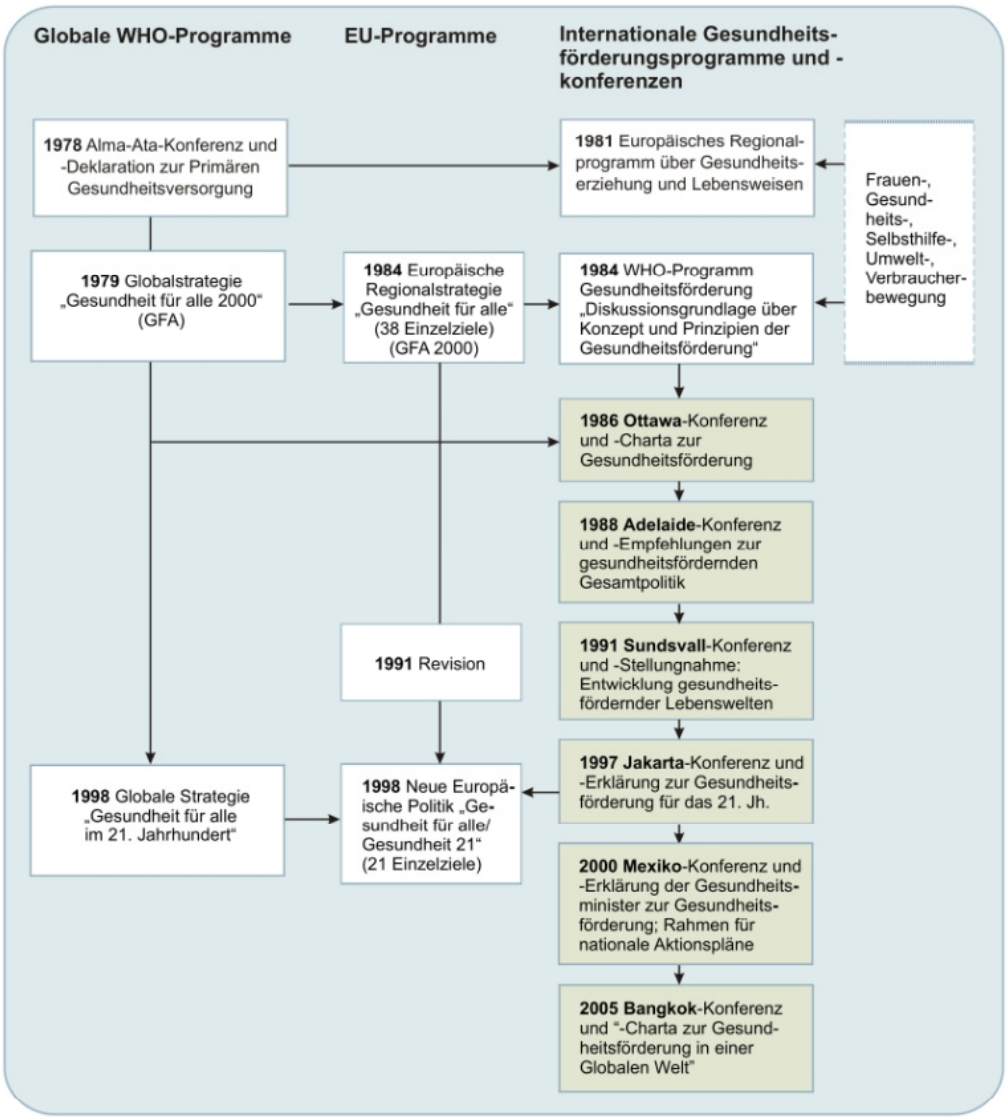

Abb. 2: Historische Wendepunkte und Einflüsse der Gesundheitsförderung auf internationaler Ebene (mod. nach Kaba-Schönstein 2003a)

Das Konzept und die Prinzipien der Gesundheitsförderung wurden in den 80er Jahren in den Industriestaaten Europas, Nordamerikas und Australiens entwickelt. Für die Entwicklung und Fortschreibung des Konzepts der

Gesundheitsförderung waren insbesondere die Konferenzen von **Ottawa** (1986) und **Jakarta** (1997) ausschlaggebend.

1946 New York, USA
Verfassung der WHO

„Die Präambel der WHO-Verfassung (1946, Dokument 4.1) enthält die vielzitierte Umschreibung von Gesundheit als ‚Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen' … Über diesen Definitionsversuch hinaus enthält die WHO-Verfassung aber bereits wesentliche Elemente, die die Präventionsdiskussion und -praxis bis heute geprägt haben. Gesundheit wird als allgemeines, globales Menschen- und Grundrecht festgeschrieben, wobei jedwede Diskriminierung aufgrund von Unterschieden der Rasse, Religion, Politik, des Geschlechts und der gesellschaftlichen Stellung geächtet werden. Des Weiteren wird die Beseitigung aller gesellschaftlichen und globalen Ungleichheiten eingeklagt und die politischen Entscheidungsträger aller Länder ausdrücklich dazu verpflichtet" (Franzkowiak, Sabo 1993, S. 20).

1977 Genf, Schweiz
30. Weltgesundheitsversammlung
Programm: „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" (02.–19.05.1977)

„Die Entschließung der 30. Weltgesundheitsversammlung von 1977 (Dokument 4.2) hat eine ähnlich wegweisende Wirkung wie die WHO-Gesundheitsdefinition drei Jahrzehnte zuvor. Die Versammlung bekräftigt Gesundheit als ‚grundlegendes Menschenrecht' und erinnert die WHO an ihr ‚letztendliches verfassungsmäßiges Ziel': weltweit auf das Erreichen des höchstmöglichen Grades von Gesundheit von allen Menschen hinzuarbeiten. Doch die Bedeutung des Dokuments geht weit über eine bloße Reanimation der Gesundheitsutopie hinaus: die 30. Weltgesundheitsversammlung verabschiedete die Strategie ‚Gesundheit für alle' und schuf damit eine Keimzelle für die Gesundheitsförderung" (Franzkowiak, Sabo 1993, S. 20).

1978 Alma-Ata, UdSSR
Internationale Konferenz zur Primären Gesundheitsversorgung (06.–12.09.1978)

Auf der Konferenz von Alma-Ata wird Gesundheit als ein grundlegendes Menschenrecht deklariert und die Primäre Gesundheitsversorgung zu einem Schlüsselkonzept der WHO erklärt. Neben dem Gesundheitssektor werden erstmals auch Sozial- und Wirtschaftssektoren als Verantwortliche für die gesundheitliche Entwicklung benannt und das Zusammenwirken der

verschiedenen Sektoren sowie die Beteiligung der Bürger/-innen als notwendig erachtet. Die Deklaration von Alma-Ata ist ein Schlüsseldokument in der Entwicklung und Weiterentwicklung der Strategie „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“. Sie ist Grundlage der daraus abgeleiteten Gesundheitsförderung (vgl. Franzkowiak, Sabo 1993).

1979 Genf, Schweiz
32. Weltgesundheitsversammlung
Globalstrategie Gesundheit für alle 2000 (07.–25.05.1979)

Auf der 32. Weltgesundheitsversammlung der WHO in Genf wurde entschieden, dass „das vorrangige soziale Ziel von Regierungen und WHO in den kommenden Jahrzehnten das Erreichen eines Grades von Gesundheit für alle Bürger/-innen der Welt bis zum Jahr 2000 sein soll, das ihnen erlaubt, ein sozial und ökonomisch produktives Leben zu führen“. Diese Globalstrategie bildete den Rahmen für alle folgenden regionalen Strategien und Programme.

1984
Europäische Regionalstrategie „Gesundheit für alle“

Im Jahr 1984 verabschiedeten die Mitgliedsstaaten der Weltgesundheitsorganisation in der europäischen Region auf Grundlage der WHO-Globalstrategie „Gesundheit für alle 2000“ das europäische Grundsatzprogramm „38 Einzelziele für Gesundheit 2000“. Die formulierten Ziele zur Gesundheit für alle wurden 1991 vom WHO-Regionalkomitee für Europa revidiert und aktualisiert.

1986 Ottawa, Kanada
1. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung
(17.–21.11.1986)

Die 1986 verabschiedete Ottawa-Charta der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa (mit 240 Teilnehmern aus 35 Ländern) ist ein Aktionsprogramm zur Verwirklichung der Ziele der WHO-Globalstrategie „Gesundheit für alle 2000“. Die Ottawa-Charta ist Schlüsseldokument der weiteren konzeptionellen Entwicklung und der internationalen Verbreitung von Gesundheitsförderung. In der Ottawa-Charta wird Gesundheitsförderung als Prozess definiert, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglicht und sie dadurch zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigen soll.

Die Ottawa-Charta benennt für die Gesundheitsförderung drei zentrale Handlungsstrategien:

1. Interessen vertreten
2. Befähigen und Ermöglichen
3. Vermitteln und Vernetzen

Außerdem fünf zentrale Aktionsbereiche für ein aktives gesundheitliches Handeln:

1. Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
2. Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten
3. Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen
4. Stärkung persönlicher Kompetenzen und Ressourcen
5. Neuorientierung der Gesundheitsdienste

1988 Adelaide, Australien
2. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung (05.–09.04.1988)

Auf der zweiten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Adelaide wurde der Handlungsbereich Gesundheitsförderliche Gesamtpolitik weiterentwickelt und spezifiziert. Die Adelaide-Empfehlungen postulieren Gesundheit und Chancengleichheit als zentrale Elemente aller Politikbereiche sowie die Schaffung von unterstützenden physischen und sozialen Umwelten, in denen Menschen befähigt werden, ein gesundes Leben zu führen, durch die Zusammenarbeit aller Politikbereiche. Es wurden folgende vorrangigen Handlungsfelder benannt:

- Unterstützung der Gesundheit von Frauen
- Essen und Ernährung zur Überwindung von Hunger und Mangelernährung
- Tabak- und Alkoholgebrauch sowie Missbrauch
- Schaffung unterstützender Umfelder und Umwelten
- Entwicklung neuer Bündnisse und Partnerschaften für Gesundheit
- Verpflichtung zu einer globalen Verantwortung für öffentliche Gesundheit

1991 Sundsvall, Schweden
3. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung (09.–15.06.1991)

Die dritte Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung zur Entwicklung gesundheitsfördernder Lebenswelten in Sundsvall war die erste mit globaler Beteiligung aus 81 Ländern und einer gleichgewichtigen Teilnahme von Industrie- und Entwicklungsländern (vgl. Kaba-Schönstein 2003a).

Die Delegierten riefen in ihrer Stellungnahme auf, sich aktiv an der Schaffung und Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten zu beteiligen und den Gesundheits- und Umweltbereich miteinander zu verknüpfen, wobei dabei auch die Themen „gesundheitliche Chancengleichheit“, „Armut“ sowie „Zugang zu einer medizinischen Grundversorgung“ eine wichtige Rolle spielten. Ferner wurde festgestellt, dass das Ziel von Alma-Ata „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ nicht zu erreichen ist. Im nächsten Schritt sollte daher das psychische, soziale, wirtschaftliche und politische Umfeld gesundheitsförderlich gestaltet werden. Erstmals wurde der Begriff „New Public Health“ definiert (vgl. Kaba-Schönstein 2003a).

1992
Our Planet, our Health – Bericht über die Weltgesundheitslage

Im Vorfeld der Konferenz der Vereinten Nationen über Umwelt und Entwicklung (United Nations Conference on Environment and Development **–** UNCED) 1992 in Rio de Janeiro, Brasilien, etablierte die WHO eine Kommission für Umwelt und Gesundheit. Diese lieferte mit ihrem Bericht „Our Planet, our health“ (WHO 1992) einen detaillierten Überblick über die Weltgesundheitslage (vgl. Hartmann, Springer 2005).

1992 Rio de Janeiro, Brasilien
3. Konferenz der Vereinten Nationen über Umwelt und Entwicklung (UNCED: 03.–14.06.1992)

Bei der Konferenz der Vereinten Nationen über Umwelt und Entwicklung (United Nations Conference on Environment and Development - UNCED) waren 176 Staaten der Welt durch Staats- und Regierungschefs bzw. Minister/-innen vertreten (vgl. Springer, Hartmann 2005).
Als wegweisendes Dokument wurde die Agenda 21 verabschiedet (UN 1992, BMU 1992), ein Aktionsprogramm mit detaillierten Handlungsaufträgen für eine gesellschaftlich und wirtschaftlich dauerhafte und umweltgerechte Entwicklung im 21. Jahrhundert. Als Leitmotiv dieses Aktionsprogramms wurde der Begriff der nachhaltigen Entwicklung geprägt, deren Ziel es ist, das Leben heute so zu gestalten, dass die Generationen von morgen eine intakte Umwelt vorfinden und ihre Bedürfnisse befriedigen können. Im Kapitel 6 der Agenda 21 wird ausdrücklich auf den Schutz und die Förderung der menschlichen Gesundheit eingegangen. Auf der Konferenz werden folgende Vertragswerke unterzeichnet (vgl. Springer, Hartmann 2005):

- Agenda 21 (BMU 1992)
- Vertrag zum Schutz des Waldes
- Vertrag zum Schutz der biologischen Vielfalt

1993
Globale Strategie für Umwelt und Gesundheit

Die WHO verabschiedete die „Globale Strategie für Gesundheit und Umwelt“ (Global Strategy for Health and Environment), welche als Arbeitsrahmen für die Erfüllung der in der Agenda 21 vereinbarten Ziele gilt (vgl. Hartmann, Springer 2005).

1997 Jakarta, Indonesien
4. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung (21.–25.07.1997)

Die Konferenz von Jakarta stand unter dem Motto "Neue Akteure für eine neue Ära – Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert". Auf der Konferenz wurden die Erfahrungen und Ergebnisse seit der Verabschiedung der Ottawa-Charta bilanziert, die Kernbereiche und Strategien der Charta bestätigt, neu bewertet und weiterentwickelt. Die in der Ottawa-Charta beschriebene Definition der Gesundheitsförderung wurde in der Erklärung von Jakarta weiterentwickelt: „Gesundheitsförderung ist ein Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern durch Beeinflussung der Determinanten für Gesundheit“. Die Jakarta-Erklärung setzt für das 21. Jahrhundert folgende Prioritäten (vgl. Kaba-Schönstein 2003b):

- Förderung sozialer Verantwortung für Gesundheit
- Ausbau der Investitionen in die Gesundheitsentwicklung
- Festigung und Ausbau von Partnerschaften für Gesundheit
- Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale von Gemeinschaften und der Handlungskompetenzen des Einzelnen
- Sicherstellung einer Infrastruktur für die Gesundheitsförderung

Weiterhin sind in der Erklärung von Jakarta die Forderung nach einem stabilen Ökosystem sowie der nachhaltigen Nutzung von Ressourcen verankert.

1998 Genf, Schweiz
51. Weltgesundheitsversammlung
Resolution zur Gesundheitsförderung: Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert (11.–16.05.1998)

Auf der 51. Weltgesundheitsversammlung verabschiedete die WHO die 1. Resolution zur Gesundheitsförderung, die die Aussagen der Ottawa-Charta und der Jakarta-Erklärung bestätigt.

„Wir, die Mitgliedsstaaten der Weltgesundheitsorganisation (WHO), bekräftigen unsere Verpflichtung auf das in der WHO-Satzung verankerte Prinzip,

dass es zu den Grundrechten eines jeden Menschen gehört, sich der bestmöglichen Gesundheit erfreuen zu können, und damit bekräftigen wir zugleich die Würde und den Wert einer jeden Person und die für alle geltenden gleichen Rechte, aber auch das Prinzip, dass alle die gleichen Pflichten und Verantwortlichkeiten für die Gesundheit haben. Wir erkennen an, dass die Verbesserung der Gesundheit und des Wohlergehens der Menschen das Endziel der sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung darstellt ..." (WHO-Euro 1998a).

1998
Gesundheit 21

Unter dem Titel „Gesundheit 21" (Health 21) legte die WHO die überarbeitete Fassung der Strategie Gesundheit für alle vor (vgl. 1984).

„Die 38 Einzelziele der Vorläuferprogramme wurden auf 21 Ziele (für das 21. Jahrhundert) konzentriert. Das Rahmenkonzept Gesundheit 21 ist in acht Kapitel im Sinne von Programmteilen gegliedert ... Das für die Gesundheitsförderung zentrale Programm ist Kapitel 5: ‚Multisektorale Strategien für die Schaffung nachhaltiger Gesundheit'. Es konzentriert sich auf Handlungsansätze vieler Sektoren, um ein gesundheitsförderliches natürliches, wirtschaftliches, soziales und kulturelles Umfeld sicherzustellen. Es werden die Bereiche ‚Lebensweisen' und ‚Umwelt' enger verknüpft und der Begriff der ‚nachhaltigen Gesundheit' eingeführt, ohne ihn näher zu definieren" (Kaba-Schönstein 2003b, S.86 f.).

2000 Mexiko-Stadt, Mexiko
5. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung (05.–09.06.2000)

„Im Jahr 2000 wurde in Mexico-Stadt die 5. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung durchgeführt zum Thema: ‚Abbau gesundheitlicher Chancenungleichheiten'. Das zweigeteilte Programm war ein Novum. Ein zweitägiges ministerielles Programm war ganz auf die Delegation der Gesundheitsministerien u.a. Ministerien ausgerichtet; das fünftägige Fachprogramm für die ca. 800 Experten/-innen und Entscheidungsträger/-innen aus Wissenschaft, Politik und Praxis der Gesundheitsförderung fand parallel statt mit zwei gemeinsamen Sitzungen. Die Konferenz verabschiedete erstmals eine Erklärung nicht nur der geladenen Delegierten, sondern der Gesundheitsminister zur Gesundheitsförderung: ‚Die Lücke der Gleichstellung schließen' und den ‚Rahmen für landesweite Aktionspläne zur Gesundheitsförderung'. Insgesamt haben 87 Länder die Erklärung verabschiedet" (vgl. Kaba-Schönstein 2003b, S.85).

Folgende Punkte der Erklärung sind besonders hervorzuheben (vgl. Kaba-Schönstein 2003b):

- Die Festlegung der Förderung der Gesundheit als grundlegende Priorität im Hinblick auf Politiken und Programme von lokaler bis internationaler Ebene,
- die Verpflichtung zur Übernahme der Führungsrolle seitens der nationalen Gesundheitsministerien, unter besonderer Berücksichtigung folgender Prozesse:
  - der aktiven Beteiligung von gesellschaftlichen Gruppen und Sektoren,
  - von Maßnahmen, die Partnerschaften stärken und
  - der Bildung und Stärkung von effizienten Netzwerken.

2002 Johannesburg, Südafrika
4. Konferenz der Vereinten Nationen über Umwelt und Entwicklung – Weltgipfel für Nachhaltige Entwicklung (World Summit on Sustainable Development) (26.08.–04.09.2002)

Zehn Jahre nach der Konferenz in Rio de Janeiro (vgl. 1992) kam die Staatengemeinschaft in Johannesburg, Südafrika, erneut zusammen. In der Johannesburg-Erklärung (UN 2002a) bekräftigten die Staats- und Regierungschefs erneut die weltweite Bedeutung der nachhaltigen Entwicklung. Das zweite Konferenzdokument, der „Plan of Implementation“ (UN 2002b) enthält in zehn Kapiteln z. T. zeitlich gesetzte Ziele und die Forderung zur Ausarbeitung von Umsetzungsprogrammen. Auf Initiative der WHO wurde auf dem Weltgipfel zudem eine „Allianz Gesunde Umwelten für Kinder“ (Healthy Environments for Children Alliance – HECA) (HECA 2004) ins Leben gerufen.

2005 Bangkok, Thailand
6. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung (07.07.–11.07.2005)

Unter dem Motto „Policy and Partnership for Action: Determinants of Health“ wurde auf der 6. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Bangkok die Bedeutung von Gesundheitsförderung sowohl für Entwicklungs- und Schwellenländer als auch für Industriestaaten betont. Die Mehrheit der Konferenzteilnehmer/-innen kam aus Asien und Afrika. Im Mittelpunkt der Diskussionen standen die Auswirkungen der Globalisierung auf die Gesundheit. Die auf der Konferenz gemeinschaftlich verabschiedete „Bangkok Charta zur Gesundheitsförderung in einer globalen Welt“ zeigt die Bedeutung von

Gesundheitsförderung in einem neuen globalen Kontext auf und fordert u.a. dazu auf, die Möglichkeit eines globalen Gesundheitsabkommens zu erörtern (vgl. Gesundheit Berlin 2005).

Die Europäische Union als Akteur der Gesundheitsförderung

Seit den 90er Jahren ist die Europäische Union (EU) ein wichtiger Akteur und Finanzier der Gesundheitsförderung. Die Europäische Union fördert und unterstützt die Zusammenarbeit der Mitgliedsstaaten im Gesundheitsbereich. Bei der Gesundheitsförderung übernimmt die EU neben der Finanzierung ausgeschriebener Programme und der Forschungsförderung vor allem eine Koordinierungsfunktion, weniger bedeutend ist die inhaltliche Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung durch die EU. Neben den Aktionsprogrammen sind für die Entwicklung der Gesundheitsförderung auf europäischer Ebene auch die Gesundheitsforschung innerhalb der europäischen Forschungsrahmenprogramme, der Aufbau einer europäischen Gesundheitsstatistik durch EUROSTAT (1994), der Auf- und Ausbau der europäischen Gesundheitsberichterstattung sowie der Auf- und Ausbau des gesundheitlichen Verbraucherschutzes von Bedeutung. Seit den 90er Jahren werden EU-Aktionsprogramme zur öffentlichen Gesundheit und Gesundheitsförderung (vgl. Abb. 3) entwickelt (Kaba-Schönstein 2003c).

1. Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Gesundheitsförderung, -aufklärung, -erziehung und -ausbildung (1996–2000) (zentrales Programm für die Gesundheitsförderung)
2. Aktionsplan zur Krebsbekämpfung (1996–2000)
3. Aktionsprogramm zur Prävention von AIDS und bestimmten anderen übertragbaren Krankheiten (1996–2000)
4. Aktionsprogramm zur Suchtprävention (1996–2000)
5. Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Gesundheitsberichterstattung (1997–2000)
6. Aktionsprogramm betreffend durch Umweltverschmutzung bedingte Krankheiten (1999–2001)
7. Aktionsprogramm zur Verhütung von Verletzungen (1999–2003)
8. Aktionsprogramm betreffend seltene Krankheiten (1999–2003)
9. Aktionsprogramm betreffend Gesundheitsinformationen, Gesundheitsgefahren und Gesundheitsfaktoren (2003–2008)

Abb. 3: Europäische Aktionsprogramme der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (mod. nach Kaba-Schönstein 2003c)

Die themenbezogene Gliederung in acht Einzelprogramme (1. bis 8. Aktionsprogramm) wurde von einem einheitlichen Programm (Aktionsprogramm betreffend Gesundheitsinformationen, Gesundheitsgefahren und Gesundheitsfaktoren) ersetzt. Die allgemeinen Programmziele des Aktionsprogramms der Europäischen Gemeinschaft in der Union im Bereich der Öffentlichen Gesundheit (2003–2008) sind (vgl. Abb. 4):

- Verbesserung des Informations- und Wissensstandes in Bezug auf Gesundheitsfragen im Interesse der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens
- Verbesserung der Fähigkeit zur schnellen und koordinierten Reaktion auf Gesundheitsgefahren
- Gesundheitsförderung und Verhütung von Krankheiten durch Beeinflussung der Gesundheitsfaktoren/Determinanten in allen gemeinschaftlichen Politik- und Tätigkeitsfeldern

Abb. 4: Allgemeine Programmziele des Aktionsprogramms der EU im Bereich der öffentlichen Gesundheit 2003–2008 (Kaba-Schönstein 2003c)

„Das Programm soll dazu beitragen, dass

- durch die Förderung einer integrierten und sektorübergreifenden Gesundheitsstrategie bei Festlegung und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt wird,
- Ungleichheiten im Gesundheitsbereich abgebaut werden,
- die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedsstaaten gefördert wird.

Die Förderung der Gesundheit und Verhütung von Krankheiten (Hauptzielbereich 3) durch die Beeinflussung von Gesundheitsfaktoren in allen gemeinschaftlichen Politik- und Tätigkeitsfeldern soll durch Aktionen und Unterstützungsmaßnahmen in sechs Bereichen erfolgen“ (Kaba-Schönstein 2003c, S. 93) (vgl. Abb. 5).

Mit dem Programm soll ein hohes Koordinationsniveau zwischen den Aktionen und Initiativen der EU und denen der Mitgliedsstaaten gewährleistet und die Koordination bestehender und künftiger Netze im Bereich der öffentlichen Gesundheit verbessert werden. Die Effizienz und Kohärenz der Maßnahmen des Programms sollen von der Europäischen Kommission sichergestellt werden (vgl. Kaba-Schönstein 2003c).

1. Ausarbeitung und Durchführung von Strategien und Maßnahmen, einschließlich Aktionen zur Sensibilisierung, hinsichtlich der Gesundheitsfaktoren/Determinanten im Zusammenhang mit der Lebensführung wie Ernährung, körperlicher Aktivität, Tabak, Alkohol, Drogen und anderer Stoffe und der psychischen Gesundheit, einschließlich Maßnahmen, die in allen Gemeinschaftspolitiken zu ergreifen sind, sowie alters- und geschlechtsspezifischer Strategien
2. Situationsanalyse und Entwicklung von Strategien in Bezug auf sozioökonomische Gesundheitsfaktoren/Determinanten zur Ermittlung und Bekämpfung von Ungleichheiten beim Gesundheitswesen und zur Bewertung der Auswirkungen sozialer und wirtschaftlicher Verhältnisse auf die Gesundheit
3. Situationsanalyse und Entwicklung von Strategien in Bezug auf umweltbedingte Gesundheitsfaktoren und Beitrag zur Identifizierung und Bewertung der gesundheitlichen Folgen von Umweltfaktoren
4. Situationsanalyse und Informationsaustausch in Bezug auf genetische Faktoren/Determinanten und die Nutzung des genetischen Screenings
5. Ausarbeitung von Methoden zur Bewertung der Qualität und Wirksamkeit der Strategien und Maßnahmen zur Gesundheit
6. Förderung der für die genannten Maßnahmen relevanten Aus- und Fortbildungstätigkeiten

Abb. 5: Zielbereich 3 des neuen EU-Aktionsprogramms im Bereich der öffentlichen Gesundheit (Kaba-Schönstein 2003c)

Das neue Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2007–2013) hat drei breit gefasste Ziele (vgl. Europäische Kommission 2007):

- besserer Gesundheitsschutz der Bürger
- Gesundheitsförderung zur Steigerung von Wohlstand und Solidarität
- Schaffung und Verbreitung von Wissen zu Gesundheitsfragen

Das neue Aktionsprogramm soll „… Teil einer Strategie sein, die den breiten Bereich der Gemeinschaftsmaßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheit zusammenführt, um Ziele und Prioritäten festzulegen, die zur Verbesserung der Gesundheit der europäischen Bürger beitragen sollen“ (Europäische Kommission 2007).

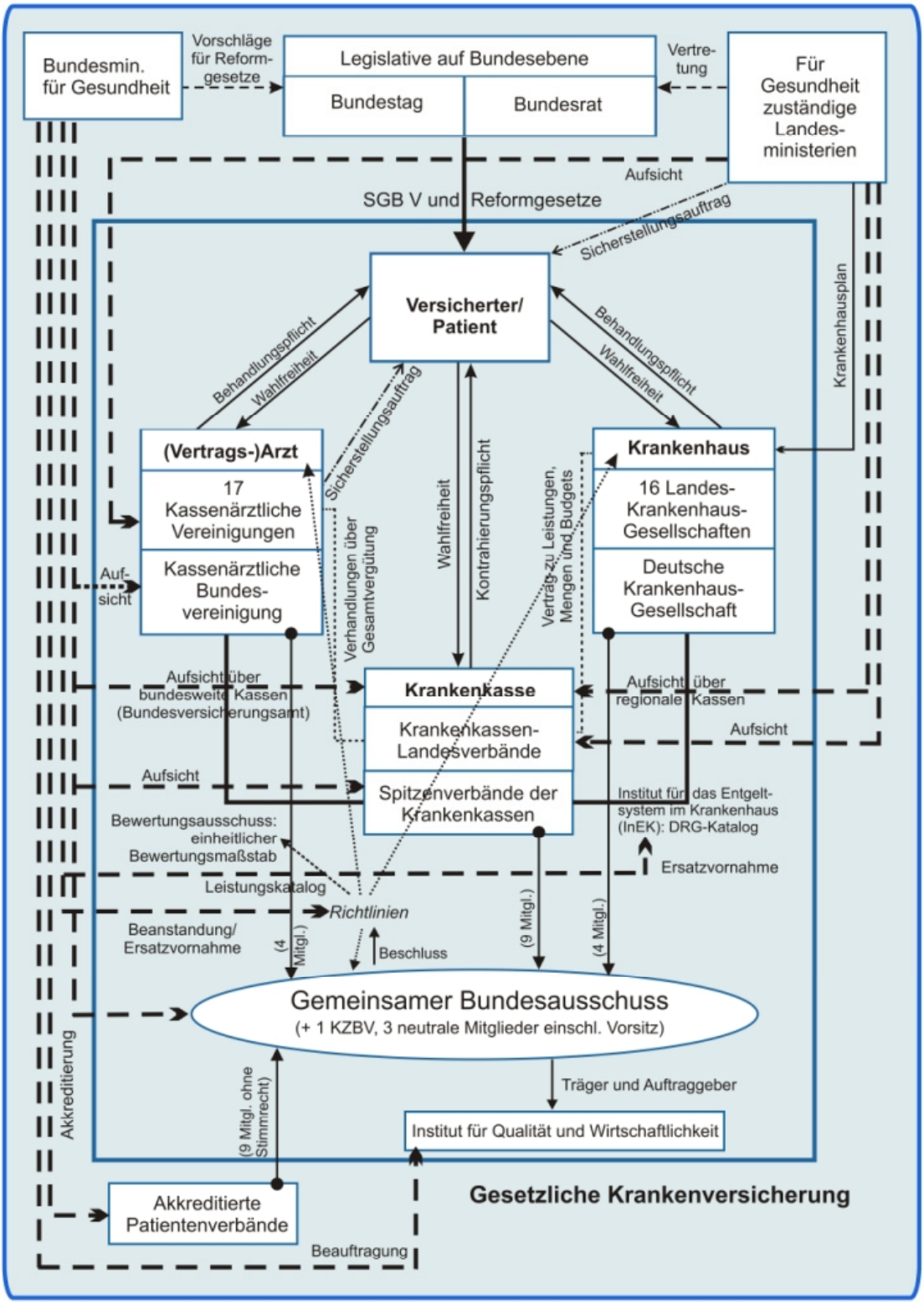

Abb. 6: Die organisatorischen Beziehungen der Hauptakteure im deutschen Gesundheitswesen (mod. nach Busse, Riesberg 2005)

„Die Entwicklung der Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland seit der Mitte der 1980er Jahre wurde sowohl im staatlichen als auch im nichtstaatlichen Bereich stark durch die Programme und Konzepte der Weltgesundheitsorganisation beeinflusst. Deutschland unterstützt seither auch offiziell die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 sowie das 1991 aktualisierte Programm des Europäischen Regionalbüros der WHO von 1984 (Gesundheit für alle 2000), das in seinen 38 Einzelzielen operationalisierte Vorgaben für nationale Strategien, vor allem nicht-medizinischer Prävention und Gesundheitsförderung enthielt. Dies gilt auch für die nachfolgende Strategie Gesundheit 21, für die Resolution zur Gesundheitsförderung von 1998 und die Mexiko-Erklärung aus dem Jahr 2000 (diese WHO-Programmatik galt auch für die Deutsche Demokratische Republik bis zum Ende ihres Bestehens 1990). Die Entwicklung der Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland ist geprägt durch die föderale Gliederung mit der vorrangigen Länderverantwortung für Gesundheits- und Gesundheitsförderungspolitik sowie durch das insgesamt stark gegliederte, plurale Gesundheitssystem mit einer Vielzahl von Akteuren, Strukturen, Finanzierungen und Interessen. Es gibt keine durchgängigen, einheitlichen Gesundheitsförderungsstrukturen wie z.B. in Staaten mit einem steuerfinanzierten nationalen Gesundheitsdienst wie Großbritannien oder wie es sie im sozialistischen Einheitsstaat und Gesundheitssystem der DDR für die Gesundheitserziehung gegeben hat“ (Kaba-Schönstein 2003d, S. 96).

Gesundheitsförderung auf Bundesebene

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

Der Sozialgesetzgebung kommt demnach eine besondere Bedeutung für die Entwicklung der Gesundheitsförderung zu. Ein bedeutender Schritt in der

Entwicklung der Gesundheitsförderungspolitik auf Bundesebene war u.a. die Einführung und Novellierung des § 20 SGB V im Rahmen mehrerer Stufen der Gesundheitsreform (vgl. Abb. 7).

Entwicklung der Gesundheitsförderung im Rahmen der Sozialgesetzgebung

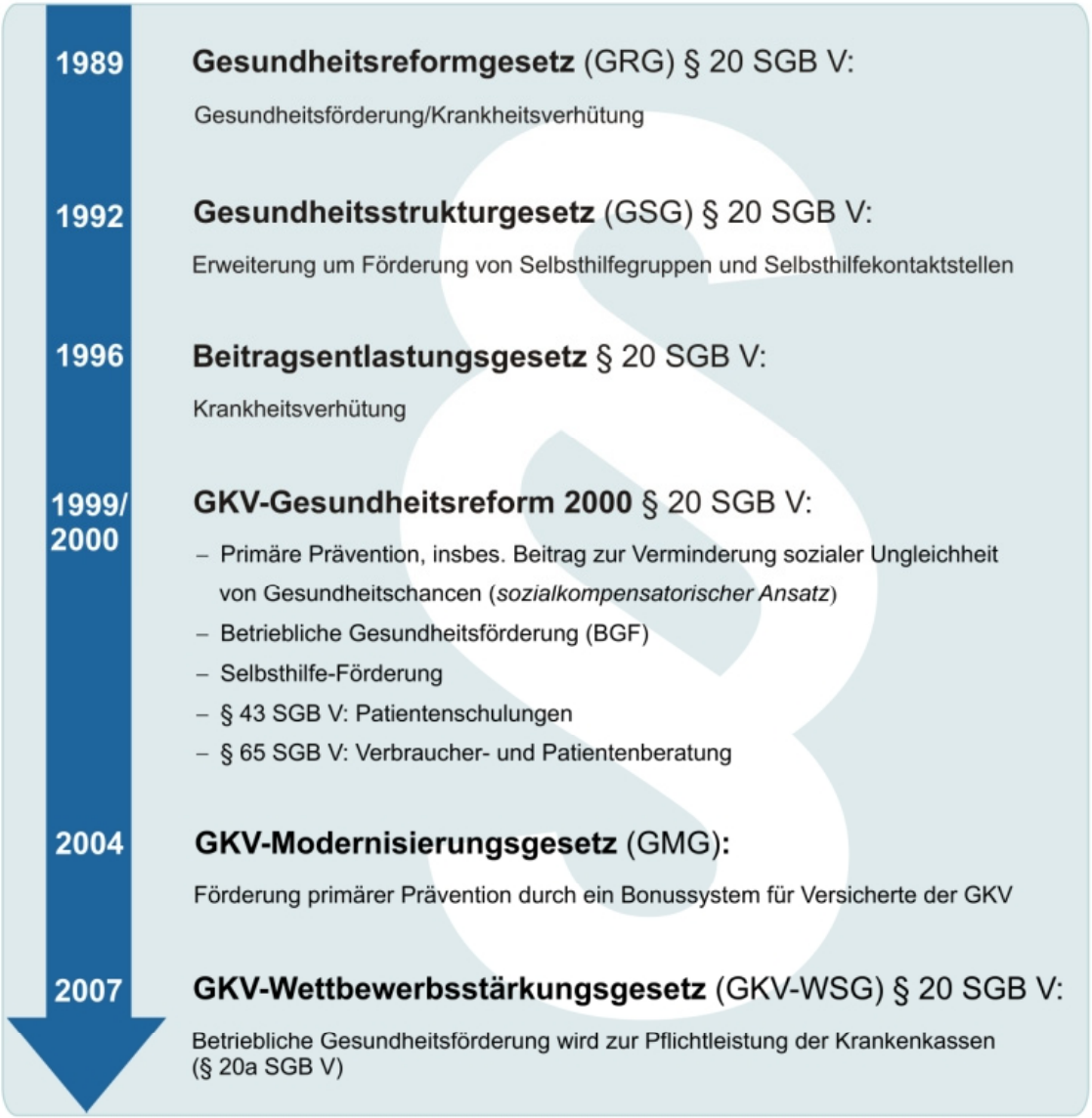

Abb. 7: Entwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung in der GKV (mod. nach Kaba-Schönstein 2003d; Stand: 08/2007)

Das Gesundheitsreformgesetz 1989, § 20 SGB V: „Die politische Entscheidung, mit der Verabschiedung des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) 1989 Gesundheitsförderung und Prävention zur Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen zu machen und einen Kooperationsauftrag der Krankenkassen bei der Durchführung der Gesundheitsförderung zu verankern,

kann als einer der Meilensteine in der deutschen Entwicklung der Gesundheitsförderung gesehen werden. Seit Verabschiedung des GRG wurden vermehrt Gesundheitsförderungsprogramme von Krankenkassen initiiert und Stellen für Gesundheitsförderung (und Prävention) geschaffen“ (Kaba-Schönstein 2003d, S. 99).

