

Arne Göring / Daniel Möllenbeck (Hg.)
**Bewegungsorientierte
Gesundheitsförderung an Hochschulen**

Hochschul**sport**: Bildung und Wissenschaft
Band 3

2015



allgemeiner deutscher
hochschulsportverband



Universitätsdrucke Göttingen



Arne Göring/Daniel Möllenbeck (Hg.)
Bewegungsorientierte Gesundheitsförderung an Hochschulen

Dieses Werk ist lizenziert unter einer
[Creative Commons
Namensnennung - Weitergabe unter gleichen Bedingungen
4.0 International Lizenz.](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)



erschienen in der Reihe „Hochschulport: Bildung und Wissenschaft“ in den
Universitätsdrucken im Universitätsverlag Göttingen 2015

Arne Göring/Daniel Möllenbeck (Hg.)

Bewegungsorientierte
Gesundheitsförderung
an Hochschulen

Hochschulsport: Bildung und
Wissenschaft, Band 3



Universitätsverlag Göttingen
2015

Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) aus Mitteln des Kinder- und Jugendplanes (KJP) des Bundes durch die Deutsche Sportjugend (dsj).

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Anschrift des Herausgebers

Dr. Arne Göring

E-Mail: agoering@sport.uni-goettingen.de

Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung und zur besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Publikation die männliche Form verwendet. Frauen werden gleichermaßen einbezogen und angesprochen.

Dieses Buch ist auch als freie Onlineversion über die Homepage des Verlags sowie über den Göttinger Universitätskatalog (GUK) bei der Niedersächsischen Staats- und Universitätsbibliothek Göttingen (<http://www.sub.uni-goettingen.de>) erreichbar. Es gelten die Lizenzbestimmungen der Onlineversion.

Satz und Layout: Arne Göring

Umschlaggestaltung: Kilian Klapp nach einer Idee von Dirk Beckmann

Titelabbildung: © drubig-photo – Fotolia.com und © sabine hürdler – Fotolia.com

© 2015 Universitätsverlag Göttingen

<http://univerlag.uni-goettingen.de>

ISBN: 978-3-86395-202-0

ISSN: 1864-189X

Inhalt

A) Gesundheitsverhalten, -verhältnisse und -ressourcen von Hochschulangehörigen

Bewegungsorientierte Gesundheitsförderung an Hochschulen – ein einführendes Vorwort <i>Arne Göring & Daniel Möllenbeck</i>	5
Medikamentenmissbrauch an deutschen Hochschulen als Ausdruck einer Leistungsgesellschaft <i>Pavel Dietz & Antje Dresen</i>	9
Alltagsbelastungen und Wünsche zur Gesundheitsförderung von Studierenden <i>Bettina Wollesen, Anna Lina Rablf, Sarah Gansser, Berit Köbler & Nicole Pereira Guedes</i>	21
Healthy Campus Bonn – Sport- und Bewegungsverhalten der Studierenden <i>Manuela Preuß, Peter Preuß, Kerstin Kublmann, Max Ponert, Katja Mehlis, André Beauducel, Georg Rudinger & Georg Predel</i>	37
Neuroenhancement an Hochschulen – Doping für die Wissenschaft? <i>Franziska Antoniewicz & Wanja Wolff</i>	65
Das Sport- und Gesundheitsverhalten von Studierenden – eine Frage der Hochschulsozialisation? <i>Arne Göring & Sabrina Rudolph</i>	77
Gesundheitliche Belastungen, Gesundheitskonzepte und Umsetzungshindernisse in der Gesundheitsförderung von Studierenden <i>Nicole Pereira Guedes & Bettina Wollesen</i>	101
Gesundheitsverhalten und Gesundheit bei wissenschaftlichen und nicht-wissenschaftlichen Beschäftigten – ein Vergleich an der Universität Konstanz <i>Filip Mess, Daniel Gerth, Johannes Hanke, Matthias Rabel & Utz Niklas Walter</i>	115

Die Hochschule als kohärenter Lebensraum? Ergebnisse einer salutogenetischen Studie von Studierenden im ersten Studienjahr <i>Arne Göring & Sabrina Rudolph</i>	131
Die Gesundheitskompetenz von Studierenden in Abhängigkeit von sportlicher Aktivität <i>Arne Göring & Sabrina Rudolph</i>	147
Gesundheitliche Ressourcen und Belastungen von Studierenden <i>Daniel Möllenbeck</i>	167
Kann Sport süchtig machen? Das Gefährdungspotential von Gesundheits- und Fitnesssport auf die Entwicklung einer Sportsucht bei Studierenden <i>Sabrina Rudolph, Arne Göring & Katharina Pitschel</i>	183
Strukturen der betrieblichen Gesundheitsförderung an Hochschulen <i>Mechthild Gerdes</i>	195
 B) Sport und Bewegung im Kontext der Gesundheitsförderung an Hochschulen. Theoretische Ansätze und empirische Erkenntnisse	
„10 Gewinnt“ – Laufen als Eckpunkt der betrieblichen Gesundheitsförderung. Eine Fragebogenstudie zu Wohlbefinden und Selbstwertgefühl <i>Jens Keyßner, Axel Horn & Katrin Knödler</i>	209
Evaluation und Weiterentwicklung des Pausenexpresses als Maßnahme der aufsuchenden Gesundheitsförderung im Setting Universität <i>Filip Mess, Julia Theune & Stefanie Schüler</i>	221
Vergleich der Effekte einer Bewegungs-Kurzintervention am Arbeitsplatz (BKaA) an der Universität Konstanz und dem Karlsruher Institut für Technologie <i>Stefanie Schüler, Claudia Hildebrand, Jasmin Barthel & Alexander Woll</i>	235
Körperlich-sportliche Aktivität und subjektiver Gesundheitszustand sowie studiumsspezifisches Stressempfinden bei Studierenden <i>Astrid Kämpfe, Carolin Köster & Hans Peter Brandl-Bredenbeck</i>	257

Bewegungspausen in der Hochschullehre: Evaluationsergebnisse des Pilotprojektes „FiduS – Fit durchs Studium“ an der Hochschule Fulda <i>Gianna König, Johanna Parthey & Anja Kroke</i>	273
The Role of Sport Professionals in the Health-Related Promotion of Physical Activity: the Perspective of the Health System <i>Enrico Michelini & Ansgar Thiel</i>	289
Gesundheit als Schlüsselkompetenz? Theoretische Grundlegungen und konzeptionelle Anregungen zur Gesundheit als Bildungsinhalt an Hochschulen <i>Arne Göring</i>	305
Bewegungsorientierte Gesundheitsförderung an einer Universität mit hohem Anteil internationaler Studierender: Exemplarische Begleitung einer Verhältnisförderung und gesundheitspsychologischen Evaluation <i>Sonia Lippke, Vera Storm, Amanda Whittal & Juliane Paech</i>	321
Bewegungs- und Sportverhalten von Hochschulmitarbeiterinnen und -mitarbeitern <i>Petra Wagner, Klaus Beier & Heike Streicher</i>	343
 C) Praxisbeispiele und Anwendungsbezüge	
„alice gesund“ – Betriebliches Gesundheitsmanagement an der Alice Salomon Hochschule Berlin. Konzept, Realisierung, Perspektiven <i>Detlef Kubn, Berthe Khayat, Anja Volkhammer & Anja Voss</i>	363
Motopädie an der Universität Bonn: Ein Gesundheitsprogramm für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Universität Bonn <i>Katja Bleser & Peter Preuß</i>	371
Gesunder Start ins Studium – ein Pilotprojekt zur Förderung der Studierendengesundheit <i>Eva Mir, Doris Gebhard & Angelika Mitterbacher</i>	381
Weniger sitzen – mehr bewegen: Die Praxis von Bewegungspausen am Beispiel von FiduS – Fit durchs Studium <i>Gianna König, Jan Ries, Anita Schleicher & Anja Kroke</i>	389

<i>Aktive Pause</i> – ein Angebot von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als ein Beispiel für eine nachhaltige Maßnahme im Rahmen der Gesundheitsförderung an Hochschulen <i>Christine Höss-Jelten, Sabine Maier & Thomas Dolp</i>	401
Praxis der bewegungsorientierten Gesundheitsförderung an der Hochschule Fulda <i>Maria Eife, Andrea Kablböfer, Jan Ries & Anita Schleicher</i>	419
„Hol dir deinen beneFIT“ – Einführung eines Gesundheitspasses zur Förderung der Studierendengesundheit an der Universität Paderborn <i>Carolin Köster, Niclas Schaper, Dennis Fergland, Sandra Bischof, Uli Kussin & Astrid Kämpfe</i>	427
Gesundheitsmanagement an der Universität Potsdam – Fördernde Faktoren und limitierende Hindernisse <i>Franziska Antoniewicz & Daniela Kahlert</i>	437

Bewegungsorientierte Gesundheitsförderung an Hochschulen – ein einführendes Vorwort

Arne Göring & Daniel Möllenbeck

Kaum ein anderes Thema hat in den letzten zwanzig Jahren eine derart große gesellschaftliche Aufmerksamkeit erfahren wie das Themenfeld Gesundheit. Egal auf welche Institution wir den Blick richten und welches Produkt wir heute wählen, Gesundheit ist in vielen Bereichen unseres Lebens zu einem zentralen Leitmotiv avanciert. Es ist vor diesem Hintergrund nur wenig verwunderlich, dass die Gesundheit heute auch in Hochschulen ein wichtiges Themenfeld repräsentiert. Bedenkt man, dass es keine zwanzig Jahre her ist, dass in vielen Hochschulgebäuden noch wie selbstverständlich geraucht werden durfte, erscheint diese Entwicklung geradezu revolutionär. Einzelne Hochschulen bezeichnen sich heute sogar als Gesundheitsfördernde Hochschulen, in denen spezifische, auf Gesundheit ausgerichtete Organisationsstrukturen und -prozesse aufgebaut wurden. Diese Hochschulen verstehen Gesundheit als Querschnittsaufgabe und haben darauf bezogene Managementsysteme entwickelt, die der Gesundheitsförderung von Hochschulangehörigen dienen sollen.

Die Hochschulen folgen dabei der grundlegenden Neuausrichtung der Gesundheitsförderung, die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits in den 1970er Jahren angestoßen wurde. Die Ausrichtung auf Empowerment, Ressourcenorientierung und Partizipation als Eckpfeiler einer an gesellschaftlichen Sektoren ausgerichteten Gesundheitsstrategie stellt diesbezüglich einen radikalen Bruch mit der bis dahin vorherrschenden Risikofaktorenstrategie dar (Kickbusch 2003). Der Settingansatz (Baric 1993), der seither die Gesundheitsförderung leitet,

geht von der einfachen Tatsache aus, dass Gesundheit und Krankheit vor allem dort entstehen, wo die Menschen einen großen Teil ihrer Zeit verbringen, sprich wo sie arbeiten und leben. Ein Setting wird dabei als begrenztes System verstanden, welches sich an den primären Lebenswelten der Menschen orientiert und die alltäglichen Rahmenbedingungen für die Entstehung von Gesundheit und Krankheit berücksichtigt. Um die Gesundheit eines Menschen zu fördern, so die einfache wie plausible Ausgangsthese, müsste demnach dort angesetzt werden, wo unmittelbare Einflüsse auf das Verhalten, Erleben und Interagieren von Menschen einwirken. In diesen sozialen Systemen könnten Belastungen, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken können, am Einfachsten abgebaut und gleichzeitig Ressourcen gestärkt werden, die für die individuelle Gesunderhaltung positive Folgen haben (ebd.).

Dass die Hochschule für ihre Angehörigen (insbesondere Studierende und Mitarbeitende) ein aus der Sicht der Gesundheitsförderung relevantes Setting darstellt, steht außer Frage. Und doch hinken die Hochschulen in der Behandlung der Gesundheitsthematik anderen Institutionen deutlich hinterher. Während soziale Systeme wie Schulen, Krankenhäuser oder Betriebe die Gesundheitsförderung bereits in den frühen 1980er Jahren aufgegriffen haben und mit entsprechenden Konzepten auf die Anforderungen der Gesundheitspolitik reagiert haben, ist die Gesundheitsförderung an Hochschulen erst seit Mitte der 1990er Jahre ein relevantes Thema. Ohne Frage stellt die Gründung des Arbeitskreises „Gesundheitsfördernde Hochschulen“ im Jahr 1995 einen Meilenstein in der diesbezüglichen Entwicklung dar (Faller & Schnabel 2006). Zwar haben bis heute bei Weitem nicht alle Hochschulen das Gesundheitsthema in den Hochschulalltag implementiert oder gar konkrete Managementsysteme zur nachhaltigen Förderung der Gesundheit ihrer Hochschulangehörigen aufgebaut. Und doch nimmt die Gesundheitsförderung heute erstmals einen wichtigen und sichtbaren Stellenwert in der Hochschulpolitik und im Hochschulmanagement ein. Über Gesundheit diskutiert wird dabei nicht nur in den fachwissenschaftlichen Disziplinen, sondern auch auf der Ebene der Hochschulleitungen (Sonntag & Steinke 2013) und deren Netzwerken. Mit der Ausschreibung eines auf die Hochschule bezogenen Forschungsprogramms hat im Jahr 2013 erstmals auch das Bundesministerium für Gesundheit die Hochschule als Setting operationalisiert und ein auf die Zielgruppe der Studierenden ausgerichtetes Programm auf den Weg gebracht. Und auch die auf die Gesundheitsförderung an Hochschulen bezogenen Publikationen sind in den letzten zehn Jahren sprunghaft angestiegen.

Dabei besitzt die Gesundheitsförderung im Hochschulsektor ein über den Settingansatz hinausgehendes Potenzial. Denn Hochschulen repräsentieren ein wichtiges gesellschaftliches Multiplikatorensystem (Rosenbrock 2006), in dem Studierende als die „Führungskräfte von morgen“ (Leslie et al. 1999) weitreichenden Einfluss auf die Entwicklung gesellschaftlicher Leitbilder und Werthaltungen besitzen. Die in der Hochschule gemachten Erfahrungen wirken weit über das Setting

Hochschule hinaus. Vor allem die Arbeitswelt, in die die Studierenden nach ihrem Studium einsteigen, wird maßgeblich dadurch determiniert, welche Erfahrungen, Erwartungen und Bedarfslagen Studierende aus dem Hochschulsystem mitbringen. Hochschulen wirken damit wie kaum eine andere Institution über ihre eigentlichen Systemgrenzen hinaus und entfalten eine gesellschaftliche Veränderungskraft, die sowohl zeitlich als auch räumlich über den konkreten Hochschulkontext hinaus geht.

Sport und Bewegung kommt im Rahmen der modernen Gesundheitsförderung mittlerweile ein besonderer Stellenwert zu. Es gilt heute als unstrittig, dass regelmäßige Bewegung nicht nur das Herz-Kreislauf-System stärkt, die körperliche Fitness verbessert und den Stoffwechsel anregt. Zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen konnten auf einer Metaebene zeigen, dass regelmäßig betriebener Sport das Mortalitätsrisiko senkt, die Wahrscheinlichkeit an klassischen Zivilisationskrankheiten zu erkranken, drastisch reduziert und in der Therapie von verschiedensten Krankheiten herausragende Wirkungen entfalten kann (Woll & Bös 2003). Die etwas jüngere Forschung zu den psychosozialen Wirkungsweisen von Sport und Bewegung zeigt ebenfalls überaus positive Effekte. Aktuelle Studien zeigen, welche Reichweite sportliche Aktivitäten auch auf der psychischen Ebene besitzen (Schulz et al. 2012).

Während Sport und Bewegung für andere Settings, allen voran die Schule, sowohl konzeptionell als auch im Hinblick auf die settingspezifischen Wirkungen und Effekte wissenschaftlich gut aufgearbeitet wurde (vgl. u.a. Klaes et al 2008) steht eine systematische sport- und gesundheitswissenschaftliche Untersuchung für das Hochschulsystem noch am Anfang. Zwar konnte vor allem Möllenbeck (2011) eine Grundlegung für den Zusammenhang von Sport, Bewegung und Gesundheit bei Studierenden legen. Darüber hinaus ist die wissenschaftliche Thematisierung von Sport und Bewegung gerade mit gesundheitswissenschaftlichen Schwerpunkten aber noch wenig entwickelt. Dies ist auch insofern verwunderlich, als dass die Praxis der bewegungsorientierten Gesundheitsförderung an vielen Hochschulen eine Vielzahl an Konzepten und Maßnahmen hervorgebracht haben, die speziell für das Hochschulsetting entwickelt wurden und auf eine breite Akzeptanz in den jeweiligen Zielgruppen stoßen. Insbesondere die Hochschulsporteinrichtungen, die das Thema Sport und Bewegung an den Hochschulen vertreten, haben sich mit zahlreichen Aktivitäten, Angeboten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung geöffnet. Dabei rücken nicht nur Studierende in das Blickfeld. Auch für die Mitarbeitenden der Hochschulen, immerhin mehr als 600 000 Personen in Deutschland, sind vielfältige bewegungsorientierte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung entwickelt worden.