In dieser Pionierphase existierten aber auch zahlreiche Unzulänglichkeiten in der Planung, Koordinierung und Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen, z. B.:

- unzureichende oder gar fehlende Bedarfsanalysen,
- unzulängliche Prioritätensetzung und Zielgruppenauswahl,
- überwiegend sporadische Einzelmaßnahmen der Verhaltensprävention,
- unzulängliche oder fehlende Evaluationsroutinen (vgl. Meierjürgen 2002).

Im Rahmen der Umsetzung des § 20 Abs. 2 SGB V wurde die Zusammenarbeit der Krankenkassen und der Unfallversicherungsträger intensiviert (vgl. Meierjürgen 2002).

Das Gesundheitsstrukturgesetz 1992, § 20 SGB V: 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 (vgl. Kaba-Schönstein 2003d).

Das Beitragsentlastungsgesetz 1996, § 20 SGB V: „Als Folge der stärkeren wettbewerblichen Weichenstellung im System der gesetzlichen Krankenversicherung gerieten die Gesundheitsförderungsaktivitäten der Krankenkassen zu Beginn der 90er Jahre zusehends in das Spannungsfeld zwischen gesundheitspolitischen und wettbewerblichen Zielen“ (Meierjürgen 2002). Vereinzelte Auswüchse führten dazu, dass trotz zahlreicher Proteste im Zuge der „Bauchtanzdebatte“ im Jahr 1996 die Gesundheitsförderung, die als Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen mit dem GRG 1989 eingeführt worden war, im Rahmen des Beitragsentlastungsgesetzes 1996 wieder gestrichen wurde und den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherungen übertragen wurde (vgl. Meierjürgen 2002).

Die Neuformulierung des § 20 SGB V, der nun auf Schutzimpfungen, krankheitsbezogene Selbsthilfeunterstützung und die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren begrenzt war, wurde vom zuständigen Minister Horst Seehofer mit Kostendämpfungsargumenten und der Tatsache fehlender Evaluationsroutinen und Qualitätssicherungsmaßnahmen begründet. Trotz zahlreicher Appelle aus Wissenschaft und Praxis wurde das Gesetz verabschiedet. Die bestehenden Gesundheitsförderungsstrukturen der Kranken-

kassen wurden wieder abgebaut und Gesundheitsförderung zur ausschließlich versichertenfinanzierten Satzungsleistung, was eine negative Signalwirkung für die Bewertung der weiteren Verankerung umfassender Präventions- und Gesundheitsförderungsstrukturen in Deutschland zur Folge hatte (vgl. Kaba-Schönstein 2003d).

In dieser Restrukturierungsphase übte eine Vielzahl von Projekten und Initiativen (vgl. Abb. 8) nachhaltigen Einfluss auf die Weiterentwicklung der (betrieblichen) Gesundheitsförderung aus, wie z.B. (vgl. Meierjürgen 2002):

- die Gründung des Europäischen Netzwerkes zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (European Network for Workplace Health Promotion) (1996)
- die Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der EU (1997)
- das Integrationsprogramm Arbeit und Gesundheit der gesetzlichen Krankenkassen und Unfallversicherungen (IPAG) (1997)
- verschiedene Projekte zum Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung

Abb. 8: Initiativen und Projekte zur Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung (nach Meierjürgen 2002)

Das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000: Mit der Gesundheitsreform 2000 erfolgte die Neugestaltung des § 20 SGB V, nach dem die Krankenkassen Leistungen der primären Prävention vorsehen, die den Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Krankenkassen können den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen. Die Krankenkassen haben die Aufgabe, den Ursachen von arbeitsbedingten Erkrankungen nachzugehen und dabei mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammenzuarbeiten. Für die Durchführung von Leistungen zur Primärprävention und BGF sieht das Gesetz einen Betrag von 5,00 DM bzw. 2,56 € pro Versicherten vor. Der Begriff Gesundheitsförderung taucht außer bei der betrieblichen Gesundheitsförderung nicht mehr auf. Positiv war die erstmalige Einführung einer "Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung" (§ 65b SGB V) sowie Patientenschulungen als ergänzende Leistung der Re-

habilitation (§ 43, Abs. 3) für chronisch Kranke und ihre Angehörigen (§ 43 SGB V) (vgl. Kaba-Schönstein 2003d).

Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) 2004: Am 1. Januar 2004 trat das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz GMG) in Kraft. Damit wurde u.a. für alle Leistungen der Krankenkassen bis zu einer finanziellen Belastungsgrenze eine Zuzahlung von den Patienten/innen erhoben. Interessant für die Gesundheitsförderung ist die Einführung eines Bonussystems, nach welchem die Versicherten, die aktiv Vorsorge betreiben und an qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahmen teilnehmen, von ihrer Krankenkasse einen Bonus erhalten. Das Gleiche gilt auch für Versicherte, die an einem Hausarztsystem, 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 Boni vergeben.

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 2007: Am 1. April 2007 trat der erste Teil des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz GKV-WSG) in Kraft. Damit wurden Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, die bisher lediglich auf der allgemeinen, auf Freiwilligkeit basierenden Rechtsgrundlage des § 20 SGB V beruhten, zur Pflichtleistung der Krankenkassen (§ 20a SGB V). Dabei haben die Leistungen der Krankenkassen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung folgende Anforderungen zu erfüllen (§ 20a Abs. 1 SGB V):

- Partizipation der Versicherten und der Verantwortlichen bei der Erhebung der gesundheitlichen Situation im Betrieb einschließlich ihrer Risiken und Potenziale
- Entwicklung von Vorschlägen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung gesundheitlicher Ressourcen und Fähigkeiten
- Unterstützung bei deren Umsetzung

Für Leistungen der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung insgesamt sollen von den Krankenkassen weiterhin 2,74 Euro (Stand: 10/2007) pro Kopf der Versicherten verausgabt werden (§ 20 Abs. 2 SGB V). Das Gesetz enthält jedoch keine Bestimmungen zur Aufteilung der Mittel auf die jeweiligen Bereiche.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz werden auch die organisatorischen Strukturen in der Krankenversicherung grundlegend verändert. Die bisher bestehenden acht Spitzenverbände der Krankenkassen

- AOK-Bundesverband
- Bundesknappschaft
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK)
- Bundesverband der Innungskrankenkassen (IKK)
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen
- Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK)
- Arbeiter-Ersatzkassen (AEV)
- See-Krankenkasse

„(…) werden Ende 2008 ihre Funktionen als Körperschaften des öffentlichen Rechts verlieren. An ihre Stelle tritt bereits zum 1. Juli 2008 der **‚Spitzenverband Bund der Krankenkassen',** der von allen derzeit 241 Krankenkassen gebildet wird. Geführt wird der Spitzenverband Bund von einem dreiköpfigen Vorstand, der von dem aus 41 Mitgliedern bestehenden Verwaltungsrat gewählt wird. Der Spitzenverband Bund vertritt künftig allein und einheitlich alle Kassen auf Bundesebene, etwa in der gemeinsamen Selbstverwaltung mit der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung sowie mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft" (AOK-Bundesverband 2007). Die bisherigen Spitzenverbände der Krankenkassen bleiben in Form von „Gesellschaften des bürgerlichen Rechts" bestehen.

Parallel zu diesen Entwicklungen wurde 1996 zur Umsetzung der EU-Arbeitsschutzrahmenrichtlinie 89/391/EWG von 1989 das Arbeitsschutzgesetz novelliert, das mit seinem umfassenden Präventionsansatz die wohl bedeutendste **Reform des Arbeitsschutzes** darstellt (Gusy & Kleiber 2000).

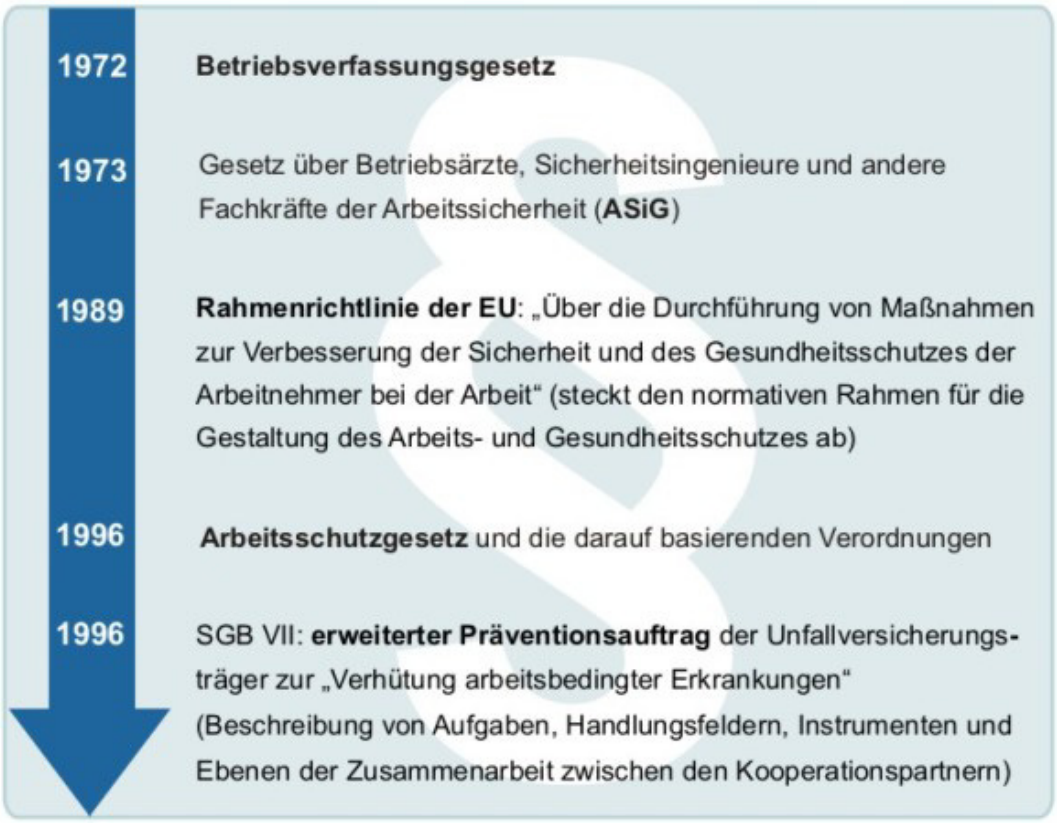

Abb. 9: Weitere für die Gesundheitsförderung relevante gesetzliche Regelungen (VDSI 2001)

Analog zu den Strukturveränderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde durch die Unfallversicherungsträger am 1. Juni 2007 ein **gemeinsamer Spitzenverband für die gesetzliche Unfallversicherung** geschaffen („Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)") (→ siehe Kap. 7.6.2.1).

Weitere Meilensteine in der Entwicklung der Gesundheitsförderung auf Bundesebene

„Seit dem Jahr 2000 ist viel Bewegung in die Diskussion um Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland gekommen durch eine kaum überschaubare Vielzahl von Initiativen, Veranstaltungen, Gesprächsrunden, Gutachten, Entschließungen und Empfehlungen zur Planung, Prioritätensetzung, Vernetzung der Akteure und zu Strukturen und Finanzierung der Gesundheitsförderung und Prävention" (Kaba-Schönstein 2003d, S. 102).

Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20 SGB V 2000/ 2001: „Um die Kritik an der vorherigen Praxis aufzugreifen, erteilte der Gesetzgeber den Spitzenverbänden der Krankenkassen den Auftrag zur Qualitätssicherung der Angebote. Sie sollten gemeinsam und einheitlich, unter Einbindung von unabhängigem Sachverstand, prioritäre Handlungsfelder und Kriterien insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik beschließen. Diese ‚gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien' haben die Krankenkassen im Juni 2000 vorgelegt (2001 ergänzt) und sich dabei auf zwei Ansätze zur Eindämmung von Krankheitsrisiken und Belastungen und zur Förderung der Gesundheit konzentriert:

- Interventionen nach dem Setting-Ansatz, die mehr auf Verhältnisse abzielen und durch Strukturgestaltung Gesundheit fördern, und
- Interventionen nach einem individuellen Ansatz, die in erster Linie auf Menschen, Verhalten und gesunde Lebensführung zielen.

Die Handlungsfelder im Bereich der Primärprävention sind Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressreduktion/Entspannung und Genuss- sowie Suchtmittelkonsum. Für die betriebliche Gesundheitsförderung sind es: arbeitsbedingte körperliche Belastungen, Betriebsverpflegung, psychosozialer Stress und Genuss- und Suchtmittelkonsum. Der Setting-Ansatz wird als besonders geeignet angesehen, den geforderten Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu erbringen. Eine Ausgabenbegrenzung soll einen priorisierten und effizienten Mitteleinsatz unterstützen. Es gibt in diesem Bereich Anlaufschwierigkeiten, die dazu führten, dass in den vergangenen Jahren das minimale Budget nicht einmal ausgeschöpft worden ist" (Kaba-Schönstein 2003d, S. 99 f.).

Der Leitfaden der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20 SGB V wurde seit 2000/2001 mehrfach überarbeitet und justiert. In der vierten überarbeiteten Fassung (2006) der gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20 SGB V (2006) wurde erstmals festgeschrieben, dass für Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz der nicht betrieblichen Gesundheitsförderung zunächst mindestens 50 Cent pro Kopf der Versicherten zu verausgaben sind (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2006). Das würde einer Summe von ca. 35 Millionen Euro pro Jahr in Deutschland entsprechen. Am 2. Juni 2008 wurde eine aktualisierte

Fassung des Handlungsleitfadens der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20 SGB V veröffentlicht. Ab dem 1. Juli 2008 obliegt der Beschluss dieses Leitfadens dem neuen Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

Gutachten des Sachverständigenrats für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen "Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit" (2000/2001): Wesentliche Punkte des Gutachtens sind u.a.:

- die Forderung der Optimierung des Systems der Gesundheitsförderung und Prävention,
- die Kritik an der unkoordinierten Vielzahl von Akteuren, der fehlenden Transparenz der Angebote, der unbesetzten Felder und Überschneidungen und an dem Übergewicht von individuenbezogenen gegenüber kontextbezogenen Maßnahmen in der öffentlichen Debatte,
- die Empfehlung, sich in Zukunft stärker auf kontextbezogene Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz zu orientieren, v. a. in den Settings Schule und Betrieb,
- die Empfehlung, Gesundheitsfördernde Krankenhäuser in Anlehnung an Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung evaluationsgestützt weiterzuentwickeln (Kaba-Schönstein 2003d).

Auch die folgenden Gutachten (2003: „Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität“, 2005: „Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“, 2007: „Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“) des Sachverständigenrats für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (bis 2004: Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) beschäftigen sich mit dem Thema Prävention und Gesundheitsförderung und bestätigen deren Bedeutung als wichtige „Säulen“ des deutschen Gesundheitssystems.

Gesundheitsziele (2000–2002): Ein weiterer Meilenstein in der Entwicklung der Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik war der Gesundheitsziele-Prozess, der von der damaligen Gesundheitsministerin Andrea Fischer im Juli 2000 erneut in Gang gesetzt wurde. In Anknüpfung an nationale und internationale Initiativen, z.B. der WHO und einzelner deutscher Bundesländer, wurde eine Konsensplattform zur Formulierung nationaler Gesundheitsziele eingerichtet. Im Rahmen des Programms gesundheitsziele.de wurden sowohl Ziele mit Krankheitsbezug als auch Ziele zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie Ziele für bestimmte

Bevölkerungs- und Altersgruppen und solche mit Bürger/-innen- und Patienten/-innen-Orientierung formuliert. Der Zielfindungsprozess war im Sommer 2002 abgeschlossen (Kaba-Schönstein 2003d). Es wurden bisher sechs nationale Gesundheitsziele erarbeitet: Diabetes, Brustkrebs, Depression, Tabakkonsum reduzieren, gesund aufwachsen und Patientensouveränität stärken. Im Jahr 2007 wurde vom Bundesministerium für Gesundheit der Bericht "gesundheitsziele.de **–** Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit zur Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele" vorgelegt.

Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland (2002): „Im Mai 2002 legten die Spitzenverbände der Krankenkassen ihre Vorstellungen zur Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland vor. Sie begrüßen deren zunehmende gesellschaftliche und politische Akzeptanz und das Vorantreiben des Erarbeitens von Strategien und Konzepten durch das Bundesministerium für Gesundheit. Prävention wird als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesehen, die über das Gesundheitswesen und die Krankenversicherung hinausgeht. Betont wird die Notwendigkeit interdisziplinärer und intersektoraler Kooperation. Bestimmte Aufgaben, wie die Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich der sozialen Benachteiligung, sollten jenseits des Wettbewerbs von Krankenkassen und anderen Akteuren gemeinsam und koordiniert angegangen werden. Die Verstetigung der Kooperation aller verantwortlichen Akteure in Deutschland solle in einem Forum Prävention und Gesundheitsförderung ermöglicht werden. Eine umfängliche Finanzierung durch alle zuständigen Institutionen und Ressorts wird für notwendig erachtet. Insbesondere Setting-Ansätze zur Reduzierung sozial ungleicher Gesundheitschancen sollen von den verantwortlichen Akteuren gemeinsam finanziert werden“ (Kaba-Schönstein 2003d, S. 100).

Weitere Entwicklungen: „Im Dezember 2000 wurde auf einer mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) durchgeführten Tagung unter Beteiligung zahlreicher Akteure und Einrichtungen eine ‚Allianz für Gesundheitsförderung in Deutschland’ gegründet. Ziel der Allianz war ein offenes Arbeitsbündnis aller, die sich für die Gesundheitsförderungspolitik auf der Ebene des Bundes, der Länder und der Kommunen einsetzen. Unter Bezugnahme der Mexiko-Erklärung von 2000 strebte die Allianz an, Bemühungen zu unterstützen, mittelfristige Aktionspläne für vorrangige gesundheitsförderliche Handlungsfelder zu entwickeln. Mit der Einrichtung des ‚Runden Tisches Gesundheit’ durch die Gesundheitsministerin wurde seit 2001 die im Rahmen der Allianz begonnene Diskussion der wichtigen Akteure in dieses Gremium verlagert und dort weiterentwickelt. Die Ge-

sundheitsministerin hatte diese Diskussionsrunde der Kostenträger, Leistungsanbieter und Vertreter von Patienten und Selbsthilfe einberufen, die in sechs Arbeitsgruppen zu sechs Themenbereichen tagte, darunter Arbeitsgruppe 5 ‚Stärkung der Prävention'. Diese Arbeitsgruppe legte im Dezember desselben Jahres Empfehlungen vor, auf die sich seither verschiedene Stellungnahmen und Äußerungen und Erklärungen berufen. Sie empfahl die Gründung einer eigenständigen, auf Dauer angelegten Institution in Form einer Stiftung oder einer vergleichbaren Einrichtung anderer Rechtsform zur Unterstützung der in der Prävention und Gesundheitsförderung tätigen Einrichtungen im Sinne eines Kompetenz- und Servicezentrums" (Kaba-Schönstein 2003d, S. 103).

„Im Juli 2002 wurde das Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung in Berlin durch eine gemeinsame Erklärung der Vertreter von über 65 maßgeblichen Verbänden, Institutionen, Behörden, Körperschaften und Einrichtungen gegründet. Es versteht sich als gemeinsame Plattform, die übergreifende Ziele, Inhalte, Maßnahmen und Instrumente der Prävention vereinbart, umsetzt und kommuniziert. Sie soll u.a. die Grundlagen für den Aufbau einer neuen tragfähigen, auf Dauer angelegten Organisationsstruktur legen, die in der Lage sein soll, Mittel für Prävention und Gesundheitsförderung zu akquirieren" (Kaba-Schönstein 2003d, S. 103). Im November 2007 fusionierten das Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung und die Bundesvereinigung für Gesundheit zur Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG).

Präventionsgesetz: Seit 2004 wird in Deutschland über ein Präventionsgesetz diskutiert mit dem Ziel, Prävention und Gesundheitsförderung zu einer eigenen Säule im Gesundheitswesen auszubauen. Im Dezember 2004 wurde von der Bundesregierung ein erster Referentenentwurf des „Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention" vorgelegt und im Februar 2005 verabschiedet. Laut Gesetzentwurf (vgl. Abb. 10) sollten jährlich 250 Millionen Euro in die Prävention und Gesundheitsförderung fließen, wobei 180 Millionen Euro davon über die GKV finanziert werden sollten, 40 Millionen Euro von der Rentenversicherung, 20 Millionen Euro von der Unfallversicherung und 10 Millionen Euro von der Pflegeversicherung getragen werden sollten. Mit dem Geld sollten der Aufbau der Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundesebene, die z.B. Modellprojekte initiiert und bundesweite Präventionskampagnen durchführt, vorangetrieben werden, der Ausbau settingbezogener Modellprojekte im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung auf Länderebene gefördert werden und Projekte der GKV, v. a. im Bereich verhaltensbezogener Prävention und Gesundheitsför-

derung sowie betrieblicher Gesundheitsförderung finanziert werden. Nachdem Bundestag und Bundesrat sich nicht einigen konnten und der Bundesrat in einer Stellungnahme eine Überarbeitung des Gesetzentwurfes forderte (insbesondere wurde von den Ländern die „Überregulierung“ kritisiert), wurde der Vermittlungsausschuss eingeschaltet, der eine Vertagung des Präventionsgesetzes beschloss. Durch die vorgezogene Bundestagswahl im September 2005 war es jedoch zu keinem Vermittlungsverfahren zwischen Bundestag und Bundesrat gekommen und das Präventionsgesetz wurde zunächst „auf Eis gelegt“. Im November 2007 wurde von der Bundesregierung der Referentenentwurf für ein „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention sowie zur Änderung anderer Gesetze“ vorgestellt. Nach wie vor ist es Ziel des Präventionsgesetzes, die Prävention und Gesundheitsförderung als vierte Säule der gesundheitlichen Versorgung auszubauen und die „(…) Kooperation und Koordination der Prävention sowie die Qualität der Maßnahmen zu verbessern. An der Notwendigkeit der Formulierung von (nationalen) Präventionszielen wird festgehalten. Neu ist die Betonung der Verpflichtung von Bund und Ländern, ergänzend zu den Sozialversicherungsträgern weiterhin ihrer Verantwortung gerecht zu werden“ (Wikipedia 2007). Anstelle der Präventionsstiftung, die im 2004 vorgelegten Gesetzentwurf vorgeschlagen wurde, soll laut neuem Gesetzentwurf (2007) ein nationaler Präventionsrat eingerichtet werden, der aus Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung, der privaten Krankenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und der sozialen Pflegeversicherung besteht. Der Präventionsrat soll Präventionsziele festlegen und Vorschläge zu deren Umsetzung entwickeln sowie bundesweite Aufklärungskampagnen initiieren. Bund, Länder und kommunale Spitzenverbände sollen sich mit einem Sitz im nationalen Präventionsrat beteiligen. Ein Beirat soll das Gremium beraten, in dem u.a. die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung vertreten ist. Zudem sollen jeweils auf Landesebene regionale Präventionsräte entstehen, die lokale Projekte und Maßnahmen bewilligen.

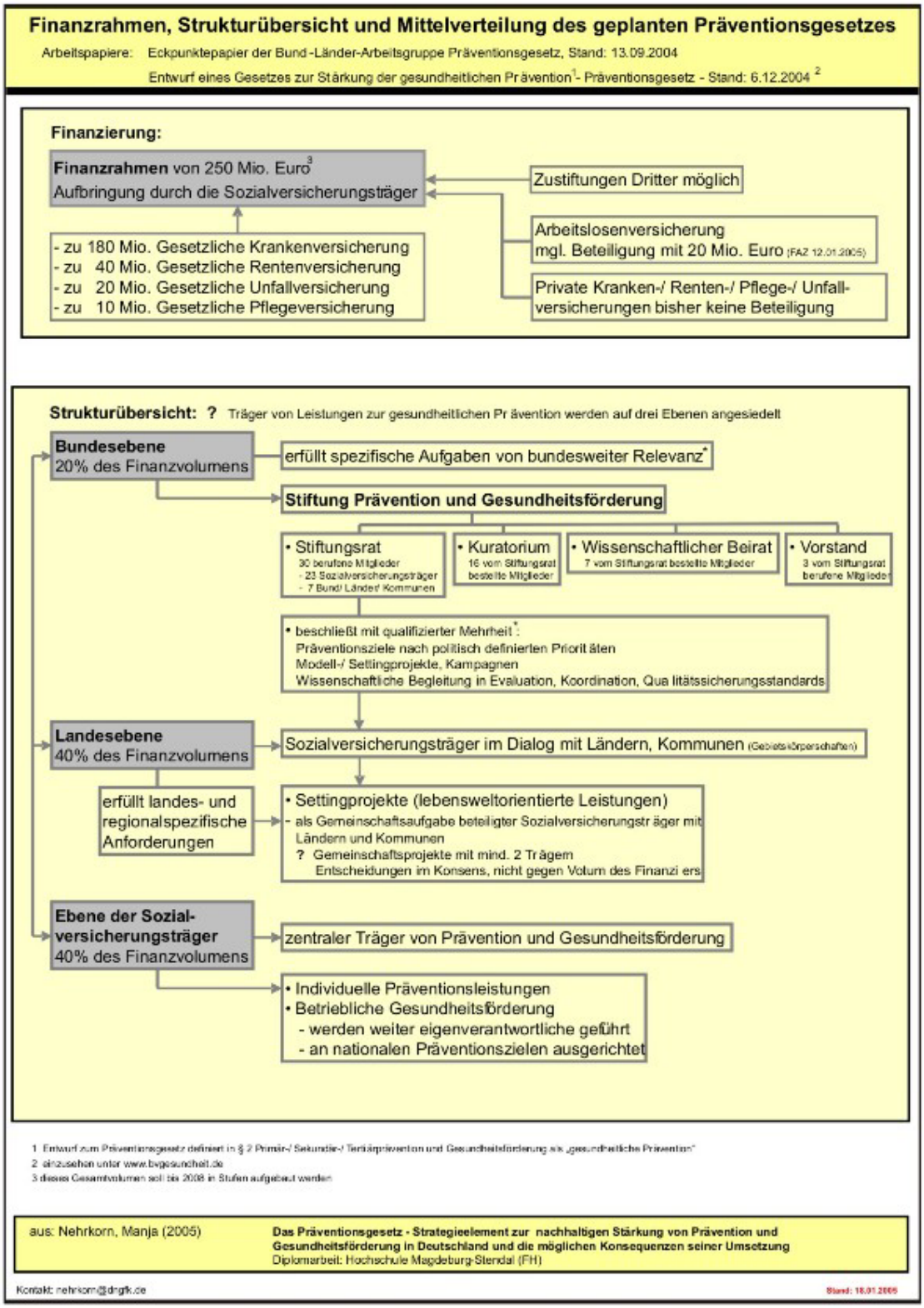

Abb. 10: Finanzrahmen, Strukturübersicht und Mittelverteilung des geplanten Präventionsgesetzes (Nehrkorn 2005)

Nach wie vor soll die gesetzliche Krankenversicherung bei der Finanzierung von Präventionsvorhaben mit jährlich 250 Millionen Euro den größten Anteil tragen. Daneben sollen die soziale Pflegeversicherung mit einem jährlichen Beitrag von 14,3 Millionen Euro sowie die gesetzliche Unfallversicherung mit einem jährlichen Beitrag von 28,6 Millionen Euro zur Finanzierung beitragen. Die privaten Krankenkassen sollen sich mit einer Sonderabgabe an der Finanzierung von Präventionsmaßnahmen beteiligen.

Bislang (Stand: 06/2008) konnten sich die Union und die SPD auch nach monatelangen Verhandlungen nicht auf ein gemeinsames Konzept zur Umsetzung des Präventionsgesetzes einigen, so dass der Gesetzentwurf, wie auch bereits unter „Rot-Grün“, derzeit auf „Eis liegt“. Kritik wird seitens der Union vor allem am Einheitsfonds und an den Präventionsräten geübt, mit denen die Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland finanziert und gesteuert werden sollen, was laut Union u.a. zu unnötiger Bürokratie führen würde. Es bleibt abzuwarten, ob der nunmehr zweite Anlauf zur Implementation eines Präventionsgesetzes endgültig scheitert.

Präventionsziele: Unabhängig von der weiteren Diskussion bzw. Verabschiedung des Präventionsgesetzes haben die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen eines Zweijahresplanes (2008 bis 2009) für die Weiterentwicklung der Primärprävention und Gesundheitsförderung in Deutschland, ergänzend zu den prioritären Handlungsfeldern, messbare Präventionsziele zur Diskussion gestellt. Im Sinne der Nachhaltigkeit von Präventionserfolgen soll im Hinblick auf die begrenzten Ressourcen eine konzertierte Ausrichtung von Prävention und Gesundheitsförderung erfolgen. Bereits 2005 wurden von der Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA) im Vorfeld des ersten gescheiterten Präventionsgesetzes arbeitsweltbezogene Präventionsziele entwickelt, die jetzt in die Gesamtkonzeption der GKV mit eingeflossen sind. Es wurden Ziele für die arbeitsweltbezogene und nicht-arbeitsweltbezogene primäre Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt, wobei in der Gesundheitsförderung die Gestaltung der Lebenswelten im Vordergrund steht. Die Zielerreichung soll jährlich mit Hilfe der kassenartenübergreifenden Dokumentation der §20-Maßnahmen überprüft werden.

Gesundheitsförderung auf Ebene der Bundesländer

„Die Zuständigkeit für Gesundheits(förderungs)politik liegt in den Ländern bei den Sozial- bzw. den Gesundheitsministerien. Die Abstimmung der Länder untereinander und mit der Gesundheitspolitik des Bundes erfolgt über die Gesundheitsministerkonferenz (GMK). Für die Akzeptanz und Entwicklung der Gesundheitsförderung auf der Ebene der Länder war die Entschließung der 64. Sitzung der GMK über ‚Möglichkeiten zur Gesundheitsvorsorge, Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung in der BRD' von 1991 von herausgehobener Bedeutung … Die GMK war sich darin einig, dass präventive Gesundheitspolitik in den letzten Jahren eine vordringliche Bedeutung gewonnen habe. Sie hielt es für erforderlich, dass die Begrenzungen der traditionellen Handlungsfelder überwunden und diese durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung ergänzt werden. Diese GMK-Entschließung wurde zum Bezugsdokument und zur Legitimationsgrundlage für die Gesundheitsförderung in den Ländern und insbesondere im Öffentlichen Gesundheitsdienst, dem sie eine besondere Verantwortung für die Gesundheitsförderung zuwies.

Die 75. GMK hat 2002 einen Antrag zur ‚Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – Prävention, Früherkennung und Frühförderung' beschlossen. Der Schwerpunkt zukünftiger Maßnahmen und Aktivitäten soll verstärkt in den Handlungsfeldern Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung und Frühförderung liegen und v.a. auf die Zielgruppe sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche ausgerichtet sein. Der Bundesrat, die Länderkammer im deutschen föderativen politischen System, hat auf Initiative des Saarlandes in seiner Sitzung vom 15.5.2002 eine Entschließung zum Stellenwert der Prävention und Gesundheitsförderung in der Gesellschaft verabschiedet. Prävention und Gesundheitsförderung werden darin als gesamtgesellschaftliche Aufgaben bezeichnet, zu denen sich die Politik bekennen und die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen schaffen müsse. Dem müsse auch ein neues Finanzierungskonzept entsprechen“ (Kaba-Schönstein 2003d, S. 100 f.).

In fast allen Bundesländern gibt es Landesvereine und -zentralen für Gesundheit und Gesundheitsförderung (vgl. Tab. 1), deren zentrale Aufgabe die Anregung und Koordination von Gesundheitsförderung durch die Organisation und Bereitstellung von Veranstaltungen, Fortbildungen, Projekten und Materialien ist. Die Landesvereinigungen und -zentralen für Gesundheit und Gesundheitsförderung sind Nichtregierungsorganisationen, die jedoch

häufig von den Landesgesundheitsministerien/-senaten finanziell gefördert werden (vgl. Kaba-Schönstein 2003d).