Mit dem vorliegenden Band der Reihe „Hochschulsport: Bildung und Wissenschaft“ wollen wir das Desiderat der bewegungsorientierten Gesundheitsförderung an Hochschulen aus mehreren Perspektiven bearbeiten. Neben theoretischen Beiträgen konnten zahlreiche empirisch ausgerichtete Beiträge gewonnen werden, die

über die Effekte, Wirkungsweisen und Anwendungsmöglichkeiten des Sports und der Bewegung im Hochschulsetting berichten. Dass wir es geschafft haben, auch Praxisbeispiele für eine gezielte und systematische bewegungsorientierte Gesundheitsförderung zu rekrutieren, entspricht der grundsätzlichen Netzwerkperspektive des Allgemeinen Deutschen Hochschulsportverbandes, der diese Publikation inhaltlich begleitet und gleichsam die Finanzierung ermöglicht hat. Für diese Unterstützung gilt unser größter Dank!

Literatur

- Baric, L. (1993): The settings approach - implications for policy and strategy. *Journal of the Institute of Health Education*, 31, 17–24.
- Faller, G. & Schnabel, P.-E. (Hrsg.) (2006): *Wege zur gesunden Hochschule*. Berlin.
- Klaes, L., Poddig, F. / Wedekind, S. / Zens, Y. & Rommel, A. (Hrsg.): *Fit sein macht Schule. Erfolgreiche Bewegungskonzepte für Kinder und Jugendliche*. Ärzte-Verlag, Köln.
- Kickbusch, I. (2003): Gesundheitsförderung. In F.W. Schwartz, *Das Public-Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen* (2. Aufl.) (S. 181-188). München, Jena.
- Leslie, E. Owen, N., Salmon, J., Baumann, A., Sallis, J.F. & Lo, S.K. (1999): Insufficiently Active Australian College Students: Perceived Personal, Social, and Environmental Influences. *Preventive Medicine*, 28, 20-27.
- Möllenbeck, D. (2011): *Gesundheitsförderung im Setting Universität: Verbreitung und Effekte sportlicher Aktivität bei Studierenden – eine salutogenetische Untersuchung*. Dissertation an der Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Göttingen. Reihe Junge Sportwissenschaft. Hofmann-Verlag, Schorndorf.
- Sonntag, U. & Steinke, B. (2013): *Gesundheitsfördernde Hochschulen. Modelle aus der Praxis*. Beilage zur *duz – Unabhängige Deutsche Universitätszeitung/ Magazin für Forscher und Wissenschaftsmanager*, 22. März 2013. Bobingen.
- Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2. Aufl. 2006): *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Schulz K-H, ·Meyer A, Langguth N (2012): *Körperliche Aktivität und psychische Gesundheit* In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* Volume 55: 55-65.
- Woll, A. & Bös, K. (1995): *Sportliche Aktivität, Fitness und Gesundheit*. Methodenband. Frankfurt, Institut für Sportwissenschaft.

Medikamentenmissbrauch an deutschen Hochschulen als Ausdruck einer Leistungsgesellschaft

Pavel Dietz & Antje Dresen

1 Einleitung

Das Streben nach mehr Leistung ist nicht nur ein sportimmanentes Phänomen. Es tritt in einer leistungsorientierten Gesellschaft zunehmend in der Arbeitswelt, insbesondere im akademischen Kontext auf. Dazu hat sich im letzten Jahrzehnt ein Forschungsschwerpunkt namens „Neuroenhancement“ bzw. „Cognitive Enhancement“ um die Steigerung kognitiver Leistungsfähigkeit in Bezug auf Wachheit, Aufmerksamkeit, Konzentration etc. etabliert. Vor allem im Setting Hochschule wurden in Deutschland zahlreiche epidemiologische Studien durchgeführt, welche gerade die Gruppe der Studierenden als Risikokollektiv für die missbräuchliche Einnahme von verschreibungspflichtigen Medikamenten sowie illegalen Drogen herausstellen. Als Motive für die Einnahme solcher Substanzen werden u. a. zunehmender Stress durch die Umstellung auf die Bachelor-/Master-Studiengänge sowie steigender Konkurrenzdruck diskutiert.

Im Rahmen dieses gesundheitssoziologischen Beitrags soll dementsprechend das Ausmaß von „pharmakologischem Neuroenhancement“ als Medikamentenmissbrauch an deutschen Hochschulen erstens studienbasiert dargestellt und zweitens differenzierungstheoretisch über Ausprägungen einer Leistungsgesellschaft interpretiert werden.

2 Terminologische Rahmungen um „Hirndoping“

Um das thematische Feld des Substanzgebrauchs in Sport und Gesellschaft rankt sich vor allem in medialen Debatten der Terminus des „Hirndopings“. Die damit assoziierten „Pillen für den Lernrausch“ (Süddeutsche Zeitung vom 9.11.2013) werden im Kontext von Ängsten vor Prüfungen, Konkurrenzdruck und Überforderungserscheinungen diskutiert. Dabei wird in der entsprechenden Berichterstattung nicht weiter differenziert, welche unterschiedlichen Methoden und Substanzen gemeint sind und wer was wie oft und warum anwendet bzw. einnimmt. Um diese Fragen hat sich so ein Forschungsgebiet konstituiert, das vor allem terminologische und epidemiologische Aufklärungsarbeit leistet.

Für eine systematische Aufbereitung der substanzgebundenen und -ungebundenen Maßnahmen der anvisierten Leistungssteigerung des Gehirns haben sich die Begriffe „Cognitive Enhancement“ bzw. „Neuroenhancement“ durchgesetzt. Dies sind zugleich phänomenologische Bezugsgrößen für eine Summe an Methoden, die zur Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit eingesetzt werden. So wird zum Beispiel mittels Nanotechnologien, Sport, mentalem Training, gezielt geplanten Schlafphasen, Ernährung, aber auch missbräuchlichem Konsum von Medikamenten und Drogen versucht, die Wachheit zu steigern, Aufmerksamkeit und Konzentration zu erhöhen und das Gedächtnis zu verbessern.

Das „pharmakologische Neuroenhancement“ beschreibt dabei insbesondere die *missbräuchliche* Einnahme von *verschreibungspflichtigen* Medikamenten oder *illegalen* Drogen durch *gesunde* Menschen mit dem Ziel der geistigen Leistungssteigerung (Lieb 2010: 21–22). Zweckentfremdet eingenommen werden laut epidemiologischer Studien zum Beispiel Psychostimulanzien wie Methylphenidat und Amphetamin, Modafinil, Antidementiva, Antidepressiva sowie illegale Drogen wie Ecstasy und Kokain (vgl. Franke & Lieb 2010). Diese Form des Konsums schließt den Gebrauch von nicht-verschreibungspflichtigen Substanzen wie Koffein oder Ginkgo Biloba, die Einnahme von Medikamenten zu therapeutischen Zwecken sowie den Gebrauch von Drogen, um „high“ zu werden, aus. Pharmakologisches Neuroenhancement geht mit dem klaren Motiv der kognitiven Leistungssteigerung einher und darf daher nicht mit einem Medikamenten- bzw. Drogenkonsum im weiteren Sinne gleichgesetzt werden.

Die Wirkung dieser verschiedenen Methoden auf eine Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit stellt einen großen Forschungsschwerpunkt innerhalb der Neurowissenschaften dar. Dabei sind die Interventionsstudien zur Wirkung auf die kognitive Leistungsfähigkeit überaus heterogen gestreut und liefern dementsprechend unterschiedliche Ergebnisse. Hier mangelt es noch an Studien zum Vergleich der verschiedenen Methoden zur Steigerung der Kognition. Valide Aussagen zur entsprechenden Effektivität sind deshalb derzeit noch nicht möglich (vgl. Dresler et al. 2013). Lediglich für den Konsum von Medikamenten liefert der aktuelle Forschungsstand aussagekräftige Ergebnisse. Erkenntnisse zur Wirkung von Medikamenten gehen zum Beispiel aus den Übersichtsarbeiten um eine Arbeits-

gruppe der Charité Berlin (Repantis et al. 2009; Repantis, Laisney & Heuser 2010) sowie der Universitätsmedizin Mainz (Franke & Lieb 2010) hervor. Abhängig von den jeweiligen verabreichten Dosen scheint Koffein gleichermaßen effektiv auf die Leistung bei einfachen psychomotorischen Tests und auf das Wachheitsempfinden zu wirken, wie verschreibungspflichtige Dextroamphetamine und das ebenso psychostimulierend wirkende Medikament Modafinil (Wesensten, Killgore & Balkin 2005).¹

3 Häufigkeiten von pharmakologischem Neuroenhancement

Der Konsum von „Neuroenhancern“ scheint in Folge empirischer Studien in Deutschland durchaus keine Seltenheit zu sein. Vor allem in Kollektiven von Büroarbeitern und Chirurgen werden Prävalenzen zwischen 5 % und 20 % für den missbräuchlichen Konsum von Medikamenten zum Zweck des „Cognitive Enhancements“ berichtet (DAK 2009; Franke et al. 2013). Studien an amerikanischen Colleges zeigen zudem, dass Neuroenhancer auch bei Studierenden und jungen Akademikern gebräuchlich sind. Mittels Onlinebefragungen von 4580 Collegestudenten berechneten Teter und Kollegen (2006) eine Lebenszeitprävalenz von 8,3 % und eine Jahresprävalenz von 5,9 % für den Konsum von verschreibungspflichtigen Stimulanzien.² In den meisten Fällen gaben die Studierenden an, Stimulanzien zur Steigerung ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit eingenommen zu haben. Andere Motive waren der Wunsch, Körpergewicht zu verlieren (über Appetitzügler) sowie die Kompensation der Wirkung anderer Drogen (Teter et al. 2006).

Eine weitere Befragung von Collegestudierenden ergab sogar eine Lebenszeitprävalenz von 34 % für den missbräuchlichen Konsum von Medikamenten zur Therapie des Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndroms (ADHS), ohne dass den Studierenden ein Rezept für diese Substanzen verschrieben wurde. Auch in dieser Stichprobe waren die Motive heterogen. Allerdings stellte sich wie in der zuvor erwähnten Studie geistige Leistungssteigerung, also „Cognitive Enhancement“, als Leitmotiv heraus (DeSantis, Webb & Noar 2008). Weitere epidemiologische Studien aus dem nordamerikanischen Raum bestätigen diese Zahlen (McCabe et al. 2005; Wilens et al. 2008).

An deutschen Universitäten konnten die hohen Prävalenzen der amerikanischen Collegestudien zunächst lediglich für den Konsum von Koffein bestätigt werden. So wurden Lebenszeit- und Jahresprävalenzen von 10,5 % und 3,8 % für die Einnahme von Koffeintabletten bei 512 Studierenden einer deutschen Univer-

¹ Bezugsgrößen sind hier: 600 mg Koffein, 20 mg Dextroamphetamin und 400 mg Modafinil. Eine Tasse Kaffee enthält je nach Stärke etwa 60-100 mg Koffein/100 ml.

² Der Begriff Prävalenz stammt aus der Epidemiologie und ist eine Kennzahl dafür, wie häufig ein bestimmtes Merkmal, zum Beispiel eine Krankheit oder wie in diesem Artikel der missbräuchliche Konsum von Pharmaka, in einer definierten Population vorkommt. Dabei gibt der Begriff Lebenszeitprävalenz Auskunft darüber, ob das Merkmal jemals biografiebezogen auftrat. Jahresprävalenz meint hingegen, ob das Merkmal in den letzten 12 Monaten aufgetreten ist.

sität berichtet (Franke et al. 2011). Diese Form des Koffeinkonsums wird von einigen Autorinnen und Autoren äußerst kritisch gesehen. Die Tatsache, dass junge Menschen in die Apotheke gehen, um sich Koffeintabletten zur Steigerung ihrer Wachheit bzw. Vermeidung von Müdigkeit zu kaufen, sei ein erster Schritt in eine falsche Richtung (Dietz et al. 2013b; Dietz et al. 2013c). Diese Maßnahme stelle zudem einen großen Unterschied zum Konsum von Kaffee dar. Des Weiteren sei Koffein nicht nur als harmloses Konsummittel anzusehen, sondern würde zunehmend als höchst effektive „Cognitive Enhancement“-Substanz diskutiert. Koffein sei mit ebenso vielen pharmakologischen Effekten und Nebenwirkungen assoziiert wie die Gruppe der psychoaktiven Substanzen (z. B. Kokain und Alkohol) (vgl. Franke & Lieb 2010; Hughes et al. 1992).

Im Rahmen derselben Befragung, in der die soeben beschriebenen Prävalenzen von Koffeintabletten erhoben wurden, belief sich der Konsum von Stimulanzien zum ausschließlichen Zweck „Cognitive Enhancement“ lediglich auf 1,2 %. Eine anonyme Onlinebefragung von 3.468 Studierenden an vier deutschen Universitäten um den Soziologen Sebastian Sattler ergab eine Lebenszeitprävalenz von 4,6 % für den Gebrauch von verschreibungspflichtigen Medikamenten (Sattler & Wiegel 2013). Kompensation von Wettbewerbsnachteilen, zunehmender Leistungsdruck und Konkurrenzdenken werden dazu aus Sicht der Autoren als die dominierenden Motive für den Konsum der Substanzen angesehen.

Weitaus höhere Zahlen konnten im Rahmen eines Kooperationsprojektes der Universität Mainz mit der Universität Tübingen herausgestellt werden. Mittels der indirekten Befragungstechnik „randomized response technique“ (RRT) (Greenberg et al. 1969) schätzten die Wissenschaftler die Jahresprävalenz von apothekenpflichtigen und illegalen Substanzen zum „Cognitive Enhancement“ im Kollektiv von 2.500 Mainzer Studierenden auf 20 % (Dietz et al. 2013b). Erklären lässt sich diese hohe Prävalenz unter anderem dadurch, dass die Forscher die apothekenpflichtigen Koffeintabletten in ihre Definition von pharmakologischem Neuroenhancement integriert haben. Nichtsdestotrotz greift laut dieser Studie jeder fünfte Studierende der Universität Mainz zu kognitiven Enhancern. Mit 25,6 % wiesen Sportstudierende – verglichen mit Studierenden anderer Studiengänge – die höchste Hirndoping-Prävalenz auf. Auch Erstsemester konnten als vermeidliche Risikogruppe für den Missbrauch von Substanzen herausgestellt werden.

Die oben veranschaulichten Ergebnisse der verschiedenen Arbeitsgruppen verdeutlichen, dass der missbräuchliche Konsum von Substanzen an deutschen Universitäten nicht nur ein ernstzunehmendes Thema, sondern vor allem eine soziale Tatsache ist. Sie verweist auf Häufigkeiten, Intensitäten und mögliche Motivkonfigurationen um den Substanzgebrauch und -missbrauch. Doch deutlich verstanden und ursächlich erklärt ist dieses soziale Phänomen noch kaum. Eine soziologische Zugangsweise kann im Folgenden einen analytischen Rahmen vorgeben, der den „subjektiv gemeinten Sinn“ (Weber 2006: 12) des Medikamentenmissbrauchs kontextuell nachvollziehbar macht. Dabei wird versucht, jene Bedingungen abzuklären, die zum „sozialen Phänomen Hirndoping“ führen.

4 Leistungsgesellschaft Hochschule als Drohkulisse

Ein Leitmotiv, das über alle erhobenen und geschätzten Häufigkeiten zum Substanz- und Medikamentenmissbrauch direkt und indirekt zum Tragen kommt, ist jenes der Leistungssteigerung. Dieses ist nicht nur in vielen sportaffinen Bereichen der zentrale Motor für bessere Wettkampfergebnisse, persönliche Bestzeiten, Maßnahmen der Körpermodellierung etc.. Leistungserwartungen und Leistungsoptimierung sind zu den Motoren gesamtgesellschaftlicher Dynamiken und Arbeitswelten geworden, in die Akteure über Abhängigkeitsverhältnisse eingebunden sind.

So wird Arbeitgebern wie Arbeitnehmern stets effizientes und effektives Arbeiten abverlangt. Dies gilt ebenso für Studierende, die z. B. an einer Hochschule ihren Abschluss erwerben möchten. Im Zuge der Bologna-Reform sind Studentinnen und Studenten dazu angehalten, sich in der vorgegebenen Studienzeit mit entsprechenden standardisierten Stundenplänen und Modulanforderungen für ihr Fach bzw. ihre Fächer akademisch zu qualifizieren.

Dabei agieren sie in einem Wissenschafts- und Bildungssystem, das nach der Struktur der Moderne insbesondere ökonomisch ausgerichtet ist. Hier werden Strukturbedingungen vorgegeben, auf welche Weise wirtschaftlich rational gehandelt wird. Damit meint wirtschaftliches Handeln ein „solches Handeln, das mit der Knappheit der Mittel rechnet und diese so auf einen Komplex von Zielen verteilt, dass ein Optimum der Zielerreichung entsteht“ (Münch 1992: 582). Vor diesem Hintergrund lässt sich auch die Handlungsentscheidung des Medikamentenmissbrauchs an deutschen Hochschulen deuten. Vor der strukturellen Drohkulisse eines durchökonomisierten Wissenschafts- und Bildungssystems wird z. B. das „Hirndoping“ zu einer kalkulierten probaten Option, um angesichts der Knappheit an Zeit, Aufmerksamkeit, kognitiven und körperlichen Ressourcen sowie aufgrund gegebener Konkurrenzverhältnisse zu möglichst erfolgreichen Abschlüssen oder Arbeitsergebnissen zu kommen. Diesem Argument wird im Folgenden durch eine mehrperspektivische Analyse auf Makro-, Meso- und Mikroebene nachgegangen.

Auf der Makroebene einer funktional differenzierten Gesellschaft finden wir verschiedene arbeitsteilig organisierte Subsysteme wie „Wirtschaft, Politik, Recht, Militär, Wissenschaft, Kunst, Massenmedien, Erziehung, Gesundheit, Sport, Familie, Intimbeziehungen“ (Schimank 2007: 141) vor. Je nach eigenen speziellen binären Codes kommunizieren diese Sinnsysteme und bilden dabei Leitdifferenzen aus, die handlungsorientierend wirken. Dabei sind diese Systeme stets an ihrer Selbsterhaltung interessiert und liefern damit zugleich einen funktionalen Beitrag zur arbeitsteiligen Organisation der Gesamtgesellschaft. Die Wirtschaft organisiert sich zum Beispiel um die Zahlungsfähigkeit als binärer Code. Haben oder Nicht-Haben bilden dazu die System-Umwelt-Differenz. In der Wissenschaft hingegen geht es um Erkenntnisgewinn, der an die Differenz „wahr“ und „unwahr“ gebunden ist. Bildung als „Selbstbeschreibungsprogramm des Erziehungssystems“ (Luhmann 1987: 628) ist auf Lernen ausgerichtet, vermittelbar/unvermittelbar die entspre-

chende Leitdifferenz. Dazu gilt, dass Erziehung über Lernleistungen „Personveränderung sein will“ (Luhmann 1987: 628).

Auf der institutionellen Ebene der Hochschulen sind diese nun als wissenschaftliche Einrichtungen erstens Teil des Wissenschaftssystems. Hier geht es klar um Forschung. Zweitens sind Universitäten und Fachhochschulen Lehr- und Lernanstalten und fallen so neben ihrer wissenschaftlichen Ausrichtung in das Bildungssystem. Und drittens sind Hochschulen dazu angehalten, ökonomisch zu agieren. So geht es unter anderem um die Einwerbung von Drittmitteln, um Exzellenzinitiativen und prestigeträchtige Vernetzungen. Aus einer systemischen Logik heraus kommunizieren Hochschulen also beständig auf den drei Ebenen der Wissenschaft, Erziehung/Bildung und Wirtschaft.³

Dieser triadische Kommunikationszusammenhang hat Konsequenzen für die in diesem sozialen Hybrid Hochschule inkludierten Akteure. Der universitäre Kontext produziert ein hohes Anspruchsniveau an die Lernenden, die ihr Studium möglichst zügig und kosteneffizient als schließlich akademisch Gebildete beenden sollen. Obwohl bei jungen Erwachsenen Selbstverwirklichung als persönliche Entfaltung, Kreativität und Selbstbestimmung eine vorrangige Rolle spielen (vgl. Hurrelmann 1994), werden die Studienanforderungen in normative Rahmungen ohne große Handlungsspielräume gegossen. Straff organisierte Studienpläne, scharfe Selektionsprozesse z. B. über die Notenvergabe und knapp gesäte Betreuungskapazitäten geben die Struktur vor, die von den Studierenden Leistung und Anpassung abverlangt.

Dazu werden die Bildungs- und Qualifizierungseinrichtungen zu einem Ort der Steuerung von Ausleseprozessen. Sie haben die Aufgabe, den gesellschaftlichen Nachwuchs leistungsmäßig zu schulen und nach Stufen der Qualifikation zu sortieren. Dabei entscheidet schließlich die individuell erbrachte, ökonomisch verwertbare Leistung zum einen über die Platzierung in der Sozialstruktur. Zum anderen geht es im Vorentscheid für das Beschäftigungssystem um die Vergabe von „Berchtigungszertifikaten“ in Form von Zeugnissen und Abschlussurkunden (Bourdieu 1982; Collins 1979; Hurrelmann 1994: 81f.).

Im Kontext dieser erfolgs- und leistungsorientierten Selektionskulisse ergeben sich für Studierende weitere Abhängigkeits- und Konkurrenzdilemmata auf der interaktionistischen Ebene. Das „Streben nach Leistungssteigerung im Sinne des Immer-besser-Handelns“ ist entscheidend von „Konkurreznormen“ geprägt (Lenk 1997: 149). Denn wie im Sport hat Erfolg per se einen außergewöhnlichen Knappheitsstatus. Nur wenige können die Besten sein. Die Plätze um den Traumjob sind rar gesät und gehen häufig nur mit sehr guten Examina einher. So geht es um immensen Leistungsdruck in einem Wettbewerb innerhalb des Studienverlaufs, aber vor allem gegen Ende, wenn die Note über wenige probate Jobs oder auch

³ Als staatliche Organisationen sind sie außerdem an das Politiksystem gekoppelt, das die Steuerungsfunktion innehat. Auch rechtliche Regularien sind relevant. Für das selbstorganisierte System Hochschule mündet diese Beziehung zum Staat sodann in den genannten wissenschaftlichen, bildenden und wirtschaftlichen Operationslogiken.

Möglichkeiten der wissenschaftlichen Weiterqualifizierung entscheidet. Wie im Sport finden daher beständig Leistungsvergleiche statt, in denen es ums Gewinnen und Verlieren geht. Nur so haben die Leistungen Bedeutung, „wenn sie mit denen der anderen verglichen werden. Jeder steht also permanent mit jedem in Konkurrenz“ (De Wachter 2004: 260).

Aus diesem Zusammenwirken zwischen erfolgsorientiertem Anspruchsniveau der Hochschul-Landschaft und den Leistungsvergleichen zu anderen kann der Griff nach Medikamenten eine „subjektiv sinnvolle“ Handlungswahl sein. Sie erklärt sich vor diesem Hintergrund weniger nur als Vorteilsnahme, sondern insbesondere als *Nachteilsvermeidung*. In der Studie „Formen der Stresskompensation und Leistungssteigerung von Studierenden“ von Middendorff, Poskowsky und Is-serstedt (2012) wird Gesundheitsverhalten und Hirndoping ebenso vor dem Kontext des Leistungsdrucks im Studium interpretiert. Die Autoren kommen zum Ergebnis, dass der Anteil der Hirndopenden umso höher ausfällt, je größer der Leistungsdruck empfunden wird. Am Höchsten ist er mit jeweils 11 % unter den Studierenden, die durch einen zusätzlichen Job neben dem Studium oder im familiären Bereich sehr starken Leistungsdruck empfinden. Resümierend merken die Autoren an, dass stark empfundener Leistungsdruck – unabhängig, in welchem Bereich er verspürt wird – die Einnahmewahrscheinlichkeit von leistungssteigernden Mitteln zwischen „Doping“ und „Soft-Enhancern“ offensichtlich erhöht.

Im Zuge dieser Erkenntnisse ist auch das Kunstsystem kein „dopingfreier Raum“. Der Opernsänger Roland Wagenführer kritisiert den Medikamentenmissbrauch vor allem in der Klassikbranche. Lampenfieber, Leistungsdruck und Konkurrenzkampf führten bei vielen Sängern zum regelmäßigen Konsum von Beruhigungs- und Schlafmitteln sowie Alkohol: „Würde man heute eine Dopingkontrolle an den großen Opernhäusern durchführen, könnte nirgends zwischen New York und Wien eine Vorstellung stattfinden“ (Westfälische Rundschau vom 14.4.2008). Auch aus Managerkreisen wird aufgrund der hohen Arbeitsbelastung häufig über die Einnahme von Aufputzmitteln berichtet. Eine Studie der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) aus dem Jahr 2009 fördert zu Tage, dass von 3000 befragten Erwerbstätigen im Alter von 20 bis 50 Jahren 5 % angaben, ohne medizinische Notwendigkeit zu „dopen“. Dabei nehmen in etwa die Hälfte der Frauen Mittel gegen depressive Verstimmungen ein. Männer hingegen verwenden häufiger Medikamente gegen Gedächtniseinbußen, Müdigkeit sowie Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen.

Leistungssteigernde Substanzen werden hier offenkundig als unverzichtbare Bestandteile für Fortschritt und „Schritt-halten“ angesehen. Der Körper nimmt dazu als Vehikel der Leistungsoptimierung einen zentralen Stellenwert ein. Der Kulturwissenschaftler Hartmut Böhme subsummiert in diesem Kontext Pharmaka aller Art, gesundheitsgefährdende Diäten, mentale und physische Fitness-Programme sowie medizinische Selbstsorge. Dadurch werde der Körper einem umfassenden Regime unterworfen, das die eigenen Leistungsgrenzen ausweiten solle: „Wir sind längst unsere eigenen Biopolitiker geworden. Darin überwiegt die

Angst, den Leistungsanforderungen nicht mehr zu genügen, und der Wunsch nach Selbststeigerung bei weitem das löbliche Interesse an Gesundheit“ (Die Zeit vom 27.7.2006).

Diese Situation der erforderlichen Selbstoptimierung in und außerhalb der Hochschule fördert ursprünglich und folglich die Merkmale einer „*wettbewerbsorientierten Leistungsgesellschaft*“ (Dresen 2010: 356) zu Tage. Der Philosoph Plessner (1997: 59) führt aus, alle seien „mehr oder weniger zu Rädern in einem Getriebe geworden, das sie selbst kaum noch überblicken und in dem sie nur noch eine Teilfunktion in einer unpersönlichen Einrichtung, in hochspezialisierter Verantwortung für irgendeine Teilaufgabe haben, die eine besondere Leistung von ihnen verlangt, aber an ihrer Person gewissermaßen vorbeigeht“. So geht es auch um einen Weg aus der Anonymität der Masse. Dementsprechend wird der Pfad der Einnahme leistungssteigernder Mittel im akademischen Umfeld auch beschritten, um Erfolge und damit vor allem *persönliche* Anerkennung zu erreichen (vgl. Dresen 2010). Dahinter steckt aus soziologischer Sicht allerdings vornehmlich kein charakterliches Defizit, sondern eine Form der Identitätsarbeit innerhalb prekärer gesellschaftlicher Bedingungen.

Schlussendlich lässt sich das soziale Phänomen Medikamentenmissbrauch in diesem Kontext also vor allem aufgrund der strukturell angelegten Risiken innerhalb der Hochschul-Landschaft mitsamt ihrer biografischen Folgen begreifen. Mit Blick auf die involvierten Akteure können die Auswüchse des Medikamentenmissbrauchs hier insbesondere als Maßnahmen des Schritthaltens bzw. als *Vermeidungsstrategie des Scheiterns* gedeutet werden. Demnach erscheint die Handlung des Hirndopings als „Mehrzweckwaffe gegen das Scheitern“ (Dresen 2014: 138). Damit wird versucht, die Kluft zwischen exorbitanter Leistungsorientierung und natürlich beschränkten kognitiven und körperlichen Ressourcen zu verringern. Ähnlich wie Doping im Sport sind dies letztlich Anpassungsreaktionen an inflationäre und eskalatorische Erfolgserwartungen.

5 Leistungssteigernde Alternativen und Präventionsarbeit

Zweckentfremdeter Medikamentenkonsum gesunder Menschen wird angesichts der gesundheitlichen Risiken und der Diskussionen um eine „Pharmakolisierung“ der Gesellschaft zunehmend kritisch hinterfragt – wengleich das Ziel der Leistungsverbesserung eher unstrittig ist. Daher untersuchen mittlerweile zahlreiche Forschungseinrichtungen Alternativen zu Medikamenten und illegalen Drogen zum Zwecke der kognitiven Leistungsverbesserung. So wurde zum Beispiel Kaffee in Übersichtsarbeiten die gleiche steigernde Wirkung auf die Vigilanz wie dem verschreibungspflichtigen psychostimulierenden Medikament Modafinil zugeschrieben (Franke & Lieb 2010). Auch kurze Schlafphasen von bis zu 20 Minuten Länge (als sogenannte „naps“) sowie Schlafphasen ab einer Länge von acht Stunden scheinen laut klinischer Untersuchungen die Gedächtnisleistung zu verbessern

(Korman et al. 2007; Mednick, Nakayama & Stickgold 2003; Nishida & Walker 2007; Tucker et al. 2006). Zudem stellt Schlaf einen nicht zu vernachlässigenden Faktor für nachhaltiges Lernen dar.

Des Weiteren beschäftigten sich zahlreiche Forscher mit dem Einfluss von sportlicher Aktivität auf die Leistung verschiedenster kognitiver Tests bzw. Testbatterien. Hier scheinen sich Laufbelastungen mittlerer Intensität (lockere Dauerläufe), verglichen mit intensiven Läufen und Krafttraining, als Methode der Wahl herauszustellen. Allerdings muss festgehalten werden, dass die Vielzahl der Studien heterogene Ergebnisse liefert und methodische Standards bezüglich Studiendesign, Fallzahl, Standardisierung der sportlichen Tätigkeit sowie Zeitpunkt und Art der kognitiven Tests gänzlich fehlen.⁴ In diesem Bereich geht es also zukünftig weiterhin um differenzierte, methodisch valide Expertise.

Über die Forschung zu physiologischen Alternativen hinaus wird angesichts der leistungsorientierten Problemlösung an Hochschule und ihrem Produkt des Hirndopings Interventions- und Präventionsarbeit bedeutsam. Da der Konsum von Medikamenten stets mit gesundheitlichen Nebenwirkungen einhergeht, die bei missbräuchlicher und „falscher“ Einnahme bei gesunden Menschen noch verstärkter auftreten können, gilt es vor allem aufzuklären. Auch individuell angepasste Formen der Stressprophylaxe können erfolgversprechend sein. Dies gilt insbesondere für emotional instabile Personen, weil sich diese mit stark empfundenem Leistungsdruck als anfälliger für „Hirndoping“ erweisen (Middendorf et al. 2012: 45). Dabei können Maßnahmen zum individuellen Umgang mit Stress prinzipiell sinnvoll sein. So zählen frühzeitiges Planen von Lernphasen vor Klausuren sowie kompetentes Zeitmanagement als Schlüsselqualifikationen, die Studierenden prophylaktisch vor dem Griff zu Drogen und Medikamenten schützen können.

In diesem Kontext sind bereits Präventionsprojekte auf den Weg gebracht worden. Die Gesundheitsinitiative „Healthy Campus“ (Predel, Preuß & Rudinger 2013), ein Kooperationsprojekt der Universität Bonn mit der Deutschen Sporthochschule Köln, erfasst zum Beispiel über jedes Semester Gesundheitsparameter und Facetten des Lebensstils. Neben Ernährungs- und Sportgewohnheiten werden dabei vor allem subjektiv empfundene Belastungen erfasst. Das Studium wurde regelmäßig als stärkster Stress- und Leistungsdruckfaktor identifiziert, der in ungesundem Verhalten mit z. B. schlechten Ernährungsgewohnheiten münden kann. Daraus leiten die Autoren das Konzept der Gesundheitskompetenz bzw. des „Healthy Campus“ ab, um in der Organisation Universität strukturelle gesundheitsbezogene Angebote zu schaffen. Im Zusammenspiel zwischen Ernährung, Sport und Bewegung sollen die Studierenden in ihren gesundheitsbezogenen Kompetenzen geschult werden. Dafür plädieren die Autoren für eine starke Vernetzung der hochschulischen Infrastruktur, also für Kooperationen zwischen z. B. Gleichstellungs- und Familienservicebüro, AStA, Hochschulsport, Studentenwerk etc. (Predel et al. 2013: 722). Zwar erklären die Forscher ihr Modell vorrangig nicht

⁴ Einen kritischen Überblick zur Thematik gibt Dietz (2013a).

als „Dopingprävention“, doch ihre Struktur-Intervention mit Blick auf die Minimierung von Stressfaktoren und Möglichkeiten des Zeit- und Gesundheitsmanagements ist ein beispielhafter Ansatz für eine Abkehr vom Weg in die Medikamentenfälle.