Bundesland	Kontakt
Baden-Württemberg	Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg Abt. III Hoppenlaustr. 7 70174 Stuttgart E-Mail: mleykamm@lga.bwl.de Internet: www.lga.bwl.de
Bayern	Landeszentrale für Gesundheit in Bayern Landwehrstraße 60–62 80336 München E-Mail: lzg.bayern@t-online.de Internet: www.lzg-bayern.de
Berlin	Gesundheit Berlin Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Friedrichstraße 231 10969 Berlin E-Mail: post@gesundheitberlin.de Internet: www.gesundheitberlin.de
Bremen	Landesvereinigung für Gesundheit Bremen Ansgarhaus Horner Str. 70 28203 Bremen E-Mail: minfo@lvgb.de Internet: www.lv-gesundheitbremen.de
Hamburg	Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung – HAG, Repsoldstraße 4 20097 Hamburg E-Mail: buero@hag-gesundheit.de Internet: www.hag-gesundheit.de
Hessen	Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung – HAGe Heinrich-Heine-Straße 44–46 35039 Marburg E-Mail: info@hage.de Internet: www.hage.de/

Bundesland	Kontakt
Mecklenburg-Vorpommern	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern Wismarsche Straße 170 19053 Schwerin E-Mail: info@lvg-mv.de Internet: www.lvg-mv.de
Niedersachsen	Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Fenskeweg 2 30165 Hannover E-Mail: lv-gesundheit.nds@t-online.de Internet: www.gesundheit-nds.de
Nordrhein-Westfalen	Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW Westerfeldstr. 35-37 33611 Bielefeld E-Mail: bielefeld.poststelle@loegd.mhs.nrw.de Internet: www.loegd.nrw.de
Rheinland-Pfalz	Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz Karmeliterplatz 3 55116 Mainz E-Mail: info@lzg-rlp.de Internet: www.lzg-rlp.de
Saarland	Landes-Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland Feldmannstraße 110 66119 Saarbrücken E-Mail: mail@lags.de Internet: www.lags.de
Sachsen	Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Helgolandstraße 19 01097 Dresden E-Mail: post@slfg.de Internet: www.slfg.de

Bundesland	Kontakt
Sachsen-Anhalt	Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt Badestraße 2 39114 Magdeburg E-Mail: magdeburg@lvg-lsa.de Internet: www.lvg-lsa.de
Schleswig-Holstein	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Schleswig-Holstein Flämische Straße 6–10 24103 Kiel E-Mail: lv.gesundheit@t-online.de Internet: www.lv-gesundheit-sh.de
Thüringen	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. Carl-August-Allee 1a 99423 Weimar E-Mail: info@agethur.de Internet: www.agethur.de

Tab. 1: Landesvereine und -zentralen [DL18]für Gesundheit und Gesundheitsförderung und mit der Wahrnehmung ähnlicher Aufgaben betraute Organisationen auf Länderebene

Dementsprechend gibt es auf der Bundesebene als Nichtregierungsorganisation die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung – BVPG (bis 2007: Bundesvereinigung für Gesundheit – BfG). Die BVPG „… mit Geschäftsstelle in Bonn wurde 1954 gegründet und ist ein gemeinnütziger, politisch und konfessionell unabhängiger Verband. Die BVPG vertritt in der Regel nicht partikuläre Interessen einzelner Mitgliedsverbände, sondern setzt sich … für Strukturerhalt und Strukturverbesserungen bzgl. der ‚Gesundheitsförderung und Prävention' insgesamt in Deutschland ein" (BVPG 2007).

Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene

Die meisten Aktivitäten im Gesundheitsförderungsbereich auf kommunaler Ebene werden im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Gesundheitsämter und anderer Gesundheitsbehörden wahrgenommen. Diesen Organisationen bzw. Organisationseinheiten wird in der GMK-Entschließung von 1991 und in den Ländergesetzen zum Öffentlichen Gesundheitsdienst besondere Bedeutung zugemessen. Zu den zentralen Aufgaben der Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene durch die Gesundheitsämter gehören sowohl die Koordination und Vernetzung der verschiedenen Akteure und Maßnahmen als auch die Umsetzung eigener Aktivitäten und Projekte, die insbesondere sozial Benachteiligte und schwer erreichbare Zielgruppen fokussieren. Zudem entstanden auf lokaler Ebene vielfach spezifische Kooperationsstrukturen wie Gesundheits(förderungs)-Konferenzen, runde Tische, (regionale) Arbeitsgemeinschaften, Gesundheitsforen etc. (vgl. Kaba-Schönstein 2003d).

Nachdem sich seit 1986 auch deutsche Städte am Gesunde-Städte-Projekt der WHO (Gesunde Städte: Mailänder Erklärung 1990) beteiligt hatten und Mitglieder im internationalen WHO-Netzwerk Healthy Cities geworden war, folgte 1989 auf Bundesebene die Gründung eines nationalen Gesunde-Städte-Netzwerks und die Einrichtung eines Gesunde-Städte-Sekretariats in Hamburg (seit 2005 in Münster). 2002 beschlossen die Mitglieder des deutschen Gesunde-Städte-Netzwerks die Einrichtung von Kompetenzzentren für Gesundheitsförderung und Prävention. Diese sollten zu bestimmten Arbeitsbereichen wie Gesundheitskonferenzen oder Gesundheitsberichterstattung über fundierte, dokumentierte Erfahrungen verfügen und zur Vermittlung und Diskussion dieser Erfahrungen angemessene Kompetenzen und Ressourcen zur Verfügung stellen können. Ende 2004 waren über 60 Städte, Kreise und Bezirke Mitglied im deutschen Netzwerk (vgl. Kaba-Schönstein 2003d).

„In den letzten Jahren wurde in der kommunalen Gesundheitsförderung die Zusammenarbeit mit Akteuren und Aktivitäten der lokalen Agenda 21 und des Programms der sozialen Stadt aktuell. Diese Kooperation ist aber noch auszubauen, ebenso wie die Verknüpfung von gesunder und sozialer Stadt zur ‚gesunden sozialen Stadt' und Ansätze der Gemeinwesenarbeit, des Quartiersmanagements und der Partizipation und Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern" (Kaba-Schönstein 2003d, S. 102).

Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung

Prävention und Gesundheitsförderung

Die Unterscheidung der Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung gestaltet sich als schwierig. In der Literatur finden sich eine Vielzahl von Definitions- und Abgrenzungsversuchen, wobei hinsichtlich der Verwendung der Begrifflichkeiten zum Teil erhebliche Differenzen bestehen. Im Folgenden soll versucht werden, Merkmale sowie Möglichkeiten der Abgrenzung der Begrifflichkeiten darzustellen und damit zu einer Begriffsbestimmung zu gelangen. Dafür ist es sinnvoll, zunächst die unterschiedlichen Sichtweisen und Verständnisse von Gesundheit und Krankheit vorzustellen.

Sichtweisen von Gesundheit und Krankheit

Gesundheit und Krankheit werden aus unterschiedlichen Perspektiven heraus definiert. Bei der Betrachtung unterschiedlicher Sichtweisen von Gesundheit und Krankheit ergeben sich eine Vielzahl von Differenzierungskriterien: Bei den wissenschaftlichen Konzepten von Gesundheit und Krankheit existieren verschiedene Dimensionen von Gesundheit und Krankheit (z.B. physische, psychische, soziale und emotionale Gesundheit und Krankheit), unterschiedliche Auffassungen von Gesundheit und Krankheit (Gesundheit und Krankheit als alternative Zustände oder als Eckpunkte eines gedachten Kontinuums mit fließenden Übergängen zwischen Gesundheit und Krankheit) sowie unterschiedliche Konzepte (krankheits-, risikofaktorenorientierte Konzepte [Pathogenese] und gesundheits-, ressourcenorientierte Konzepte [Salutogenese]).

Dem gegenüber stehen die individuellen subjektiven Gesundheits- bzw. Krankheitszustände sowie die verschiedenen Laienkonzepte von Gesundheit und Krankheit, die sich je nach Gesellschaft, Kultur, Religion, Geschlecht, Alter, sozialer Schichtzugehörigkeit etc. unterscheiden. „Unter Laienkonzepten (auch ‚subjektive Konzepte' oder ‚Alltagskonzepte' genannt) von Gesundheit werden die persönlichen Auffassungen und Definitionen von Gesundheit sowie die persönlichen Sichtweisen über Ursachen und Kontextbedingungen von Gesundheit verstanden (Letztere werden auch als ‚subjektive Theorien' von Gesundheit bezeichnet)" (Waller 2002, S. 15).

Nach Faltermaier (1994) existieren folgende Dimensionen des subjektiven Gesundheitsbegriffes:

1. Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit
2. Gesundheit als Reservoir an Energie
3. Gesundheit als Gleichgewicht
4. Gesundheit als funktionale Leistungsfähigkeit

Die Salutogenese (lat. Salus = Heil, griech. Genesis = Entstehung), die von dem Medizinsoziologen Aaron Antonovsky in erster Linie mit Blick auf die körperliche Gesundheit entwickelt und in den 90er Jahren aber auch mit Erfolg auf das Gebiet der seelischen Gesundheit übertragen werden konnte, ist vor allem durch die Frage nach den Entstehungs- und Erhaltungsbedingungen von Gesundheit gekennzeichnet und steht damit der pathogenetischen (griech. Pathos = Krankheit, Genesis = Entstehung) Perspektive, die sich in erster Linie an krankmachenden Faktoren bzw. Risikofaktoren orientiert und Kernelement der biomedizinischen Sichtweise ist, gegenüber. Gesundheit und Krankheit werden in einer salutogenetischen Sichtweise nicht als einander ausschließende Zustände, sondern als angenommene Endpunkte eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums betrachtet (vgl. Abb. 11), wobei sich der individuelle Gesundheitszustand eines Menschen aus der dynamischen Wechselwirkung zwischen Gesundheitsrisiken und Gesundheitsressourcen der Person und ihrer Umwelt ergibt (vgl. Franzkowiak 2003).

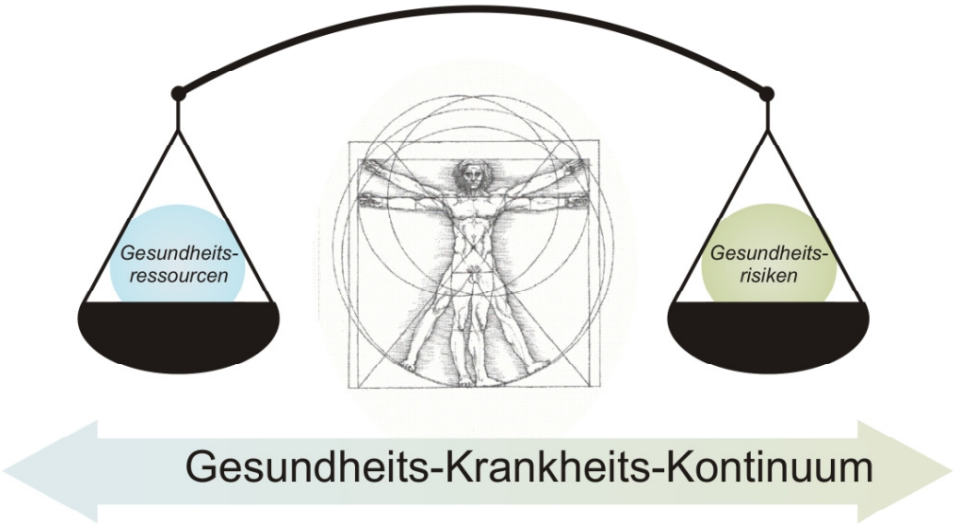

Abb. 11: Vereinfachte Darstellung des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums

Typische Fragestellungen der pathogenetischen Perspektive sind z.B. (vgl. Franzkowiak 2003):

- Warum und woran erkranken Menschen?
- Was sind Krankheitsvorläufer und -bedingungen?
- Welche Schlussfolgerungen lassen sich daraus für präventive Krankheitsvermeidung und Gesunderhaltung ziehen?

Die salutogenetische Perspektive kehrt die Richtung um – ihre Grundfragen lauten (vgl. Franzkowiak 2003):

- Warum bleiben Menschen trotz einer Vielzahl von krankheitserregenden Risikokonstellationen und kritischer Lebensereignisse gesund?
- Warum befinden sie sich auf der positiven Seite des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums?
- Unter welchen persönlichen Voraussetzungen und unter welchen sozialökologischen Rahmenbedingungen können Menschen ihre Gesundheit bewahren und fördern?

Prävention

Der Begriff Prävention stammt aus dem Lateinischen (praevenire = zuvorkommen) 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.

Die **primäre Prävention (Krankheitsverhütung)** soll schon vor Auftreten der Krankheit wirksam werden und zielt somit auf die Senkung der Inzidenz. Somit besteht die Zielgruppe primärpräventiver Maßnahmen aus Gesunden bzw. aus Personen ohne manifeste Symptomatik (vgl. Leppin 2004).

Primärpräventive Maßnahmen umfassen die Verhütung von Krankheit und Förderung der Gesundheit durch Beseitigung bzw. Reduktion eines oder mehrerer Risikofaktoren (z.B. Abbau verhaltensbedingter Risikofaktoren), durch Erhöhung der organismischen Widerstandskraft (z.B. Schutzimpfungen, Jodprophylaxe) und durch Veränderung von Umweltfaktoren (z.B. Verbesserung der Arbeitsbedingungen) (vgl. Franzkowiak 1999).

Durch **sekundäre Prävention (Vorsorge/Krankheitsfrüherkennung)** sollen Krankheiten möglichst frühzeitig erkannt werden, um vor dem Krankheitsausbruch rechtzeitig intervenieren zu können. Individuelle Krankheitsfrüherkennungsmaßnahmen (z.B. Gesundheits-Check-up und Massen-Screenings wie Mammographien) sind ein „klassisches“ Beispiel sekundärpräventiver Maßnahmen, die sich an gesunde bzw. symptomlose Personen richten, welche jedoch durch die Identifikation der Krankheit oder des Risikofaktors zu Patienten/-innen werden (vgl. Leppin 2004).

Die **tertiäre Prävention (Verhinderung der Krankheitsverschlechterung/Rehabilitation)** „… richtet sich an Patienten/-innen, bei denen bereits eine Krankheit oder ein Leiden manifest ist und behandelt wird. Hier ist das Ziel die Verhinderung von Folgeerkrankungen bzw. die Verhütung von ‚Rückfällen’ und Verschlimmerungen bzw. Chronifizierungen. Dazu werden notwendige Heil- und Folgebehandlungen (z.B. Ernährungstraining bei Diabetis-Patienten/-innen, Bewegungsprogramme bei Herz-Kreislauf-Patienten/-innen) so schnell wie möglich eingeleitet. Tertiärpräventive Maßnahmen und Rehabilitation überschneiden sich teilweise. Während Maßnahmen der tertiären Prävention rein krankheitsorientiert sind, zielt die Rehabilitation darauf ab, Kranke und ihre Umwelt nicht nur medizinisch-therapeutisch, sondern auch psychologisch und schulisch-beruflich zu einem Leben mit Krankheit oder Behinderung zu befähigen“ (Franzkowiak 1999, S. 86).

Verhaltensprävention zielt darauf ab, individuelles (Risiko-)Verhalten wie Rauchen oder Fehlernährung zu verändern und Personen zu motivieren, Maßnahmen wie Impfungen oder Früherkennungsverfahren in Anspruch zu nehmen (vgl. Leppin 2004).

Verhaltenspräventive Maßnahmen werden nach Waller (2002) mit unterschiedlichen Methoden wie Gesundheitsaufklärung und -beratung, Gesundheitserziehung und -bildung sowie Gesundheitsselbsthilfe realisiert.

Verhältnisprävention zielt ab auf die Kontrolle, Reduzierung oder Beseitigung von Gesundheitsrisiken in den Umwelt- und Lebensbedingungen durch die Beeinflussung (z.B. durch die staatliche Gesetzgebung) von sozialen, kulturellen, ökonomischen und ökologischen Rahmenbedingungen von Gesundheit (vgl. Waller 2002).

Leppin (2004) nennt u.a. folgende Beispiele für verhältnispräventive Maßnahmen:

- flächendeckende Fluoridierung des Trinkwassers
- ergonomische Maßnahmen an Arbeitsplätzen
- die Einführung einer Salatbar in der Cafeteria eines Betriebes
- der serienmäßige Einbau von Airbags in Autos
- die Flexibilisierung von Arbeitszeiten
- die Einführung transparenter und partizipativer Entscheidungs- und Führungsstrukturen in Betrieben
- gesetzliche Regelungen zum Verbot gesundheitsschädlicher Baustoffe wie Asbest

Verhaltensprävention	Verhältnisprävention
Einflussnahme auf den individuellen Gesundheitszustand oder auf individuelles Gesundheitsverhalten	Einflussnahme auf Gesundheit und Krankheit durch Veränderung der Lebensbedingungen/Umwelt von Personen

Abb. 12: Verhaltens- und Verhältnisprävention (Leppin 2004)

Gesundheitsförderung

In der Ottawa-Charta von 1986 wird Gesundheitsförderung folgendermaßen definiert:

„Gesundheitsförderung 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. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin“ (WHO 1986).

Diese Definition ist in der Jakarta-Erklärung von 1997 der vierten Internationalen Konferenz der Gesundheitsförderung weiterentwickelt worden: danach wird Gesundheitsförderung verstanden als ein Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern durch Beeinflussung der Determinanten für Gesundheit. Gesundheitsförderung ist nach Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein auf allen gesellschaftlichen Ebenen ansetzendes Konzept, das auf die Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen abzielt. Kennzeichnend für die Gesundheitsförderung ist die Orientierung am Konzept der Salutogenese. Diese salutogenetische Fragestellung **–** wie und wo Gesundheit hergestellt wird **–** führt zur Identifikation und Stärkung von Ressourcen und Potenzialen. Dabei ist Gesundheitsförderung ein komplexer Ansatz, der sowohl die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen (verhaltensorientierte oder individuelle Gesundheitsförderung) als auch die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebens- und Arbeitsbedingungen (verhältnisorientierte oder strukturelle Gesundheitsförderung) umfasst (vgl. Kaba-Schönstein 2003e).

Im Internetlexikon „Wikipedia“ findet man zu dem Begriff „Gesundheitsförderung“ folgende Informationen:

„Gesundheitsförderung ist ähnlich wie der Begriff Prävention eine Bezeichnung für Maßnahmen und Aktivitäten, mit denen die Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen erreicht werden soll. Während die Prävention unmittelbar auf den Erhalt der Gesundheit zielt und da

bei z.B. Impfungen, gesunde Ernährung und ausreichende Bewegung propagiert, ist Gesundheitsförderung komplexer und will durch die Veränderung ökonomischer, sozialer, ökologischer und kultureller Faktoren bessere Bedingungen für gesundes Leben schaffen ...“ (Wikipedia 2005).

„Ursprünglich wurde das Konzept der Gesundheitsförderung 1986 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt und in der Ottawa-Charta zusammengefasst ...“ (Wikipedia 2005).

„Weltweit gibt es verschiedene Netzwerke der Gesundheitsförderung. Unter anderem das Netzwerk Gesunde Städte, das Netzwerk Gesundheitsfördernde Krankenhäuser, das Deutsche Netzwerk betriebliche Gesundheitsförderung oder ‚Schule & Gesundheit’. Es bilden sich immer mehr Netzwerke heraus, die Ganzheitlichkeit in den Vordergrund stellen und mit vernünftigen Konzepten einen vorausschauenden Ansatz in der Industriegesellschaft prägen ...“ (Wikipedia 2005).

„Eine ‚Gesunde Stadt’ im Sinne der WHO ist einem ganzheitlichen Ansatz (Körper, Geist und Seele) verpflichtet und sollte sich auf allen Ebenen (Gesunde Kindergärten, Gesunde Schulen, Gesunde Hochschulen, Gesunde Betriebe, Gesunde Verwaltungen, Gesunde Krankenhäuser und in der allgemeinen Gesundheitsförderung) bemühen, initiativ und aktiv zu sein. Der Weg ist hierbei auch oft das Ziel ...“ (Wikipedia 2005).

Prävention und Gesundheitsförderung

„Prävention und Gesundheitsförderung sind zwei unterschiedliche Ansätze, die dasselbe Ziel anstreben: Das gesundheitliche Wohlbefinden der Gesamtbevölkerung soll gesteigert und Krankheiten sollen verhindert werden. Beide Strategien unterscheiden sich aber in ihren Ansatzpunkten und ihrer Zielrichtung“ (Glaeske et al. 2003, S. 10):

„Prävention nimmt ihren Ausgangspunkt bei spezifischen Krankheiten und hat das Ziel, die Risiken für diese Krankheiten zu minimieren. Zielgruppen sind Erkrankte oder Risikoträger. Gesundheitsförderung hingegen zielt nicht auf die Risiken, sondern auf die Ressourcen für die Gesunderhaltung oder Gesundung. Gesundheitsförderung hat das Ziel, personale und soziale Ressourcen zu stärken und Handlungsspielräume zu erweitern, um damit zur Gesunderhaltung und zum Wohlbefinden beizutragen (Beispiel: Aufbau partizipativer Organisationsstrukturen, Unterstützung der Netzwerkbildung) “ (Glaeske et al. 2003, S. 10).

„Gesundheitsförderung ist thematisch breiter angelegt als Prävention und will Individuen und soziale Gruppen befähigen, die personalen, sozioökonomischen und Umweltdeterminanten positiv für die Gesundheit zu beeinflussen und ist durch einen partizipativen, ganzheitlichen, intersektoralen und nachhaltigen Ansatz gekennzeichnet. Gesundheitsförderung berührt damit nicht nur die Gesundheitspolitik, sondern auch zahlreiche weitere Politikbereiche, die mit der Gestaltung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen befasst sind (z.B. Familien-, Arbeitsmarkt-, Verkehrs-, Wohnungs- und Bildungspolitik). Gesundheitsförderung ergänzt die Prävention, weil Zielgruppen angesprochen werden, die z.B. einer Verhaltensänderung gegenüber wenig aufgeschlossen sind. Hierdurch können Gesundheitspotenziale freigesetzt werden, die bei einer Beschränkung auf Prävention verloren gehen würden. Gesundheitsförderung ist zudem geeignet, positive Aspekte von Gesundheit hervorzuheben, was sich dann wiederum auf die Bereitschaft auswirken kann, auch Verhaltensänderungen in Betracht zu ziehen“ (Glaeske et al. 2003, S. 10).

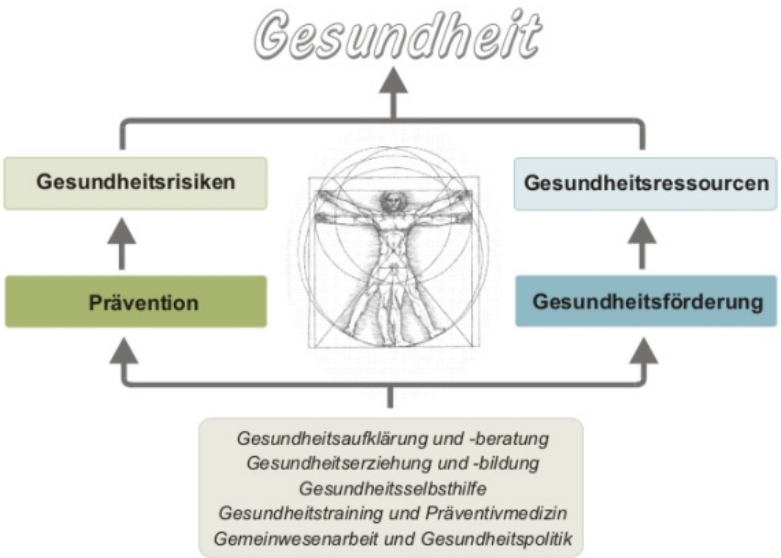

Abb. 13: Prävention und Gesundheitsförderung: Strategien und Methoden (mod. nach Waller 2002)

Die folgende Tabelle von Hurrelmann (2000) gibt zusammenfassend einen vergleichenden Überblick über die Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung:

Phase	**Primär-prävention**	**Sekundär-prävention**	**Tertiär-prävention**	**Gesund-heits-förderung**
Interven-tionszeit-punkt	Erkennbare Risikofaktoren	Frühstadium einer Krank-heit	Krankheits-folgen	Gesundheit
Ziel	Gesunderhal-tung durch Ver-hütung spezifi-scher Krankhei-ten und Risiko-schutz	Vorsorge bzw. Erkennung von Krankhei-ten im Früh-stadium sowie Einleitung ef-fektiver Inter-ventionsmaß-nahmen (Be-hand-lung) mit dem Ziel, die Krankheit aus-zuheilen oder zum Stillstand zu bringen	Verhütung von Krank-heits-verschlechte-rung und Rückfällen sowie Ver-meidung von Folge- und Begleiter-krankungen	Förderung der Gesund-heit durch Stärkung der Ressourcen, Verhütung der Entste-hung von Krankheiten
Ziel-gruppe	(Noch) Gesunde, potenzielle Ri-sikogruppen	(Scheinbar) Gesunde/ be-reits erkrankte Personen	Bereits Er-krankte, die entsprech-end behan-delt werden, von Behinde-rung Bedrohte	Gesamtbe-völkerung

Phase	Primär-prävention	Sekundär-prävention	Tertiär-prävention	Gesund-heits-förderung
Beispiele	Schutzimp-fungen, Vitamin-D-Prophylaxe, Fluorid-Prophylaxe, Anti-Raucher-Kampagnen, Programme zur gesunden Er-nährung und Stress-bewältigung	Krebsvor-sorge, Früh-erkennungs-untersuch-ungen, Screenings	Kur- und Heil-behand-lungen, Palliativ-pflege	Betriebliche Gesundheits-förderung als Organi-sationsent-wicklung, Gesundheits-fördernde Schule, Gesundheits-fördernder Kindergarten

Tab. 2: Phasen der Prävention und Gesundheitsförderung nach Hurrelmann (2000)

Die folgende Abbildung (vgl. Abb. 14) von Hartmann und Springer (2005, modifiziert nach Rosenbrock 2003a) verdeutlicht die Zusammenhänge zwischen Gesundheitsförderung und Prävention.

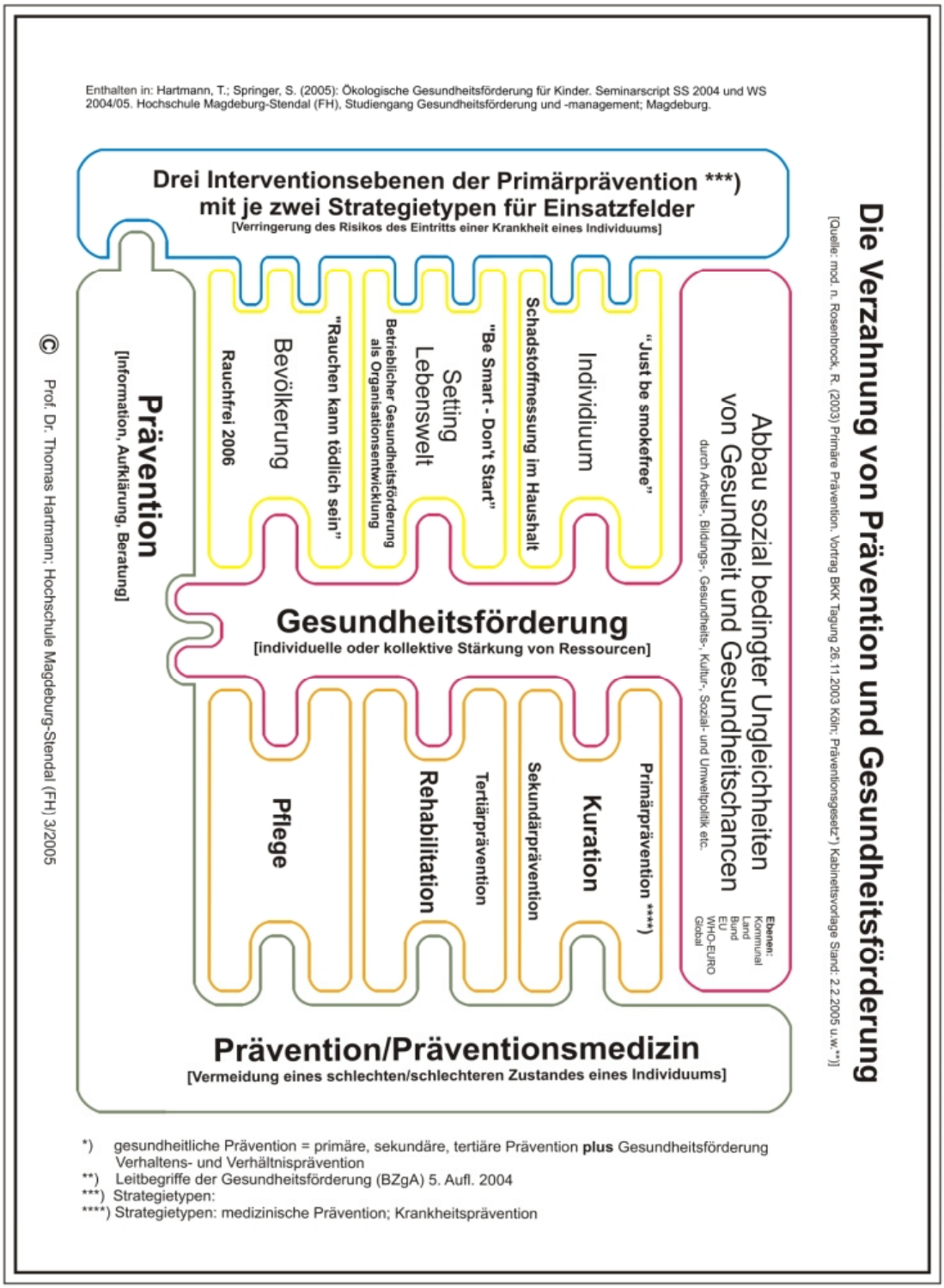

Abb. 14: Die Verzahnung von Prävention und Gesundheitsförderung (Hartmann, Springer 2005 mod. nach Rosenbrock 2003)

Ziele, Zielgruppen und Handlungsfelder von Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung 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 (Ottawa-Charta 1986). Zu den **Zielen** von Gesundheitsförderung gehören u.a.:

- die Förderung gesunder und nachhaltiger Planung bei allen politischen Entscheidungen (Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe)
- die Bereitstellung gesunder Arbeits- und Lebenswelten
- das Angebot gesunder und unterstützender sozialer Umwelten
- die Förderung der Selbsthilfe
- die Verbesserung und Optimierung der Gesundheitsversorgung
- die Unterstützung persönlicher und sozialer Entwicklung von Individuen und Gruppen
- die Sicherstellung einer gesunden und nachhaltigen Umwelt
- die Ermutigung zu wissenschaftlichem Interesse, Entwicklungen und Austausch in der Gesundheitsförderung (Netzwerkbildung)

Abb. [DL19]15: Ziele von Gesundheitsförderung (eigene Darstellung nach Gräser und Belschner 2001)

Gesundheitsförderung richtet sich an alle Menschen in allen Lebenslagen, insbesondere können aber u.a. folgende **Zielgruppen** (die teilweise Schnittmengen aufweisen) benannt werden.

- sozial benachteiligte Menschen
- Kinder und Jugendliche
- Senioren/-innen
- Lernende und Lehrende (Schüler/-innen, Studierende und Lehrende)
- Arbeitnehmer/-innen und Arbeitgeber/-innen
- chronisch kranke Menschen und Menschen mit Behinderungen
- Männer und Frauen
- Individuen und Gruppen etc.

Abb. 16: Zielgruppen von Gesundheitsförderung

Die Ottawa-Charta unterscheidet drei zentrale Handlungsstrategien und fünf vorrangige Handlungsbereiche (vgl. Abb. 17 u. 18). Als zentrale Handlungsstrategien werden in der Ottawa-Charta benannt:

Interessen vertreten

„Ein guter Gesundheitszustand ist eine wesentliche Bedingung für soziale, ökonomische und persönliche Entwicklung und ein entscheidender Bestandteil der Lebensqualität. Politische, ökonomische, soziale, kulturelle, biologische sowie Umwelt- und Verhaltensfaktoren können alle entweder der Gesundheit zuträglich sein oder auch sie schädigen. Gesundheitsförderndes Handeln zielt darauf ab, durch aktives, anwaltschaftliches Eintreten diese Faktoren positiv zu beeinflussen und der Gesundheit zuträglich zu machen“ (WHO 1986).

Befähigen und Ermöglichen

„Gesundheitsförderung ist auf Chancengleichheit … gerichtet. Gesundheitsförderndes Handeln bemüht sich darum, bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmögliches Gesundheitspotenzial zu verwirklichen. Dies umfasst sowohl Geborgenheit und Verwurzelung in einer unterstützenden sozialen Umwelt, den Zugang zu allen wesentlichen Informationen und die Entfaltung von praktischen Fertigkeiten als auch die Möglichkeit, selber Entscheidungen in Bezug auf die persönliche Gesundheit treffen zu können. Menschen können ihr Gesundheitspotenzial nur dann weitestgehend entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können. Dies gilt für Frauen ebenso wie für Männer“ (WHO 1986).

Vermitteln und Vernetzen

„Der Gesundheitssektor allein ist nicht in der Lage, die Voraussetzungen und guten Perspektiven für die Gesundheit zu garantieren. Gesundheitsförderung verlangt vielmehr ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen in Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nichtstaatlichen und selbst organisierten Verbänden und Initiativen sowie in lokalen Institutionen, in der Industrie und in den Medien. Menschen in allen Lebensbereichen sind daran zu beteiligen als Einzelne, als Familien und als Gemeinschaften. Die Berufsgruppen und sozialen Gruppierungen sowie die Mitarbeiter des Gesundheitswesens tragen große

Verantwortung für eine gesundheitsorientierte Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Interessen in der Gesellschaft“ (WHO 1986).

Die fünf vorrangigen **Handlungsbereiche** der Gesundheitsförderung sind (Ottawa-Charta 1986):

1. Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik

„Gesundheitsförderung beinhaltet weit mehr als medizinische und soziale Versorgung. Gesundheit muss auf allen Ebenen und in allen Politiksektoren auf die politische Tagesordnung gesetzt werden … Dazu wendet eine Politik der Gesundheitsförderung verschiedene, sich gegenseitig ergänzende Ansätze an, u. a. Gesetzesinitiativen, steuerliche Maßnahmen und organisatorisch-strukturelle Veränderungen. Nur koordiniertes, verbündetes Handeln kann zu einer größeren Chancengleichheit im Bereich der Gesundheits-, Einkommens- und Sozialpolitik führen … Ziel muss es sein, auch politischen Entscheidungsträgern die gesundheitsgerechtere Entscheidung zur leichteren Entscheidung zu machen“ (WHO 1986).

2. Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten

„Unsere Gesellschaften sind durch Komplexität und enge Verknüpfung geprägt; Gesundheit kann nicht von anderen Zielsetzungen getrennt werden. Die enge Bindung zwischen Mensch und Umwelt bildet die Grundlage für einen sozialökologischen Weg zur Gesundheit. Oberstes Leitprinzip für die Welt, die Länder, die Regionen und Gemeinschaften ist das Bedürfnis, die gegenseitige Unterstützung zu fördern – sich um den anderen, um unsere Gemeinschaften und unsere natürlichere Umwelt zu sorgen. Besondere Aufmerksamkeit verdient die Erhaltung der natürlichen Ressourcen als globale Aufgabe. Die sich verändernden Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen haben entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen … Jede Strategie zur Gesundheitsförderung hat den Schutz der natürlichen und der sozialen Umwelt sowie die Erhaltung der vorhandenen natürlichen Ressourcen mit zu ihrem Thema zu machen“ (WHO 1986).

3. Neuorientierung der Gesundheitsdienste

„Die Verantwortung für die Gesundheitsförderung wird in den Gesundheitsdiensten von Einzelpersonen, Gruppen, den Ärzten und anderen Mitarbeitern des Gesundheitswesens, den Gesundheitseinrichtungen und dem Staat getragen. Sie müssen darauf hinarbeiten, ein Versorgungssystem zu entwickeln, das auf die stärkere Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist und über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinausgeht …“ (WHO 1986).

4. Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen

„Gesundheitsförderung wird realisiert im Rahmen konkreter und wirksamer Aktivitäten von Bürgern in ihrer Gemeinde: in der Erarbeitung von Prioritäten, der Herbeiführung von Entscheidungen sowie bei der Planung und Umsetzung von Strategien. Die Unterstützung von Nachbarschaften und Gemeinden im Sinne einer vermehrten Selbstbestimmung ist ein zentraler Angelpunkt der Gesundheitsförderung … Kontinuierlicher Zugang zu allen Informationen, die Schaffung von gesundheitsorientierten Lernmöglichkeiten sowie angemessene finanzielle Unterstützung gemeinschaftlicher Initiativen sind dazu notwendige Voraussetzungen“ (WHO 1986).