Literatur

- Bourdieu, P. (1987): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt: Suhrkamp.
- Collins, R. (1979): *The credential society. A historical sociology of education and stratification.* New York: Academic Press.
- Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) (2009): Gesundheitsreport 2009 – Analysen der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema Doping am Arbeitsplatz. Zugriff am 07.11.2011 unter: [http://www.presse.dak.de/ps.nsf/Show/A9C1DFD99A0104BAC1257551005472DE/\\$File/DAK_Gesundheitsreport_2009.pdf](http://www.presse.dak.de/ps.nsf/Show/A9C1DFD99A0104BAC1257551005472DE/$File/DAK_Gesundheitsreport_2009.pdf).
- DeSantis, A. D. / Webb, E. M. / Noar, S. M. (2008): Illicit use of prescription ADHD medications on a college campus: a multimethodological approach. In: *Journal of American College Health* 3/2008, 315–324.
- De Wachter, F. (2004): Sport und Menschenrechte. In: Pawlenka, C. (Hrsg.): *Sportethik. Regeln – Fairness – Doping.* Paderborn: Mentis, S. 179–186.
- Dietz, P. (2013a): The influence of sports on cognitive task performance: a critical overview. In: Franke A. G.; Hildt, E. (Hrsg.): *Cognitive enhancement – an interdisciplinary perspective.* Dordrecht: Springer, S. 67–72.
- Dietz, P. / Striegel, H. / Franke, A. G. / Lieb, K. / Simon, P. / Ulrich, R. (2013b): Randomized response estimates for the 12-month prevalence of cognitive-enhancing drug use in university students. In: *Pharmacotherapy* 1/2013, 44–50.
- Dietz, P. / Ulrich, R. / Dalaker, R. / Striegel, H. / Franke, A. G. / Lieb, K. / Simon, P. (2013c): Associations between physical and cognitive doping – a cross-sectional study in 2.997 triathletes. In: *PLoS One* 11/2013, e78702.
- Dresen, A. (2010): *Doping im Spitzensport als soziales Problem. Ursachen und Folgen eines gesellschaftlichen Diskurses.* Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Dresen, A. (2014): Der Zweite ist der erste Verlierer – Scheitern und seine Äquivalente im Sport. In: John, R.; Langhof, A. (Hrsg.): *Scheitern – Desiderat der Moderne.* Wiesbaden: Springer VS Verlag, S. 121–142.
- Dresler, M. / Sandberg, A. / Ohla, K. / Bublitz, C. / Trenado, C. / Mroczko-Wasowisc, A. / Kuhn, S. / Repantis, D. (2013): Non-pharmacological cognitive enhancement. In: *Neuropharmacology Epub/2013*, 529–543.

- Franke, A. G. / Bagusat, C. / Dietz, P. / Hoffmann, I. / Simon, P. / Ulrich, R. / Lieb, K. (2013): Use of illicit and prescription drugs for cognitive or mood enhancement among surgeons. In: *BMC Medicine* 1/2013: 102.
- Franke, A. G. / Christmann, M. / Bonertz, C. / Fellgiebel, A. / Huss, M. / Lieb, K. (2011): Use of coffee, caffeinated drinks and caffeine tablets for cognitive enhancement in pupils and students in Germany. In: *Pharmacopsychiatry* 7/2011, 331–338.
- Franke, A. G. & Lieb, K. (2010): Pharmacological neuroenhancement and brain doping: chances and risks. In: *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 8/2010, 853–859.
- Greenberg, B. G. / Abulela, A. L. A. / Simmons, W. R. / Horvitz, D. G. (1969): Unrelated question randomized response model-theoretical framework. In: *Journal of the American Statistical Association* 326/1969, 520–536.
- Hurrelmann, K. (1994): *Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung*. Weinheim: Juventa.
- Hughes J. R. / Oliveto, A. H. / Helzer, J. E. / Higgins, S. T. / Bickel, W. K. (1992): Should caffeine abuse, dependence, or withdrawal be added to DSM-IV and ICD-10? In: *American Journal of Psychiatry* 1/1992, 33–40.
- Korman, M. / Doyon, J. / Doljanski, J. / Carrier, J. / Dagan, Y. / Karni, A. (2007): Daytime sleep condenses the time course of motor memory consolidation. In: *Nature Neuroscience* 9/2007, 1206–1213.
- Lenk, H. (1997): *Eigenleistung sportlich – athletisch*. In: Caysa, V. (Hrsg.): *Sportphilosophie*. Leipzig: Reclam, S. 142–171.
- Lieb, K. (2010): *Hirndoping: warum wir nicht alles schlucken sollten*. Mannheim: Artemis & Winkler.
- Luhmann, N. (1987): *Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- McCabe, S. E. / Knight, J. R. / Teter, C. J. / Wechsler, H. (2005): Non-medical use of prescription stimulants among US college students: prevalence and correlates from a national survey. In: *Addiction* 1/2005, 96–106.
- Mednick, S. / Nakayama, K. / Stickgold, R. (2003): Sleep-dependent learning: a nap is as good as a night. In: *Nature Neuroscience* 7/2003, 697–698.
- Middendorf, E. / Poskowsky, J. / Isserstedt, W. (2012): Formen der Stresskompensation und Leistungssteigerung bei Studierenden. HISBUS-Befragung zur Verbreitung und zu Mustern von Hirndoping und Medikamentenmissbrauch. Zugriff am 06.01.2013 unter http://www.his.de/pdf/pub_fh/fh-201201.pdf.
- Münch, R. (1992): *Die Struktur der Moderne. Grundmuster und differenzielle Gestaltung des institutionellen Aufbaus der modernen Gesellschaft*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Nishida, M. & Walker, M. P. (2007). Daytime naps, motor memory consolidation and regionally specific sleep spindles. In: *PLoS One* 2/2007, e341.

- Plessner, H. (1997): Die Funktion des Sports in der industriellen Gesellschaft. In: Caysa, V. (Hrsg.): Sportphilosophie. Leipzig: Verlag, S. 46–67
- Predel, H.-G. / Preuß, M. / Rudinger, G. (2013). „Healthy Campus. Über eine Gesundheitsinitiative für Studenten.“ *Forschung und Lehre* 20(3): 722.
- Repantis, D. / Laisney, O. / Heuser, I. (2010): Acetylcholinesterase inhibitors and memantine for neuroenhancement in healthy individuals: a systematic review. In: *Pharmacological Research* 6/2010, 473–481.
- Repantis, D. / Schlattmann, P. / Laisney, O. / Heuser, I. (2009): Antidepressants for neuroenhancement in healthy individuals: a systematic review. In: *Poiesis & Praxis: International Journal of Technology Assessment and Ethics of Science* 3/2009, 139–174.
- Sattler, S. & Wiegel, C. (2013): Cognitive test anxiety and cognitive enhancement: the influence of students' worries on their use of performance-enhancing drugs. In: *Substance Use and Misuse* 3/2013, 220–232.
- Schimank, U. (2007): Theorien gesellschaftlicher Differenzierung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Teter, C. J. / McCabe, S. E. / LaGrange, K. / Cranford, J. A. / Boyd, C. J. (2006): Illicit use of specific prescription stimulants among college students: prevalence, motives, and routes of administration. In: *Pharmacotherapy* 10/2006, 1501–1510.
- Tucker, M. A. / Hirota, Y. / Wamsley, E. J. / Lau, H. / Chaklader, A. / Fishbein, W. (2006): A daytime nap containing solely non-REM sleep enhances declarative but not procedural memory. In: *Neurobiology of Learning and Memory* 2/2006, 241–247.
- Weber, M. (2006): *Wirtschaft und Gesellschaft. Hauptwerke der großen Denker.* Paderborn: Voltmedia
- Wesensten, N. J. / Killgore, W. D. / Balkin, T. J. (2005): Performance and alertness effects of caffeine, dextroamphetamine and modafinil during sleep deprivation. In: *Journal of Sleep Research* 3/2005, 255–266.
- Wilens, T. E. / Adler, L. A. / Adams, J. / Sgambati, S. / Rotrosen, J. / Sawtelle, R. / Utzinger, L. / Fusillo, S. (2008): Misuse and diversion of stimulants prescribed for ADHD: a systematic review of the literature. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1/2008, 21–31.

Alltagsbelastungen und Wünsche zur Gesundheitsförderung von Studierenden

Bettina Wollesen, Anna Lina Rahlf, Sarah Gansser, Berit Köhler & Nicole Pereira Guedes

1 Einleitung

Die Universität ist für viele Studentinnen und Studenten ein zentraler Lebensmittelpunkt. Somit modelliert sie nach Allgöwer (2000) Gesundheitsgewohnheiten, aber auch Gesundheitsrisiken. Eine Befragung von Jantowski (2008) untersuchte die Belastung von Lehramtsstudierenden (N = 241, männlich 37,5 %, weiblich 67,5 %) im ersten Fachsemester. Im Ergebnis stuften die Studierenden ihren individuellen Gesundheitszustand vorwiegend als befriedigend bis gut ein. Allerdings gaben 70,6 % bereits Belastungen durch das Studium an. Studien unter Medizinstudierenden zeigten ebenfalls auf, dass ein Großteil der Studierenden (60 %) extrem hohen Arbeitsbelastungen ausgesetzt ist und in Folge unter psychischen Symptomen wie: Reizbarkeit (41 %), Ängsten (28 %) und Depressionen (15 %) leidet (Kurth et al. 2007: 355–361). Weitere Untersuchungen ergaben, dass mit zunehmender Studiendauer das Gesundheitsverhalten sinkt und Burn-Out Tendenzen zunehmen (Aster-Schenk et al. 2010: 1–11). Bei der Entstehung eines Burn-Outs kumulieren sich Risikofaktoren wie „hohe Anforderungen“, „geringe soziale Unterstützung“ und das „Fehlen zeitlicher, finanzieller oder materieller Ressourcen zur Bewältigung der Arbeit“ (Leppin 2007: 99–109). Als Folge entsteht zunächst eine emotionale Erschöpfung, die mit körperlicher Kraftlosigkeit einher geht (Nila et al. 2010: 72–77). Zudem resultieren Ängste und Schlaflosigkeit. Auch werden Hobbies sowie soziale Aktivitäten verringert (Brand & Holsboer-Trachsler

2010: 561–565). Bei Römer et al. (2012) wurden Lehramtsstudierende und Jura-Studentinnen und -Studenten verglichen. Die Studie wies nach, dass beide Gruppen gleichermaßen psychisch belastet sind, jedoch Lehramtsstudierende häufiger ungünstigere Verhaltens- und Erlebensmuster im Umgang mit Belastungen aufweisen und weniger Freude am Studium benennen. Das Gesundheitsverhalten aller Studierenden einer Universität wurde von Thees et al. (2012) dargestellt. Über eine Online-Erhebung der Studierenden ($N = 883$) wurden Daten zu den Themen: Wichtigkeit der Gesundheit, Wohlbefinden, Stressempfinden, Gesundheitszustand, Suchtmittelkonsum, Bewegung, Ernährung und Entspannung erfasst, die in der Folge mit qualitativen Befragungen ergänzt wurden. Die Ergebnisse zeigten, dass 44,7 % ihre Gesundheit als „sehr wichtig“ und 49,9 % als „wichtig“ beurteilen, wobei tendenziell Frauen ihre Gesundheit eher als „sehr wichtig“ oder „wichtig“ einstufen (56,8 %). Stressempfinden oder Überforderung betrafen fast jeden Zweiten (47,1 %). Gesundheitsförderungsmaßnahmen wie sportliche Aktivität wurden nur selten ausgeführt.

Unter vielen Studierenden besteht daher ein hoher Wunsch nach Präventionsmaßnahmen im Bereich der Stressbewältigung, Burn-out-Prophylaxe, dem Zeitmanagement, zum Umgang mit Prüfungsangst und nach Kursen zu Entspannungstechniken (Aster-Schenk et al. 2010: 1–11).

Im Rahmen einer repräsentativen Erhebung an der Fakultät Erziehungswissenschaft, Psychologie und Bewegungswissenschaft der Universität Hamburg wurden für diese Studie $N = 164$ Studierende zu ihren Alltagsbelastungen (körperlich, psychisch und umweltbezogen), dem persönlichen Gesundheitsverhalten sowie ihren Wünschen zur Gesundheitsförderung und ihrem aktuellen Kenntnisstand über verhältnispräventive Maßnahmen befragt. Ziel dieser Studie ist es, den aktuellen Stand in der Zielgruppe zu erfassen, um im Anschluss gezielte Handlungsempfehlungen abzuleiten und umzusetzen.

2 Methode

Stichprobe

Um eine repräsentative Stichprobe zu erhalten, wurde anhand aktueller Studierendenzahlen der Fakultät eine Stichprobenkalkulation durchgeführt. Hierbei wurden auch das Verhältnis der Studierenden der einzelnen Fachbereiche zueinander und die Geschlechterverhältnisse berücksichtigt.

Die Stichprobenkalkulation mittels G-power ergab $N = 134$ als notwendige Stichprobengröße. Die Befragung erfolgte im Sommersemester 2012 in Vorlesungen oder Seminaren von Bachelorstudierenden.

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung

N = 164	Erziehungswissenschaft (n = 69)		Psychologie (n = 63)		Bewegungswissenschaft (n = 32)	
	w (n = 53)	m (n = 16)	w (n = 48)	m (n = 15)	w (n = 6)	m (n = 26)
Geschlecht						
Alter [Jahre]	24,5 ± 3	24 ± 4	24,1 ± 4	22,7 ± 4	24,9 ± 4	24,4 ± 4
Fachsemester [Jahre]	3,6 ± 1,3	3,6 ± 1,4	2,1 ± 0,5	2,8 ± 1	3,6 ± 1,5	5,1 ± 1,8
Gesundheitsverhalten (1–5)	1,5 ± 0,5	1,9 ± 0,4	1,3 ± 0,5	1,7 ± 0,5	1,6 ± 0,5	1,4 ± 0,5

Legende: m = männlich; w = weiblich

Gesundheitsverhalten: 1 = ausgezeichnet – 5 = schlecht

Beschreibung des Fragebogens

Der standardisierte Fragebogen wurde am Fachbereich Bewegungswissenschaft entwickelt. Das Fragebogendesign wurde von Slesina (Arbeitsbedingte Erkrankungen und Arbeitsanalyse, 1987) übernommen. Slesina konzipierte den Fragebogen als Instrument zur subjektiven Einschätzung der Belastungen am Arbeitsplatz. Es wird einerseits nach der Intensität des Einwirkens der Belastungsfaktoren gefragt und andererseits wird die Frage nach dem eigenen Beanspruchungserleben gestellt. Im Fragebogen nach Slesina (1987) werden 47 Items abgefragt.

Dieser Fragebogen beinhaltet 49 Items. Die Items lassen sich in körperliche (wie z. B. Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Nervosität), psychische (z. B. Prüfungsangst, Leistungsdruck) und umweltbezogene Faktoren (z. B. Studienorganisation; mangelnde Freizeit) unterteilen und werden im Fragebogen unsortiert abgefragt. Die Item-Auswahl setzte sich wie folgt zusammen:

- Ergebnisse einer Karteikartenabfrage zu Gesundheitsbelastungen in einem Seminar B.A. Bewegungswissenschaft (N = 16)
- Befragung zu Gesundheitsbelastungen in zwei Seminaren Allgemeine Berufsqualifizierende Kompetenzen von B.A. Erziehungswissenschaft/ Psychologie und M.A. Lehramt (N = 36)

Darüber hinaus erfolgte eine umfangreiche Literaturrecherche, aus welcher sich weitere Items ableiten ließen. Die Items wurden hauptsächlich aus Bachmann et al. (1999), Maier et al. (2009) und Gusy et al. (2010) generiert.

Zunächst wurden gesundheitsrelevante Alltagsbelastungen über explorative Befragungen in Seminaren und Literaturanalysen gesammelt und im Fragebogen zu-

sammengeführt. Im Anschluss daran erfolgte die Validierung durch ein Expertenrating. Er bestand aus vier Abschnitten:

1. Fragen zu Geschlecht, Alter und Studienfach.
2. 48 Fragen zu Alltagsbelastungen (körperlich, psychisch und strukturell bzw. umweltbezogen) sowie zum persönlichen Gesundheitsverhalten. Hierbei wird in einem zweistufigen Verfahren zunächst die Häufigkeit des Vorkommens im Alltag (oft, selten/nie) und im nächsten Schritt die subjektive Belastung (ich fühle mich dadurch körperlich, geistig oder seelisch belastet oder beansprucht ja/nein) beantwortet.
3. 14 Fragen zu Wünschen im Bereich der Gesundheitsförderung in Anlehnung an vorhandene Angebote bzw. Infrastruktur an der Universität.
4. Fünf Fragen über den Informationsstand bezüglich des bestehenden Angebotes im Bereich Gesundheitsschutz/-förderung an der Universität bzw. Wissen über Maßnahmen in Notfällen (z. B. Unfällen oder Brandschutz).