5. Entwicklung persönlicher Kompetenzen und Fähigkeiten

„Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten. Sie will dadurch den Menschen helfen, mehr Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben, und will ihnen zugleich ermöglichen, Veränderungen in ihrem Lebensalltag zu treffen, die ihrer Gesundheit zugute kommen. Es gilt dabei, Menschen zu lebenslangem Lernen zu befähigen und ihnen zu helfen, mit den verschiedenen Phasen ihres Lebens sowie eventuellen chronischen Erkrankungen und Behinderungen umgehen zu können. Dieser Lernprozess muss sowohl in Schulen wie auch zu Hause, am Arbeitsplatz und innerhalb der Gemeinde erleichtert werden …“ (WHO 1986).

Abb. 17: Mehrebenenmodell der Gesundheitsförderung I (Kaba-Schönstein 2003e)

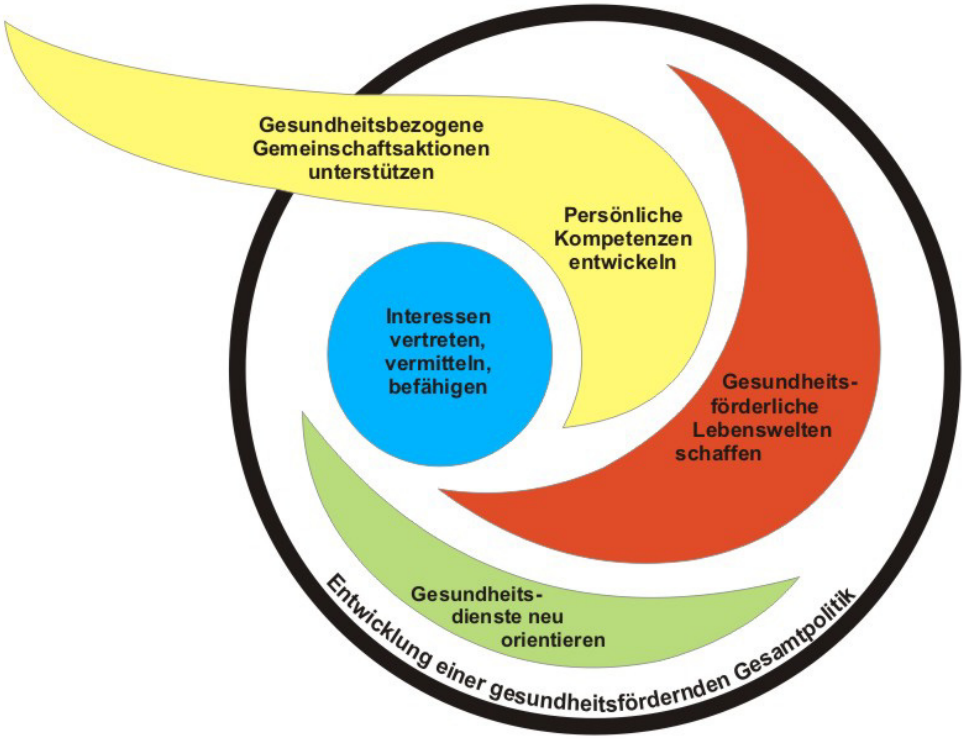

Abb. 18: Mehrebenenmodell der Gesundheitsförderung II (WHO-Euro [DL21]1990)

Prinzipien und Merkmale von Gesundheitsförderung

Nach Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Gesundheitsförderung ein auf allen gesellschaftlichen Ebenen ansetzendes Konzept zur Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale von Personen, Gruppen und Organisationen. Eine zentrale Strategie der Gesundheitsförderung ist demnach die Befähigung und Kompetenzförderung von Einzelnen und Gruppen **(Empowerment)** (vgl. Kaba-Schönstein 2003a).

Der Paradigmenwechsel **von der Pathogenese zur Salutogenese** (Abkehr von der ausschließlich pathogenen biomedizinischen Sichtweise bzw. der Risikofaktorenorientierung und Zuwendung zu einer Orientierung an Ressourcen und Potenzialen) ist ein zentraler Aspekt des Gesundheitsförderungskonzeptes (vgl. Kaba-Schönstein 2003a).

Kennzeichnend für den Ansatz der Gesundheitsförderung ist seit Alma-Ata (1978, Internationale Konferenz zur Primären Gesundheitsversorgung) eine starke Fokussierung auf gesundheitliche und soziale Ungleichheit: Gesundheitsförderung soll **sozialkompensatorisch** ausgerichtet sein, d.h. insbesondere einen Beitrag zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit leisten (vgl. Kaba-Schönstein 2003a).

Das Gesundheitsförderungskonzept ist ein komplexer sozialer und gesundheitspolitischer Ansatz, der sowohl individuelle (verhaltensbezogene) als auch strukturelle (verhältnisbezogene) Maßnahmen umfasst. Dabei richtet sich Gesundheitsförderung an alle Menschen in allen Lebenslagen, also z.B. auch an Menschen mit chronischen Erkrankungen oder an Menschen mit Behinderungen (vgl. Kaba-Schönstein 2003a).

Die Umsetzung des Gesundheitsförderungskonzeptes ist nicht vorrangig eine Aufgabe des Medizinsystems, sondern erfordert die aktive Beteiligung der Bevölkerung **(Partizipation** und **Bürger/-innenbeteiligung)** und vor allem die Zusammenarbeit und Koordination einer Vielzahl von Akteuren, Sektoren und Berufsgruppen, auch außerhalb des Gesundheitswesens, auf allen politischen Ebenen **(multisektorale Ausrichtung/intersektorale Kooperation).** Eine erfolgreiche Umsetzung des Gesundheitsförderungskonzeptes setzt voraus, Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe zu verstehen und das Gesundheitsförderungskonzept in alle politischen Diskussionen und Entscheidungen einzubinden (vgl. Kaba-Schönstein 2003a).

Die Kernstrategie der Gesundheitsförderung ist der **Setting-Ansatz.** Settings sind Orte, an denen Menschen leben, lernen und arbeiten, also einen Großteil ihrer Zeit verbringen (wie z.B. Kindertagesstätten, Schulen, Hochschulen, Betriebe, Städte oder Gemeinden und auch Familien oder der Freizeitbereich etc.), und die mit ihrer Organisationsstruktur und ihrem sozialen Gefüge die Gesundheit von Einzelnen und Gruppen entscheidend beeinflussen (vgl. Kaba-Schönstein 2003a).

Im Folgenden werden die grundlegenden **Prinzipien und Merkmale** der Gesundheitsförderung nochmals zusammenfassend dargestellt (vgl. Abb. 19).

Gesundheitsförderung …

- orientiert sich an der salutogenetischen Perspektive
- soll befähigen und orientiert sich dabei an Ressourcen und Potenzialen (Empowerment)
- unterstützt soziale Gerechtigkeit (ist sozialkompensatorisch ausgerichtet)
- 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. 19: Merkmale und Prinzipien der Gesundheitsförderung

Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung

„Ein Setting wird einerseits als ein soziales System verstanden, das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfasst, und andererseits als ein System, in dem diese Bedingungen von Gesundheit und Krankheit auch gestaltet werden können“ (Grossmann und Scala 1999, S. 100).

Im § 20 Abs.1 SGB V wird der Setting-Ansatz als geeigneter Zugangsweg für Gesundheitsförderung betrachtet, der zudem insbesondere einen Beitrag

zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen leisten kann, da er eine gezielte Erreichung sozial benachteiligter Gruppen ermöglicht. Der Setting-Ansatz ist die Kernstrategie der Gesundheitsförderung.

Beispiele für Settings sind Kindertagesstätten, Schulen, berufsbildende Schulen, Hochschulen, Betriebe/Unternehmen, Einrichtungen der Erwachsenenbildung (z.B. Volkshochschulen), ambulante Arztpraxen, Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser, Haftanstalten, Städte/Kommunen und Regionen.

Gesundheitsfördernde Settings kann man in regionale/übergreifende Settings (z.B. Regionen, Städte, Gemeinden) und einzelne Settings (z.B. Schule, Krankenhaus, Betrieb) einteilen. Die folgende Darstellung (vgl. Abb. 20) verdeutlicht die Einordnungsmöglichkeiten der genannten Beispiele für Settings sowie deren Bezug zueinander (vgl. Siebert 2005).

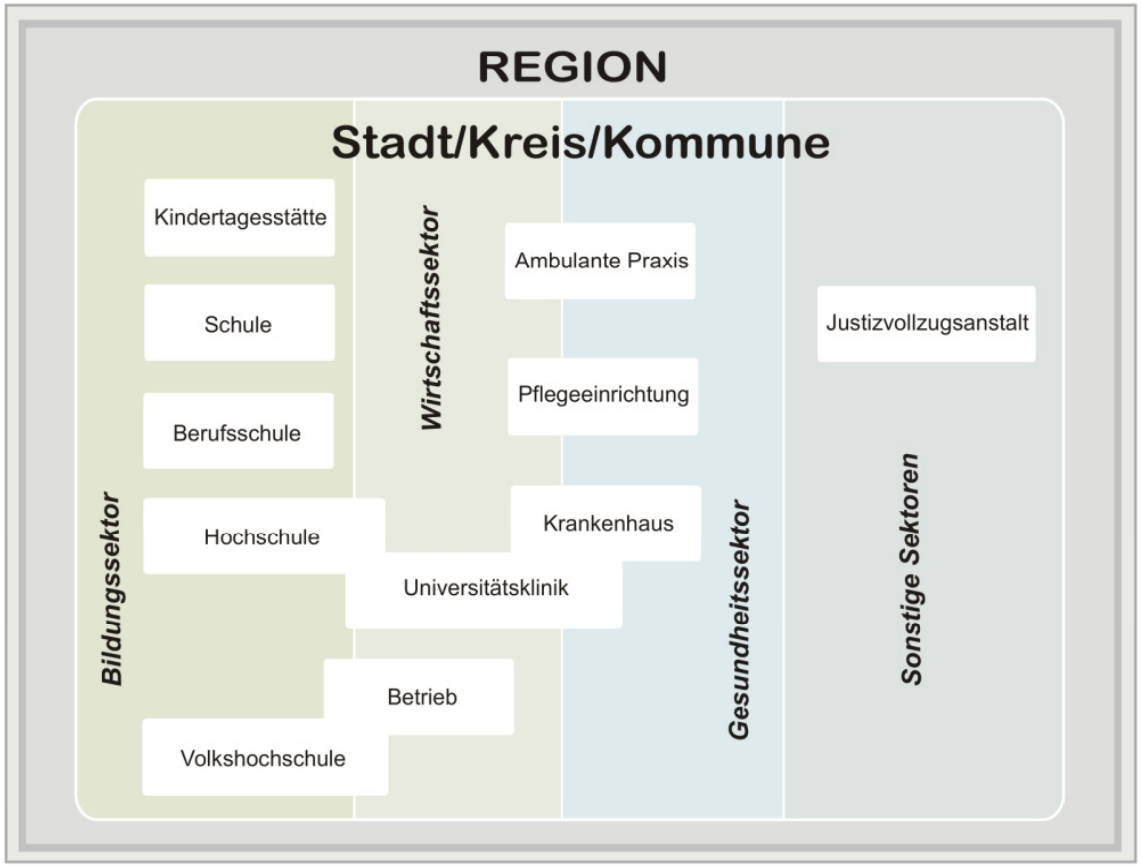

Abb. 20: Einordnung der Settings in der Gesundheitsförderung (Siebert 2005)

„Der Setting-Ansatz fokussiert die Rahmenbedingungen, unter denen Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren, und ist damit eine Antwort auf die beschränkten Erfolge traditioneller Gesundheitserziehungsaktivitäten, die sich mit Information und Appellen an Einzelpersonen wenden. Es wird der Erkenntnis Rechnung getragen, dass Gesundheitsprobleme einer Bevölkerungsgruppe das Resultat einer wechselseitigen Beziehung zwischen ökonomischer, sozialer und organisatorischer Umwelt und persönlicher Lebensweise sind“ (Grossmann und Scala 1999, S. 100).

Nicht der einzelne Mensch, sondern die Einführung von Gesundheit als Organisationsprinzip in die sozialen Systeme selbst, die hinsichtlich ihrer Art und Komplexität sehr heterogen sein können und von der Kernfamilie bis hin zu einer nationalen Armee oder einem internationalen Konzern reichen, wird in den Vordergrund der settingbezogenen Interventionen und Maßnahmen gestellt. Bei diesem Organisationsentwicklungsprozess werden vor allem Kommunikationsstrukturen, insbesondere Prioritäten in Entscheidungsprozessen und Regeln im System, verändert, was viel Verständnis für die Entwicklungsbedingungen sozialer Systeme sowie Kompetenzen in Organisationsentwicklung und Projektmanagement erfordert (Altgelt und Kolip 2004, Baric und Conrad 1999, Grossmann und Scala 2003).

Nach Baric und Conrad (1999) sollte zwischen „Gesundheitsförderung in einem Setting“ und einem „gesundheitsfördernden Setting“ differenziert werden (vgl. Abb. 21).

Die Formulierung des Setting-Ansatzes war für die Entwicklung der Gesundheitsförderung ein bedeutender Schritt. Auf der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa, Kanada (1986), wurde in Anlehnung an die WHO-Strategie „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ die Stadt Toronto zur „Healthy City“ erklärt und damit die Grundlage für das „Gesunde-Städte-Projekt“ der WHO geschaffen. Mit den Prinzipien des Gesunde-Städte-Projekts, das sich von einem zunächst kleinen Projekt zu einer weltweiten Bewegung entwickelt hat, wurde der Setting-Ansatz erstmals umgesetzt (vgl. Baric und Conrad 1999, Grossmann und Scala 1999).

Gesundheitsförderung in einem Setting

hat eine lange Tradition und beinhaltet die Einführung von Maßnahmen (z.B. Programmen und Projekten) der Gesundheitsförderung in einem Setting. Dabei wird das Setting jedoch nur als Einzugsgebiet zur Erreichung spezifischer Zielgruppen (z.B. Schüler/-innen, Arbeitnehmer/-innen) genutzt.

Ein gesundheitsförderndes Setting

Ein gesundheitsförderndes Setting ist dagegen ein neues Konzept, das einen Politik- und Strategiewechsel eines Settings beinhaltet. Dabei wird ein Setting als ein „Organisationssystem" und Gesundheitsförderung primär als Organisationsentwicklung verstanden durch …

- die Einbeziehung gesundheitsfördernder Aspekte in die täglichen Aktivitäten
- die volle Partizipation aller Statusgruppen eines Settings
- die Evaluation der eingeführten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung

Abb. 21: Differenzierung zwischen „Gesundheitsförderung in einem Setting" und einem „gesundheitsfördernden Setting" (Baric und Conrad 1999)

Parallel zu der „Gesunde-Städte-Bewegung" folgten weitere, meist von der WHO initiierte Gesundheitsförderungsprogramme, die im Rahmen des Setting-Ansatzes in Bereichen wie Schulen, Hochschulen, Krankenhäusern und Betrieben Gesundheitsförderungsprojekte und die Netzwerkbildung vorantrieben. In der Ottawa-Charta wird die „Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten" als ein zentraler Handlungsbereich aktiven gesundheitlichen Handelns benannt. Durch die folgenden Konferenzen zur Gesundheitsförderung (vgl. Abb. 22) in Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jakarta (1997), Mexiko-Stadt (2000) und Bangkok (2005) sowie das WHO-Programm „Gesundheit 21" (1998) wurde der Setting-Ansatz als Kernstrategie der Gesundheitsförderung bestätigt (vgl. u.a. Baric und Conrad 1999, Grossmann und Scala 1999, WHO 1986, 1988, 1991, 1997, 2000, 2005, WHO-Euro 1998).

Abb. 22: Entwicklung des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung im Rahmen der Internationalen Konferenzen zur Gesundheitsförderung und der WHO-Strategie „Gesundheit 21" (mod. nach Siebert 2005)

Der Setting-Ansatz ist u.a. durch folgende **Merkmale** gekennzeichnet (vgl. Altgelt und Kolip 2004, Rosenbrock und Gerlinger 2004):

- die genaue Bestimmung und Eingrenzung der Zielgruppen und Akteure der gesundheitsfördernden Maßnahmen
- die Möglichkeit der Identifizierung von geeigneten Zugangswegen und der Nutzung vorhandener Ressourcen

- die Verknüpfung des individuen- und strukturbezogenen Ansatzes durch die Berücksichtigung der engen Kopplung und Wechselwirkung zwischen Verhalten und Verhältnissen
- die Möglichkeit von hierarchie- und gruppenübergreifender Kooperation und Kommunikation sowie die Vermeidung von Diskriminierungen von Zielgruppen, da sich die gesundheitsfördernden Interventionen auf das gesamte Setting und damit auch auf alle dort präsenten Personen und Gruppen beziehen
- die Entwicklung von gesundheitsrelevanten Kompetenzen bei allen Beteiligten durch einen diskursiven, durch Transparenz, Partizipation und Aktivierung gekennzeichneten Prozess der Identifizierung und Veränderung von gesundheitsbelastenden und gesundheitsfördernden Komponenten im Setting
- eine in der Regel schwierigere Organisation, Evaluation und insbesondere schwierige Normierung als z.B. edukativ ansetzende Interventionen
- eine spezifische Effektivität und Effizienz, die sich, z.B. im Verhältnis zu bestimmten Präventionsstrategien, bisher nur schwierig quantitativ messen und nachweisen lässt
- eine relative, zumindest über mehrere Jahre konstante, Stabilität positiver gesundheitsbezogener Veränderungen nach Interventionen

Vernetzung als Strategie der Gesundheitsförderung

Eine wichtige Determinante für die erfolgreiche Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist u.a. eine stärkere Vernetzung in der Praxis, um die bestehenden ressort- und ebenenübergreifenden Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung zu koordinieren und transparent zu machen (vgl. Ahrens 2005, Knake-Werner 2005, Siebert 2005).

Die Ottawa-Charta (1986) beschreibt den Bereich „Vermitteln und Vernetzen“ (engl.: to mediate ad to connect) als eines der drei zentralen

Handlungsprinzipien der Gesundheitsförderung. Nach der Ottawa-Charta ist Gesundheitsförderung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, deren Bearbeitung über die Verantwortung des Gesundheitssektors hinausgeht und von allen Politikbereichen als Querschnittsaufgabe verstanden werden müsse.

Damit verlangt die Gesundheitsförderung ein Zusammenwirken aller relevanten Bereiche und Akteure, d.h. die Koordination und Kooperation der Regierungen, der Gesundheits-, Sozial-, Wirtschafts- und Umweltsektoren, der nichtstaatlichen Verbände, der Initiativen, der Medien etc. Den Fachkundigen und Experten/-innen des Gesundheitswesens kommt bei der Vermittlung und Vernetzung zwischen den verschiedenen Interessen dieser Akteure eine besondere Verantwortung zu (vgl. Trojan 1999).

Ebenso wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen in deren gemeinsamen Papier über die „Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung“ die Vernetzung und Kooperation aller relevanten Akteure als zentrale Voraussetzung für erfolgreiche Prävention gefordert (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2002).

Trotz der Bedeutung von Netzwerkbildung und intersektoraler Kooperation als wichtige Prinzipien erfolgreicher Gesundheitsförderung haben die vorhandenen Netzwerke in Deutschland bisher keinen hinreichenden politischen Auftrag und verfügen häufig nicht über die nötigen finanziellen und personalen Ressourcen. „Die Notwendigkeit von Kooperation (und Vernetzung) im Handlungsfeld Gesundheitsförderung wurde vom Gesetzgeber bisher lediglich in einem Kooperationsauftrag zwischen Krankenkassen und Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung im SGB V und im SGB VII festgehalten sowie in dem Kooperationsauftrag zwischen den Sozialversicherungsträgern, dem Bund, den Ländern und den Kommunen im Bundespräventionsgesetz. Trotz des derzeit ‚auf Eis liegenden’ Gesetzentwurfes und der Frage, ob und wann er wieder auf der politischen Agenda steht, soll das Präventionsgesetz hier mit aufgeführt werden, da es den bisher umfassendsten gesetzlichen Kooperationsauftrag im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention enthält“ (Siebert 2005, S. 46).

In den §§ 20a und 20b Abs. 2 SGB V wird von den Krankenkassen gefordert, bei der betrieblichen Gesundheitsförderung und bei der Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren eng mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammenzuarbeiten. „… Dazu sollen sie und ihre Verbände insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften bilden.“

Analog heißt es im § 14 Abs. 2 SGB VII: „Bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren arbeiten die Unfallversicherungsträger mit den Krankenkassen zusammen.“

Im § 6 Abs. 1 und 3 des Gesetzentwurfs des Bundespräventionsgesetzes vom 02.03.2005 heißt es: (1) „Die Träger von Leistungen zur gesundheitlichen Prävention nach § 7 und Bund, Länder und Kommunen wirken im Rahmen ihrer Zuständigkeiten und in Wahrnehmung einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung gemeinsam darauf hin, die Ziele gesundheitlicher Prävention nach § 1 zu erreichen."

(3) „Zur Förderung der Aufgabe nach Absatz 1 haben sich die Träger von Leistungen zur gesundheitlichen Prävention nach § 7 Abs. 1 [die gesetzlichen Krankenkassen, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die Träger der sozialen Pflegeversicherung] regelmäßig mit den für gesundheitliche Prävention in den Ländern und den Kommunen zuständigen Stellen und Diensten über die regionalen Erfordernisse von gesundheitlicher Prävention abzustimmen. Festlegungen zum Verfahren der Abstimmung sowie der zu beteiligenden Stellen und Dienste werden im Rahmen der Vereinbarungen nach § 18 zwischen den Ländern und den sozialen Präventionsträgern nach § 7 Abs. 1 getroffen."

Ziele, Prinzipien und Merkmale von Vernetzung

Netzwerke „… dienen u.a. dem regelmäßigen Erfahrungsaustausch und der Information über praktische Hilfen; sie steigern mittels gegenseitigem Vergleich Motivation und Durchhaltevermögen; sie bieten eine Plattform, gemeinsame Probleme zu identifizieren, gemeinsam nach spezifischen Problemlösungen zu suchen und manchmal auch gemeinsam Lösungen umzusetzen" (Eberle 2005, S. 11 f.).

Eine kooperative und koordinierende Vernetzung soll u.a. der Erreichung von Interdisziplinarität und Multiprofessionalität, Synergieeffekten, Anschlussfähigkeit, Innovation, Flexibilität und Stärke dienen. Dazu sind u.a. eine dauerhafte qualitative Bewertung und ggf. Veränderung der Infrastrukturen sowie eine professionelle Koordination des Netzwerks, ein regelmäßiger Informations- und Erfahrungsaustausch, das Führen von

Zieldiskussionen und die Entwicklung von Strategien zur Akzeptanzsicherung und Aktionserweiterung notwendig (vgl. v. Kardorff 1996, Siebert 2005).

Im Folgenden werden die **Ziele von Vernetzung** zusammengefasst dargestellt (vgl. Abb. 23), wobei nicht alle Netzwerke die komplette Bandbreite der unten aufgeführten Zieldimensionen anstreben.

- Informations- und Erfahrungsaustausch
- Öffentlichkeitsarbeit
- Solidaritätsgefühl
- Delegation/Arbeitsteilung
- Gegenseitige Qualifizierung
- Qualitätssicherung
- Systemoptimierung
- Rationalisierung
- Kosteneinsparung
- Vermeidung von Fehl- und Doppelversorgung (Ressourcenersparnis)
- Steigerung von Wirksamkeit und Effizienz
- Nutzung von Synergieeffekte
- Schaffung von Transparenz
- Verbindung von Good Practice
- Neue Denk- und Handlungsanstöße (Ideenbörse/Diskussionsforum)

Abb. 23: Ziele von Netzwerken und Vernetzung (Siebert 2005 nach Beerlage et al. 2004, Corsten 2001, Freie Universität Berlin und Landesgesundheitsamt Brandenburg 1999, Hessinger 2001, Jungk 1996, van Santen und Seckinger 2003)

Die **praktischen Voraussetzungen** erfolgreicher kooperativer und koordinierender Vernetzung werden von v. Kardorff (1996) in folgenden Thesen zusammengefasst (vgl. Abb. 24).

Eine kooperative und koordinierende Vernetzung …

- setzt eine klare Zielkonzeption voraus (dazu gehört u.a. auch das Offenlegen eigener Interessen im Netzwerk)
- lebt von Unterschiedlichkeit, d.h., sie ist Ausdruck von und zugleich Antwort auf Spezialisierung und Differenzierung und basiert auf Arbeitsteilung und Abgrenzung

muss Systemgrenzen definieren, die kooperativ ggf. neu justiert, aber nicht aufgelöst werden sollen

- setzt klare Zielvorstellungen und Lösungsbereitschaft der einzelnen Akteure voraus
- benötigt Ressourcen, die von den Kooperationspartnern im Vorfeld definiert und im Prozess mobilisiert und eingebracht werden müssen – dabei müssen Reziprozitäten sichtbar werden und ggf. vorhandene Asymmetrien akzeptiert werden
- setzt eine Festlegung der Kooperationsbedingungen, d.h. Verantwortlichkeitsdefinitionen voraus
- muss am „Leben gehalten“ werden durch gemeinsame Themen und Aufgaben sowie die Netzwerkpflege durch geeignete Kommunikationsstrukturen
- muss anschlussfähig sein, d.h., Netzwerke müssen an vorhandenen Wegbahnungen ansetzen und eingelebte Kommunikationspfade ggf. umdefinieren
- muss äqui- und multifunktional sein
- setzt Evaluation und Qualitätssicherung voraus
- setzt voraus, unterschiedliche Paradigmen zu erkennen und zu nutzen, aber auch Grenzen zu definieren, damit voraussehbare Enttäuschungen minimiert werden können

Abb. 24: Praktische Voraussetzungen bzw. Regeln erfolgreicher kooperativer und koordinierender Vernetzungsarbeit (Siebert 2005 nach v. Kardorff 1996, S. 39 f.)

Im Folgenden werden einige **Qualitätskriterien erfolgreicher Vernetzung** aufgeführt. Dazu gehören (vgl. Siebert 2005 nach Hahn et al. 1996, Jungk 1996, Meinlschmidt 2005, Trojan 2003, Wohlfart 1996):

- flexible, variable Strukturen
- die Balance zwischen manifesten Organisationsstrukturen und Dynamik
- eine latente Dialogbereitschaft
- eine partnerschaftliche, gleichberechtigte, antihierarchische, nach demokratischen Regeln ablaufende Kommunikation
- kollektive und diskursive Entscheidungsprozesse (integrative Aushandlungsprozesse)
- partizipative Kooperationen

- ein offener, konstruktiver Umgang mit Konflikten
- eine Ethik der Verantwortung und Teilhabe
- die Bereitschaft zur Selbstverpflichtung
- Wille zur Kontinuität
- die Autonomie von Funktions- und Rollenzwängen für alle Beteiligten
- eine gemeinsame Basisintention ohne Aufgabe bzw. Verlust des eigenen Profils
- die Balance zwischen Geben und Nehmen bzw. zwischen Input und Outcomes bei allen Beteiligten
- die Schaffung von Transparenz
- ein ständiger Informationsfluss
- regelmäßige Außendarstellung/Öffentlichkeitsarbeit
- Selbstreflexivität und regelmäßige Selbstevaluation (z.B. hinsichtlich der Ziele und der Arbeitsprozesse)

Zwischen den Begriffen „Netzwerk“ und „Allianz“ der Gesundheitsförderung sollte differenziert werden (vgl. Abb. 25):

Ein **Netzwerk** ist „… eine Gruppierung von Individuen, Organisationen oder Einrichtungen, die auf einer nicht hierarchischen Basis um gemeinsame Themen oder Angelegenheiten organisiert ist, welche aktiv und systematisch auf der Basis von Verantwortungsgefühl und Vertrauen verfolgt werden. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) initiiert und erhält mehrere Netzwerke hinsichtlich wichtiger Settings und Schlüsselthemen. Darunter sind z.B. intersektorale Gesunde-Städte-Netzwerke, Netzwerke gesundheitsfördernder Schulen und WHO-Länder-Netzwerke für Gesundheitsförderung wie die WHO ‚Mega Country’-Initiative“ (WHO 1998c, S. 16).

Netzwerke „… können gebildet werden zwischen gleichartigen Settings, wie z.B. Netzwerke zwischen Schulen gleichen Typs oder Krankenhäusern, Betriebe etc.“ (Baric und Conrad 1999, S. 15).

„Eine **Allianz** der Gesundheitsförderung ist eine Partnerschaft zwischen zwei oder mehr Akteuren, die gemeinsam die Erreichung von gemeinschaftlich vereinbarten Zielen in Richtung Gesundheitsförderung verfolgen. Allianzen erfordern oft Mediation zwischen den verschiedenen Akteuren, z.B. bei

der Definition der Ziele, der ethischen Grundsätze und der gemeinsamen Handlungsbereiche der Allianz sowie bei der Vereinbarung über die Arbeits- und Kooperationsformen, die der kooperativen Zusammenarbeit zugrunde liegen [eig. Übers.]“ (WHO 1998c, S. 5).

„Das Konzept der Allianzen bezieht sich auf eine formelle Beziehung zwischen verschiedenartigen Settings (z.B. einer Schule und einem Krankenhaus). Allianzen bieten die Möglichkeit zur Reduzierung potenzieller Konflikte und zur Entwicklung von Kooperationen zwischen verschiedenen Typen von Settings, in denen deren Mitglieder sich ebenfalls für die Verbesserung ihrer Gesundheit einsetzen“ (Baric und Conrad 1999, S. 15).

Beispiele von Netzwerken und Allianzen

Allianzen	***Netzwerke***		
Krankenhaus 1	Krankenhaus 2	Krankenhaus 3	Krankenhaus 4
Schule 1	Schule 2	Schule 3	Schule 4
Betrieb 1	Betrieb 2	Betrieb 3	Betrieb 4
usw.	usw.	usw.	usw.

Abb. 25: Beispiele von Netzwerken und Allianzen in der Gesundheitsförderung (Baric und Conrad 1999, S. 16)

Nach Trojan (1999) bedeutet „Vermittlung und Vernetzung, … horizontale und vertikale Kooperationsstrukturen aufzubauen und weiterzuentwickeln“ (Trojan 1999, S. 119) (vgl. Abb. 26).

Horizontal sind die verschiedenen Lebensbereiche der Menschen und die entsprechenden Politiksektoren miteinander zu verknüpfen und für gesundheitsfördernde Aktivitäten zu gewinnen. Das kann beispielsweise ein "Aktionsbündnis gegen Armut", eine "Stadtteilkonferenz" oder eine Veranstaltung wie "Gesundheitstage" sein.

Vertikale Kooperation bedeutet, dass die unterschiedlichen politischen Ebenen, von der internationalen bis hinunter zur lokalen und Nachbarschaftsebene, miteinander verbunden werden müssen. Ziel dabei ist, dass die Interessenvertreter der verschiedenen Ebenen in einen gemeinsamen Arbeitszusammenhang gebracht werden, in dem Konflikte ausgetragen und Konsensprozesse auf den Weg gebracht werden können.

Abb. 26: Horizontale und vertikale Kooperationen in der Gesundheitsförderung (Trojan 1999)

Beispiele für settingbezogene Netzwerke der Gesundheitsförderung

„In den verschiedenen Settings haben sich in den letzten zwanzig Jahren auf internationaler und nationaler Ebene zahlreiche mehr oder weniger etablierte Netzwerke zur Umsetzung und Koordinierung von Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz gebildet …“ (Siebert 2005, S. 1) (vgl. Tab. 3)

Setting	Netzwerk(e)
Kindertagesstätte	• Netzwerk „KiTa und Gesundheit Niedersachsen“
Schule	• Europäisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen • Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen • OPUS – Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit • Allianz für nachhaltige Schulgesundheit und Bildung in Deutschland (Anschub.de) • OPUS NRW – Netzwerk Bildung und Gesundheit

Setting	Netzwerk(e)
Hochschule	• Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen • Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen Nordrhein-Westfalen • Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen Südwest • Bayerische Arbeitsgemeinschaft Suchtprävention und Gesundheitsförderung • HochschulNetzwerk BetriebSuchtGesundheit
Betrieb/ Unternehmen	• European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) • Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) • Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)
Krankenhaus	• Internationales Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser • Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK) • Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser
Pflegeeinrichtung	• European Forum of National Nursing and Midwifery Associations
Justizvollzugs-anstalt	• Health in Prison Project (HIPP)
Stadt/Kommune	• Gesunde-Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland
Region	• Regions for Health Network (RHN)

Tab. 3: Beispiele für settingbezogene Netzwerke der Gesundheitsförderung

Die folgende Grafik (vgl. Abb. 27) veranschaulicht den Zusammenhang zwischen den Settings der Gesundheitsförderung und den dazugehörigen Netzwerken.

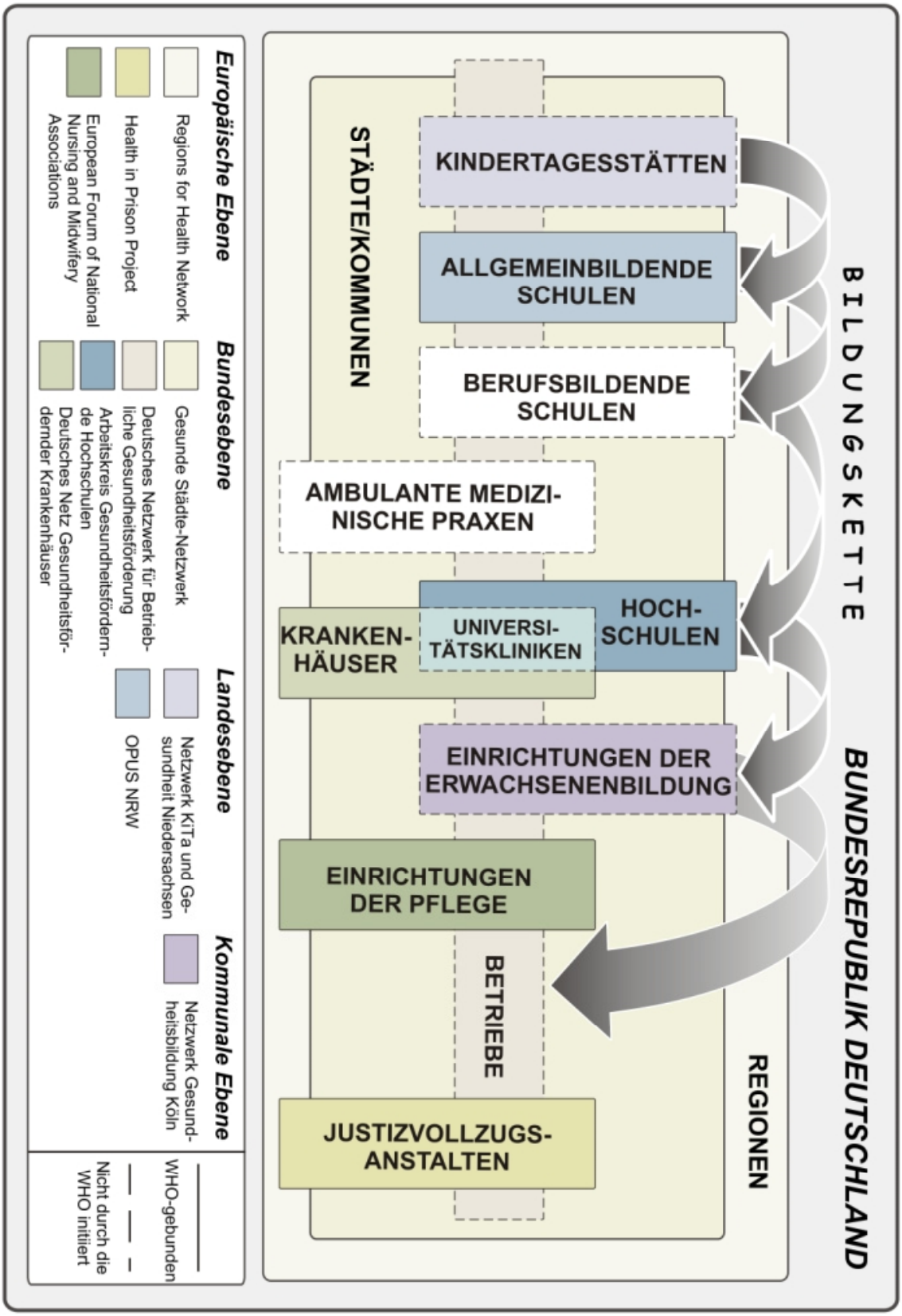

Abb. 27: Zusammenhang zwischen den Settings der Gesundheitsförderung und den dazugehörigen Netzwerken (Siebert 2005)

Instrumente der Gesundheitsförderung

Im Folgenden sollen die wichtigsten Instrumente und Methoden der Gesundheitsförderung im Allgemeinen und die hochschulbezogene Gesundheitsberichterstattung im Besonderen vorgestellt werden, wobei diese Ausführungen keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Es wird deutlich, dass viele der vorgestellten Instrumente und Verfahren multifunktional sind, also zu mehreren Zwecken einsetzbar sind, z.B. kann ein Gesundheitszirkel sowohl zur Analyse der Ausgangssituation, zur Planung als auch zur Evaluation von Maßnahmen genutzt werden.