Auf der ersten Seite des Fragebogens wurden die Ziele der Studie und die Verwendung der Daten erläutert. Die Teilnahme war freiwillig.

Datenauswertung und Ergebnisdarstellung

Die Auswertung erfolgte mittels Häufigkeitsanalysen (χ^2 -Tests). Hierbei wurden die Items innerhalb der Fachbereiche und geschlechtsspezifisch geprüft. Es wurde immer das Belastungsmerkmal (es kommt häufig vor) mit dem Belastungsempfinden (ja, ich finde das belastend oder beanspruchend) gekreuzt und als Prozentanteil der Gesamtgruppe (Fachbereich/Geschlecht) dargestellt. Die Auswertung der Belastungsfaktoren erfolgte in den Kategorien: (1) körperliche Belastungsfaktoren (Beschwerden; 5 Items), (2) psychische und seelische Belastungsfaktoren (19 Items), (3) Externe, umweltbezogene/strukturelle Belastungsfaktoren (17 Items), (4) Gesundheitsverhalten (7 Items), (5) Wünsche (14 Items) und (5) Items zum Informationsstand zu Themen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes (5 Items).

3 Ergebnisse

Die Ergebnisdarstellung greift zunächst die Belastungsfaktoren auf und stellt sie im Geschlechts- und Fachbereichsvergleich dar. Zusätzlich werden die Einzelfaktoren kumuliert. Im Anschluss daran wird das Gesundheitsverhalten (Suchtmittelkonsum, Bewegung, Ernährung sowie die Befriedigung eigener Bedürfnisse) beschrieben. Es folgen die Wünsche zur Gesundheitsförderung und ein kurzer Exkurs zum Informationsstand der Studierenden zu Arbeits- und Gesundheitsschutzthemen.

Belastungsfaktoren

Tabelle 2: Übersicht der Belastungsfaktoren („ja, kommt häufig vor und ich fühle mich dadurch körperlich, psychisch oder seelisch belastet/beansprucht“)

Körperliche Belastungen N = 164	Erziehungswissenschaft (n = 69) Häufigkeit [%]		Psychologie (n = 63) Häufigkeit [%]		Bewegungswissenschaft (n = 32) Häufigkeit [%]	
	w (n = 53)	m (n = 16)	w (n = 48)	m (n = 15)	w (n = 6)	m (n = 26)
Generelle körperliche Beschwerden	31,9***	13,3	49***	25	16,7	8
Bewegungsmangel	37*	13,3	40,4***	31,6**	33,3	7,7
Rücken- und/oder Nackenbeschwerden	56,5***	20	59,6***	31,6	16,7	20

Psychische Belastungen N = 164	Erziehungswissenschaft (n = 69) Häufigkeit [%]		Psychologie (n = 63) Häufigkeit [%]		Bewegungswissenschaft (n = 32) Häufigkeit [%]	
	w (n = 53)	m (n = 16)	w (n = 48)	m (n = 15)	w (n = 6)	m (n = 26)
Zeitdruck	95,7*	80*	73,6*	52,6**	33,3	64**
Termindruck	77,1***	53,3*	67,3*	50**	16,7	56**
Hektik	51,1**	26,7	35,3***	30*	0	20***
Überforderung	57,8***	53,3*	52,8***	47,4***	0	30,8*
Prüfungsangst	48,9***	26,7	60,8***	25	16,7	36(*)
Mangelnde Selbstbestimmung	63***	53,3**	64**	50*	0	48***
Zukunftsangst	21,7*	20**	40,4***	38,9***	50,0**	53,8***
Fehlende Studienmotivation	26,1**	6,7	38***	55**	0	44*
Unerfüllte Erwartungen	63,8***	80***	44,7**	50***	16,7	40*
Seelische Beschwerden	37***	0	38***	25	0	12

Stimmungsschwankungen	41,3***	6,7	50***	30**	0	12
Depressionen/Verstimmungen	38,3***	0	43,1***	15(*)	16,7	20*
Nervosität/Unruhe	61,7***	13,3	65,4***	42,1***	16,7	34,6***
Konzentrationschwäche	34(*)	20	38**	50**	0	36*
Erschöpfung	70,2***	33,3**	57,7***	30*	16,7	24**
Schlafmangel	57,4***	46,7*	51,9***	65(*)	0	44***
Fehlender Spaß	6,4	0	17,6**	26,3**	0	28***
Teilnahmslosigkeit	25,5	0	22,4	35(*)	0	24
Summe Belastungen körperlich + psychisch	19	6	20	15	1	14

Legende (*) = $p \leq 0,1$; * = $p \leq 0,05$; ** = $p \leq 0,01$; *** = $p \leq 0,001$

Die Tabelle 2 zeigt die zentralen körperlichen und psychischen Belastungen sowie deren Auswirkungen (z. B. Nervosität, Schlafmangel) der Studierenden. Hierbei wird deutlich, dass die Studentinnen der Erziehungswissenschaft und der Psychologie mehr körperliche Belastungen aufwiesen, als ihre männlichen Kommilitonen. Unter den männlichen Studierenden waren die Psychologen am stärksten belastet. Dieser Trend setzt sich auch bei den psychischen Belastungsfaktoren fort. Kumulativ nannten die Erziehungswissenschaftlerinnen und die Psychologinnen die meisten psychischen und seelischen Belastungsfaktoren. Die differenziertere Betrachtung der Fachbereiche und Geschlechter zeigte, dass in der Erziehungswissenschaft vorwiegend Frauen psychische Belastungsfaktoren angaben, während diese Belastungen in der Psychologie nahezu gleich verteilt waren. In der Bewegungswissenschaft hingegen waren die männlichen Studierenden stärker belastet. Zentral, von allen Subgruppen ($N = 6$) am häufigsten benannt wurden: Zukunftsangst ($n = 6$); Zeitdruck, Termindruck, mangelnde Selbstbestimmung, unerfüllte Erwartungen an das Studium, Erschöpfung ($n = 5$); sowie Überforderung, fehlende Studienmotivation, Nervosität/Unruhe und Schlafmangel ($n = 4$).

Zu den körperlichen und psychischen Belastungsmerkmalen wurden auch externe und umweltbezogene Merkmale erfasst. Die Tabelle 3 zeigt hier den Überblick:

Tabelle 3: Übersicht der Belastungsfaktoren („ja, kommt häufig vor und ich fühle mich dadurch körperlich, psychisch oder seelisch belastet/beansprucht“)

Persönliche Merkmale N = 164	Erziehungswissenschaft (n = 69) Häufigkeit [%]		Psychologie (n = 63) Häufigkeit [%]		Bewegungswissenschaft (n = 32) Häufigkeit [%]	
	w (n = 53)	m (n = 16)	w (n = 48)	m (n = 15)	w (n = 6)	m (n = 26)
Geschlecht	w (n = 53)	m (n = 16)	w (n = 48)	m (n = 15)	w (n = 6)	m (n = 26)
Mangelnde Freizeit	86,4***	53,3(*)	59,6***	45***	16,7	33,3***
Geldsorgen	39,6***	6,7	41,2***	42,1***	16,7	36***
Orientierungslosigkeit	23,4	20	28	35	0	52***
Unzufrieden mit der Lebenssituation	34***	6,7	34***	40***	0	32**
Studien-Organisations-Merkmale N = 164	Erziehungswissenschaft (n = 69) Häufigkeit [%]		Psychologie (n = 63) Häufigkeit [%]		Bewegungswissenschaft (n = 32) Häufigkeit [%]	
	w (n = 53)	m (n = 16)	w (n = 48)	m (n = 15)	w (n = 6)	m (n = 26)
Geschlecht	w (n = 53)	m (n = 16)	w (n = 48)	m (n = 15)	w (n = 6)	m (n = 26)
Fehlender Praxisbezug	57,4**	40	50***	45**	33,3	44
fehlende Wahlfreiheit im Studium	46,8*	46,7	47,9*	42,1*	33,3	42,3(*)
Unzufriedenheit mit Studienangeboten	68,1**	60(*)	60,8***	45*	33,3	44*
Unzufrieden mit Verwaltung und Organisation	25,5*	20	41,7***	50*	0	24*
Fehlende Rückzugsmöglichkeiten	27,7***	6,7	28***	15(*)	20	16
Hoher Lernaufwand	82,2*	60	58	40**	33,3	45,8**
Externe Faktoren gesamt	9	2	9	7	0	7

Legende (*) = $p \leq 0,1$; * = $p \leq 0,05$; ** = $p \leq 0,01$; *** = $p \leq 0,001$

Als Hauptbelastungsmerkmale externer Faktoren wurden mangelnde Freizeit und Unzufriedenheit mit dem Studienangebot benannt (je $n = 5$). Hinzu kamen: fehlende Wahlfreiheit, Geldsorgen und Unzufriedenheit mit der Lebenssituation (je $n = 4$). Analog zu den Ergebnissen der körperlichen und psychischen Belastungsfaktoren fühlten sich die Studentinnen der Erziehungswissenschaft, alle Studierenden der Psychologie und die männlichen Studierenden der Bewegungswissenschaft am häufigsten belastet.

Gesundheitsverhalten

Um die Belastungsfaktoren vor dem Hintergrund des persönlichen Gesundheitsverhaltens der Studierenden interpretieren zu können, wurden die Aspekte „Suchtmittelkonsum“, „gesunde Ernährung“, „sportliche Aktivität“ und „Befriedigung eigener Bedürfnisse“ erfasst. Die folgende Abbildung gibt einen Überblick des Gesundheitsverhaltens der Studierenden der drei Fachbereiche:

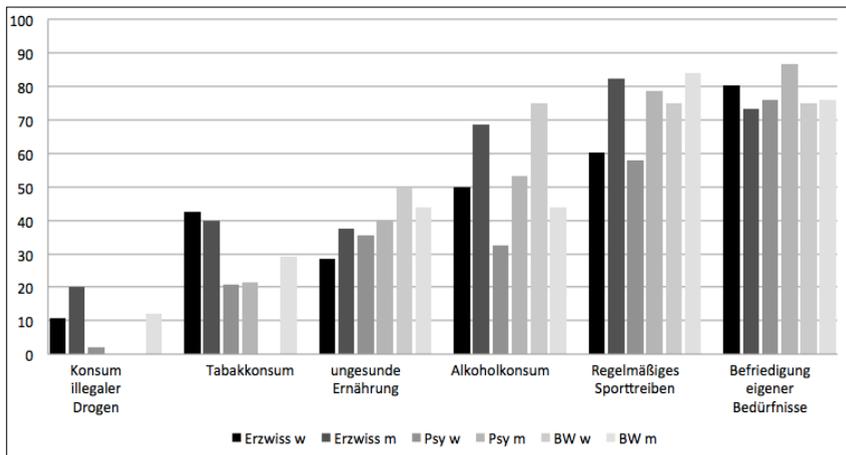


Abbildung 1: Gesundheitsverhalten der Befragten ($N = 164$), Zustimmung [%]

Die Abbildung 1 zeigt auf, dass ein Großteil der Studierenden (70–88 %) angab, die eigenen Bedürfnisse zu befriedigen. In Bezug auf die sportliche Aktivität fällt auf, dass hier die weiblichen Studierenden der Erziehungswissenschaft und der Psychologie im Vergleich zu den anderen Gruppen weniger regelmäßig Sport ausüben. Auch im Bereich des Alkoholkonsums zeigten sich Unterschiede. Hierbei konsumierten weibliche Studierende der Bewegungswissenschaft und männliche Studierende der Erziehungswissenschaft und der Psychologie am häufigsten Alkohol. Tabak wurde am häufigsten in der Erziehungswissenschaft konsumiert. In der Summe waren diese beim Konsum illegaler Drogen führend. Auffällig ist auch, dass die Studierenden der Erziehungswissenschaft im Vergleich zu den anderen Fachbereichen die niedrigsten Angaben im Bereich der ungesunden Ernährung

tätigten und gleichzeitig beim Tabak- und Alkoholkonsum die höchsten Prozentsätze erzielten, während sich die Studierenden der Bewegungswissenschaft nach diesen Ergebnissen am ungesündesten ernährten und gleichzeitig in der Summe am erwartungsgemäß häufigsten regelmäßig Sport trieben.

Wünsche zu Gesundheitsförderungsmaßnahmen

Um gezielte Interventionsmaßnahmen zu entwickeln, die auch auf ein Interesse innerhalb der Zielgruppe treffen, wurden die Wünsche der Studierenden erfasst (Tab. 4). Hierbei wurden bestehende Angebote aufgegriffen und Vorschläge zu neuen, konkret umsetzbaren Maßnahmen gemacht.

Tabelle 4: Übersicht der Wünsche für Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsförderung (N = 164)

	Erziehungswissenschaft Häufigkeit [%]		Psychologie Häufigkeit [%]		Bewegungswissenschaft Häufigkeit [%]	
	m	w	m	W	m	w
Ich wünsche mir						
Spezifische Gesundheitsangebote durch den Hochschulsport	25	51,9	20	50	34,5	66,7
Integration von fachübergreifenden Kompetenzen in Studienpläne (z. B. Kurse zu Arbeitstechniken)	52,9	80,8	46,7	61,7	42,3	80
Suchtberatungsstellen	11,8	19,2	6,7	12,5	11,5	33,3
Veranstaltungen zum Thema Gesundheit (z. B. Gesundheitstage)	31,2	40,4	33,3	54,2	38,5	66,7
Mehr Unterstützung von Seiten der Lehrenden	50	61,5	33,3	72,9	53,8	33,3
Psychotherapeutische o. psychologische Studienberatungsstellen	23,5	61,5	40	45,8	34,5	83,3
Größeres Angebot an gesünderer Nahrung	70,8	65,4	86,7	81,2	69,2	50
Angebote zum Stressmanagement	62,5	77,4	46,7	72,9	30,8	100
Erweiterung des Nichtraucherschutzes	25	17,6	53,3	51,1	26,9	50
Verbesserung der Ergonomie in Hörsälen und Seminarräumen	75	70,6	86,7	91,7	65,4	50

Einrichtung von Ruhe- bzw. Aufenthaltsräumen	76,5	84,9	80	87,5	69,2	83,3
Mehr Möglichkeiten sich im Freien aufzuhalten	62,5	49	60	77,1	57,7	50
Schnupperangebote um Gesundheitskurse auszuprobieren	31,2	54,9	46,7	60,4	30,9	66,7
Beratung welche Gesundheitsangebote für mich wichtig wären	31,2	40,4	26,7	43,8	30,8	33,3

Erneut ergaben sich geschlechtsspezifische Unterschiede für einzelne Themenkomplexe. Veranstaltungen mit direktem Bezug zur Gesundheitsförderung (spezielle Kurse beim Hochschulsport, Veranstaltungen wie Gesundheitstage, Schnupperkurse zum Ausprobieren sowie Angebotsberatung) wünschten sich fachbereichsübergreifend mehr Frauen als Männer. Lediglich für die Schnupperangebote interessierten sich auch viele männliche Psychologiestudierende (46,7 %).

Stressmanagement wurde von allen Befragten häufig gewünscht. Auch der Wunsch nach der Integration von fächerübergreifenden Kompetenzen, z. B. Kursen zu Arbeitstechniken ist hoch, jedoch zeigen auch hier deutlich mehr Frauen Interesse als Männer (Frauen: 61,7–80 %; Männer: 42,3–52,9 %).

Servicestellen für psychotherapeutische und psychologische Beratung wurden hauptsächlich von Studentinnen der Erziehungs- und der Bewegungswissenschaft gewünscht (61,5 u. 83,3 %). Der Bedarf an Suchtberatungsstellen erschien im Vergleich zu anderen Maßnahmen geringer, aber auch hier kamen die häufigsten Nennungen von den Studentinnen der Erziehungs- und der Bewegungswissenschaft.

Geschlechts- und fachbereichsübergreifend war der Wunsch nach verhältnispräventiven Maßnahmen wie verbesserter Ergonomie, Einrichtung von Ruhe- und Aufenthaltsräumen sowie verbesserten Angeboten gesunder Ernährung mit Angaben zwischen 50 und 90 % besonders hoch. Lediglich für den erweiterten Nichtraucherschutz gab es fachspezifische Unterschiede: die Studierenden der Erziehungswissenschaft zeigten hier deutlich weniger Interesse als andere Studierende.