Instrument	**Paradigma**	**Bewertung für die Gesundheitsfördernde Hochschule**
AU-Daten der GKV	pathogenetisch	weniger gut geeignet
Mitarbeiter-/Studierendenbefragung	pathogenetisch salutogenetisch	sehr gut geeignet
Gesundheitszirkel	salutogenetisch	sehr gut geeignet
Experteninterview	pathogenetisch salutogenetisch	in Kombination mit anderen Instrumenten gut geeignet
Arbeitssituationsanalyse	pathogenetisch salutogenetisch	je nach Umsetzung gut geeignet
Fokusgruppen	salutogenetisch	gut geeignet
Gefährdungsbeurteilung nach dem ArbSchG	pathogenetisch	in Kombination mit anderen Instrumenten gut geeignet
Gesundheitsbericht	pathogenetisch salutogenetisch	sehr gut geeignet
Hochschulbezogene Gesundheitsberichterstattung	pathogenetisch salutogenetisch	je nach Umsetzung gut geeignet
TK-Gesundheitswerkstatt	salutogenetisch	sehr gut geeignet

Tab. 4: Überblick über die vorgestellten Instrumente der Gesundheitsförderung

Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten der Krankenkassen

„Die Analyse von Arbeitsunfähigkeitsdaten (AU-Daten) der Krankenkassen für betriebliche, branchen- und berufsgruppenbezogene Gesundheitsberichte gehört heute zum Instrumentarium vieler Krankenkassen und dokumentiert sich in regelmäßig veröffentlichten – je nach Kassenart unterschiedlich bezeichneten – jährlichen Berichten sowie in der betrieblichen Gesundheitsberichterstattung für Unternehmen. Des Weiteren wurden branchenbezogene Berichte von der Krankenversicherung im Rahmen ihrer Kooperationen mit Berufsgenossenschaften entwickelt … Ihren Ursprung fand diese Art der Gesundheitsberichterstattung Ende der 70er, Anfang der 80er Jahre in mehreren Forschungsvorhaben im Rahmen der Strukturforschung im Gesundheitswesen zum Thema ‚Krankheit und Arbeitswelt'. Seitdem ist über die Vor- und Nachteile der für administrative Zwecke erhobenen GKV-Prozessdaten als Sekundärdaten für Morbiditätsanalysen immer wieder gestritten worden …“ (Zoike 2003, S. 201):

Zu den Vorteilen gehören:

- die Vollständigkeit der Information bei routinemäßiger Erhebung,
- die Möglichkeiten von Längsschnittbetrachtungen und
- die Replizierbarkeit für verschiedene Regionen und Zeiträume.

Zu den Nachteilen zählen:

- die Begrenzung der Krankheitsinformation auf AU-Diagnosen,
- die Begrenzung der Arbeitsplatzinformation auf die Merkmale Branche und Tätigkeit (Beruf, Ausbildung, Stellung im Beruf).

Abb. 28: Vor- und Nachteile bei der Nutzung von AU-Daten (nach Zoike 2003)

Bewertung für die Gesundheitsfördernde Hochschule:

Die Auswertung von AU-Daten als Instrument der Gesundheitsförderung ist für die Gesundheitsfördernde Hochschule von eher geringer Bedeutung. Erstens ist die Auswertung der AU-Daten vor allem eine Methode betrieblicher Gesundheitsförderung, d.h., eine zentrale Statusgruppe – die der Studierenden – wird damit nicht berücksichtigt. Zweitens werden bei Hochschulen mit weniger als 50 Mitarbeitern die Ergebnisse aus Datenschutzgründen

nur dann ausgewiesen, wenn sie sich auf mindestens zehn Personen bzw. Fälle beziehen, d.h., bei Hochschulen mit weniger als 50 Mitarbeitern kann die Auswertung der AU-Daten nur schwer erfolgen. Und drittens verdeutlichen die oben aufgeführten Nachteile dieses Instrumentariums (AU-Daten geben keine Hinweise auf Belastungsfaktoren bzw. Krankheitsursachen und Erkrankungen, die keine Arbeitsunfähigkeit auslösen, können auch nicht erfasst werden, z.B. Hauterkrankungen oder chronische Erkrankungen wie Diabetes mellitus) dessen begrenzte Nutzbarkeit. Dennoch kann die Auswertung der AU-Daten in Kombination mit anderen Erhebungsinstrumenten – z.B. zur Erstellung eines Gesundheitsberichts – sinnvoll sein.

Mitarbeiter- bzw. Studierendenbefragung

Eine Mitarbeiter- bzw. Studierendenbefragung ist eine Befragung mit Hilfe eines standardisierten oder teilstandardisierten Fragebogens durch interne Fachleute (Gesundheitsbeauftragte(r), Personalabteilung, Betriebsarzt/-ärztin) oder durch externe Fachleute/Berater/-innen. Mitarbeiterbefragungen sind nach dem Betriebsverfassungsgesetz und dem Personalvertretungsrecht mitbestimmungspflichtig. Mitarbeiter- bzw. Studierendenbefragungen dienen der Lokalisierung von Stärken und Schwächen im Unternehmen bzw. in der Hochschule, können durch Partizipation (als ein zentrales Prinzip der Gesundheitsförderung) zu einer stärkeren Identifikation der Mitarbeiter/-innen bzw. Studierenden mit dem Betrieb/der Hochschule führen und können Führungskräften oder Lehrenden ein Feedback zum Führungsverhalten bzw. zur Methodik und Didaktik der Lehre geben. Mitarbeiter- bzw. Studierendenbefragungen können u.a. Informationen zu folgenden Bereichen geben:

- die gesundheitliche Situation der Mitarbeiter/-innen bzw. Studierenden
- die Situation am Arbeits- und Lernort, die Arbeits- und Lernumgebung, die Arbeits- und Lehrmittel sowie die Arbeitsorganisation (z.B. Ausstattung des Arbeits- und Lernplatzes, Führungsstil, Handlungs- und Entscheidungsspielräume)
- die subjektiven physischen und psychischen Belastungen der Mitarbeiter/-innen und Studierenden
- das Betriebsklima bzw. die Lernatmosphäre (Verhältnis unter den Mitarbeitern/-innen bzw. unter den Studierenden, zu den Vorgesetzten bzw. zu den Lehrenden)

Planung und Durchführung einer Mitarbeiter- bzw. Studierenden-befragung

Eine Mitarbeiter- oder Studierendenbefragung „… ist recht komplex und erfordert eine sorgfältige Planung der verschiedenen Vorgänge, wobei Entscheidungen bezüglich Zielpopulation, Fragebogeninhalt, Methode und Organisation der Befragung zu treffen sind“ (Pfaff und Pühlhofer 2003, S. 216) (vgl. Abb. 29).

Befragungsteilnehmer: Wen befragen?

Soll sich die Befragung auf den gesamten Betrieb bzw. auf die gesamte Hochschule beziehen? Im Falle einer teilweisen Befragung: Die Befragung könnte sich an bestimmte Organisationseinheiten (z.B. Verwaltung) oder an bestimmte Zielgruppen (z.B. Führungskräfte, Professoren/-innen) richten. Die Entscheidung hängt von der Strategie des Gesundheitsmanagements ab. Nach der Auswahl der Befragungseinheit ist die Frage nach einer Totalerhebung (alle Mitarbeiter/-innen, Studierenden werden befragt) oder einer Teilerhebung (Stichprobenziehung) zu klären, wobei eine wissenschaftlich korrekt durchgeführte Erhebung mittels Stichprobenziehung ebenso valide Daten wie eine Totalerhebung liefert.

Befragungsinhalte: Wonach fragen?

Die Anzahl der erhobenen Themen in einer allgemeinen Befragung ist oft aus wirtschaftlichen Gründen oder mit dem Ziel der Erhöhung der Rücklaufquote begrenzt. „Viele Befragungsunternehmen umgehen dieses Problem dadurch, dass sie pro Thema meist nur eine Frage stellen. Dieses Vorgehen ist methodisch problematisch, da solche Ein-Item-Messinstrumente sehr messfehleranfällig sind. Um messfehlerarme Instrumente zu erhalten, sollten standardisierte Mehr-Item-Messinstrumente (Skalen) eingesetzt werden, deren psychometrische Güte (Reliabilität und Validität) unter anderem durch Faktoren- und Reliabilitätsanalysen abgesichert wurde“ (Pfaff und Pühlhofer 2003, S. 216 f.). Themenspezifische Befragungen, wie z.B. die Gesundheitsbefragung (Erfassung der gesundheitlichen Situation der Mitarbeiter/-innen, Studierenden) befassen sich mit einem oder mehreren Spezialthemen. Bedeutend für die Gesundheitsförderung ist vor allem die sozialepidemiologische Mitarbeiter- bzw. Studierendenbefragung, die als Kombination aus allgemeiner und Gesundheitsbefragung mit standardisierten und validen Messinstrumenten neben der Arbeits- und Organisationsform auch die Gesundheit der Mitarbeiter erfasst und Korrelationen sucht. Eine zentrale Stellung im Fragenkatalog sollte die salutogenetische Sicht-

weise einnehmen, d.h., es sollten ebenso gesundheitsfördernde, wie belastende/krankmachende Faktoren der Arbeit erfragt werden.

Befragungsmethode

Form der Befragung

Es ist zu entscheiden, ob die Befragung in mündlicher, schriftlicher oder elektronischer Form durchgeführt werden soll, wobei eine mündliche Befragung durch ein Interview realisiert wird, eine schriftliche Befragung erfolgt mittels standardisierten Fragebogens, eine elektronische Befragung kann z.B. mittels Intranet oder per E-Mail durchgeführt werden.

Postalische, Klassenzimmer-Befragung oder sonstige Kontaktformen?

Als wissenschaftlich abgesichert gelten die postalische Befragung und die Klassenzimmer-Befragung als Formen der schriftlichen Befragung. Bei der postalischen Befragung wird der Fragebogen per Post versendet. Bei der Klassenzimmer-Befragung wird der Fragebogen von den Mitarbeitern/-innen bzw. den Studierenden in einem Befragungsraum ausgefüllt und beim Hinausgehen in eine Urne geworfen. In der Praxis existieren jedoch viele alternative Formen der Verteilung des Fragebogens (z.B. über Betriebs-/Personalräte, über Professoren/-innen). Diese Vorgehensweise ist jedoch wissenschaftlich nicht gesichert und sollte kritisch betrachtet werden.

Worauf ist unbedingt zu achten?

Zur Qualitätssicherung sollten folgende Fragen immer beachtet werden: Wurden standardisierte Befragungsverfahren verwendet? Wurden ausschließlich nachweislich reliable und valide Messinstrumente genutzt? Wurden Messinstrumente verwendet, die sich in sozialepidemiologischen Studien bewährt haben?

Organisation der Befragung

Regelmäßige Mitarbeiter- bzw. Studierendenbefragung?

Die Befragungen sollten regelmäßig durchgeführt werden, wenn sie als Mittel zur Organisationsentwicklung eingesetzt werden sollen. Eine einmalige Befragung ist sinnvoll, wenn sie z.B. der Evaluation von Gesundheitsförderungsmaßnahmen dienen.

Welche Form der Anonymität?

„Es gibt zwei Formen der Anonymität: die vollständige und die bedingte. Bei der vollständigen Anonymität weiß man nicht, wer geantwortet hat. Dies ist

z.B. dann der Fall, wenn der Fragebogen einfach in der Kantine ausgelegt wird oder wenn ein nicht gekennzeichneter Fragebogen ohne Namensnennung oder sonstige Identifikationsmöglichkeit ausgefüllt wird. Diese Form der Anonymität hat den Nachteil, dass sie offen lässt, für welche Personen die Ergebnisse gelten. Die bedingte Anonymität ist z.B. gegeben, wenn ein nummerierter Fragebogen an den betreffenden Adressaten ausgegeben wird und über die Nummer registriert werden kann, ob er den Fragebogen zurückgesandt hat. Diese Form der Anonymität weist mehrere Vorteile auf: Zum einen können Nicht-Antworter gezielt erinnert werden, zum anderen kann die Repräsentativität der Antwortenden objektiv überprüft werden. Auf dieser Stufe der Anonymität weiß der Befragende, wer wie geantwortet hat, teilt dies aber dem Adressaten der Ergebnisrückmeldung nicht mit. Die Mindestbedingung zur Sicherstellung der Anonymität des Befragten ist in diesem Fall gewährleistet, solange bei einer betriebsinternen Präsentation der Ergebnisse keiner der Adressaten der Rückmeldung erkennen kann, wer konkret hinter den Aussagen und Zahlenwerten steht. Wissen hingegen die Befragenden und die Adressaten der Ergebnisrückmeldung, welcher Befragte wie geantwortet hat, so ist keine Anonymität gegeben … (Pfaff und Pühlhofer 2003, S. 219.).

Wer bekommt welche Ergebnisse?

Zentral für den Erfolg der Befragung ist die Art der Rückmeldung der Ergebnisse, die davon abhängt, ob die Befragung ausschließlich dem Informationsgewinn dient oder ob sie in einen größeren Prozess (z.B. Organisations-, Personalentwicklung) eingebunden ist, und die schriftlich bzw. mündlich und zentral bzw. dezentral erfolgen kann. „… Dient die Rückmeldung dem Informationsgewinn für das Top-Management, so ist ein schriftlicher Abschlussbericht für die Geschäftsleitung nötig. Soll die Befragung selbst einer Intervention dienen, so empfiehlt sich eine dezentrale Rückmeldung der Ergebnisse an die einzelnen Bereiche in Form einer mündlichen Präsentation und Diskussion der Ergebnisse (Survey-Feedback-Technik)“ (Pfaff und Pühlhofer 2003, S. 219).

Abb. 29: Wichtige Aspekte bei der Planung und Durchführung einer Mitarbeiter- bzw. Studierendenbefragung (nach Pfaff und Pühlhofer 2003)

Bewertung für die Gesundheitsfördernde Hochschule: Eine professionell durchgeführte Mitarbeiter- bzw. Studierendenbefragung, die valide und standardisierte Instrumente verwendet, kann ein sehr nützliches Instrument einer Gesundheitsfördernden Hochschule sein. Von Vorteil ist vor allem die Möglichkeit (z.B. gegenüber der Auswertung von AU-Daten), neben den struktu-

rellen Bedingungen für Gesundheit auch die individuellen Gesundheitszustände zu erheben und Korrelationen zu erfassen. Für eine erfolgreiche Mitarbeiter- bzw. Studierendenbefragung müssen jedoch folgende Bedingungen erfüllt sein (vgl. 30).

- Die Unternehmensleitung bzw. die Hochschulleitung muss hinter der Befragung stehen und den Willen haben, die Ergebnisse der Befragung umzusetzen.
- Alle Mitarbeiter-/innen und Studierenden sowie alle politischen Gremien (z.B. Personalrat, Studentenrat) müssen informiert und über Stellvertreter in die Planung einbezogen werden.
- Der Fragebogen sollte standardisiert und qualitätsgesichert sein sowie die methodischen Standards der empirischen Sozialforschung erfüllen.
- Die Ergebnisse der Mitarbeiter- bzw. Studierendenbefragung sollten allen Beschäftigten und Studierenden zugänglich gemacht werden.
- Für die Mitarbeiter/-innen und Studierenden muss hinsichtlich der Regeln der Durchführung der Befragung und der Ergebnisrückmeldung Transparenz herrschen.

Abb. 30: Voraussetzungen für eine erfolgreiche Mitarbeiter- bzw. Studierendenbefragung (nach Pfaff und Pühlhofer 2003)

Gesundheitszirkel

„Gesundheitszirkel sind eine Form der betrieblichen Kleingruppenarbeit. Sie ähneln in ihrem Aufbau und Ablauf den betrieblichen Qualitätszirkeln, setzen den Fokus jedoch auf Belastungen und gesundheitliche Probleme am Arbeitsplatz. In Gesundheitszirkeln treffen sich Beschäftigte, um über Belastungen am Arbeitsplatz zu sprechen, deren Ursachen zu analysieren und Verbesserungsvorschläge zu entwickeln. Der Grundgedanke des Gesundheitszirkel-Konzepts ist der, dass Arbeitsbelastungen und gesundheitliche Beeinträchtigungen nicht von oben, sondern am besten durch die Mitarbeiter selbst bearbeitet werden können, da sie die Experten für ihren Arbeitsplatz sind“ (Vogt 2003b, S. 228).

Gesundheitszirkel sind ein weit verbreitetes und bewährtes Instrument zur Analyse, Planung, Umsetzung und Evaluation von Gesundheitsförderung im Rahmen des (betrieblichen) Gesundheitsmanagements. Gesundheitszirkel,

als klassische Form der Gruppenarbeit, bestehen in der Regel aus einer Kleingruppe von ca. acht bis zehn Personen (Beschäftigte), die sich auf freiwilliger Basis in der Arbeitszeit zu etwa neun bis zwölf Sitzungen (entsprechend dem Arbeitsumfang der zu bearbeitenden Themen) für jeweils ca. eineinhalb Stunden arbeitsplatznah und in einem Abstand von maximal zwei Wochen trifft, um das gesundheitsbezogene Erfahrungs-, Produktions- und Innovationswissen der Beschäftigten abzufragen und zu bündeln, um gesundheitliche Belastungen, aber auch Ressourcen der Tätigkeit zu identifizieren und um Lösungsstrategien und Umsetzungsvorschläge zu erarbeiten. Voraussetzung für die Implementation eines Gesundheitszirkels ist eine vorhandene Gesprächstradition im Unternehmen/der Hochschule (z.B. durch Qualitätszirkel). Als Grundlage für die Arbeit eines Gesundheitszirkels kann eine Mitarbeiter- bzw. Studierendenbefragung dienen. Gesundheitszirkel sind jedoch aufgrund ihres hohen zeitlichen Aufwands (Treffen über etwa vier bis sechs Monate) nicht für jeden Betrieb bzw. jede Hochschule sinnvoll. Alternativ könnten statt eines Gesundheitszirkels eine Arbeitsplatzanalyse oder eine Fokusgruppe durchgeführt bzw. eingerichtet werden, deren zeitlicher Aufwand wesentlich geringer ist.

Die Sitzungen des Gesundheitszirkels sollten dokumentiert (protokolliert) werden und die Protokolle allen Mitarbeitern/-innen bzw. Betroffenen zugänglich gemacht werden (z.B. Aushang am Schwarzen Brett, Veröffentlichung im Intranet). Die zu bearbeitenden Themen des Gesundheitszirkels sollten in schriftlicher Form, z.B. in Form eines Arbeitsvertrages oder einer Dienstvereinbarung, festgehalten werden. Der Arbeitsauftrag bzw. die Dienstvereinbarung dienen zum einen als Signal, dass die Betriebs- bzw. Hochschulleitung die Arbeit des Gesundheitszirkels unterstützt und bereit ist, Veränderungen herbeizuführen. Zum anderen sollten in dem Vertrag die Arbeitsformen und -methoden sowie die Regeln der Zusammenarbeit (wie z.B. Diskretion zu wahren, insbesondere bei tabuisierten Themen, die auch bzw. die insbesondere ohne Sanktionen benannt werden sollten) festgehalten werden.

Anbieter von Gesundheitszirkeln: „Gesundheitszirkel werden sowohl von Krankenkassen als auch von freien Beratern aus dem Arbeitsfeld betriebliche Gesundheitsförderung angeboten. Betriebe, die Gesundheitszirkel durchführen möchten, selbst aber nicht über die fachliche Kompetenz zur Durchführung verfügen, können sich an diese Institutionen bzw. Personen wenden“ (Vogt 2003b, S. 230).

Zusammensetzung von Gesundheitszirkeln: Gesundheitszirkel können entweder aus einer homogenen Gruppe (Berliner Modell) oder aus einer heterogenen Gruppe (Düsseldorfer Modell) von Teilnehmern zusammengesetzt sein (vgl. Abb. 31). In der Praxis sind Gesundheitszirkel jedoch häufig nicht ausschließlich homogen bzw. heterogen, sondern Mischformen. Die Wahl der Zusammensetzung sollte sich an den betriebs- bzw. hochschulspezifischen Merkmalen und dem zu bearbeitenden Themen- und Aufgabenspektrums orientieren.

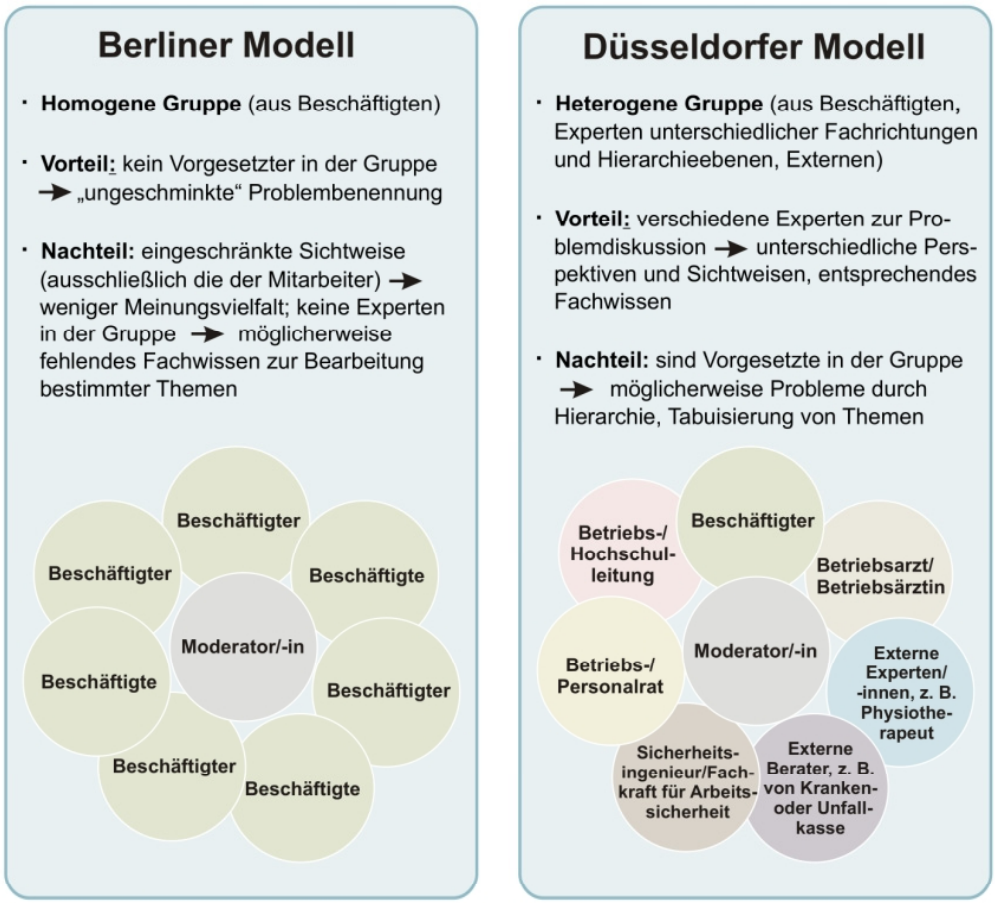

Abb. 31: Zusammensetzung des Gesundheitszirkels nach dem Berliner und dem Düsseldorfer Modell

Moderation des Gesundheitszirkels

Gesundheitszirkel sollten von einem(r) kompetenten Moderator/-in (Experte/-in im methodischen Vorgehen, inhaltlich aber neutral) mit Hilfe professioneller Moderationstechniken geleitet werden. Es sollte gut durchdacht werden, ob man sich für eine(n) interne(n) oder einen externe(n) Moderator/-in entscheidet (vgl. Abb. 32).

Interne(r) Moderator/-in	Externe(r) Moderator/-in
Vorteil: kennt das Unternehmen → hat auch Zugang zu informellen Informationen	**Vorteil:** ist nicht eingespannt in die Unternehmenskultur → ist unparteiisch
Nachteil: könnte vom Unternehmen beeinflusst werden → Verlust der Neutralität	**Nachteil:** kennt Unternehmen und Arbeitsabläufe nicht → kein Zugang zu informellen Informationen; hoher finanzieller Aufwand

Abb. 32: Vor- und Nachteile eines/-r internen bzw. externen Moderators/-in

Regeln der Zusammenarbeit in einem Gesundheitszirkel

1. Jeder hat die Möglichkeit, seine Meinung frei zu äußern und auszureden.
2. Was in der Gruppe (im Zirkel) besprochen wird, soll auch in der Gruppe bleiben.
3. Meinungen sollen nicht der einzelnen Person vorgehalten werden.
4. Die Diskussion soll beim Thema bleiben und nicht auf andere Punkte ausufern.
5. Nicht alle geäußerten Meinungen und Vorschläge können verwirklicht werden.
6. Meinungen sollen begründet werden.
7. Es geht darum, gemeinsame Vorschläge zu erarbeiten.
8. Wer mitarbeitet, soll regelmäßig teilnehmen. Wenn eine Teilnahme nicht möglich ist, soll ein(e) Vertreter/-in kommen.
9. Teilnehmer/-innen, die nicht festes Mitglied des Zirkels sind, sollen sich vorher an- bzw. abmelden.
10. Der/Die Moderator/-in nimmt keine inhaltliche Stellung. Er/Sie kümmert sich um den Diskussionsverlauf.
11. Die Redebeiträge sollen eine Minute nicht überschreiten.
12. Bei Verständigungsschwierigkeiten soll jeder nachfragen.

Bewertung für die Gesundheitsfördernde Hochschule:

Einem partizipativen Ansatz entsprechend sind Gesundheitszirkel ein gut geeignetes Instrument zur kontinuierlichen Umsetzung des Gesundheitsförderungskonzepts im Setting Hochschule. Die zu bearbeitenden Themen eines Gesundheitszirkels sind vielfältig. Dabei kann das Themenspektrum von Themen des klassischen Arbeitsschutzes (z.B. Zugluft, Klima, Lärm) über die Identifikation gesundheitsfördernder bzw. belastender struktureller wie individueller Faktoren in Arbeitsinhalten und -abläufen (z.B. interne Kommunikations- und Kooperationsstrukturen, Leistungsdruck, Konfliktmanagement, Sport- und Entspannungsangebote, Mensaessen bzw. Kantinenessen etc.) bis hin zur konkreten Erarbeitung und Bewertung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen reichen. Die Flexibilität in Themenwahl und Zusammensetzung des Gesundheitszirkels ermöglichen die Implementation dauerhafter, effizienter und qualitativ hochwertiger Arbeits- und Problemlösungsstrukturen.

Experteninterviews

„Experteninterviews sind Interviews, bei denen Personen eines Betriebes in ihrer Eigenschaft als Experten/-innen für ein bestimmtes Themengebiet befragt werden. Gegenstand der Interviews sind die Aufgaben und Tätigkeiten und das daraus entstehende ‚Spezialwissen' dieser Personen. Experteninterviews zeichnen sich durch ein offenes, aber inhaltlich vorstrukturiertes Vorgehen aus. In der Sozialforschung zählen sie zur Gruppe der teilstandardisierten Leitfadeninterviews. Teilstandardisiert bedeutet, dass ein Gespräch zwar an zuvor festgelegten Fragestellungen orientiert ist, dass der Interviewte jedoch offen, d.h. ohne dass Antwortmöglichkeiten vorgegeben sind, auf die Fragen antwortet … Personen, die im Rahmen von Experteninterviews befragt werden, zeichnen sich ... dadurch aus, dass sie bezüglich eines bestimmten Interessengebietes als ‚Sachverständige' oder Experten/-innen gelten und diesbezüglich über exklusives Fachwissen verfügen … Anders als bei Mitarbeiterbefragungen werden im Rahmen von Experteninterviews nicht alle Mitarbeiter/-innen, sondern lediglich einige stellvertretend für andere befragt, um einen bestimmten Sachverhalt aus der Mitarbeiterperspektive stärker zu beleuchten … Experteninterviews werden im betrieblichen Gesundheitsmanagement sowohl im Kernprozess Diagnose als auch im Kernprozess Evaluation eingesetzt. Im Rahmen der Diagnose haben sie die Funktion der ‚Feld'-Erschließung und dienen dazu, einen Einblick in den Untersuchungsgegenstand zu bekommen … In der Evaluationsphase liegt die Funktion von Experteninterviews vor allem darin, zu erfahren, wie das ge-

wählte Vorgehen von den beteiligten Akteuren eingeschätzt und bewertet wird, welche fördernden und hemmenden Faktoren aufgetreten sind und wo darauf aufbauend ‚Kurskorrekturen' vorzunehmen sind" (Vogt 2003a, S. 223 ff.).

Im Vorlauf des Gesprächs wird vom Interviewenden ein Fragenkatalog erstellt, der als Leitfaden bzw. als Orientierungshilfe für das Experteninterview dient, d.h. es können Fragen umformuliert werden, die Reihenfolge der Fragen kann variiert werden und im Interview ist Raum für spontane Nachfragen. Ziel eines Experteninterviews ist es einerseits Neues zu erfahren, d.h. ein Großteil der Fragen sollte ergebnisoffen formuliert werden. Andererseits sollte für eine tiefere Auseinandersetzung mit dem Gesprächsthema vom Interviewenden auch Fachwissen in das Gespräch eingebracht werden und somit die zentralen Themen stärker herausgearbeitet werden. Die Dauer eines Experteninterviews beträgt in der Regel zwischen einer und drei Stunden, variiert jedoch stark. Die Interviews sollten dokumentiert werden (Aufnahme auf Tonband, anschließend das Gespräch abtippen), was jedoch häufig mit einem hohen zeitlichen Aufwand verbunden ist (vgl. Vogt 2003a).

Wer wird befragt?

Im Rahmen der Gesundheitsförderung bzw. der betrieblichen Gesundheitsförderung/des betrieblichen Gesundheitsmanagements an einer Hochschule (bzw. in einem Betrieb allgemein) kommen für ein Experteninterview verschiedene Personengruppen und Einzelpersonen in Betracht, dies können z.B. sein:

- Gesundheitswirt/-in (Gesundheitsmanager/-in)
- Betriebsarzt/-ärztin
- Fachkraft für Arbeitssicherheit
- Sicherheitsbeauftragte(r)
- Vertreter/-innen der Geschäftsleitung
- Vertreter/-innen des Personalrates
- Mitarbeitervertreter/-innen
- studentische Vertreter/-innen
- Schwerbehindertenvertretung
- Gleichstellungsbeauftragte(r)
- Externe Projektmanager/-in (Berater/-in)
- Mitarbeiter/-innen des Hochschulsports

Bewertung für die Gesundheitsfördernde Hochschule:

Der Einsatz von Experteninterviews als Instrumentarium der Gesundheitsförderung kann, insbesondere in Kombination mit anderen Instrumenten (z.B. Mitarbeiterbefragung), besonders in der Planungs- und Evaluationsphase von Projekten der Gesundheitsförderung sehr hilfreich sein. Die Nähe der Interviewten zum Unternehmen/der Hochschule kann dabei von Vorteil sein – die Befragten kennen das Unternehmen bzw. die Hochschule, somit können auch informelle Informationen oder Probleme identifiziert werden. Andererseits besteht jedoch die Gefahr der Verzerrung durch unparteiische, vom Unternehmen/der Hochschule beeinflusste Aussagen der Befragten.

Arbeitssituationsanalyse

„Die Arbeitssituationsanalyse ist ein Gruppendiskussionsverfahren, mit dem in kurzer Zeit die wichtigsten psychischen und körperlichen Belastungsfaktoren eines Unternehmens, einzelner Abteilungen oder Arbeitsbereiche identifiziert werden können … Es handelt sich um ein qualitatives Verfahren, das einen ähnlichen Ansatz wie die Gesundheitszirkel verfolgt: Mitarbeiter/-innen selbst werden als Experten ihrer Arbeitssituation begriffen. In strukturierten Gruppendiskussionen werden sowohl gesundheitsfördernde und motivierende wie belastende, d.h. gesundheits- oder motivationsbeeinträchtigende sowie krankmachende Faktoren der Arbeitssituation herausgearbeitet und realisierbare Verbesserungsvorschläge entwickelt“ (Baumeister 2003, S. 237).