Auswertung des Informationsstandes der Studierenden

Die letzte Analyse umfasste die Auswertung des Informationsstandes der Studierenden in Bezug auf bestehende Maßnahmen an der Universität. Hierbei sollten zunächst Informationslücken zu relevanten alltäglichen Themen erfasst werden, um diese ggf. in den Maßnahmen zu berücksichtigen. Gleichzeitig können in der Folge anhand dieser Daten die Alltagsbelastungen, Wünsche und die Information zu bestehenden Maßnahmen an der Universität miteinander in Beziehung gesetzt und

gezielt Handlungsempfehlungen abgeleitet werden. Die folgende Tabelle stellt die erfassten Daten im Fachbereichsvergleich dar:

Tabelle 5: Übersicht des Informationsstands zu ausgewählten Gesundheitsschutzthemen der Studentinnen und Studenten, getrennt nach Fachbereich und Geschlecht (N = 164)

Ich weiß wo und wie...	Erziehungswissenschaft (n = 69) Zustimmung [%]		Psychologie (n = 63) Zustimmung [%]		Bewegungswissenschaft (n = 32) Zustimmung [%]	
	w (n = 53)	m (n = 16)	w (n = 48)	m (n = 15)	w (n = 6)	m (n = 26)
ich mich zum Thema Stressbewältigung/-management beraten lassen kann.	37,5	29,4	53,3	37,5	30,8	20
ich Informationen zum Thema Suchtberatung bekomme.	43,8	38,8	46,7	29,2	30,8	20
ich auf der Homepage der Universität entsprechende Anlauf- und Beratungsstellen finde.	37,5	56	53,3	54,2	46,2	60
ich mich in Notfällen verhalten muss (erste Hilfe, Fluchtwege, Feuerlöscher etc.).	56,2	39,2	46,7	27,1	69,2	40
an wen ich mich bei Fragen und Problemen wenden kann.	56,2	39,2	66,7	43,8	46,2	40

Aus der Tabelle 5 ist zu entnehmen, dass ein Großteil der Studierenden über die erfassten Items nicht ausreichend informiert war. Wo Beratung zum Thema Stressmanagement erfolgen kann, wussten mit 53,3 % vorwiegend die angehenden Psychologinnen. Alle anderen Befragten waren hierzu weniger informiert. Ähnlich verteilt waren die Angaben zu Suchtberatungsstellen.

Zur Frage nach der Zugänglichkeit zu Beratungsstellen über die Homepage der Universität waren die Studierenden der Psychologie erneut am besten informiert. Insgesamt gab es für diese Frage mehr Zustimmung der männlichen Studierenden.

Für die letzten beiden Fragen (erste Hilfe/Fluchtwege sowie Anlaufpunkte für Fragen und Probleme) waren mehr Studentinnen informiert.

4 Diskussion der Ergebnisse

Die eingangs zitierten Gesundheitsproblematiken wurden auch in dieser Studie für die Fakultät EPB an der Universität Hamburg bestätigt. Die Studierenden gaben an, von vielfältigen körperlichen und psychischen Belastungsfaktoren beansprucht zu sein. Dabei kumulierten sich die wahrgenommenen Belastungen bei den Studentinnen der Psychologie auf 20 und der Erziehungswissenschaft auf 19 verschiedene, vorwiegend psychische Belastungsfaktoren. Ähnlich hoch waren die Beanspruchungen mit 15 Merkmalen für die männlichen Psychologiestudierenden und 14 für die Sportstudenten. Neben den psychischen Belastungen finden sich auch eine Vielzahl von körperlichen Beschwerden wie Rücken-, Nacken- und Kopfschmerzen in Kombination mit Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten und Nervosität/Unruhe. Hinzu kommen äußere Gegebenheiten wie „hoher Lernaufwand“, „Unzufriedenheit mit den Studienangeboten“ und „fehlender Praxisbezug“ sowie „mangelnde Freizeit“, „Geldsorgen“ und „Unzufriedenheit mit der Lebenssituation“. Die Summe der hier genannten Faktoren legt in Anlehnung an Leppin (2007), Nila et al. (2010) und Brand & Holsboer-Trachsler (2010) die Vermutung nahe, dass ein Großteil der hier erfassten Studierenden einem hohen Burn-Out-Risiko ausgesetzt ist. Hinzu kommt der hohe Alkoholkonsum, der als dysfunktionale Coping-Strategie gewertet werden könnte.

Gleichzeitig wünschen sich die Studierenden verschiedene Maßnahmen zur persönlichen Gesundheitsförderung (z. B. größeres Angebot gesünderer Ernährung, spezifische Kurse durch den Hochschulsport, Einrichtung von Ruheräumen oder Kurse zum Stress- und Zeitmanagement). Besonders interessant an der Auswertung der Wünsche war weiterhin, dass sich viele der Befragten Schnupperangebote zur Gesundheitsförderung, Beratung über passfähige Angebote, Verbesserung der Ergonomie in Hörsälen und Seminarräumen und fächerübergreifenden Kompetenzen in den Stundenplänen wünschen. Zudem zeigte sich, dass noch Handlungsbedarf in Bezug auf Aufklärung über Maßnahmen des Gesundheitsschutzes besteht. So wussten nur 32 % der Befragten, wo sie sich zum Thema Stressbewältigung beraten lassen können, 34,6 % wo sie Informationen zur Suchtberatung bekommen und 42,9 % wie sie sich in Notfällen verhalten müssen (in Bezug auf erste Hilfe Kästen, Fluchtwege etc.).

Auffällig an den hier dargestellten Ergebnissen ist, dass die meisten Angebote der Wunschliste (wie z. B. Hochschulsportkurse) bereits bestehen. Es stellt sich daher die Frage, wie es zu der Diskrepanz zwischen dem Wunsch nach zusätzlichen Gesundheitsförderungsangeboten einerseits und der Nichtteilnahme oder -nutzung vorhandener Angebote andererseits kommt. Weitergehende Gespräche mit Studierenden führten zu drei Erklärungsansätzen:

- (1) Die Informationen über Angebote sind nicht ausreichend zugänglich bzw. erreichen die Adressaten nicht im Hinblick auf die persönliche Gesundheitsförderung.

- (2) Das bestehende Angebot erzeugt bei den Adressaten bisher keine Teilnahmemotivation und/oder
- (3) die persönlichen Lebens- und Studienumstände sowie persönliche Vermeidungsstrategien führen zum sog. Handeln wider besseres Wissen.

Der Punkt (1) soll anhand eines Beispiels erläutert werden. Im Zuge des hier teilweise dargestellten Gesamtprojekts wurde die Zugänglichkeit von Sport- und Bewegungsangeboten auf den Internetseiten von 20 Universitäten untersucht. Die Ergebnisse unterteilen sich in Hochschulen mit Anbindung an den Allgemeinen Hochschulsportverband (adh) und ohne diese Anbindung. Bei den Universitäten mit einer Mitgliedschaft im adh hatten 80 % (n = 10) der Hochschulen einen gut erreichbaren Zugang zu ihren Bewegungsangeboten über die Internetseite der Universität. Universitäten mit einer Mitgliedschaft im adh hatten eine bessere Präsenz und Zugänglichkeit von Bewegungsangeboten über ihre Homepage.

Insgesamt ergab die Recherche ein rundum ansprechendes Programm des Hochschulsports. Die Institutionen des Hochschulsportverbandes in den Hochschulen sind durchaus in der Lage, sich mit anderen Sportinstitutionen zu messen. Die Nicht-Teilnahme eines oder einer Studierenden am Hochschulsport kann daher nicht einem mangelnden Angebot entspringen.

Gründe für Studentinnen oder Studenten, nicht am Hochschulsport teilzunehmen, liegen an der Nutzung anderer Sportangebote, einem zeitlich/örtlich ungünstigen Hochschulprogramm sowie Zeitmangel oder Desinteresse an Sport (Göring 2010: 1–21). Wie jedoch die aktuelle Untersuchung zeigte, ist ein Bedarf seitens der Studentinnen und Studenten vorhanden, auch über den Hochschulsport Aufklärung und persönliche Gesundheitsförderungskurse zu erhalten, so dass hier Handlungsbedarf besteht.

Der Aspekt (2) umfasst die Annahme, dass Gesundheitsförderungsangebote adressatenspezifisch ausgerichtet sein sollten. Diese Untersuchung zeigt deutliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern und Fachbereichen auf. Generelle Maßnahmen werden aus diesem Grund möglicherweise nicht als auf die persönliche Situation passfähig erachtet und in der Folge nicht genutzt. Es gilt also hier, die speziellen Gegebenheiten der Fachbereiche und der Geschlechter bei der Konzeption von Maßnahmen zu berücksichtigen. Dies schließt auch das interne Marketing für diese Kurse mit ein. Den Zielgruppen muss bereits hier klar werden, welchen persönlichen Benefit sie durch die jeweilige Maßnahme zu erwarten haben, um eine Sinnhaftigkeit für eine Teilnahme zu erzeugen.

Hier schließt der Punkt (3) an. Die Entscheidung, an Gesundheitsförderungsmaßnahmen regelmäßig teilzunehmen, setzt eine Reihe von individuellen kognitiven Prozessen, Strategien und Handlungen voraus. Bei diesen Prozessen der willentlichen Kontrolle steht die Frage im Vordergrund, wie die handelnde Umsetzung einer bereits gesetzten Zielintention (z. B. Gesundheitsverhalten) reguliert

wird (Heckhausen & Heckhausen 2006). Vor dem Hintergrund des HAPA (Health Action Process Approach)-Modells (Schwarzer 2008: 1–29) lassen sich notwendige Handlungsstrategien zur Verhaltensänderung auch unter Einbezug der persönlichen Lebens- und Studiensumstände sowie persönliche Vermeidungsstrategien erklären und ableiten. Um Verhaltensänderungen zu bewirken, müssen nach diesem Modell in einer Motivationsphase die Risikoerwartung, die Handlungsergebniserwartung und die Selbstwirksamkeitserwartung im Ergebnis zu einer Intentionbildung führen. Ein weiterer Aspekt, der die Schwierigkeit von Verhaltensveränderungen erklären kann, ergibt sich aus der Theorie der mentalen Introferenz (TMI; Wagner 2011) und der Theorie der subjektiven Imperative (TSI; Wagner 2007). Hiernach entstehen Konflikte in der mentalen Selbstregulation (hin zu einem z. B. gesundheitsförderlichen Bewegungsverhalten im Alltag) zunächst daraus, dass z. B. Belastungen ignoriert bzw. nicht zugelassen werden. Aus persönlichen Gesprächen mit Studierenden erhielten wir immer wieder die Aussagen: „Das Studium ist schwer, aber ich muss es schaffen“ oder „es darf nicht sein, dass ich mein Studium nicht schaffe“. Diese Aussagen erfüllen die Kriterien des „Muss-Darf-Nicht-Syndroms“, so dass sie im Anschluss an Wagner (2011) als subjektive Imperative bezeichnet werden können („Ich muss mein Studium schaffen!“). Ein innerer Konflikt liegt dann zwischen der Wahrnehmung der Belastungen in der Realität und dem subjektiven Imperativ: „Ich muss mein Studium schaffen“, vor. In der Folge werden nach dieser Theorie Konfliktumgehungsstrategien (KUS) eingeleitet. Dabei werden dann ggf. persönliche Belastungen sowie psychische Probleme und Beschwerden ausgeblendet, um die Alltagsanforderungen zu bewältigen. Gleichzeitig wissen viele Studierende, dass sie eigentlich etwas für sich und ihre Gesundheit tun müssten, nehmen aber nicht an Kursen teil (z. B. auf Grund von Zeitmangel oder weil sie sich zu sehr belastet fühlen). Wie sich jedoch die Motive und KUS bei den hier erfassten Studierenden zusammensetzen, kann auf Grund der vorliegenden quantitativen Ergebnisse nicht beurteilt werden. Um diese Fragen zu beantworten, könnten in der Folge qualitative Interviews dazu beitragen, einen Erkenntnisgewinn zu erhalten.

Zusammenfassend zeigte diese Studie, dass einerseits großer Handlungsbedarf für Verhältnis- und Verhaltensprävention unter den Studierenden vorhanden ist und andererseits notwendige Informationen und Sachstände die Adressaten nicht ausreichend erreichen. Gleichzeitig besteht jedoch ein Interesse unter den Studierenden, sich mit Gesundheitsthemen inhaltlich auseinander zu setzen. Somit liegt auf der Seite der Studierenden eine positive Ausgangslage für die Implementierung von Gesundheitsthemen in ihren Studienalltag vor. Die zukünftigen Programme sollten bereits in ihrer Konzeption geschlechts- und fachspezifische Besonderheiten berücksichtigen und Inhalte zur mentalen Selbstregulation zur Initiierung einer persönlichen Verhaltensänderung integrieren.

Literatur

- Allgöwer, A. (2000): Gesundheitsförderung an der Universität: zur gesundheitlichen Lage von Studierenden. Opladen: Verlag Leske Budrich.
- Aster-Schenk, I.-U. / Schuler, M. / Fischer, M. R. / Neuderth, S. (2010): Psychosoziale Ressourcen und Risikomuster für Burnout bei Medizinstudenten: Querschnittstudie und Bedürfnisanalyse Präventiver Curricularer Angebote. In: GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 2012/27, 1–11.
- Bachmann, N. / Berta, D. / Eggli, P. / Hornung, R. (1999): Macht Studieren krank? Die Bedeutung von Belastung und Ressourcen für die Gesundheit der Studierenden. Huber: Bern. (Universität Zürich, RUBIS-Studie).
- Brand, S. & Holsboer-Trachsler, E. (2010): Das Burnout Syndrom – eine Übersicht. In: Therapeutische Umschau 2010/67, 561–565.
- Göring, A. (2010): HIS – Studie Sport und Studium. Kurzbericht zum Kooperationsprojekt Partizipation und ehrenamtliches Engagement am informellen Bildungsort. Göttingen. 1–21. Online:
http://www.adh.de/fileadmin/user_upload/adh.de/pdf/medien/publikationen/Kurzbericht-Sport-und-Studium.pdf, <Zugriff: 16.09.2013, MEZ 10:15Uhr>.
- Gusy, B. / Lohmann, K. / Wörfel, F. / Schagen, N. (2010): „GiS“. Gesundheit im Studium. Ergebnisbericht der Online-Befragung 01/2010. Schriftenreihe des AB Public Health Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung. Freie Universität Berlin: Berlin.
- Heckhausen, J. & Heckhausen H. (2006): Motivation und Handeln. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Jantowski, A. (2008): Darstellung und Auswertung der empirischen Befunde einer Fragebogenstudie im Dezember 2007 im Auftrag des Zentrums für Lehrerbildung und Didaktikforschung der Friedrich-Schiller-Universität Jena (Kurzbericht), 1–20.
- Kurth, R.A. / Klier, S. / Pokorny, D. / Jurkat, H.B. / Reimer, C. (2007): Studienbezogene Belastungen, Lebensqualität und Beziehungserleben bei Medizinstudenten. In: Psychotherapeut 2007/5, 355–361.
- Leppin, P. A. (2007): Burnout: Konzept, Verbreitung, Ursachen und Prävention. In Badura, B.; Schellschmidt, H.; Vetter, C. (Hrsg): Fehlzeiten-Report 2006. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 99–109.
- Meier, S. / Milz, S. / Krämer, A. (2009): Gesund studieren: Befragungsergebnisse des Gesundheitssurvey für Studierende in NRW. Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der Techniker Krankenkasse (Bd. 16). Techniker Krankenkasse: Hamburg.
- Nila, R. / Jacobshagenb, N. / Schächinger, H. / Baumann, P. / Höcke, P. / Hättenschwiler, J. / Holsboer-Trachsler, E. (2010): Burnout – eine Standortbestimmung. In: Schweiz Arch Neurol Psychiatr 2010/161, 72–77.

- Römer, J. / Appel, J. / Drews, F. / Rauin, U. (2012): Bournout-Risiko von Lehramts- und Jurastudierenden der Anfangssemester. In: *Prävention und Gesundheitsförderung* 2012/7, 203–208.
- Schwarzer, R. (2008): Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. In: *Applied Psychology* 2008/57, 1–29.
- Slesina, W. (1987): Fragebogen zur subjektiven Einschätzung der Belastungen am Arbeitsplatz (FEBA). Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.), *Instrumente zur Erfassung psychischer Belastungen*.
- Thees, S. / Gobel, J. / Jose, G. / Borhardt, R. / Esch, T. (2012): Die Gesundheit von Studierenden im Bologna-Prozess. In: *Prävention und Gesundheitsförderung* 2012/7, 196–202.
- Wagner, A.C. (2011): *Gelassenheit durch Auflösung innerer Konflikte – Mentale Selbstregulation und Introversion*. Stuttgart: Kohlhammer.

Healthy Campus Bonn – Sport- und Bewegungsverhalten der Studierenden

Manuela Preuß, Peter Preuß, Kerstin Kuhlmann, Max Ponert, Katja Meblis, André Beauducel, Georg Rudinger & Georg Predel

1 Theoretischer Hintergrund

Die Gesundheits- und Forschungsinitiative der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn (Universität Bonn) und der Deutschen Sporthochschule Köln (DSHS Köln) wurde im Oktober 2011 gestartet und verbindet erfolgreiches Studium, gesundheitsorientierte Bewegung und Sport mit ausgewogener Ernährung und psychischer Gesundheit. Ein gesunder Lebensstil basierend auf regelmäßigen körperlichen/sportlichen Aktivitäten und gesunder Ernährung ist unbestritten eine zentrale Voraussetzung für körperliche und geistige Gesundheit – von der Kindheit bis ins hohe Alter (Predel & Tokarski 2005).

Die wissenschaftliche Literatur hat in den letzten Jahrzehnten die positive und dauerhafte Wirkung von regelmäßiger körperlicher Aktivität und Sport auf den menschlichen Organismus hinreichend nachgewiesen. Der protektive Effekt gegenüber kardiovaskulären, pulmonalen, metabolischen und orthopädischen Risikofaktoren und Erkrankungen sowie die Reduktion der Mortalität von körperlich aktiven Menschen wurden in zahlreichen Studien belegt (Garber et al. 2011; Hollmann & Strüder 2009; Löllgen et al. 2006; Nelson et al. 2007; Weisser, Preuss & Predel 2009; Weisser, Preuß & Predel 2010). Darüber hinaus nehmen körperliche Aktivität und Sport als nicht-medikamentöse Therapiemaßnahmen und Lebens-

stilmodifikationen in der Behandlung verschiedener fachspezifischer Erkrankungen eine zentrale Rolle ein (Rost 2005; Weisser et al. 2010).

Durch ein regelmäßig durchgeführtes Ausdauer- bzw. Krafttraining wird neben diesen positiven physiologischen Wirkungen auch die körperliche Leistungsfähigkeit verbessert (Garber et al. 2011; Haskell et al. 2007; Hollmann & Strüder 2009; Nelson et al. 2007; Swain & Franklin 2002). Die körperliche Leistungsfähigkeit bzw. die körperliche Fitness ist mittlerweile als unabhängiger Risikofaktor etabliert. Unabhängig vom körperlichen Aktivitätsstatus kann durch die Bestimmung der körperlichen Leistungsfähigkeit eine Prognose hinsichtlich der Gesamtsterblichkeit und des Auftretens von kardiovaskulären- oder Krebserkrankungen gegeben werden (Weisser et al. 2010). Im Vergleich unterschiedlicher Risikofaktoren und deren prognostischer Bedeutung wird die körperliche Leistungsfähigkeit ebenbürtig zu den klassischen Risikofaktoren wie z. B. Hypertonie oder Fettstoffwechselstörung angesehen (Blair, Cheng & Holder 2001; Weisser et al. 2010).

So liegt das Ziel der forschungsbasierten und wissenschaftlich begleiteten Gesundheitsinitiative „Healthy Campus“ der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn und der Deutschen Sporthochschule Köln in der Vermittlung und Implementierung eines nachhaltigen Gesundheitsbewusstseins und bewegungsbezogenen Lebensstiles. Wie Burla, Bucher und Abel (2004: 6) treffend feststellen, ist der Zusammenhang zwischen Lebensstil und Gesundheit komplex: „Einerseits hängt der Gesundheitszustand langfristig vom gesundheitsrelevanten Lebensstil ab, andererseits fördert oder erschwert der Gesundheitszustand bestimmte Lebensstile“. Zusätzlich sind die Lebenschancen in Form von ökonomischen und ökologischen Ressourcen ebenfalls von Bedeutung (Abbildung 1).

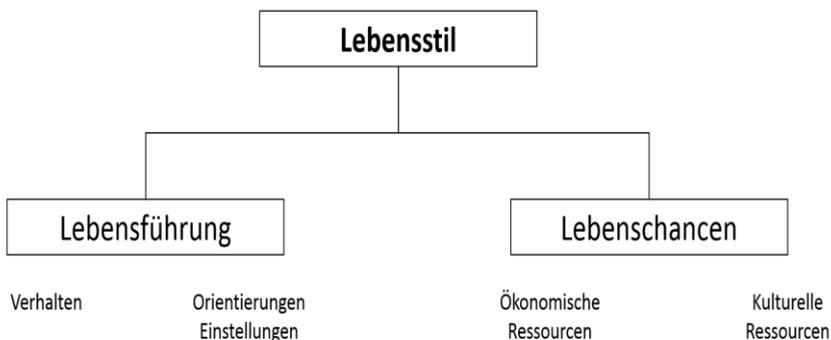


Abbildung 1: Lebensstil, Lebensführung und Lebenschancen (Abel & Walter 2002).

In diesem Kontext spielt im Bereich der Lebensführung die so genannte Gesundheitskompetenz eine Schlüsselrolle. „Gesundheitskompetenz beschreibt individuelle Kompetenzen, die es dem Einzelnen ermöglichen, sich unter den gegebenen persönlichen, situativen und gesellschaftlichen Voraussetzungen in Bezug auf gesundheitsrelevante Fragestellungen zu orientieren, Verantwortung für seine Ge-

sundheit zu übernehmen und entsprechend zu handeln“ (Lenartz 2012: 20; s. auch Soellner et al. 2009; World Health Organization 1998). Gesundheitskompetenz stellt somit neben strukturellen und bestimmten motivationalen Aspekten die entscheidende Einflussgröße für adäquates Gesundheitsverhalten dar.

Entgegen der allgemeinen Erwartung zeigt eine Reihe von wissenschaftlichen Untersuchungen (Busch et al. 2013; Meier et al. 2010; Meier, Milz & Krämer 2007; Richter-Kuhlmann 2012), dass auch Studierende ein erhebliches Entwicklungspotenzial hinsichtlich ihres Bewegungs- und Ernährungsverhaltens aufweisen und unter einer Vielzahl von psychovegetativen und orthopädischen Beschwerden leiden. Sowohl Studierende als auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an den Hochschulen weisen ungünstige Lebensstilmerkmale auf. Für Studierende bedeutet dies beispielsweise, „dass in dieser Lebensphase, in der sich viele Rahmenbedingungen im Alltag der Studierenden ändern, eine realistische Chance bestehen kann, interventionsbedingte Veränderungen bezüglich der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und Einstellungen zu erwirken“ (Brandl-Bredenbeck, Kämpfe & Köster 2013: 18). Leyk et al. (2012) erachten angesichts der gesamtwirtschaftlichen Folgekosten des gesundheitlich ungünstigen Lebensstils flächendeckende und effiziente Präventionskampagnen für junge Erwachsene als dringend erforderlich.

Die Bedeutung der Hochschulen als Ansatzpunkt für Präventions- und Interventionsprogramme ergibt sich aus deren bildungspolitischen Auftrag, der über die Vermittlung von Wissen und Kompetenzen hinaus auch in Form eines Sozialisationsraums wirksam wird. Durch die großen Zeiträume, die Studierende hier verbringen – viele Studierende betrachten die Hochschule als ihren Lebensmittelpunkt – formen und verfestigen die Hochschulen gesundheitsbezogene Einstellungen und können diesbezügliche Ressourcen aber eben auch Risiken der Studierenden maßgeblich mitgestalten. Die weitreichende gesellschaftliche Bedeutung dieses Gestaltungsraums wird daran deutlich, dass an den Hochschulen zukünftige Entscheidungsträger ausgebildet werden, die ihre gesundheitsbezogenen Einstellungen als Multiplikatoren in andere Gesellschaftsbereiche hineintragen.

Der vorliegende Beitrag wird hierbei die Facetten des Sport- und Bewegungsverhaltens der Studierenden der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn und der Deutschen Sporthochschule Köln fokussieren.

2 Methodik

Seit dem Wintersemester 2011/2012 führt „Healthy Campus“ regelmäßig Online-Befragungen zur Erhebung von Lebensstil- und Gesundheitsparametern der Studierenden der Universität Bonn und der Deutschen Sporthochschule Köln durch. Mit Hilfe der Online-Befragungen sollen die entsprechenden Kompetenzen dieser Zielgruppe in Bezug auf gesundheitsrelevantes Verhalten ermittelt werden, um im Zusammenspiel mit Kenntnissen über Ernährungs-, Sport-, und Bewegungsgewohnheiten und -präferenzen entsprechende Maßnahmen abzuleiten, die ab dem

Wintersemester 2013/2014 in Form einer elektronischen Feedback-Intervention Ausdruck finden. Die Online-Befragung deckt alle, für die Implementierung angemessenen Interventionsmaßnahmen, wichtigen Bereiche ab. So werden neben Ernährungs- und Sportgewohnheiten auch relevante Kompetenz- und Persönlichkeitsmerkmale und subjektiv empfundene Belastungen erfasst. Als innovativ zu bezeichnen ist hierbei der Einbezug des Konzepts der Gesundheitskompetenz.

Nicht zuletzt deswegen schafft „Healthy Campus“ auf Basis der Online-Befragung auch entsprechende strukturelle gesundheitsbezogene Angebote in der „Organisation“ Universität, welche im Zusammenspiel der Ernährungs-, Sport-, und Bewegungsgewohnheiten der Studierenden, die gesundheitsbezogenen Kompetenzen fördern (Predel, Preuss & Rudinger 2013).

In diesem Beitrag werden die Ergebnisse der Online-Befragung des Sommersemesters 2013 zum Sport- und Bewegungsverhalten der Studierenden der Universität Bonn und der DSHS Köln deskriptiv beschrieben und stichprobenspezifisch betrachtet. Die Quantität und Qualität des Bewegungsverhaltens sowie Daten über die Zufriedenheit und Nutzung des Hochschulsports werden herausgearbeitet. Hierzu werden aus den Mittelwertdifferenzen der Wichtigkeitseinstufung und der Zufriedenheitsbewertung ausgewählter Aspekte des Hochschulsports mögliche Veränderungsbedarfe abgeleitet.

Formel 1: Berechnung der Mittelwertdifferenz des Veränderungsbedarfes.

$$\text{Wichtigkeit} - \text{Zufriedenheit bzw. Bewertung} = \text{Veränderungsbedarf}$$

Eine hohe positive Differenz bedeutet, dass die Wichtigkeit eines bestimmten Aspektes größer ist als die zugehörige Zufriedenheit und zeigt einen hohen Veränderungsbedarf an. Zur statistischen Einordnung des Veränderungsbedarfes diente die Berechnung der Effektstärke d . Die Bewertung der Effektstärke erfolgte nach der konventionellen Effektstärkeklassifizierung nach Cohen (1988):

- ≥ 0.2 entspricht einem geringen Effekt,
- ≥ 0.5 entspricht einem mittleren Effekt,
- ≥ 0.8 entspricht einem großen Effekt.

Die klassische Effektstärke normiert die Unterschiede zwischen einer unabhängigen Experimentalgruppe (EG) und Kontrollgruppe (KG) auf die Streuung der Testwerte, wobei die gepoolte Standardabweichung die Schätzung optimiert (Fröhlich & Pieter 2009):

Formel 2: Effektstärke d (Fröhlich & Pieter 2009).

$$d = \frac{(\bar{X}_{EG} - \bar{X}_{KG})}{s_{\text{gepoolt}}}$$

mit

Formel 3: Gepoolte Standardabweichung (Fröhlich & Pieter 2009).

$$s_{gepoolt} = \sqrt{\frac{(n_1 - 1)s_1^2 + (n_2 - 1)s_2^2}{n_1 + n_2 - 2}}$$

Mit den angegebenen Formeln lässt sich ebenfalls die Effektstärke für abhängige Stichproben berechnen. Hierbei wird die Wichtigkeit mit dem Hochschulsportangebot als KG behandelt und die Zufriedenheit bzw. die Bewertung mit diesem als EG.

Abschließend werden unter der Berücksichtigung übergeordneter gesundheitsbezogener Kompetenzen konkrete Vorschläge zur Verbesserung und Optimierung dieser Aspekte abgeleitet.

Der Unterschied der Förderung von Sport- und Bewegungsverhalten an der Universität Bonn und der DSHS Köln liegt primär darin, dass Studierende an der Universität Bonn ein größeres Potenzial für eine Erhöhung der Sportaktivität und der Alltagsbewegungen aufweisen, wohingegen die Studierenden der DSHS Köln durch ihr Sportstudium eine hohe Sportaffinität mitbringen. An der DSHS Köln muss das Augenmerk vielmehr auf ausgleichende Bewegungsmuster gelegt werden, um ein Übertraining bzw. Verletzungen zu verhindern.

3 Ergebnisse

Im Sommersemester 2013 wurde die 4. Befragungswelle der Healthy Campus Online-Befragung durchgeführt. An der Universität Bonn und an der Deutschen Sporthochschule Köln wurden die Studierenden ab dem zweiten Fachsemester zur Online-Befragung aufgerufen. Die Ergebnisse an der Universität Bonn basieren auf den Antworten von 2557 Studierenden. Bezogen auf 29738 angeschriebenen Studierenden entspricht dies einer Rücklaufquote von 9 %. An der Deutschen Sporthochschule Köln konnten absolut gesehen deutlich weniger Sportstudierende für die Beantwortung des Online-Fragebogens gewonnen werden: die vollständigen Antworten von 48 Studierenden entsprechen in diesem Fall einer Rücklaufquote von 10 % (97 Studierende wurden angeschrieben, parallel wurde über einen offenen Link für die Online-Befragung rekrutiert). Die Ergebnisse der Online-Befragung an der DSHS Köln sind somit vor dem Hintergrund der geringen Stichprobengröße zu betrachten.

Die Ergebnisdarstellung ist nach ausgewählten Fragen der Online-Befragung zum Sport- und Bewegungsverhalten gegliedert und beinhaltet eine deskriptive Beschreibung der Häufigkeitsverteilungen. Zur Gewährleistung einer nachvollziehbaren, vergleichenden Betrachtung werden die Ergebnisse inhaltlich gleicher bzw. ähnlicher Fragen für die Universität Bonn und die DSHS Köln im direkten Kontext gegenüber gestellt.

Körperliche Aktivität

82 % der Bonner Studierenden erledigen ihre alltäglichen Einkäufe oder Wege zur Universität zu Fuß. Hierbei liegt die mittlere Gehzeit bei 34 ± 143 Minuten ($M \pm SD$) täglich. Mehr als die Hälfte der Studierenden erledigt darüber hinaus diese Alltagsaktivitäten mit dem Fahrrad. Diese körperliche Alltagsaktivität wird durchschnittlich mit 42 ± 34 Minuten täglich ($M \pm SD$) ausgeübt.

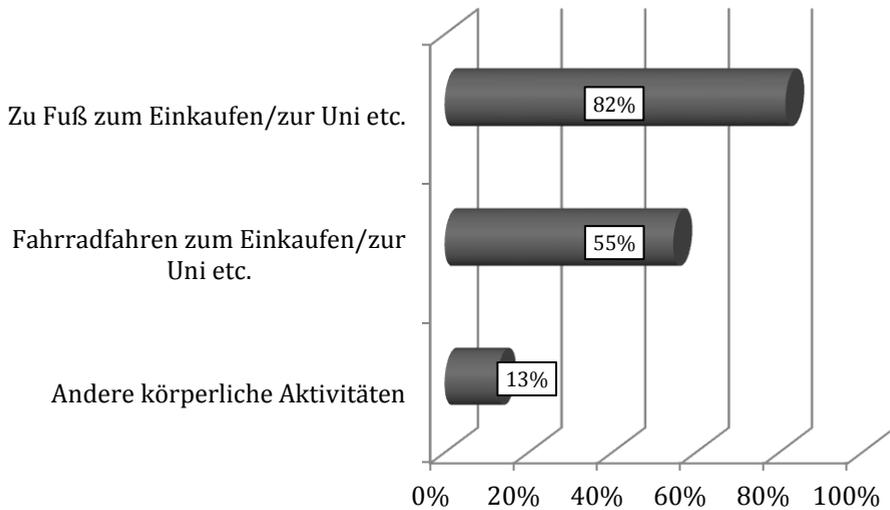


Abbildung 2: Körperliche Aktivität im Alltag (Universität Bonn, SS 2013).

Die Studierenden der DSHS Köln erledigen mit einer Angabe von 80 % im Vergleich zu den Bonner Studierenden deutlich mehr Alltagsaktivitäten mit dem Fahrrad. Die tägliche Fahrradfahrzeit ist hier mit 29 ± 19 Minuten ($M \pm SD$) deutlich geringer. Darüber hinaus integrieren 63 % der Sportstudierenden auch Einkäufe und Wege zur Universität zu Fuß und gehen dabei täglich im Schnitt 38 ± 20 Minuten ($M \pm SD$).