Projektschritte zur Durchführung der Arbeitssituationsanalyse im Unternehmen:

1. **Verbindliche Projektplanung mit Vertretern/-innen von Geschäftsführung und Betriebs- oder Personalrat**
   - Auswahl des zu analysierenden Arbeitsbereiches (z.B. anhand einer Analyse der AU-Daten durch die Krankenkasse, durch Krankenstandsanalysen des Unternehmens/der Hochschule, durch Experteninterviews etc.)
2. **Führungskräfteworkshop**
   - Teilnehmen sollten unbedingt die direkten, ggf. auch die übergeordneten Vorgesetzten des zu analysierenden Bereichs
   - Sensibilisierung der Führungskräfte für betriebliche Einflussfaktoren auf die Gesundheit und Motivation der Mitarbeiter/-innen
   - Identifikation der eigenen Arbeitsbelastungen sowie Erarbeitung der eigenen Sichtweise bezüglich der Belastungen der Mitarbeiter/-innen
   - Kennenlernen der Arbeitssituationsanalyse (die Vorgesetzten lernen die Methode kennen und befürworten diese)
3. **Information der Mitarbeiter/-innen**
   - Erfolgt mündlich durch die direkten oder höheren Vorgesetzten
   - Zusätzlich ergänzen durch ein schriftliches Informationsblatt (Kurzinformation zum Inhalt, zur Methode, zum betrieblichen Hintergrund, zu Ort, Zeit und Gruppenzusammensetzung – sollte von der Geschäftsführung und dem Personalrat unterzeichnet sein)
4. **Durchführung der Arbeitssituationsanalyse in Gruppensitzungen**
   - Gruppen von acht bis fünfzehn Beschäftigten eines Arbeitsbereichs und einer Hierarchieebene (ohne die Teilnahme von Vorgesetzten)
   - Moderation möglichst durch eine(n) externen Berater/-in
   - Zeitrahmen: ca. 2,5 Stunden (inkl. 15 Min. Pause) – Anrechnung der Stunden als Arbeitszeit erforderlich
   - Herausarbeitung von sowohl gesundheitsfördernden als auch von belastenden Aspekten der Tätigkeit und Entwicklung von umsetzbaren Lösungsvorschlägen
5. **Ergebnisbericht**
   - Präsentation der Diskussionsergebnisse in Form eines schriftlichen Berichtes

6. **Vorstellung der Ergebnisse und Maßnahmenplanung mit betrieblichen Entscheidungsträgern**
   - Maßnahmenplanung z.B. in Form eines Tages-Workshops
7. **Information der Mitarbeiter/-innen über die geplanten Maßnahmen**
   - Zum Beispiel durch ein Infoblatt, ggf. eine zusätzliche Informationsveranstaltung
8. **Umsetzung der Maßnahmen, ggf. weitere Beratung und Begleitung durch die beratende Institution**
9. **Evaluation**
   - Bewertung der Arbeitssituationsanalyse nach ca. einem halben Jahr: einerseits durch Interviews mit den Entscheidungsträgern/-innen, andererseits in Form von strukturierten Interviews mit einzelnen Mitarbeitern/-innen

Abb. 33: Projektschritte zur Durchführung der Arbeitssituationsanalyse im Unternehmen bzw. der Hochschule (Baumeister 2003)

Bewertung für die Gesundheitsfördernde Hochschule:

Für die Projektplanung einer Gesundheitsfördernden Hochschule kann die Arbeitssituationsanalyse unter bestimmten Voraussetzungen ein lebendiges und produktives Instrument darstellen. Insbesondere an die Kompetenzen des/der Moderators/-in der Gruppendiskussion zur Arbeitssituationsanalyse werden hohe Anforderungen gestellt. Von dessen/deren Qualifizierungsgrad ist eine gelingende Umsetzung dieses Instrumentariums in hohem Maße abhängig. Der/die Moderator/-in sollte neben den grundlegenden Moderationstechniken und -kompetenzen in jedem Fall folgende Anforderungen erfüllen können:

- Wahrung absoluter Neutralität
- Respekt vor den Sichtweisen und Problemen der Mitarbeiter/-innen
- stringente Unterstützung der Diskussionsgruppe, das jeweilige Thema nicht aus den Augen zu verlieren
- Balance zwischen Problemerörterung und Lösungsfindung

Abb. 34: Vorauszusetzende Kompetenzen des/der Moderators/-in für eine erfolgreiche Arbeitssituationsanalyse (Baumeister 2003)

Fokusgruppen

„Fokusgruppen stellen eine spezielle Form der moderierten Gruppendiskussionen dar, bei denen eine kleine Gruppe von Personen ihre unterschiedlichen Meinungen, Erfahrungen und Ideen zu einem bestimmten Thema bzw. Problembereich (sprich: Fokus) einbringt. Ziel der Diskussion ist es, in möglichst kurzer Zeit möglichst viele unterschiedliche Facetten ein und desselben Themas zu beleuchten. Dem Konzept der Fokusgruppen liegen zwei Annahmen zugrunde:

- Durch die Diskussion in der Gruppe werden wertvolle gruppendynamische Effekte angestoßen, die dazu führen, dass die Teilnehmer ihre Meinungen engagiert und ehrlich äußern.
- Die Meinungsäußerungen einer Gruppe spiegeln die Alltagserfahrungen realistischer wider, als individuelle Äußerungen in einem Einzelinterview.

Im Kontext von betrieblichem Gesundheitsmanagement können Fokusgruppen als Diagnose- und auch als Interventionsmethode zum Einsatz kommen. Sie knüpfen dabei an Methoden und Vorgehensweisen von Qualitäts- bzw. Gesundheitszirkeln an. Gemeinsames Merkmal der verschiedenen „betrieblichen Kleingruppenmodelle“ ist ihr mitarbeiterorientierter, partizipativer Ansatz. In Bezug auf zu bearbeitende Themen besteht prinzipiell keine Begrenzung: Die Themen können von Verbesserungen am unmittelbaren Arbeitsplatz bis hin zu Interventionen in die Gesamtorganisation reichen. Fokusgruppen ermöglichen die schnelle und effiziente Bearbeitung auch komplexer Aufgabenstellungen. Das konzentrierte Arbeiten an einem Thema über einen Zeitraum von ca. einem halben bis einem ganzen Tag begünstigt einen intensiven und lösungsorientierten Diskussions- und Arbeitsprozess.

Die zügige Bearbeitungsweise ermöglicht zudem eine schnelle Rückmeldung von Ergebnissen an betriebliche Entscheidungsträger und gewährleistet dadurch rasche Umsetzungs- und Realisierungserfolge für Führungskräfte und Mitarbeiter“ (Walter 2003, S. 233 f.).

Zusammensetzung, Vorgehen und Moderation von Fokusgruppen

Zusammensetzung

Ist abhängig von den zu bearbeitenden Themen bzw. von der Aufgabenstellung und den dazu erforderlichen Kompetenzen:

Variante 1: ausschließlich Mitarbeiter/-innen bzw. Studierende

Variante 2: andere Akteure des Unternehmens/der Hochschule, Externe (z.B. Führungskräfte, Gesundheitsexperten, Personalrat etc.)

Variante 3: Mitarbeiter/-innen bzw. Studierende und andere Akteure des Unternehmens/der Hochschule, Externe (z.B. Führungskräfte, Gesundheitsexperten/-innen, Personalrat etc.)

- Die Teilnehmer der Fokusgruppe sollten einen ähnlichen Wissensstand bzw. vergleichbare Erfahrungen bezüglich des zu bearbeitenden Themas haben
- Die Mitarbeit in einer Fokusgruppe sollte unbedingt auf freiwilliger Basis erfolgen
- Ideale Gruppengröße: sieben bis zehn Personen

Vorgehen

- Fokusgruppen können prinzipiell bei allen Kernprozessen zum Einsatz kommen, von der Situationsanalyse bis zur Planung und Umsetzung konkreter Maßnahmen
- Es sind vier Kernarbeitsschritte zu beachten:
  - Problemidentifikation und -beschreibung
  - vertiefende Problemanalyse
  - Finden von Ansatzpunkten zur Problemlösung
  - Entwicklung eines Katalogs von Verbesserungsmaßnahmen
- Der Arbeitsumfang der Fokusgruppe beschränkt sich in der Regel auf zwei bis drei halb- bis ganztägige Treffen im Abstand von etwa zwei bis drei Wochen
- Die konkrete Anzahl der Sitzungen ist jedoch abhängig von dem zu bearbeitenden Thema und dem damit verbundenen Arbeitsaufwand
- Der maximale Arbeitszeitraum der Fokusgruppe sollte jedoch nicht mehr als drei Monate betragen

- Der Arbeitsort sollte einen ungestörten Diskussionsprozess ermöglichen (ein Ort außerhalb des täglichen Arbeitsbereiches ist dafür empfehlenswert)
- Diskussion und Ergebnisse der Fokusgruppe sollten dokumentiert (in Form eines Protokolls) und ausgewertet werden und die Ergebnisse möglichst zeitnah allen relevanten Akteuren des Unternehmens/der Hochschulen in mündlicher oder schriftlicher (Bericht-)Form präsentiert werden

Moderation

- Ist verantwortlich für die Methodik und den Ablauf der Sitzungen
- Soll den Diskussionsverlauf lenken, eine gute Arbeitsatmosphäre schaffen und eine möglichst breite Beteiligung der Teilnehmer am Diskussions- und Arbeitsprozess ermöglichen und fördern
- Sollte bereits in die Vorarbeiten zur Gruppendiskussion einbezogen werden
- Sollte einen adäquaten Kenntnisstand über das zu bearbeitende Thema haben, muss Neutralität wahren

Abb. 35: Zusammensetzung, Vorgehen und Moderation von Fokusgruppen (Walter 2003)

Bewertung für die Gesundheitsfördernde Hochschule:
Fokusgruppen sind, je nach Zielstellung, ein geeignetes Instrument zur Umsetzung von Gesundheitsförderung an Hochschulen: die variable Zusammensetzung der Fokusgruppe ermöglicht eine flexible und effektive Bearbeitung der Themen, da, analog der zu bearbeitenden Aufgaben, entsprechende Experten/-innen, Entscheidungsträger/-innen und andere zu Beteiligende die Fokusgruppe bilden. Fokusgruppen werden dem Anspruch gerecht, Partizipation und Empowerment (als zentrale Aspekte des Gesundheitsförderungskonzeptes) zu fördern und umzusetzen. Ein weiterer Vorteil von Fokusgruppen ist deren Multifunktionalität (Fokusgruppen sind in verschiedenen Kernprozessen einsetzbar – von der Diagnose über die Planung bis hin zur Evaluation). Des Weiteren ermöglichen Fokusgruppen bei optimaler Zusammensetzung eine sehr effiziente Themenbearbeitung durch die Bündelung der Diskussions- und Arbeitsprozesse auf einen oder mehrere halbe bzw. ganze Tage.

Gefährdungsbeurteilungen (nach dem Arbeitsschutzgesetz)

Seit 1996, mit Inkrafttreten des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG), ist der Arbeitgeber verpflichtet alle gesundheitsrelevanten Arbeitsbedingungen bezüglich einer möglichen Gefährdung zu beurteilen, dies zu dokumentieren und daraus Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes abzuleiten und durchzuführen sowie diese hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu überprüfen. Die umfassende Beurteilung der Arbeitsbedingungen musste bis zum 31.08.1997 nach dem ArbSchG erfolgen (vgl. Abb. 36).

Arbeitsschutzgesetz

§ 3 Grundpflichten des Arbeitgebers

Der Arbeitgeber muss die getroffenen Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes auf ihre Wirksamkeit hin überprüfen und falls erforderlich diese an sich ändernde Gegebenheiten anpassen.

§ 5 Beurteilung der Arbeitsbedingungen

Der Arbeitgeber muss die Arbeitsbedingungen hinsichtlich einer möglichen Gefährdung der Beschäftigten beurteilen.

§ 6 Dokumentation

Der Arbeitgeber ist zur Dokumentation der Gefährdungsbeurteilung verpflichtet. Die Dokumentation der Gefährdungsbeurteilung musste bei Betrieben mit mehr als zehn Beschäftigten bis zum 31.08.1997 erfolgen.

Abb. 36: Rechtlicher Rahmen der Gefährdungsbeurteilungen nach dem Arbeitsschutzgesetz (BMWA: ArbSchG 1996)

„Mit der Arbeitsschutz-Richtlinie wurde eine geschlossene Konzeption für den betrieblichen Gesundheitsschutz geschaffen. Hier sind allgemeine Grundsätze festgelegt. Sie wird konkretisiert und ergänzt durch die Einzelrichtlinien“ (Hehlmann 2003, S. 291) (vgl. Tab. 5):

Europäische Arbeitsschutz-Richtlinie nach Art. 118a	EWG-Nr.	Deutsches Arbeitsschutzrecht	Gültig seit
Arbeitsschutz-Rahmenrichtlinie	89/391/EWG	Arbeitsschutzgesetz	1996
1. Arbeitsstätten	89/654/EWG	Arbeitsstätten-verordnung	1975/1996
4. Handhabung schwerer Lasten	90/269/EWG	Lasthandhabungsver-ordnung	1996
5. Arbeiten mit Bildschirm-geräten	90/270/EWG	Bildschirmarbeits-verordnung	1996
6. Gefährdung durch Karzinogene	90/394/EWG		
7. Gefährdung durch biologi-sche Arbeitsstoffe	90/679/EWG	Biostoffverordnung	1999
9. Sicherheits-/Gesundheits-schutz- kennzeichnung	92/58/EWG		
10. Schutz von schwangeren Arbeitnehmerinnen	92/85/EWG		
Europäische Arbeitsschutz-Richtlinie nach Art. 100a	**EWG-Nr.**	**Deutsches Arbeitsschutzrecht**	**Gültig seit**
Rahmenrichtlinie Gefährdungen durch chemische, physikalische und biologische Arbeitsstoffe	80/1107/EWG	Gefahrstoffverordnung	1993/1996/1999
Gefährdung durch Blei	82/605/EWG		
Gefährdung durch Asbest	83/477/EWG		
Gefährdung durch Lärm	86/188/EWG	Gerätesicherheits-gesetz, UVV Lärm	1980/1993
Maschinenrichtlinie	89/392/EWG	Gerätesicherheits-gesetz, Maschinen-verordnung	1980/1993/1992
Elektromagnetische Verträglichkeit	89/336/EWG		

Tab. 5: Umsetzung der europäischen Arbeitsschutz-Richtlinien (Auszug), in: Gesetze und Verordnungen des deutschen Arbeitsschutzrechts (Hehlmann 2003, S. 292)

Gefährdungen können gegeben sein durch:

- Arbeitsstätte (z.B. Verkehrswege, Beleuchtung, allgemeine Sicherheit)
- Arbeitsplatz (z.B. Mobiliar, Fläche)
- physikalische, chemische, biologische Einwirkungen (z.B. Lärm, Klima, Gefahrenstoffe)
- Maschinen und Geräte (z.B. Bildschirm)
- Arbeitsstoffe (z.B. Lösungsmittel)
- Arbeitsabläufe, Arbeitsverfahren
- Arbeitszeit (z.B. Nachtarbeit)
- unzureichende Qualifikation
- psychische Belastungen

→ **Bei der Gefährdungsbeurteilung sollen sowohl körperliche als auch psychische Belastungen berücksichtigt werden**

Wann sind Gefährdungsbeurteilungen durchzuführen?

- Erstmals bis zum 31.08.1997 und wenn …
  - ein neuer Arbeitsplatz eingenommen wird
  - Arbeitsplätze und Arbeitsaufgaben sich grundlegend ändern
  - Beschäftigte wechseln
  - sich Vorschriften bzw. der Stand der Technik ändern
  - Änderungen der Nutzung der Einrichtungen vorgesehen sind
  - auf einen Arbeitsplatz zurückführbare Beschwerden auftreten
  - Arbeitsunfälle, Beinaheunfälle und Erkrankungen aufgetreten sind
  - sich die Arbeitsorganisation ändert

Methoden

„Der Gesetzgeber schreibt keine speziellen Methoden oder Instrumente für die Gefährdungsanalyse vor. Die Gefährdungsanalyse wird in der Regel durch sogenannte Leitlinien (Checklisten) erfasst, die u.a. von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), aber auch von Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträgern herausgegeben werden.

Liegen keine Leitlinien vor, so gilt als Mindestvoraussetzung die Einhaltung von Unfallverhütungsvorschriften (UVV), die Einhaltung von Normen (DIN EN ISO) und die Beachtung des gegenwärtigen Standes der Technik und des gegenwärtigen Standes der arbeitswissenschaftlichen und arbeitsmedizinischen Erkenntnis“ (Hehlmann 2003, S. 293).

Flächendeckende Grobanalyse,

um einen Überblick zu erhalten und Problembereiche zu erkennen, mit Checklisten und Fragebögen für Beschäftigte durchführbar

Vertiefende Feinanalyse,

um einzelne ausgewählte Arbeitsplätze oder Belastungsbereiche (z.B. Arbeitsplätze mit erheblichen Mängeln oder mit zahlreichen Gesundheitsbeschwerden) im Detail zu untersuchen, durch ausführliche Expertenchecklisten, Messungen, Interviews, Beobachtungen

Repräsentative Analyse

an ausgewählten Arbeitsplätzen, für typische Tätigkeitsgruppen erfolgt die Gefährdungsanalyse repräsentativ

Abb. 37: Methodik und Verfahrensweise bei einer Gefährdungsanalyse

Instrumente

Expertenorientiert

Expertenchecklisten, Messungen, Begehungen, Interviews, Beobachtungen, medizinische Untersuchungen

Mitarbeiterorientiert

Laienchecklisten, Fragebögen, Gesundheitszirkel, Workshops, Qualitätsgruppen für Beschäftigte und Experten/-innen

Abb. 38: Instrumente zur Beurteilung der Arbeitsbedingungen

Durchführung

„Verantwortlich für die Durchführung der Gefährdungsbeurteilung ist der Arbeitgeber. Er wird dabei unterstützt durch die Fachkraft für Arbeitssicherheit (SiFa) und den Betriebsarzt sowie in begrenztem Umfang auch durch den Sicherheitsbeauftragten. Der Arbeitgeber kann die Gefährdungsanalyse auch von externen qualifizierten Fachkräften durchführen lassen.

Unterstützung und Weiterbildung erhalten die Fachkräfte für Arbeitssicherheit und die Betriebsärzte durch die zuständigen Berufsgenossenschaften und die zuständigen Aufsichtsbehörden. Beide Personengruppen müssen über ausreichende Fachkenntnisse der Gefahrenquellen in den zu analysierenden Arbeitsbereichen verfügen …“ (Hehlmann 2003, S. 293).

Zweck der Dokumentation

- Nachweis der Pflichterfüllung gegenüber den prüfenden staatlichen Behörden und den Berufsgenossenschaften
- Grundlage zur Entwicklung von Gesundheitsförderungsprogrammen
- Grundlage für das Informationsrecht der Beschäftigten
- Grundlage für das Informationsrecht des Betriebs- bzw. des Personalrats
- Vergleichsdaten für die Wirksamkeitsprüfung und Effektivitätssteigerung von Maßnahmen
- Grundlage für die Entwicklung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes als kontinuierlichen Verbesserungsprozess
- Grundlage für die Arbeitsplanung und für das Arbeitsschutzmanagement
- Grundlage für die Arbeit der Fachkraft für Arbeitssicherheit, des/der Betriebsarztes/-ärztin und der/des Sicherheitsbeauftragten

Bewertung für die Gesundheitsfördernde Hochschule:
Da Gefährdungsbeurteilungen nach dem ArbSchG durchgeführt werden müssen und diese eine klassische Aufgabe des Arbeitsschutzes sind, wird auf die Bewertung nicht näher eingegangen.

Gesundheitsbericht

Ein Gesundheitsbericht ist ein Ergebnisbericht eines Situationsanalyse-, eines Dokumentations- oder eines Evaluationsprozesses. Gesundheitsberichte liefern die Grundlage für die Planung, Umsetzung und Bewertung von Gesundheitsförderungsprogrammen. Die Anlässe für einen Gesundheitsbericht sind vielfältig:

- Verdeutlichung von Zusammenhängen zwischen Gesundheit bzw. gesundheitlichen Belastungen und z.B. Arbeit, Studium
- Darstellung des Gesundheits- und Krankheitsgeschehens in der Organisation
- Gesundheitszustand der Beschäftigten
- Auskunft über Belastungsschwerpunkte
- Identifizierung von Gesundheitsgefährdungen in der Organisation
- Identifikation von Zielgruppen mit erhöhten Morbiditätsrisiken und Möglichkeit zur Entwicklung von spezifischen Angeboten für diese Gruppen
- Entscheidungsgrundlage und Basis für eine fortlaufende Bewertung der Gesundheitspolitik der Organisation seitens des Arbeitskreises/ der Steuerungsgruppe „Gesundheit“ (insofern vorhanden) → „Daten für Taten“
- Evaluation durchgeführter Gesundheitsförderungsmaßnahmen

Abb. 39: Gründe für die Erstellung eines Gesundheitsberichts

Datenquellen

Alle oben aufgeführten Instrumente können als Datenquellen für den Gesundheitsbericht dienen. Des Weiteren existiert noch eine Vielzahl weiterer Datenquellen, die als Grundlage für die Gesundheitsberichterstattung dienen können (vgl. Abb. 40 u. Abb. 41).

- Daten der Personalabteilung (geben Aufschluss über die Betriebsstruktur)
- Krankenkassendaten
  - AU-Daten
  - Arzneimittelversorgungsdaten
- Daten der Berufsgenossenschaften
  - Arbeits- und Wegeunfälle
  - Berufskrankheiten
  - Rehabilitation
  - Renten
- Daten der arbeitsmedizinischen Untersuchung durch den/die Betriebsarzt/-ärztin
  - Diagnosen und Befunde
- (Mitarbeiter-/Studierenden-)Befragungen
- Ergebnisse einer Arbeitssituationsanalyse
- Ergebnisse der Arbeit eines Gesundheitszirkels
- Ergebnisse der Arbeit einer Fokusgruppe
- Ergebnisse einer Gefährdungsbeurteilung nach dem ArbSchG
- Weitere (übergeordnete) Datenquellen
  - Statistische Landesämter (Melderegister)
  - Todesursachenstatistik
  - Krebs- und Fehlbildungsregister
  - Schuleingangs- und Schulentlassungsuntersuchungen

Abb. 40: Beispiele für Datenquellen eines (betrieblichen) Gesundheitsberichts I

Abb. 41: Beispiele für Datenquellen eines (betrieblichen) Gesundheitsberichts

Bewertung für die Gesundheitsfördernde Hochschule:
Die Erstellung eines Gesundheitsberichtes auf der Grundlage verschiedener Datenquellen ist für die kontinuierliche Verlaufsbeobachtung und die Steuerung der Entwicklung einer Gesundheitsfördernden Hochschule von zentraler Bedeutung. Von Vorteil ist vor allem die Möglichkeit, den Gesundheitsbericht mehr oder weniger komplex aufzubauen, also nur eine oder wenige bis zu einer Vielzahl von Datenquellen, je nach Untersuchungsgegenstand. -ziel und -design, für den Bericht zu nutzen. Eine regelmäßige professionelle Gesundheitsberichterstattung (z.B. in Form eines Gesundheitsberichtes) ist Voraussetzung für die Steuerung der Planung, Umsetzung und Bewertung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen und u.a. ein zentrales Qualitätsmerkmal von Organisationen.

Hochschulbezogene Gesundheitsberichterstattung

Die Hochschulbezogene Gesundheitsberichterstattung (HGBE) „… ist nutzbar als Einstieg in den Aufbau eines Projektes Gesunde Hochschule. Im 4-Ebenen-Aktionsmodell von Public Health (Assessment, Policy, Development, Assurance, Evaluation) kann HGBE sowohl bei der Sammlung von Basisdaten und dem Aufzeigen von Risikolagen bzw. Versorgungsbedarf angesiedelt als auch Grundlage für die Evaluation von Nachfolgeprojekten sein“ (Franzkowiak 2000, S. 74).

Auf der Grundlage von Ashtons allgemeinen Settingmerkmalen einer Gesundheitsfördernden Hochschule entwickelte Franzkowiak (2000) eine Struktur für eine hochschulbezogene Gesundheitsberichterstattung (vgl. Tab. 6).

HGBE-Bereiche	Inhalte	Ableitungen für die Gesundheitsförderung
Allgemeine Rahmenbedingungen, Organisationskultur und Leitbild(er), Verhältnis von Lehre und Forschung	Politische, ökonomische und kulturelle Rahmenbedingungen und Leitbilder der Organisation Hochschule und einzelner Fachbereiche/Einrichtungen; Standorte und ihre materiellen und natürlichen Umweltbedingungen; Gebäude; Ergonomie des Lernens/Lehrens; Versorgungsstruktur (Mensa, Wohnheime, Freizeiteinrichtungen, etc.)	Benennung prioritärer gesundheitsrelevanter Strukturmerkmale und -probleme der Hochschule bzw. einzelner Organisationseinheiten
Ausstattung, Arbeits- und Studienbedingungen	Personal- und Sachausstattung; Arbeitsgestaltung, Arbeitsmittel, Arbeitsschutz; Lehr-Lern-Ausstattung; Personalschlüssel Lehrende – Lernende; Didaktik und Studienorganisation; Studienbedingungen, -erfolge, -abbrüche	Benennung prioritärer gesundheitsrelevanter Leistungs- und Ausstattungsmerkmale und -probleme der Hochschule bzw. einzelner Organisationseinheiten

HGBE-Bereiche	Inhalte	Ableitungen für die Gesundheitsförderung
Gesundheitliche Lage und Gesundheitsgefährdungen der Hochschulmitglieder	Arbeits- und Studienzufriedenheit; Lebenskompetenzen, soziale Unterstützung, Belastungen und Stressbewältigungen; Gesundheitsverhalten, Gesundheitsgefährdungen/Risikoverhalten; somatische, psychische und psychosoziale Beschwerden und Krankheiten, Krankenstand/Fehlzeiten, Arbeitsunfähigkeit (AU-Tage), arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen; Behinderungen, Frühberentungen (Mortalität, Lebenserwartung) → differenziert nach: Studierenden, Lehrenden, Verwaltung/Hausdiensten, assoziierten Mitarbeiter/-innen und Diensten, nach Geschlecht, u.U. auch nach: Standorten, Abteilungen, Fachbereichen, Sondereinrichtungen	Benennung prioritärer Gesundheitsmerkmale und -probleme der Hochschulmitglieder bzw. der Mitglieder einzelner Organisationseinheiten
Ressourcen und Inanspruchnahme	Betriebsärztlicher Dienst; Beratungs- und Versorgungseinrichtungen und deren Beschäftigte; Leistungen und Inanspruchnahme von gesundheitlicher Information, Beratung, Gesundheits- und Arbeitsschutz, medizinischer Versorgung an der Hochschule	Benennung prioritärer Beratungs-, Gesundheitsschutz- und Versorgungsprobleme an der Hochschule bzw. in einzelnen Organisationseinheiten
Finanzierung und Steuerung	Ausgaben, Kosten und Preise, Finanzierung und Steuerung von Gesundheitsaufklärung und -beratung, von Prävention und Gesundheitsförderung, von Arbeits- und Gesundheitsschutz an der Hochschule	Benennung prioritärer Steuerungsprobleme in ihrer Auswirkung auf Prävention und Gesundheitsförderung in der Hochschule

HGBE-Bereiche	Inhalte	Ableitungen für die Gesundheitsförderung
Vernetzung und Gemeinde-orientierung	Gesundheitsbezogene Vernet-zung/ Kooperation mit anderen Einrichtungen, Einbindung in die Gemeinde	Bennennung prioritären Vernetzungs- und Ko-operationsbedarfs in-nerhalb und außerhalb der Hochschule
Weiterentwicklung und Veränderung	Entwicklungslinien, Zukunftsszenarien, Veränderungsnotwendigkeiten und -modelle	Benennung prioritären Interventionsbedarfs in der Hochschule bzw. einzelnen Organisationseinheiten sowie der Interaktion mit hochschulexternen Partnern

Tab. 6: Spezifische hochschulbezogene Gesundheitsberichtserstattung (HGBE) - Berichtsstruktur (Franzkowiak 2000, S.75)

TK-Gesundheitswerkstatt

„Die TK-Gesundheitswerkstatt ist im Kern ein Gruppendiskussionsverfahren und integriert im ersten Teil der Werkstatt inhaltlich die klassische Arbeitssituationsanalyse. Die Arbeitssituationsanalyse ist eine qualitative Mitarbeiterbefragung und wird im Rahmen einer strukturierten und moderierten Gruppenbefragung und -diskussion mit ausgewählten Beschäftigten durchgeführt. Ziel der Analyse ist es, die subjektiven Einschätzungen zur Arbeitssituation und die daraus resultierenden gesundheitlichen Belastungen der Beschäftigten zu ermitteln. In einem weiteren Schritt können die Beschäftigten erste Veränderungswünsche und Verbesserungsvorschläge benennen. In der TK-Gesundheitswerkstatt wird die Arbeitssituationsanalyse um eine Phantasiereise erweitert. Elemente einer ‚Zukunftswerkstatt', der systemischen Organisationsberatung und der Arbeitssituationsanalyse sind im Konzept miteinander verknüpft. Die Gesundheitswerkstatt folgt dem Ansatz der Salutogenese nach Antonovsky (1997)“ (Dann und Steinke 2006, S. 82).

„Eine Leitidee der Gesundheitswerkstatt ist die aktive Einbeziehung und Beteiligung der jeweils Betroffenen, die als Experten bzw. Expertinnen ihrer Arbeits- bzw. Studiensituation Teilnehmende von Gesundheitswerkstätten sind. Durch die Integration einer Phantasiereise gewinnen die Vorstellungen für notwendige Veränderungen an Kreativität und Konkretheit und wirken unmittelbar motivationssteigernd. In der Gesundheitswerkstatt werden Prob-

lempunkte strukturiert diskutiert. Die gemeinsame Erarbeitung der Verbesserungsvorschläge erhöht die Akzeptanz bei der Einführung von Veränderungen und kann durch den kollegialen Austausch untereinander auch besser vermittelt werden“ (Dann und Steinke 2006, S. 82).

Auswahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

„Die TK-Gesundheitswerkstatt kann für eine, aber auch für mehrere Abteilungen/Institute durchgeführt werden und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer können entweder aus derselben oder aus verschiedenen Abteilungen/Studienrichtungen kommen. Wichtig für die Zusammensetzung innerhalb einer Gesundheitswerkstatt ist die Vergleichbarkeit der Belastungen. Die Teilnehmerzahl ist aus Effizienzgründen auf maximal 15 Personen beschränkt“ (Dann und Steinke 2006, S. 83).

Positionsbestimmung, Phantasiereise und Konkretisierung

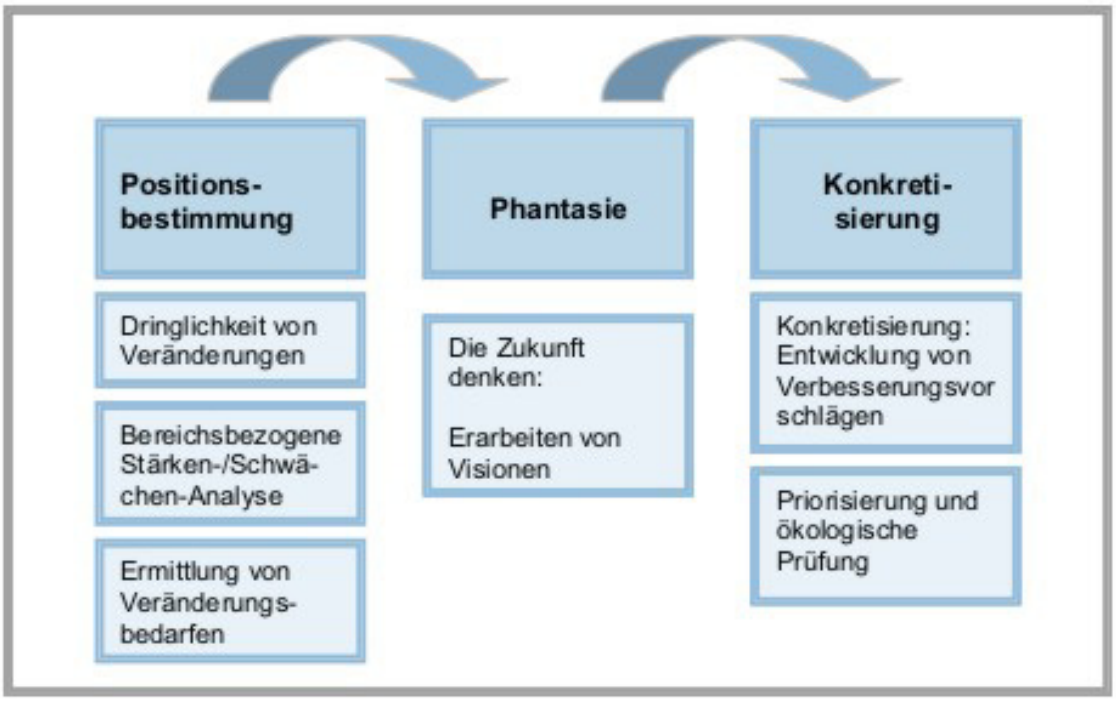

Abb. 42: Phasen der Gesundheitswerkstatt (Dann und Steinke 2006, S. 84)

„In der ersten Phase der TK-Gesundheitswerkstatt werden Problem- und Belastungsbereiche analysiert (vgl. Abb. 42). Ihren inhaltlichen Schwerpunkt hat die Gesundheitswerkstatt jedoch in der Erarbeitung von Lösungsvorschlägen, die durch die Phantasiereise eingeleitet wird. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden aufgefordert, die Zukunft zu denken und in Gedanken neue Wege zu beschreiten. Ziel ist es, nicht in vermeintlich unabänderli-

chen Problemen verhaftet zu bleiben, sondern sich neuen Vorstellungen zu öffnen. Im Anschluss an diese Phantasiereise in die Zukunft entwickelt die Gruppe mit Unterstützung der Moderatorin oder des Moderators aus den , Visionen' zukunftsfähige und praxistaugliche Lösungsvorschläge" (Dann und Steinke 2006, S. 83).

Ergebnispräsentation

„Die Ergebnisse werden nach der TK-Gesundheitswerkstatt in einer moderierten Arbeitssitzung den Führungsverantwortlichen vorgestellt. Die Präsentation kann durch die Moderatorin oder den Moderator oder von ausgewählten Teilnehmerinnen und Teilnehmern erfolgen. Anschließend sollte strukturiert diskutiert werden, wie die Verbesserungsvorschläge umgesetzt werden können und welche Schritte als Nächstes eingeleitet werden. Je nach Komplexität können für die Umsetzung Arbeits- bzw. Projektgruppen eingerichtet werden. Die Sitzung schließt mit einer verbindlichen Festlegung von Verantwortlichen, Tätigkeiten und Zeitvorgaben ab. Alle Teilnehmenden haben die Aufgabe, ihrerseits darauf zu achten, dass die Umsetzung wie besprochen erfolgt. Es kann Verbesserungsvorschläge geben, die der Teilnehmerkreis der Sitzung nicht entscheiden kann. Diese Vorschläge sollten in einem Arbeitskreis Gesundheit oder in einem anderen Entscheidungsgremium der Einrichtung diskutiert und entschieden werden. Eine Vertreterin oder ein Vertreter der Gesundheitswerkstatt sollte bei diesen Entscheidungen dabei sein, um den Informationsfluss zu den anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu gewährleisten" (Dann und Steinke 2006, S. 84).

Sicherung der Kontinuität – der Feedback-Workshop

„Ein Feedback-Workshop soll nach etwa sechs Monaten absichern, dass die Umsetzung der Maßnahmen überprüft wird. Der Teilnehmerinnen- und Teilnehmerkreis der Gesundheitswerkstatt beschäftigt sich dabei mit folgenden Fragen:

- Wie schätzen wir den Erfolg der Gesundheitswerkstatt ein?
- Was ist seit der Durchführung der Gesundheitswerkstatt passiert?
- Welche Maßnahmen wurden umgesetzt?
- Welche Verbesserungen und Veränderungen haben wir erreicht?
- Woran muss noch gearbeitet werden?
- Welche Schritte sind dafür noch notwendig?

Gemeinsam wird eine Ergebnissicherung bezüglich der offenen und neuen Themen erstellt. Eine Tätigkeitsliste mit Verbindlichkeiten zu den verantwortlichen Personen und zu Zeitvorgaben wird festgelegt. Darüber hinaus wird gemeinsam überlegt, wie weiterhin mit dem Thema Gesundheit umgegangen werden kann. Um den Erfolg der Maßnahmen zu gewährleisten, ist es sinnvoll, einen freiwilligen ‚Kümmerer' auszuwählen, der zukünftig Ansprechpartner für Gesundheitsfragen im Team sein kann. Die Ergebnisse des Feedback-Workshops sollten im Zusammenhang mit dem Gesamtprozess dem bestehenden Arbeitskreis Gesundheit präsentiert werden" (Dann und Steinke 2006, S. 84 f.).

Projektmanagement in der Gesundheitsförderung

Einführung

„Gesundheitsförderung, verstanden als Intervention in soziale Systeme und praktiziert als Entwicklungsprozess in und zwischen Organisationen, … erfordert Verständnis für die Entwicklungsbedingungen komplexer sozialer Systeme und für das Managen von Organisationsprozessen. Projektentwicklung ist eine anspruchsvolle Managementaufgabe. Projektförmiges Arbeiten entfaltet seine Vorzüge aber erst bei einer bewussten und konsequenten Handhabung der Methode. Für Projektverantwortliche und Projektbetreuerinnen kann eine konsequente Nutzung dieses Instrumentariums auch eine wichtige Orientierungs- und Unterstützungsfunktion in einer komplexen und häufig diffusen Arbeitssituation erfüllen. Ein konsequent gehandhabtes Projektmanagement verbessert auch die Möglichkeiten der Auswertung und der Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderungsarbeit" (Grossmann und Scala 2001, S. 75 f.).

„Projekte können eine doppelte Funktion erfüllen: Sie lösen ein Problem und entwickeln Organisationen. Projekte sind eine Organisationsform, um komplexe, neuartige und bereichsübergreifende Aufgaben in einer Organisation oder auch zwischen mehreren Organisationen zu bewältigen. Sie werden für Vorhaben eingerichtet, die von den Organisationen in ihren etablierten Arbeits- und Entscheidungsstrukturen nicht geleistet werden können. Sie dienen daher einerseits der Erfüllung einer bestimmten Aufgabe und können andererseits auch Einfluss auf die Entwicklung der involvierten Organisation nehmen. In diesem Sinne können Projekte als Instrumente der Organisationsentwicklung verstanden werden. Projekte sind zeitlich und sachlich ab-

gegrenzte Unternehmungen, d.h., sie ermöglichen … (einer Organisation [Anm. d. Verf.]) für begrenzte Zeit Ressourcen für eine neue Aufgabe wie Gesundheitsförderung einzusetzen und sich dann neu zu entscheiden. Projekte bieten den Mitarbeiter/-innen und Leistungskräften einer Organisation einen Rahmen für neue Aufgaben, ohne die angestammte Berufsrolle und Identität aufgeben zu müssen. Projektarbeit kann gute Voraussetzungen bieten, professionelle Rollen zu erweitern oder gegebenenfalls auch neue zu entwickeln“ (Grossmann und Scala 2001, S. 76 f.).

Projekte (vgl. Grossmann und Scala 2001) …

- sind der Arbeitsrahmen vieler Gesundheitsförderungsmaßnahmen
- sind adäquate Organisationsstrukturen für die Umsetzung von Gesundheitsförderung in Settings
- sind Instrumente der Organisationsentwicklung
- sind zeitlich und sachlich begrenzt
- sind zielorientiert
- sind neuartig, innovativ
- sind interdisziplinär
- sind ressourcenorientiert
- sollen komplexe, neue, intersektorale Aufgaben bewältigen
- können neue Kooperationen testen
- müssen transparent sein und evaluiert werden

Fragen des Projektmanagements

- Was ist zu tun, um die definierten Ziele zu erreichen?
- Wie hoch ist der zu erwartende Arbeitsaufwand?
- Was muss wann getan werden?
- Wie hoch sind die Gesamt- und Teilkosten des Projekts?
- Welche Qualifikationen sind erforderlich?

Aufgaben des Projektmanagements

Hauptaufgaben	Querschnittsaufgaben
• Analyse	• Kommunikation
• Zielentwicklung	• Organisation
• Projektplanung	• Mitarbeiterführung
• Projektkontrolle und Projektsteuerung (von Terminen, Kosten, Qualität)	Projektmarketing (Öffentlichkeitsarbeit nach innen und außen)

Abb. 43: Aufgaben des Projektmanagements (Sabo 2003, S. 186)

Elemente der Projektorganisation

1. Auftraggeber/-in (z.B. Geschäftsleitung, Bereichsleitung, Ministerium)

- Formulierung des Projektauftrages bzw. Genehmigung eines formulierten Vorschlags

2. Projektleiter/-in

- Operative(r) Leiter/-in (je nach Organisationsmodell mit unterschiedlichen Kompetenzen)

- Sorgt für ein zielgerichtetes Vorantreiben des Projekts und die Führung der Mitarbeiter/-innen

3. Projektmitarbeiter/-innen (z.B. Mitarbeiter/-innen aus Fachbereichen)

- Bewältigen die eigentliche Projektarbeit (Informationsbeschaffung, Konzepterarbeitung und -realisierung)

- Stehen voll oder teilweise dem Projekt zur Verfügung (je nach Organisationsmodell)

4. Projektgruppe, bestehend aus Leiter/-in, Mitarbeiter/-innen)

5. Teilgruppe, bestehend aus Mitarbeiter/-innen (Anwendungsvertreter/-innen)

Eine Projektorganisation braucht, um wirkungsvoll arbeiten zu können …

- eine klar definierte Aufgabe und einen Vertrag
- eine transparente und leistungsfähige Entscheidungsstruktur
- eine mit der Aufgabenstellung übereinstimmende Zusammensetzung des/der Teams
- Raum und Zeit für die Projektarbeit und die dazu notwendigen Ressourcen
- Investitionen in die soziale Entwicklung des Projekts
- zirkuläre Zielplanung
- einen klar definierten und in Abschnitte gegliederten Arbeitsplan
- Projektmarketing
- regelmäßige Selbstevaluation und Berichterstattung
- Verbindung zu relevanten Entscheidungsprozessen in der Linienorganisation
- einen kontinuierliche Transfer der Projekterfahrungen und Resultate in die Linienorganisation
- die Wahrnehmung von Leitungsfunktionen
- externe Unterstützung: Training, Supervision oder Organisationsberatung

Abb. 44: Voraussetzungen für eine erfolgreiche Projektorganisation (Grossmann und Scala 2001, S. 87)

Idealtypischer Ablauf eines Projektes der Gesundheitsförderung

Allgemeines

Den Rahmen für Projekte der Gesundheitsförderung sollte immer eine salutogenetische Sichtweise bilden, d.h., dass beispielsweise bei der Analyse der sozialen Prozesse in der Organisation (Betrachtung von Strukturen, Kompetenzen und Verhaltensweisen innerhalb der Organisation) sowohl belastende/krankmachende als auch gesundheitsfördernde/ressourcenbildende Faktoren erfragt werden. Bei der Planung und Durchführung von Projekten ist immer zu beachten, dass jede Organisation anders

ist, z.B. hinsichtlich Arbeitsklima und -organisation, Führungsstil, sozialer Beziehungen. Ein Projekt der Gesundheitsförderung umfasst sowohl die Entwicklung und Implementation gesundheitsförderlicher Strukturen und Organisationsformen (Organisationsentwicklung) als auch die Entwicklung individueller und kollektiver Gesundheitskompetenzen (Personalentwicklung). Alle beteiligten Personen eines Projektes sollten nach dem Partizipationsprinzip (Mitarbeiter/-innen, Kooperationspartner) frühzeitig (bereits in die Projektplanung) mit einbezogen werden.

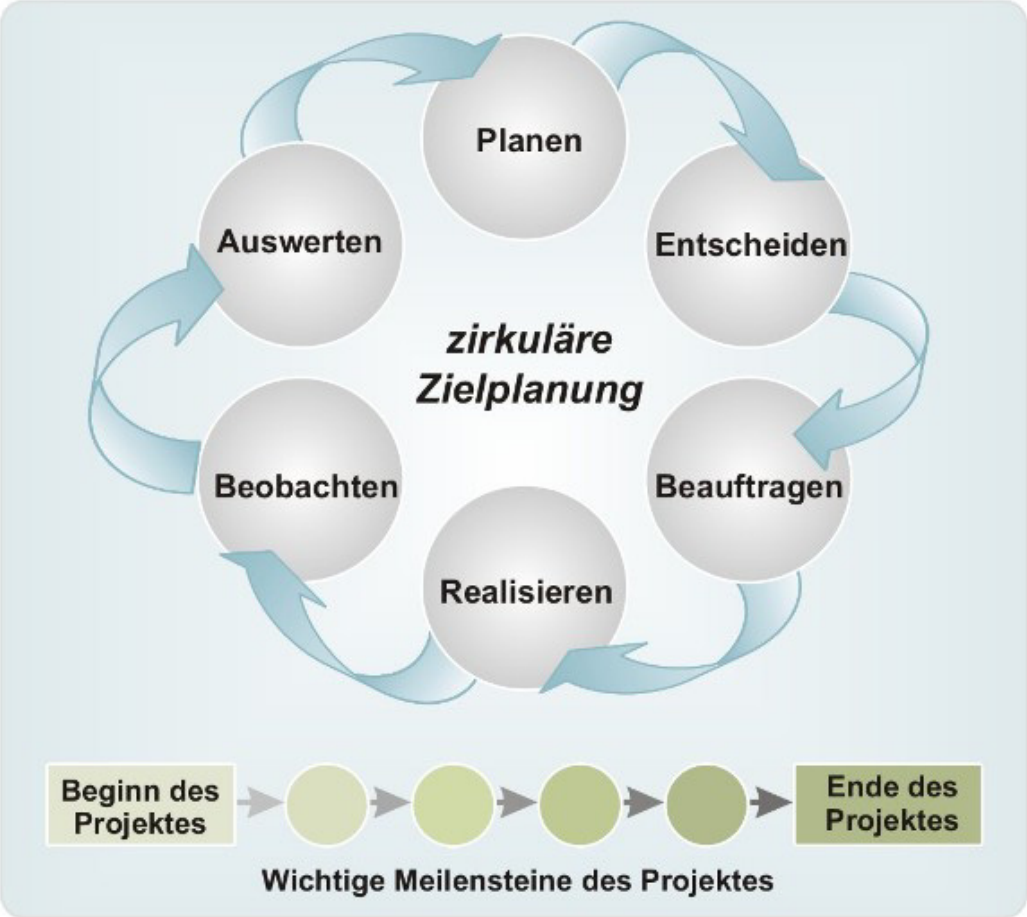

Abb. 45: Wichtige Elemente eines Projektes (Grossmann und Scala 2001, S. 88)

Vorlauf

Im Vorlauf eines Projektes der Gesundheitsförderung geht es zunächst darum, die Organisation kennen zu lernen und zu prüfen, ob die Voraussetzungen für ein gelingendes Projekt der Gesundheitsförderung gegeben sind. (Herrscht ein Klima von Dialog und Kooperation in der Organisation? Ist die Organisation offen für Veränderungen? Kann ein Projekt finanziert werden?) Des Weiteren sind im Vorlauf Verbindlichkeiten herzustellen und Zuständigkeiten zu klären (z.B.: Wer finanziert das Projekt? Wer übernimmt die Pro-

jektleitung?). Die Verbindlichkeiten und Zuständigkeiten sollten vertraglich festgehalten werden. Dies erfolgt außerhalb der Organisation durch Verträge mit den Kooperationspartnern, innerhalb der Organisation kann dies über Dienstvereinbarungen realisiert werden zur Arbeitszeitenregelung als Beitrag zum Modellprojekt "Gesundheitsfördernde Hochschule"). Zudem sollte ebenfalls geklärt werden (und vertraglich festgehalten werden), wie viel Personalressourcen und Sachmittel für das Projekt zur Verfügung stehen, wer die Evaluation und Dokumentation des Projektes übernimmt, wie Transparenz und Öffentlichkeit hergestellt werden kann und welches die übergeordneten Ziele des Projektes sind (die Konkretisierung der Projektziele erfolgt über die Steuerungsgruppe).

Abb. 46: Zeitlicher Ablauf eines Projektes der Gesundheitsförderung (Göbel 2003)

Steuerungsgruppe/Projektgruppe/Arbeitskreis Gesundheit

Das Steuerungsgremium des Projektes ist verantwortlich für …

- die Definition der Projektziele und Teilziele (kurz-, mittel- und langfristige),
- die regelmäßige Überprüfung des Projekts in allen Projektphasen (formative Evaluation),
- die Planung, Umsetzung und Steuerung des Projektes (u.a. Struktur-, Termin- und Aktivitätenplanung) sowie die Delegation und Koordination der verschiedenen Projektgruppen und Kooperationspartner.

Die Steuerungsgruppe könnte z.B. bestehen aus …

- Geschäftsführung
- Vertreter/-innen des Betriebs- bzw. Personalrates
- Betriebsarzt/-ärztin
- Sicherheitsingenieur/-in
- Sicherheitsfachkraft
- Behindertenbeauftragtem(r)
- Gleichstellungsbeauftragtem(r)
- Suchtbeauftragtem(r)
- Externen, wie
  - Vertretern/-innen von Krankenkassen
  - Vertretern/-innen von Unfallversicherungen
  - Unternehmensberatung
  - Ernährungsberatung
  - Vertretern/-innen des (Hochschul-)Sports

Definition der Projektziele und Teilziele

Projektziele müssen …

- konkret und messbar sein
- schriftlich festgelegt werden
- terminiert sein
- flexibel sein

- realistisch sein
- von allen Beteiligten akzeptiert werden
- einem einheitlichem Verständnis der Beteiligten entsprechen

Strukturplanung

Die Steuerungsgruppe ist u.a. für die Strukturplanung des Projektes zuständig. In der Projektplanungsphase sollte ein Projektstrukturplan erstellt werden (vgl. Abb. 47).

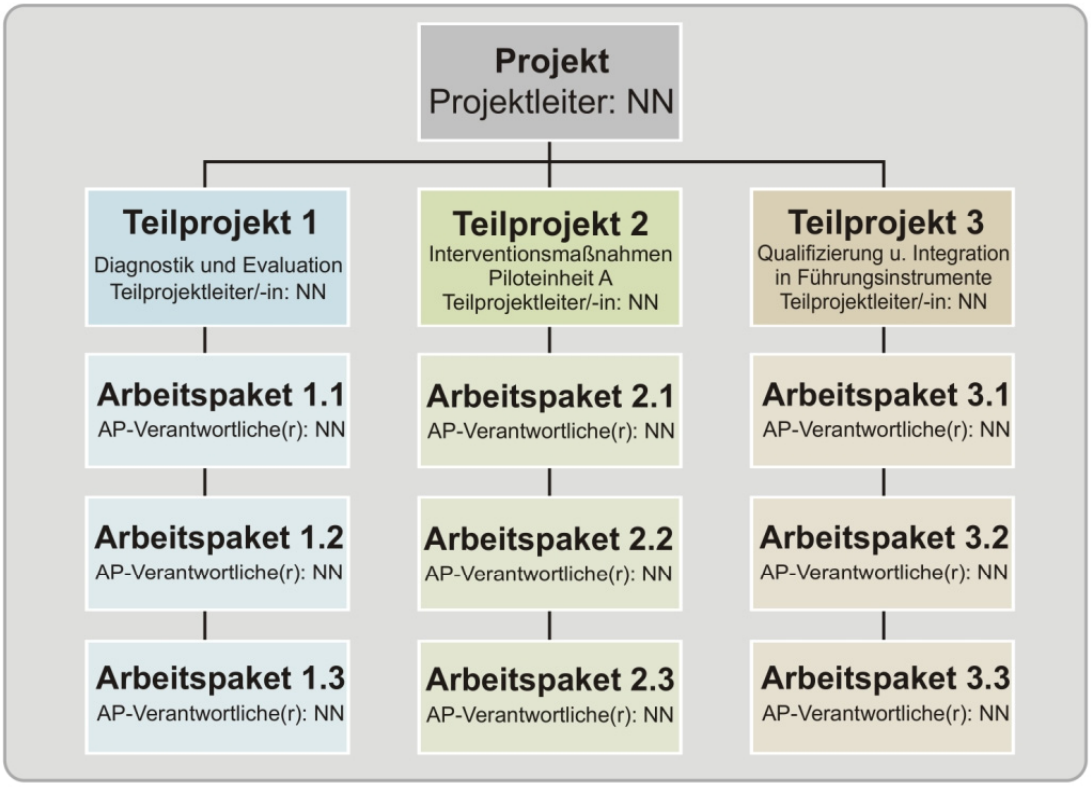

Abb. 47: Projektstrukturplan (Münch 2003, S. 195)

„Der Projektstrukturplan gliedert ein Gesamtprojekt – unabhängig von der zeitlichen Reihenfolge – in einzelne Teilprojekte. Innerhalb der Teilprojekte kann eine weitere Unterteilung in einzelne Arbeitsaufgaben – sog. Arbeitspakete – sinnvoll sein. Arbeitspakete sind möglichst klar voneinander abzugrenzen; sie werden geschlossen und mit einem klar definierten Ziel zur Bearbeitung an eine Arbeitsgruppe oder Organisationseinheit delegiert“ (Münch 2003, S. 195).

Termin- und Aktivitätenplanung

Die Steuerungsgruppe ist u.a. für die Termin- und Aktivitätenplanung des Projektes zuständig. In der Projektplanungsphase sollte ein Projektablaufplan (vgl. Abb. 48) erstellt werden. Der Projektablaufplan „… stellt das zentrale Steuerungsinstrument während der gesamten Umsetzungsphase dar. Der Projektablaufplan leitet sich aus dem Projektstrukturplan ab und legt detailliert die Reihenfolge der einzelnen Arbeitsschritte bzw. -pakete fest. Aus ihm wird idealerweise auch ersichtlich, welche Arbeitsschritte unbedingt abgeschlossen sein müssen, bevor die nächsten Arbeitsschritte erfolgen können. Dadurch lässt sich zugleich erkennen, für welche Arbeitspakete Konsequenzen entstehen oder gar Entscheidungen getroffen werden müssen, wenn es z.B. in vorangehenden Paketen zu zeitlichen Verzögerungen kommt. Aus dem Ablaufplan leitet sich darüber hinaus die exakte Terminplanung für das Projekt ab“ (Münch 2003, S. 196).

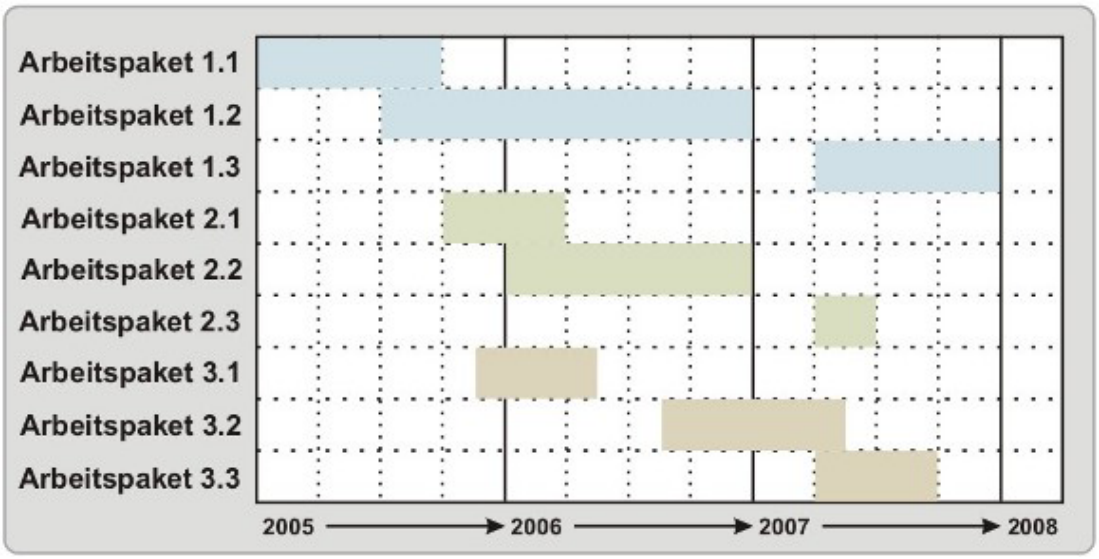

Abb. 48: Projektablaufplan (Münch 2003, S. 196)

Einstieg

Der Einstieg dient der Bekanntmachung eines Projektes. Dies kann z.B. in Zusammenarbeit mit Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften im Rahmen eines Gesundheitstages oder einer Mensa-Aktion zur gesunden Ernährung realisiert werden. Die Einstellung der Zielgruppe/der Mitarbeiter/-innen gegenüber dem Projekt ist für den Erfolg des Projektes von zentraler Bedeutung und kann insbesondere beim Einstieg sehr gut erfasst und beeinflusst werden. Daher sollten die Aktionen während des Einstiegs für mehr

Akzeptanz sorgen und somit möglichst effektiv und kreativ gestaltet und konzeptionell gut geplant werden sowie alters- und geschlechtsspezifisch ausgerichtet sein.

Analysen

Bei der Erfassung des Gesundheitszustandes/des Gesundheitsbedarfs bzw. von gesundheitsrelevanten Belastungen einer Organisation zur Planung von Interventionen sollten bereits vorhandenes Material (z.B. frühere Gesundheitsberichte) und vorhandene Strukturen (z.B. regelmäßig stattfindende Gesundheitszirkel) genutzt werden. Zur Erfassung der Ausgangslage können je nach Fragestellung verschiedene Instrumente verwendet werden, z.B. Befragungen, Arbeitsplatzanalysen, Gesundheitszirkel, Interviews etc. (→ siehe Kap. 5).

Schwerpunktsetzung

Nach den Analysen zur Ausgangssituation sollten die Ziele und Teilziele des Projektes erneut kontrolliert und evtl. umformuliert werden und daraufhin die Schwerpunkte für die durchzuführenden Maßnahmen gesetzt werden.

Maßnahmen

Bei der Durchführung von Maßnahmen sollte immer darauf geachtet werden, nicht ausschließlich verhaltensorientierte (z.B. Aktionen zum Thema Ernährung, Bewegung, Suchtverhalten) bzw. ausschließlich verhältnisbezogene (z.B. zum Thema Führungsstil, Arbeitsorganisation, -abläufe, -inhalte, Arbeitsplatzgestaltung) Interventionen umzusetzen, sondern eine Kombination beider Strategien zu erreichen.

Evaluation

Neben der formativen Evaluation eines Projektes durch die Steuerungsgruppe wird ein Projekt der Gesundheitsförderung häufig zusätzlich (von einer dritten Instanz → siehe Vertrag) abschließend evaluiert (summative Evaluation). Es gibt grundsätzlich zwei Methoden der Evaluation:

- Die **quantitative Evaluation** erfolgt durch die Auswertung numerischer Daten (z.B. Krankenstand, Unfallzahlen in der Organisation). Diese Daten sind häufig auch von einer Vielzahl anderer Faktoren wie der aktuellen Marktlage (z.B. Anzahl der Beschäftigten) abhängig und daher nicht immer repräsentativ für eine Aussage zur Bewertung des Projektes.

- Die **qualitative Evaluation** erfolgt durch die Auswertung von Informationen z.B. aus Mitarbeiterbefragungen oder Interviews der Beteiligten. Diese Evaluationsmethode hat den Vorteil, auch individuelle Erfahrungen der Projektarbeit zu berücksichtigen.

Die Wahl des Methodenansatzes richtet sich vor allem nach der Art der erhobenen Daten. Idealerweise fließen in die Projektevaluation sowohl qualitative als auch quantitative Erhebungen mit ein.

Zielevaluation	Prozessevaluation	Ergebnisevaluation
Die Zielevaluation erfolgt während und nach einem Projekt hinsichtlich der Ziele der Organisation, der Zielgruppen und der Ziel- bzw. Qualitätskriterien.	Die Prozessevaluation ist die regelmäßige Bewertung der einzelnen Schritte eines Projektes bezüglich Konzeption, Vorgehensweise, Voraussetzungen, Beteiligungen und Maßnahmen und ist somit die Voraussetzung für die Projektsteuerung.	Die Ergebnisevaluation umfasst die Bewertung der Wirksamkeit und Eignung eines Projektes.

Tab. 7: Formen der Evaluation

Nach welchen Kriterien wird evaluiert?

- Effektivität
- Effizienz
- Kosten/Nutzen
- Menschlichkeit
- Zufriedenheit
- Gerechtigkeit/Gleichheit

Finanzierung eines Projektes der Gesundheitsförderung

	Staatliche Stellen	Öffentlich-rechtliche Körperschaften	Freie Träger/ NGOs*	Private Träger
Europäische Ebene	Aktionsprogramme, Gemeinschaftsinitiativen oder Haushaltslinien der EU Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, Bilbao	European Foundation for Improvement of Living and Working Conditions, Dublin	European Section of IUHPE (International Union for Health Promotion and Education)	Multinationale Betriebe
Nationale Ebene	Modellgelder der Bundesministerien für Gesundheit und Arbeit aus Haushaltsmitteln des Bundes Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)	Mittel der GKV nach SGB V § 20 Mittel der gesetzlichen Unfallversicherung nach SGB VII § 14 Mittel der Körperschaften der Ärzteschaft auf Bundesebene	Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) Stiftungsgelder, z. B. Robert Bosch Stiftung, Bertelsmann Stiftung Deutscher Sportbund	Großbetriebe Investitionen nach dem Arbeitsschutzgesetz (1996)
Ebene der Bundesländer	Haushaltsmittel der Landesministerien für Gesundheit, Soziales, Kultus und Frauen Landesgesundheitsämter Landesinstitute für Lehrerfortbildung	Landesverbände der GKV Mittel nach SGB V § 20 Mittel der gesetzlichen Unfallversicherer nach SGB VII § 14 Landeseinrichtungen der Ärzteschaft	Landeszentralen/ -vereinigungen für Gesundheit Lottostiftungen der Länder Landessektionen der DGE Landessportbünde	Großbetriebe Spenden und Initiativen von Privatpersonen

	Staatliche Stellen	Öffentlich-rechtliche Körperschaften	Freie Träger/ NGOs*	Private Träger
Kommunale Ebene	Mittel aus kommunalen Haushalten Gesundheitsämter Schulverwaltungen	Mittel der GKV nach SGB V § 20 Mittel der gesetzlichen Unfallversicherer nach SGB VII § 14	Gesundheitszentren, lokale Gesundheitsinitiativen Lokale Stiftungen Sportvereine	Klein- und Mittelbetriebe Spenden und Initiativen von Privatpersonen Bußgelder

* Die nichtstaatlichen Einrichtungen erhalten z. T. Fördergelder aus dem staatlichen und Sozialversicherungssektor. Sie akquirieren jedoch selbstständig und setzen darüber hinaus Eigenmittel, Spenden und Mitgliedsbeiträge in erheblichem Umfang ein.

Tab. 8: Ausgewählte Einrichtungen, Strukturen, Finanzierungsquellen und -wege der Gesundheitsförderung von der europäischen bis zur lokalen Ebene (aktualisiert n. Altgelt 2003, S. 39)

Der Projektantrag für ein Projekt der Gesundheitsförderung

Der Projektantrag für ein Projekt der Gesundheitsförderung ist von zentraler Bedeutung, insbesondere wenn die Finanzierung bzw. Förderung des Projektes durch Dritte geschehen muss/soll (z.B. Projektgelder der GKV nach SBG V § 20, Projektgelder der gesetzlichen Unfallversicherung nach SGB VII § 14).

Für das Projektkonzept und den inhaltlichen Aufbau eines Projektantrages ist es hilfreich, sich im Vorfeld zunächst einmal an den neun W-Fragen zu orientieren:

1. **Wer** sind wir? (Rechtsform, Organisationsform des Antragstellers)
2. **Warum** wollen wir etwas tun? (Ausgangssituation/Problemlage/Bedarf)
3. **Wen** sprechen wir an? (Zielgruppe)
4. **Was** wollen wir erreichen? (Projektziele)
5. **Was** wollen wir tun? (Welche Leistungen, Maßnahmen, Interventionen sind geplant?)
6. **Wie** wollen wir arbeiten? (Methodik, Arbeitsformen)
7. **Wo** wollen wir arbeiten? (Standorte, Raumbedarf)

8. **Wer** wird beteiligt? (Personalbedarf, Kooperationspartner)
9. **Womit** wollen wir arbeiten? (Sachmittel, Finanzierung)

Abb. 49: Die neun W-Fragen als Hilfsmittel für die Antragstellung

Musterprojektantrag für ein Projekt der Gesundheitsförderung

1. Einleitung/Einführung

- Problembetrachtung, Stand der Forschung
  - Beschreibung der Ausgangssituation und Problemanalyse
  - Bezug zu aktuellen Ereignissen, Forschungsergebnissen
- Fragestellung/Handlungsbedarf/Relevanz des Projekts
  - Entwicklung einer Fragestellung in Anknüpfung an die Problemanalyse, die einen gesundheitswissenschaftlich begründeten Handlungsbedarf aufzeigt
  - Verdeutlichung der gesundheitspolitischen Relevanz des Themas
  - Aufzeigen der Bedeutung für das Sozial- und Gesundheitswesen (Welchen Beitrag könnte das Projekt leisten?)

2. Antragsteller

- Rechtsform, Organisations- und Arbeitsformen

3. Thema/Titel und Zielgruppe

4. Ziele

- Ziele und Teilziele (kurz-, mittel- und langfristige Ziele)

5. Strategien und Methodik, Realisierbarkeit des Projekts

- Allgemeine Strategien und Methoden der Projektarbeit
- Strategien und Methoden zur Akzeptanzsicherung
  - Wie kann das Projekt in bestehende Strukturen und Kooperationen eingebunden werden?
  - Wer könnte das Projekt unterstützen?
- Selbstkritische Einschätzung zu den erwartbaren Problemen bei der praktischen Umsetzung

6. Durchführung des Projekts

- Projektleitung
- Vorgehensweise
  - Wie werden folgende Projektbestandteile realisiert: Planung, Evaluation, Transfer, Partizipation, Dokumentation, Öffentlichkeitsarbeit?
- Maßnahmen
  - Maßnahmen-Zeitplan (Anhang I)
- Personal-, Material-, Raumbedarf
  - Welche vorhandenen Ressourcen und Strukturen können genutzt werden, welche sind zusätzlich erforderlich?

7. Kosten- und Finanzierungsplan

- Anhang II

8. Erwartbare Ergebnisse

- Eigene Vorstellung über mögliche Zwischen- und Endergebnisse
- Mögliche Ergebnisse innerhalb und außerhalb der Organisation

9. Übertragbarkeit

- Möglichkeiten der Übertragbarkeit auf andere Einrichtungen oder Bereiche, Organisations- und Arbeitsformen

Abb. 50: Musterprojektantrag für ein Projekt der Gesundheitsförderung (nach Kreuter 2000)

Anhang I: Maßnahmen-Zeitplan

Nr.	Maß-nahme	Termin	Verantwortlich	Sach-stand	Bemer-kungen
1	Arbeitspa-ket 1.1	xx.xx.xxxx bis xx.xx.xxxx	Frau Musterfrau		
2	Arbeitspa-ket 1.2	xx.xx.xxxx bis xx.xx.xxxx	Herr Mustermann		
3	Arbeitspa-ket 1.3	xx.xx.xxxx bis xx.xx.xxxx	Frau Musterfrau, Herr Mustermann		
4	Arbeitspa-ket 2.1	xx.xx.xxxx bis xx.xx.xxxx	Frau Musterfrau		
5	Arbeitspa-ket 2.2	xx.xx.xxxx bis xx.xx.xxxx	Herr Mustermann, Herr Mustermann		
6	Arbeitspa-ket 2.3	xx.xx.xxxx bis xx.xx.xxxx	Frau Musterfrau		
7	Arbeitspa-ket 3.1	xx.xx.xxxx bis xx.xx.xxxx	Frau Musterfrau, Herr Mustermann		
8	Arbeitspa-ket 3.2	xx.xx.xxxx bis xx.xx.xxxx	Herr Mustermann		
9	Arbeitspa-ket 3.3	xx.xx.xxxx bis xx.xx.xxxx	Frau Musterfrau		

Tab. 9: Maßnahmen-Zeitplan

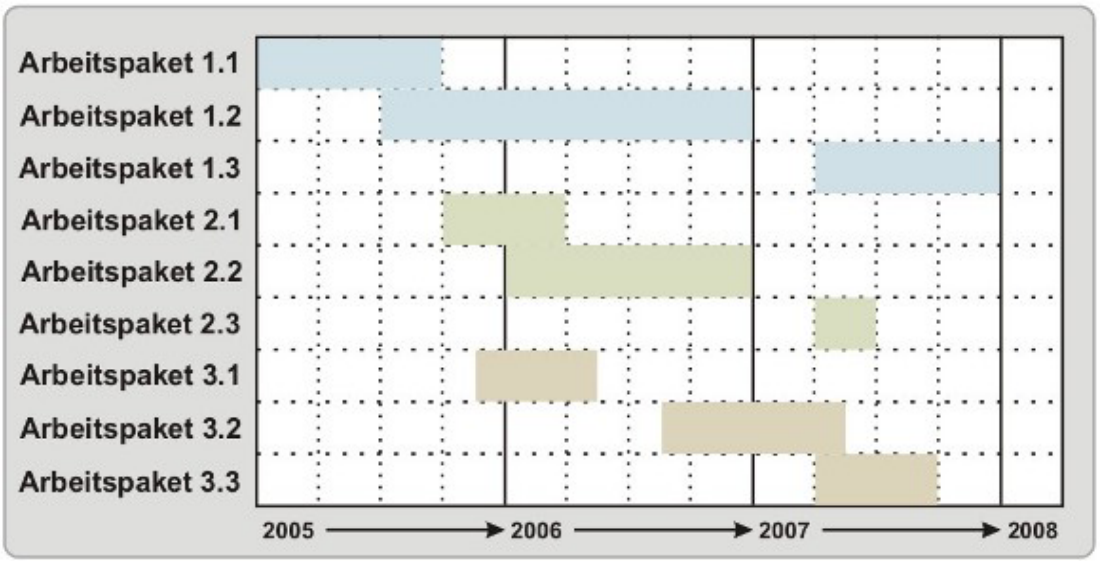

Abb. 51: Maßnahmen-Zeitplan (grafisch) (nach Münch 2003)

Anhang II: Kosten- und Finanzierungsplan

Ausgaben

Lfd. Nr.	Art der Ausgaben	Kosten in Euro	Kostenträger
1	**Personalkosten**		
1.1	Honorarkosten		
1.2	Referentenkosten		
2	**Sachkosten**		
2.1	Miete		
2.2	Verwaltung		
2.3	Fahrtkosten		
2.4	Öffentlichkeitsarbeit		
2.5	Material		
Gesamtausgaben			

Tab. 10: Musterprojektantrag für ein Projekt der Gesundheitsförderung – Anhang II: Kosten- und Finanzierungsplan: Ausgaben

Einnahmen

Lfd. Nr.	Art der Einnahmen	Euro
1	**Eigenanteil**	
1.1	Mitgliedsbeiträge	
1.2	Einnahmen aus Maßnahmen	
2	**Fremdmittel**	
2.1	Zuwendungen aus öffentlichen Mitteln	
2.1.1	Mittel der GKV nach § 20 SGB V	
2.1.2	Mittel der gesetzlichen Unfallversicherung nach § 14 SGB VII	

2.1.3	Landesmittel der Ministerien für Gesundheit, Soziales, Kultus und Frauen	
2.1.4	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung	
2.1.5	Deutsche Gesellschaft für Ernährung	
2.1.6	Deutscher Sportbund	
2.2	Private Zuwendungen	
2.2.1	Unternehmen	
2.2.2	Spenden	
Gesamteinnahmen		

Tab. 11: Musterprojektantrag für ein Projekt der Gesundheitsförderung – Anhang II: Kosten- und Finanzierungsplan: Einnahmen

Gesundheitsförderung an Hochschulen

Warum Gesundheitsförderung an Hochschulen?

Die 391 Hochschulen in Deutschland (WS 2007/08, Quelle: Statistisches Bundesamt 2008) sind Lebens- und Arbeitswelt für über 500.000 Bedienstete und rund zwei Millionen Studierende in Deutschland. Als wichtigste bildungspolitische Institution übernehmen Hochschulen die Ausbildung von zukünftigen Führungskräften und Entscheidungsträgern. Hochschulen, die Gesundheitsförderung auf allen Ebenen als Querschnittsaufgabe implementieren, werden einerseits einen Standortvorteil im zunehmenden Wettbewerb der Hochschulen untereinander erringen, andererseits erfüllen sie mit der Ausbildung von Multiplikatoren/-innen für die Gesundheitsförderung eine bedeutende gesellschaftliche Aufgabe (vgl. Sonntag et al. 2000).

Gesundheitsförderung in Hochschulen und Gesundheitsfördernde Hochschulen

Ausgehend von der Differenzierung zwischen Gesundheitsförderung in einem Setting und einem Gesundheitsfördernden Setting (vgl. Baric und Conrad 1999) muss auch zwischen Gesundheitsförderung in Hochschulen und der Gesundheitsfördernden Hochschule unterschieden werden:

- Gesundheitsförderung in einem Setting hat eine lange Tradition und beinhaltet die Einführung von Maßnahmen (Programme, Projekte) der Gesundheitsförderung in einem spezifischen Setting;

- ein gesundheitsförderndes Setting ist dagegen ein neues Konzept, das einen Politik- und Strategiewechsel eines Settings beinhaltet und u.a. durch die Einbeziehung gesundheitsfördernder Aktivitäten, die volle Partizipation aller Teile eines Settings sowie die Evaluation der gesundheitsfördernden Maßnahmen gekennzeichnet ist (vgl. Baric und Conrad 1999).

Dies bedeutet bezogen auf die Gesundheitsfördernde Hochschule:

„Während sich die Gesundheitsförderung in der Hochschule auf einzelne, punktuelle Aktivitäten und einzelne Aktionen zur Gesundheitsförderung bezieht (wie z.B. die Durchführung eines Gesundheitstages oder ein besonderes Bewegungsangebot wie z.B. eine Rückenschule), schließt der Ansatz der gesundheitsfördernden Hochschule explizit die gesamte Organisation und alle Mitglieder der Hochschule in den Prozess ein … Damit bietet Gesundheitsförderung ein Dach für Aktivitäten der Gesundheitsförderung im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung ebenso wie in der Gestaltung von Studienbedingungen. Betriebliche Gesundheitsförderung ist eine Teilkomponente der gesundheitsfördernden Hochschule, die sich auf die Aspekte der Hochschule als Unternehmen bezieht und vor allem die Beschäftigten in den Mittelpunkt von Aktivitäten zur Gesundheitsförderung stellt. Schließlich wirken sich, in einem Verständnis der Organisation als System, auch Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung auf das Gesundheitsbewusstsein der gesamten Hochschule aus“ (Gräser und Belschner 2001, S. 24).

Ziele, Prinzipien und Handlungsstrategien einer Gesundheitsfördernden Hochschule

Zu den **Zielen** einer Gesundheitsfördernden Hochschule gehören u.a.:

- die Förderung gesunder und nachhaltiger Politik und Planung in der gesamten Hochschule
- die Bereitstellung gesunder Arbeitswelten
- das Angebot gesunder und unterstützender sozialer Umwelten
- die Einführung und Verbesserung der Gesundheitsversorgung
- die Unterstützung persönlicher und sozialer Entwicklung
- die Sicherstellung einer gesunden und nachhaltigen Umwelt
- die Ermutigung zu weiterem wissenschaftlichen Interesse und zu Entwicklungen in der Gesundheitsförderung
- die Entwicklung von Verbindungen zur Gemeinde

Abb. 52: Ziele einer Gesundheitsfördernden Hochschule (Gräser und Belschner 2001)

Analog zu den Prinzipien der Gesundheitsförderung gibt es grundlegende Prinzipien einer Gesundheitsfördernden Hochschule (vgl. Abb. 53).

Die **Zielgruppen** einer Gesundheitsfördernden Hochschule können sein:

- Studierende oder bestimmte Zielgruppe unter den Studierenden
- Beschäftigte oder bestimmte Zielgruppe der Beschäftigten
- die lokale Gemeinde oder eine bestimmte Zielgruppe innerhalb der Gemeinde

Abb. 53: Zielgruppen einer Gesundheitsfördernden Hochschule (Gräser und Belschner 2001)

Zu den zentralen Handlungsstrategien einer Gesundheitsfördernden Hochschule gehören:

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

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

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

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

Prozessorientiertes Vorgehen
Denn: Gesundheitsförderung zielt auf ein höheres Maß an Selbstbestimmung über die Gesundheit von Menschen und orientiert sich somit an den spezifischen Gegebenheiten. eines Settings und der darin lebenden Menschen.

Abb. 54: Zentrale Handlungsstrategien einer Gesundheitsfördernden Hochschule (Gräser und Belschner 2001)

Maßnahmen und Aktivitäten Gesundheitsfördernder Hochschulen

„Die Entwicklung der Internetpräsenz für den Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen 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, Siebert 2005, S. 6–7; Hartmann et al. 2003).

Drei der 34 befragten Hochschulen haben Gesundheitsförderung in ihrem Leitbild aufgenommen und drei eine Dienstvereinbarung zur Gesundheitsförderung mit der Hochschulleitung getroffen. 20 der in der Auswertung repräsentierten 34 Hochschulen haben eine gesundheitsfördernde Struktur an ihrer Hochschule etabliert, wobei der Arbeitskreis die häufigste Struktur darstellt. Weitere genannte gesundheitsfördernde Strukturen sind z.B. (vgl. Hartmann et al. 2003):

- AK Suchtprävention
- Koordination Raumplanung
- Projektgruppe betriebliches Gesundheitsmanagement
- Referat Hochschulsport
- Sportzentrum
- Ständiger Ausschuss Gesundheitspädagogik
- Zentrale Einrichtungen

Sechzehn Hochschulen (47 %) betreiben Projekte zur Gesundheitsfördernden Hochschule.

Dazu gehören z. B. (vgl. Hartmann et al. 2003):

- ein Gesundheitssurvey der Studierenden
- Studienberatung
- Substanzkonsum von Studierenden
- Gesunde Hochschule
- Musikphysiologie
- Hörgefühl und aktuelle Körpermaße von Studierenden
- Haltungs- und Fitnessanalyse von Studierenden

Abb. 55: Mögliche Zusammensetzung eines Hochschul-Arbeitskreises Gesundheitsförderung (mod. nach Stößel 2006 mod., nach Weissinger 1996)

Es wurden Gesundheitstage und zielgruppenspezifische Gesundheitskurse im Rahmen des Konzeptes Gesundheitsfördernde Hochschule genannt und verschiedenste Veranstaltungen und Einzelaktivitäten, von denen allerdings auch einige als Pflichtaufgaben des Betriebes gesetzlich festgeschrieben sind (vgl. Hartmann et al. 2003).

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

Kooperationspartner Gesundheitsfördernder Hochschulen

Strategische Partner Gesundheitsfördernder Hochschulen

Interne Partner

Die internen Partner der Gesundheitsförderung an deutschen Hochschulen sind in der Regel auf Landes- bzw. auf Bundesebene organisiert. Zu den potenziellen internen Partnern Gesundheitsfördernder Hochschulen gehören u.a. (vgl. Hartmann und Siebert 2005):

- Das Deutsche Studentenwerk (DSW)
- Kanzler/-innen der Fachhochschulen
- Kanzler/-innen der Universitäten
- Personalräte der Universitäten, Hoch- und Fachhochschulen
- Verband der Deutschen Betriebs- und Werksärzte (VDBW)
- Verband Deutscher Sicherheitsingenieure (VDSI)
- Hochschulrektorenkonferenz (HRK)
- freier zusammenschluss von studentInnenschaften (fzs)

Externe Partner

Zu den potenziellen externen Partnern Gesundheitsfördernder Hochschulen gehören u.a. (vgl. Hartmann und Siebert 2005):

- Hochschul-Informations-System GmbH (HIS)
- Centrum für Hochschulentwicklung (CHE)
- Unfallkassen (z.B. GUV, LUK)
- Krankenkassen (z.B. TK)
- Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung
- Landesvereinigungen für Gesundheit
- Gewerkschaften (GEW, ver.di)
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
- Landeskultusministerien
- Landessozialministerien

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)“ (Hartmann und Siebert 2005, S. 8).

Hochschulbezogene Netzwerke mit den Schwerpunktthemen Gesundheit, Umwelt, Soziales (vgl. Hartmann und Siebert 2005)

- 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

Der Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen

Der Arbeitskreis "Gesundheitsfördernde Hochschulen" besteht seit 1995 und wurde von der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. und dem Forschungsverbund Gesundheitswissenschaften Niedersachsen (FGN) gegründet. Der Arbeitskreis ist offen für alle Hochschulen und deren Statusgruppen sowie Institutionen, die im Hochschulbereich sowie der Gesundheitsförderung tätig sind. Derzeit (Stand: 07/2007) sind 214 Personen von 71 Hochschulen (davon zwei Hochschulen aus Österreich und eine Hochschule aus der Schweiz) und 17 weiteren Organisationen im Arbeitskreis über einen E-Mail-Verteiler organisiert. Darüber hinaus wird der Arbeitskreis unter anderem von folgenden Institutionen aktiv begleitet und unterstützt:

- der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung
- dem Hochschulinformationssystem

- dem Hochschul-Netzwerk BetriebSuchtGesundheit
- der Landesunfallkasse Niedersachsen
- der Landesunfallkasse Nordrhein-Westfalen
- der Techniker Krankenkasse

Die aktiven Mitglieder des Arbeitskreises sind z.B. als Hauptamtliche der Gesundheitsförderung an den Hochschulen tätig bzw. gehören zum Arbeitsschutz, dem Betriebsärztlichen Dienst, dem Hochschulsport, der Sucht- und Sozialberatung oder sind als Dozenten/-innen bzw. Studierende in einem gesundheitswissenschaftlich ausgerichteten Studiengang tätig.

Der Arbeitskreis orientiert sich an der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (1986) und ist dem Setting-Ansatz verpflichtet. Auf dieser Grundlage verfolgt der Arbeitskreis das Ziel, an Hochschulen gesundheitsfördernde Lebens- und Arbeitsbedingungen zu initiieren und zu unterstützen. Die bestehenden Projekte werden durch den Arbeitskreis miteinander vernetzt.

Mitglieder der im Arbeitskreis zusammengeschlossenen Hochschulen und Institutionen treffen sich regelmäßig zu Arbeitstreffen. Zusätzlich finden themenspezifische Workshops und Tagungen statt, die dem wissenschaftlichen und praxisnahen Austausch zu Themen der Gesundheitsfördernden Hochschule dienen. Der Arbeitskreis will darüber hinaus bestehende Projekte begleiten und Projekte fördern, an denen mehrere Hochschulen beteiligt sind.

Gütekriterien des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen für eine Gesundheitsfördernde Hochschule

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

10. Eine gesundheitsfördernde Hochschule vernetzt sich sowohl mit anderen Hochschulen als auch mit der Kommune/Region.

Erläuterungen zu den Gütekriterien für eine Gesundheitsfördernde Hochschule

1. Die Hochschule wird als Lebens- und Arbeitswelt begriffen. Die Hochschule bezieht sich mit der Gesundheitsförderung auf die Dokumente der Weltgesundheitsorganisation, d.h., die Ottawa-Charta (1986) und die Jakarta-Deklaration (1997) der WHO sind orientierende Grundsatzdokumente.

Setting-Ansatz heißt,

- dass die Organisation als Ganzes betrachtet wird und die einzelnen Maßnahmen nicht isoliert erfolgen, sondern in ein Gesamtkonzept eingebettet sind,
- dass Gesundheitsförderung Teil der gelebten Organisationskultur ist,
- dass alle an der Hochschule vertretenen Gruppen einbezogen werden (Mitarbeiter/-innen in Technik und Verwaltung, wissenschaftliche Mitarbeiter/-innen, Studierende),
- dass die Arbeits- und Lernwelt gleichzeitig auch Lebenswelt ist. Das heißt z.B., dass Gesundheitsförderung auch die sozialen Bezüge in den Blick nimmt.

Hauptinterventionsfelder im gesundheitsförderlichen Setting sind:

- das physische Umfeld (z.B. Campusgestaltung, Gebäudeausstattung, Lärm, Klima)
- das Arbeits- und Lernumfeld (z.B. Arbeitszeit- und Studienzeitmodelle, Arbeits- und Lernabläufe, Teamentwicklung, Führung)
- das soziale Umfeld (z.B. Kommunikationskultur)
- der Dienstleistungssektor (z.B. Beratungsangebote, Verpflegung, kulturelle und Sportangebote, Kinderbetreuung)
- das Individuum (z.B. Kompetenzentwicklung im Bereich der Gesundheit oder Kommunikation)

2. Nach Verständnis der WHO ist Gesundheitsförderung ein auf allen gesellschaftlichen Ebenen ansetzendes Konzept zur Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale von Personen, Gruppen und

Organisationen. Der Paradigmenwechsel von der Pathogenese zur Salutogenese ist dabei ein zentraler Aspekt. Die Salutogenese (nach Aaron Antonowsky – lat. Salus = Heil, griech. Genesis = Entstehung) folgt konsequent der Frage nach den Entstehungs- und Erhaltungsbedingungen von Gesundheit. Der Ansatz steht damit der pathogenetischen (griech. Pathos = Krankheit, Genesis = Entstehung) Perspektive gegenüber, die sich in erster Linie an krankmachenden Faktoren bzw. Risikofaktoren orientiert und Kernelement der biomedizinischen Sichtweise ist. Gesundheit und Krankheit werden in einer
salutogenetischen Sichtweise nicht als einander ausschließende Zustände, sondern als Pole eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums betrachtet, wobei sich der individuelle Gesundheitszustand eines Menschen aus der dynamischen Wechselwirkung zwischen Gesundheitsrisiken und Gesundheitsressourcen der Person und seiner Umwelt ergibt.

Salutogenetisch zu arbeiten bedeutet, gesundheitsförderliche Bedingungen und Gesundheitspotenziale auf folgenden Ebenen zu erhalten bzw. zu erschließen:

- Personenebene: z.B. soziale Kompetenz, Gesundheitskompetenz im Bereich Ernährung, Bewegung, Umgang mit Suchtmitteln
- Gruppenebene: z.B. Möglichkeiten zur Reflektion von Lernen und Arbeiten
- Organisationsebene: z.B. Schaffung von gesundheitsförderlichen Strukturen und Rahmenbedingungen
- Qualitätssicherung im Führungsverhalten (Schulung, Aufwärtsbeurteilung durch MitarbeiterInnen) und in der Lehre (Evaluation)
- Förderung einer konstruktiven Kommunikationskultur
- gesundheitsförderliche Gestaltung des physischen Umfelds

3. Leitbild, Führungsleitlinien, Zielvereinbarungen oder Dienstvereinbarungen sind geeignete Orte, um Gesundheitsförderung festzuschreiben.

Ein Leitbild ist die Beschreibung der gelebten oder angestrebten Werte einer Organisation. Es dient der Identitätsbildung und gibt Orientierung für Kommunikation und Verhalten der Mitglieder.

Führungsleitlinien beschreiben das Selbstverständnis von Leitung und Mitarbeiterorientierung und die Umsetzung in Führungsverhalten.

Zielvereinbarungen sind verbindliche Absprachen zwischen zwei Ebenen (z.B. zwischen Vorgesetztem/r und Mitarbeiter/-innen, zwischen Organisationen oder Organisationseinheiten), welche Ergebnisse in einem definierten Zeitraum erreicht und überprüft werden sollen und welche Ressourcen dafür zur Verfügung stehen.

Betriebs- oder Dienstvereinbarungen sind Vereinbarungen zwischen der Leitung und der Personalvertretung, die eine rechtliche Norm für alle Arbeitnehmer und Bediensteten der Organisation oder Teile davon begründen. Bestimmte Anliegen (z.B. die Ordnung des Betriebes/der Dienststelle betreffend: generelles Rauchverbot) unterliegen nach dem Betriebsverfassungsgesetz oder den Personalvertretungsgesetzen der Mitbestimmung und sind in Betriebs- oder Dienstvereinbarungen zu regeln.

4. Die Gesundheitsfördernde Hochschule richtet sich an alle Mitglieder und Statusgruppen der Hochschule und bezieht dabei sämtliche Entscheidungsstrukturen und -ebenen ein. Darüber hinaus ist Gesundheitsförderung in Lehre und Forschung zu implementieren. Aus der großen und heterogenen Zielgruppe einer Gesundheitsfördernden Hochschule (Studierende, Lehrende, Beschäftigte) ergibt sich eine Vielzahl von gesundheitsfördernden Maßnahmen und Aktivitäten, wie z.B.

- klassische Bewegungs- und Ernährungsprogramme
- die gesundheitsförderliche Gestaltung von Lehrangeboten
- die Bereitstellung von Beratung und psychosozialen Diensten
- ergonomische und sichere Arbeitsplatzgestaltung
- die gesundheitsförderliche Gestaltung von Lehrräumen, Gebäuden und Freizeitbereichen
- gesundheitsfördernde Kommunikations- und Informationsstrukturen etc.

Die Umsetzung dieser Angebote und Maßnahmen erfordert die koordinierte Zusammenarbeit vieler verschiedener Professionen und Akteure (z.B. Betriebsärzte/-innen, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Sozial- und Suchtberatungen, Vertreter/-innen der Studierenden, Personalräte, Personaldezernate, Vertreter/-innen des Hochschulsports, Gesundheitsbeauftragte, Studienservice, Umweltbeauftragte und viele mehr) und kann nur dann nachhaltig wirksam sein, wenn Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe verstanden und in alle hochschulinternen Prozesse und Strukturen implementiert wird.

Bei allen Entscheidungen in der Hochschule wird der Gesundheitsaspekt berücksichtigt, z.B.

- wird bei Baumaßnahmen darauf geachtet, dass die Lebensqualität gefördert wird, Begegnungsräume entstehen und die Nutzer/-innen an den Planungen beteiligt werden
- wird im Rahmen von Ressourcenverteilung und Arbeitsorganisation darauf geachtet, dass keine Überlastung oder Unterforderung Einzelner entsteht

5. Eine Steuerungsgruppe plant und steuert den auf Dauer angelegten Gesamtprozess, Gesundheitsförderung in Verbindung mit dem Gesundheitsmanagement in der Organisation umzusetzen. Mit der Einrichtung einer Steuerungsgruppe entscheidet sich die Organisation, sich längerfristig in der Gesundheitsförderung zu engagieren. Voraussetzung ist eine neutrale Moderation zur Überwindung von disziplinären Sprachbarrieren und eine offene Kommunikation über die jeweiligen Interessen.

Als sinnvolle Zusammensetzung wird empfohlen: Vertreter/-innen aller Statusgruppen, Hochschulleitung, Personalräte bzw. Betriebsräte, Fachkraft für Arbeitssicherheit (Arbeits- und Umweltschutz), Vertreterin der Gleichstellungsstelle, betriebsärztlicher Dienst, Fachkompetenz aus den wissenschaftlichen Einrichtungen oder Fachbereichen, Suchtbeauftragte/r, Studentenwerk, Hochschulsport, Vertreter/-innen der Personalentwicklung und/oder Organisationsentwicklung, Schwerbehindertenbeauftragte/r, Beratungseinrichtungen. Die Steuerungsgruppe kann auch Arbeitskreis oder Steuerkreis oder ähnlich heißen. Sie bereitet Entscheidungen für die Hochschulleitung vor. Als Mindeststandard ist eine für die Koordinierung der Steuerungsgruppe und der in der Gesundheitsförderung laufenden Aktivitäten zuständige Person für diese Arbeit verbindlich zu benennen und freizustellen.

6. Eine regelmäßige Gesundheitsberichterstattung ist ein Instrument zur Planung, Steuerung und Qualitätssicherung von Maßnahmen und Initiativen zur Prävention und Gesundheitsförderung. Sie dient durch die Identifikation von Handlungsbedarfen und einer kontinuierlichen Verlaufskontrolle der gesundheitspolitischen Entscheidungshilfe und Handlungsorientierung. Sie liefert Informationen zu gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen und deren Umfang, Art und Verteilung sowie zu Hintergründen, Verläufen und Ergebnissen von Projekten und Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung.

Um zu erfahren, inwieweit eine Maßnahme wirksam war und wie groß der Erfolgsfaktor gemessen an den gesetzten Zielen ist, muss sie evaluiert werden. Eine Evaluation (Erfolgskontrolle) sollte während des Prozesses (Prozessevaluation) und nach Abschluss der Maßnahme (Ergebnisevaluation) erfolgen.

Gegenstand von Gesundheitsberichterstattung können neben AU- und Unfalldaten auch gesundheitsrelevante persönliche Daten sowie Aktivitäten aus den Interventionsfeldern sein. Geeignete Instrumente können Fragebogenerhebungen, qualitative Interviews, Gesundheitszirkel, Fokusgruppen und Berichte sein.

7. Verhaltensorientierte Maßnahmen sind personenbezogen (z.B. Entspannungsübungen, Yoga, Sport, Rückentraining etc). Durch sie kann die allgemeine Leistungs- und Widerstandsfähigkeit gestärkt werden. Verhältnisbezogene Maßnahmen dagegen sind strukturorientiert. Durch sie werden Verhältnisse gesundheitsförderlich gestaltet (z.B. Umsetzung von gesundheitsförderlichen Führungsleitlinien, Optimierung der Arbeitsbedingungen durch höhere Tätigkeitsspielräume). Verhaltensprävention und Verhältnisprävention sind nicht unabhängig voneinander zu sehen, sondern bedingen einander und müssen sich gegenseitig ergänzen und gelegentlich kompensieren.

Das Prinzip der Partizipation, d.h., alle Beteiligten und Betroffenen werden in die Planung und Umsetzung der Maßnahmen frühzeitig mit einbezogen, ist wesentlicher Bestandteil des Gesundheitsförderungskonzepts und ein Kriterium für den Erfolg von Gesundheitsförderung. Dies geschieht z.B. über die Einbeziehung von Personalräten und Studierendenvertretungen oder von einzelnen Beschäftigten und Studierenden in themenbezogene Arbeits- und Projektgruppen. Außerdem können Studierende oder Beschäftigte z.B. in Form von Gesundheitszirkeln direkt auf die Entwicklung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen für ihren Bereich Einfluss nehmen.

8. Auf der Konferenz für Umwelt und Entwicklung 1992 in Rio de Janeiro wurde die Idee einer nachhaltigen Entwicklung zum Leitbild für die zukünftige globale Entwicklung erklärt und die teilnehmenden 178 Staaten haben die Agenda 21 als einen Fahrplan für das 21. Jahrhundert verabschiedet. Das Leitbild einer nachhaltigen Entwicklung wird verstanden als „eine Entwicklung, die die Bedürfnisse der Gegenwart befriedigt, ohne zu riskieren, dass künftige Generationen ihre eigenen Bedürfnisse nicht befriedigen können“ (Brundtland-Bericht). Ein wesentliches Merkmal einer nachhaltigen Entwicklung ist damit die Idee der Gerechtigkeit. Diese umfasst sowohl den Anspruch, dass es einen Ausgleich zwischen Nord und Süd, Arm und

Reich geben soll (Verteilungsgerechtigkeit) als auch dass wir heute nicht auf Kosten zukünftiger Generationen leben sollen (Generationengerechtigkeit). Damit ist auch die Forderung nach einer umweltverträglichen und Ressourcen schonenden Lebensweise der heutigen Generationen verbunden.

Ein weiteres Merkmal des Konzepts der Nachhaltigkeit ist, dass Umwelt und Entwicklung zusammengehören sowie ökologische, soziale, ökonomische und kulturelle Ansätze integrativ betrachtet werden. Schließlich ist Partizipation ein weiteres wichtiges Element einer auf Nachhaltigkeit bedachten Entwicklung.

Viele Hochschulen haben das Leitbild der Nachhaltigkeit bereits in ihre Arbeit einbezogen. Gesundheitsförderung in einer Hochschule kann nur wirksam werden, wenn sie die komplexe Situation in der „Lebenswelt" Hochschule und – über die eigene Institution hinausgehend – auch regionale, nationale und globale Herausforderungen berücksichtigt. Ein Konzept der Gesundheitsförderung sollte sich daher am Konzept der Nachhaltigkeit orientieren und gleichermaßen soziale, ökologische, ökonomische und kulturelle Aspekte in den Blick nehmen – so sind z.B. das Klima zwischen den Kollegen/-innen, Schadstoffbelastungen, Fragen der angemessenen Entlohnung oder interkulturelle Differenzen nur einige der Themen- und Gestaltungsfelder, die eine Bedeutung für die Gesundheitsförderung haben können. Eine nachhaltige Gesundheitsförderung kann einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, dass die Hochschule ein Ort wird, der die Gesundheit fördert sowie Wohlbefinden und Lebensqualität steigert.

Ein Beispiel für Nachhaltigkeit wäre, begleitend zu Energiesparprogrammen der Hochschule den Energieverbrauch regelmäßig zu visualisieren (z.B. als Projektion von Verbrauchszahlen an die Wand).

9. Nach der Ottawa-Charta von 1986 richtet sich Gesundheitsförderung an alle Menschen in allen Lebenslagen, also z.B. auch an Menschen mit chronischen Erkrankungen oder an Menschen mit Behinderungen! Vor dem Hintergrund eines mehrdimensionalen determinierten Gesundheits- und Krankheitsverständnisses, welches die Bedeutung von Lebenslagen und Lebensweisen für Gesundheit und Krankheit berücksichtigt, fordert die WHO, dass die Gesundheitspolitik eine geschlechterspezifische und kulturspezifische Perspektive einnehmen muss, bei der die existierenden biologischen und kulturellen Differenzen und damit die unterschiedlichen Gesundheitsbedürfnisse von Personen und Gruppen berücksichtigt werden. Gesundheitsförderung verbindet sich hier eng mit dem Diversity Management, das in der Personalpolitik von Organisationen zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Dies kann z.B. bedeuten, dass Gesundheits- oder Personalentwicklungsprogramme auf die einzelnen Zielgruppen abgestimmt sind bzw. dadurch Gender- und kulturelle Kompetenzen bei den Zielgruppen entwickelt werden.

10. Hochschulen sind in vielfältiger Weise auf regionaler und überregionaler Ebene vernetzt. Jedoch existieren über den Hochschulbereich hinaus im Rahmen des Setting-Ansatzes weder auf regionaler noch überregionaler Ebene nachhaltige Vernetzungsstrukturen. Potenzielle Netzwerk-Partner für Gesundheitsfördernde Hochschulen im Rahmen des Setting-Ansatzes sind z.B. das Regions for Health Network oder das Gesunde-Städte-Netzwerk. Universitätskliniken böte sich die Mitgliedschaft im Deutschen Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser an.

Das Gesunde-Städte-Netzwerk in Deutschland versteht sich als Teil der "Gesunde Städte"-Bewegung der WHO. Das Netzwerk ist ein freiwilliger Zusammenschluss der beteiligten Kommunen. Das Netzwerk verstärkt seit 2004 als Mitglied das „Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung“. In diesem haben sich verschiedene bundesweite Organisationen, Institutionen und Kompetenzen im Forum zusammengefunden und einem gemeinsamen Ziel verpflichtet: der Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Es dient vor allem als Aktions- und Lerninstrument, mit dem die Arbeit vor Ort unterstützt werden soll. Das Gesunde-Städte-Netzwerk spricht in fachlicher und fachpolitischer Hinsicht Mitarbeiter/-innen des Gesundheitsamtes, des Sozialamtes, des Wohnungsamtes, des Umweltamtes und der Stadtentwicklungsplanung ebenso an wie Vertreter/-innen der Gesundheitsinitiativen und Selbsthilfegruppen. Für die Akteure an gesundheitsfördernden Hochschulen eröffnet dies den Zugang zu einem großen Potenzial an Kooperationspartner/-innen. Diese ermöglichen die Anbindung der Hochschule an die Region, die Öffentlichkeitswirksamkeit von Maßnahmen und bringen nicht zuletzt eine große Erfahrung mit in die Projektumsetzung in den Hochschulen ein. So ist die Einbindung regionaler Netzwerke als Qualitätsmerkmal von Gesundheitsförderung an Hochschulen zu bewerten.

Vernetzung auf regionaler Ebene bedeutet, sich in bestehenden Netzwerken zu engagieren oder diese zu initiieren. So kann man z.B. Veranstaltungen wie den Gesundheitstag für die Region öffnen.

Gesunde Hochschule – Übersicht der Kooperationspartner der Techniker Krankenkasse

Hochschule	Ansprechpartner/-in der TK
Charité Universitätsklinikum Berlin	Ulla Oerder (TK) Ulla.Oerder@tk-online.de
Freie Universität Berlin	Ulla Oerder (TK) Ulla.Oerder@tk-online.de
Studentenwerk Berlin	Ulla Oerder (TK) Ulla.Oerder@tk-online.de
Alice-Salomon-Hochschule (ASH) Berlin	Ulla Oerder (TK) Ulla.Oerder@tk-online.de
Technische Universität Braunschweig	Wiebke Arps (TK) Wiebke.Arps@tk-online.de
Universität Freiburg	Petra Dann (TK) Petra.Dann@tk-online.de
Universität Konstanz	Petra Dann (TK) Petra.Dann@tk-online.de
Universität Paderborn	Joachim Schröer (TK) Joachim.Schroeer@tk-online.de
Universität Rostock	Ulla Oerder (TK) Ulla.Oerder@tk-online.de

Tab. 14: Gesunde Hochschule - Übersicht der aktuellen Kooperationspartner der Techniker Krankenkasse (Stand: 08.09.2008)

Hochschule	Ansprechpartner/-in der TK
Universität Bayreuth	Heike Grethlein (TK) Heike.Grethlein@tk-online.de
Universität Karlsruhe	Petra Dann (TK) Petra.Dann@tk-online.de
Universitätsklinikum Gießen der Universität Gießen Marburg	Andreas Gailus (TK) Andreas.Gailus@tk-online.de
Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg	Wiebke Arps (TK) Wiebke.Arps@tk-online.de
Medizinische Hochschule Hannover	Heike Grethlein (TK) Heike.Grethlein@tk-online.de
Universität Heidelberg	Petra Dann (TK) Petra.Dann@tk-online.de
Fachhochschule Kiel	Wiebke Arps (TK) Wiebke.Arps@tk-online.de
Fachhochschule Neubrandenburg	Wiebke Arps (TK) Wiebke.Arps@tk-online.de
Universität Würzburg	Heike Grethlein (TK) Heike.Grethlein@tk-online.de

Tab. 15: Gesunde Hochschule - Referenzliste der Kooperationspartner der Techniker Krankenkasse (Stand: 08.09.2008)

Literaturverzeichnis

Das Literaturverzeichnis finden Sie auf der Website des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen unter: www.gesundheitsfördernde-hochschulen.de

In der Reihe Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK sind erschienen:

Mit Erfolg gesund bleiben Teil I

Selbstmanagement, Führung und Gesundheit
Erschienen: 12/2002, ISSN 1610-8450, Band 1/1

Mit Erfolg gesund bleiben Teil II

Gesundheitsmanagement im Unternehmen
Erschienen: 12/2002, ISSN 1610-8450, Band 1/2

Gesundheitsreport

Auswertungen 2000-2001,
Arbeitsunfähigkeiten und Arzneimittelverordnungen
Erschienen: 12/2002, ISSN 1610-8450, Band 2

Gesundheitsreport 2003

Arbeitsunfähigkeiten und Arzneimittelverordnungen
Schwerpunkt: Depressive Erkrankungen
Erschienen: 9/2003, ISSN 1610-8450, Band 3

Moderne IT-Arbeitswelt gestalten

Anforderungen, Belastungen und Ressourcen
in der IT-Branche
Erschienen: 4/2004, ISSN 1610-8450, Band 4

Gesundheitsreport 2004

Arbeitsunfähigkeiten und Arzneimittelverordnungen
Schwerpunkt: Arzneiverordnungsdaten als Gesundheitsindikatoren
Erschienen: 7/2004, ISSN 1610-8450, Band 6

Rauchfreier Arbeitsplatz

Erfolgreiche Nichtraucherstrategien im Unternehmen
Erschienen: 1/2005, ISSN 1610-8450, Band 7

Gesundheitsreport 2005

Trends bei Arbeitsunfähigkeiten und Arzneimittel-verordnungen
Erschienen: 7/2005, ISSN 1610-8450, Band 8

Schichtarbeit

Informationen für einen gesunden Ausgleich
Erschienen: 12/2005, ISSN 1610-8450, Band 9

Darmkrebsreport 2005

Auswertungen zu Häufigkeit, Patientenkarrieren, Kosten
Erschienen: 01/2006, ISSN 1610-8450, Band 10

Gesundheitsreport 2006

Arbeitsunfähigkeiten und Arzneimittelverordnungen
Schwerpunkt: Erkältungskrankheiten - Grippe
Erschienen: 7/2006, ISSN 1610-8450, Band 11

Hautgesundheit

Auswertungen zu Hauterkrankungen bei Erwerbspersonen
Erschienen: 4/2007, ISSN 1610-8450, Band 12

Gesundheitsreport 2007

Arbeitsunfähigkeiten und Arzneimittelverordnungen
Gesundheit im demografischen Wandel
Erschienen: 7/2007, ISSN 1610-8450, Band 13

Stress erfolgreich managen

Grundlagen, Instrumente und Strategien für die betriebliche Praxis.
Erschienen: 8/2007; ISSN 1610-8450, Band 14

Gesund alt werden im Betrieb

Wie Führungskräfte den demografischen Wandel gestalten
Erschienen: 10/2007; ISSN 1610-8450, Band 15

Gesund studieren

Befragungsergebnisse des Gesundheitssurvey und Auswertungen zu Arzneimittelverordnungen
Erschienen: 11/2007; ISSN 1610-8450, Band 16

Gesundheit in KMU

Widerstände gegen betriebliches Gesundheitsmanagement in kleinen und mittleren Unternehmen - Gründe, Bedingungen und Wege zur Überwindung
Erschienen: 5/2008; ISSN 1610-8450, Band 17

Gesundheitsreport 2008

Auswertungen 2008 Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen; Schwerpunkt: Psychische Störungen
Erschienen: 7/2008; ISSN 1610-8450, Band 18

Gärtnergesundheit

Auswertung zur Gesundheit von Gärtnern und Gartenarchitekten
Erschienen: 8/2008; ISSN 1610-8450, Band 19

Techniker Krankenkasse
Gesund in die Zukunft.

Stand: 9/2008