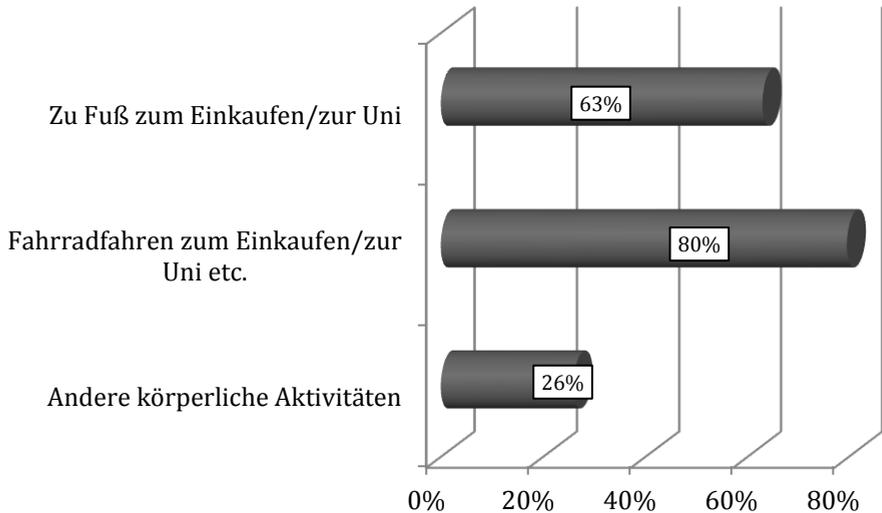


Abbildung 3: Körperliche Aktivität im Alltag (DSHS Köln, SS 2013).

Insgesamt zeigt sich bei den Sportstudierenden eine höhere Alltagsaktivität, die mit einer stärkeren Bewegungsaffinität erklärt werden könnte. Positiv hervorzuheben ist, dass in beiden studentischen Zielgruppen mehr als die Hälfte der Studierenden körperliche Aktivitäten bereits in den Alltag integrieren. Dennoch sollte eine Unterstützung zur Erhöhung der gehenden oder fahrradfahrenden körperlichen Aktivitäten erfolgen und deren Wichtigkeit vermittelt werden.

Sportaktivität

Mehr als die Hälfte der weiblichen und knapp 50 % der männlichen Bonner Studierenden sind mit drei bis vier Mal wöchentlich bis sogar täglich sportlich aktiv (Abbildung 4). Dies entspricht den internationalen Empfehlungen für ein gesundheitsorientiertes körperliches Training in Bezug auf die Häufigkeit des Sporttreibens (Fletcher et al. 2001; Garber et al. 2011). 30 % der weiblichen und 34 % der männlichen Studierenden bewegen sich zumindest ein- bis zweimal wöchentlich, während 18 % der weiblichen bzw. 20 % der männlichen Studierenden gar keinen Sport treiben. Besonders für diese Gruppe der sportabstinenten Studierenden besteht eindeutiger Interventionsbedarf zur Steigerung gesundheitsorientierter, sportlicher Aktivitäten. Insgesamt weisen 54 % der männlichen und 48 % der weiblichen Studierenden eine zu geringe Sportaktivität auf, um die genannten gesundheitspräventiven Effekten sportlicher Aktivität vollumfänglich zu profitieren (Fletcher et al. 2001; Garber et al. 2011).

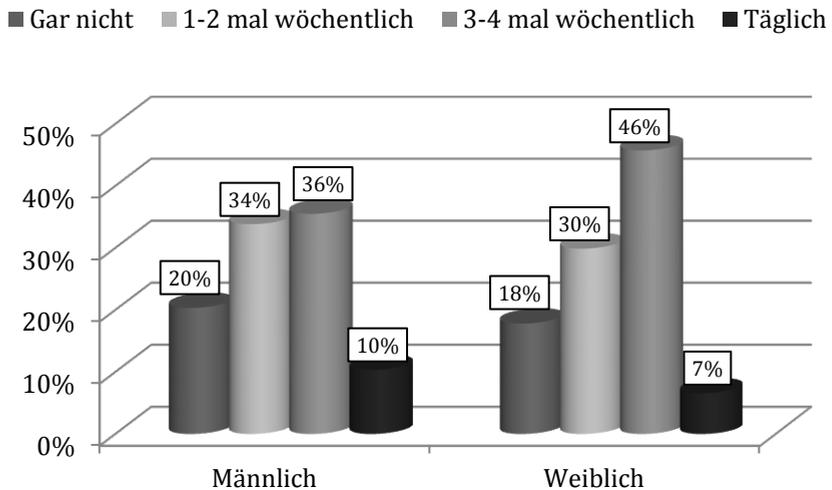


Abbildung 4 Wie häufig sind Sie in einer normalen Woche sportlich aktiv? (Universität Bonn, SS 2013).

Die Frage nach dem Sportverhalten wurde an der DSHS Köln differenzierter gestellt, da hier eine Veränderung mit dem Studieneintritt zu erwarten ist (Abbildung 5 und Abbildung 6). Schon vor Studienbeginn äußert sich die Sportaffinität der Studierenden der DSHS Köln in einer deutlich höheren Frequenz des Sporttreibens im Vergleich zu den Bonner Studierenden. Rund 88 % der Sportstudierenden waren schon vor Studienbeginn drei bis vier Mal wöchentlich bzw. täglich sportlich aktiv. Nur 8 % der weiblichen und 13 % der männlichen DSHS-Studierenden trieben nur ein- bis zweimal in der Woche Sport. Lediglich 4 % der weiblichen Studierenden waren vor Studienbeginn gar nicht sportlich aktiv.

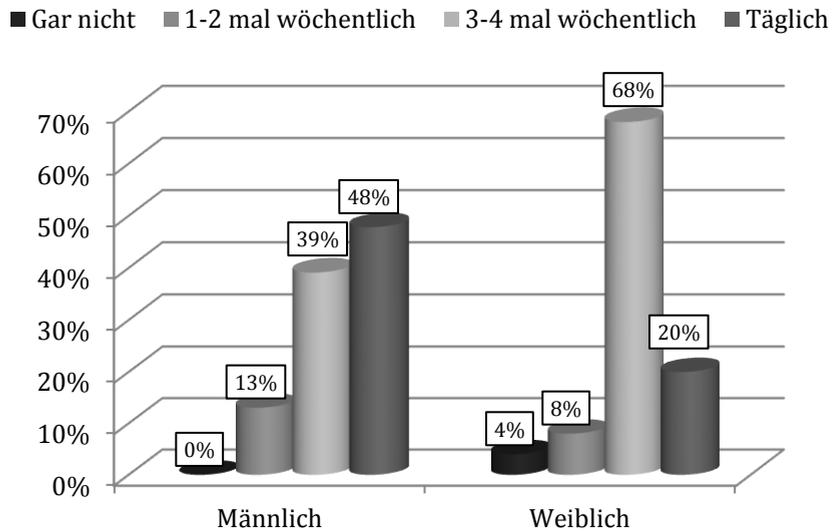


Abbildung 5: Wie oft waren Sie in einer „normalen“ Woche vor Studienbeginn sportlich aktiv? (DSHS Köln, SS 2013).

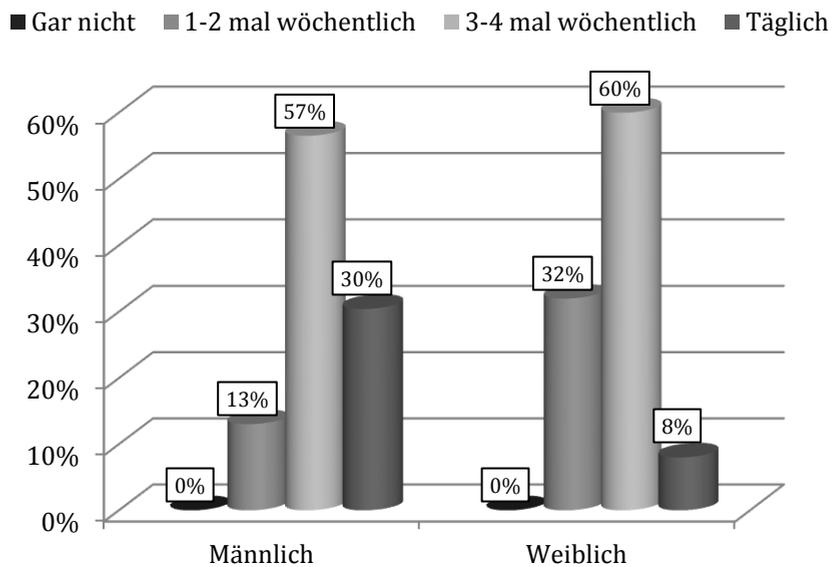


Abbildung 6: Wie oft sind Sie in einer „normalen Woche“ seit Studienbeginn sportlich aktiv? (DSHS Köln, SS 2013).

Mit dem Studienbeginn reduzierte sich die drei bis vier Mal wöchentliche bzw. tägliche Sportaktivität der weiblichen Studierenden auf insgesamt 68 % während diese bei den männlichen Studierenden mit 87 % gleich blieb. Die Anzahl der

weiblichen Sportstudierenden mit einer Sportaktivität von ein- bis zweimal wöchentlich stieg mit Studieneintritt auf 32 % an, während bei den männlichen Kommilitonen sich in dieser Kategorie der Sporthäufigkeit keine Veränderungen zeigten. Alle DSHS-Studierenden treiben regelmäßig Sport, wobei bei 13 % der männlichen und 32 % der weiblichen Sportstudierenden die Häufigkeit des Sporttreibens aus gesundheitspräventiver Sicht erhöht werden sollte.

In diesem Kontext ist für die Stichprobe der DSHS-Studierenden von Interesse, welche Dauer die sportliche Aktivität im Rahmen des Studiums einnimmt (Abbildung 7).

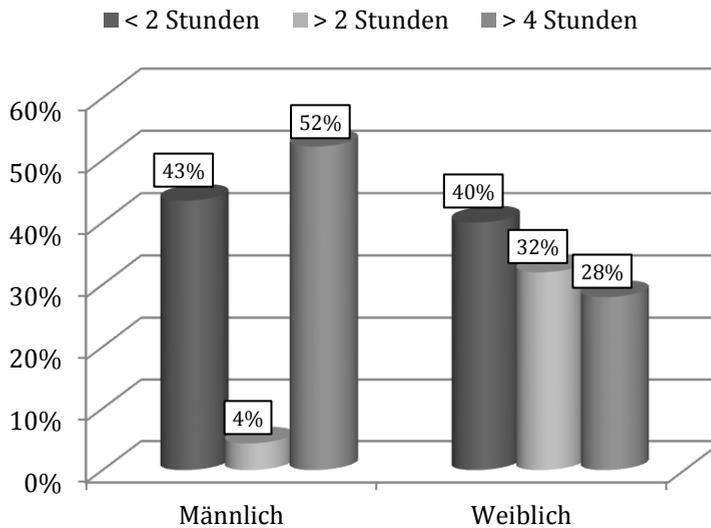


Abbildung 7: Wie viele Stunden pro Woche sind Sie im Rahmen Ihres Studiums sportlich aktiv? (DSHS Köln, SS 2013).

Rund 60 % der weiblichen bzw. 56 % der männlichen Studierenden sind im Rahmen des Sportstudiums mehr als zwei bis mehr als vier Stunden/Woche sportlich aktiv. 40 % der weiblichen und 43 % der männlichen Sportstudierenden geben eine sportliche Aktivität von weniger als zwei Stunden im Rahmen des Studiums an der DSHS Köln an. Diese Diskrepanz für die Stundenzahl in der Sportpraxis könnte zum einen auf die unterschiedlichen Fachsemester zurückgeführt werden, in denen sich die weiblichen und männlichen Sportstudierenden zum Befragungszeitpunkt befanden. Mit höherem Fachsemester nimmt der Anteil der Sportpraxis im Studium ab. Zum anderen besteht ein großer Unterschied zwischen Bachelor- und Masterstudentinnen und -studenten hinsichtlich der sportpraktischen Ausbildung, deren Stellenwert im Bachelorstudium deutlich höher ist.

Organisation des Sporttreibens

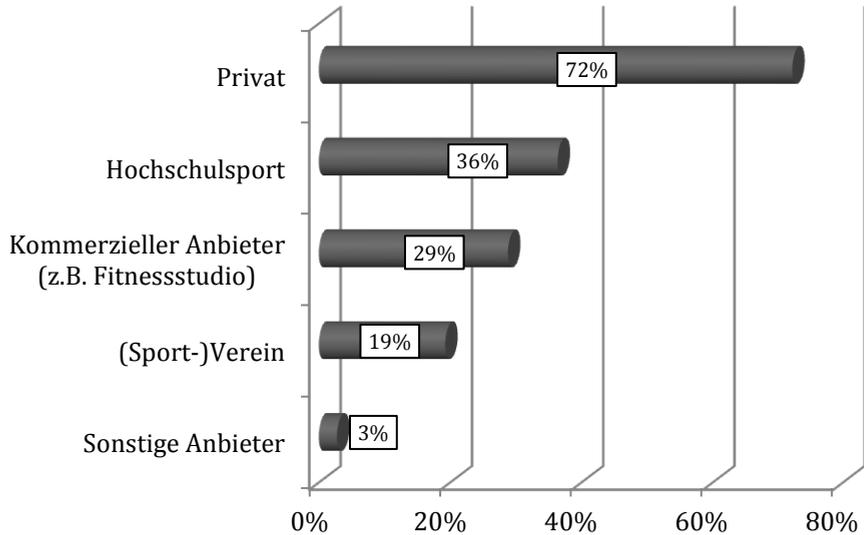


Abbildung 8: Wie organisieren Sie Ihren Sport? (Universität Bonn, SS 2013).

Bei der Frage nach der Organisation der sportlichen Aktivitäten steht bei einer hohen Anzahl der Studierenden beider Hochschulen (72 % Universität Bonn und 89 % DSHS Köln) die private Organisation an erster Stelle (Abbildung 9 und Abbildung 10). Sowohl die Nutzung des Hochschulsports mit 36 % bei den Bonner Studierenden bzw. mit 35 % der DSHS-Studierenden als auch sportliche Aktivitäten über kommerzielle Anbieter mit 29 % bei den Bonner bzw. mit 27 % bei den DSHS-Studierenden zeigt eine gleiche universitätsübergreifende Verteilung. Der Unterschied zwischen den beiden Universitäten liegt in der Nutzung von Sportvereinen. Während nur 19 % der Bonner Studierenden im Verein Sport treiben, geht knapp die Hälfte der DSHS-Studierenden ihrer sportlichen Aktivität im Sportverein nach. In dieser höheren prozentualen Angabe des Vereinssports spiegelt sich die erwartungsgemäße Sportaffinität der Sportstudierenden wider. Viele Studierende der DSHS Köln weisen eine langjährige Sporthistorie auf, die oftmals im leistungsorientierten Bereich über den Vereinssport organisiert ist.

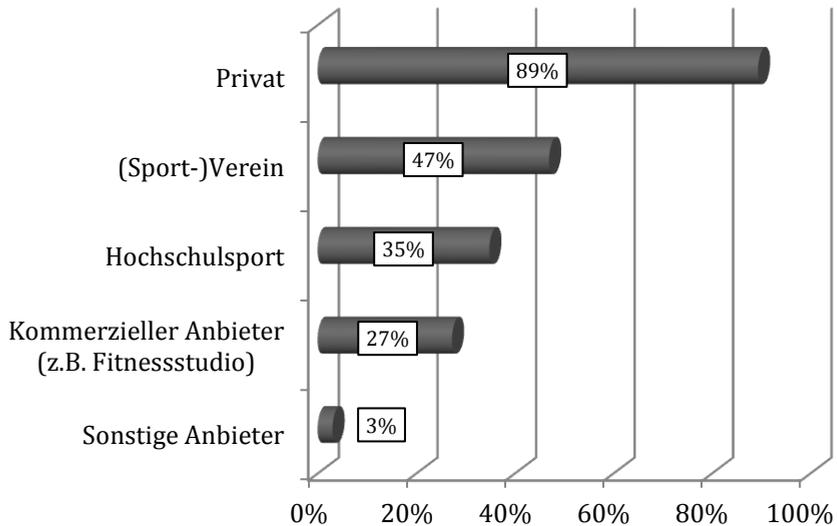


Abbildung 9: Wie organisieren Sie Ihren Sport außerhalb des Studiums? (DSHS Köln, SS 2013).

Top Ten der Sportarten

Unter den Top Ten der ausgeübten Sportarten stehen bei beiden universitären Stichproben die Individualsportarten ganz klar an erster Stelle (Abbildung 10 und Abbildung 11). An der Universität Bonn nehmen Joggen/Laufen mit 19 %, Fahrradfahren mit 16 % und Fitnessstraining mit 15 % ganz klar die Vorreiterrolle unter den ausgeübten Sportarten ein.

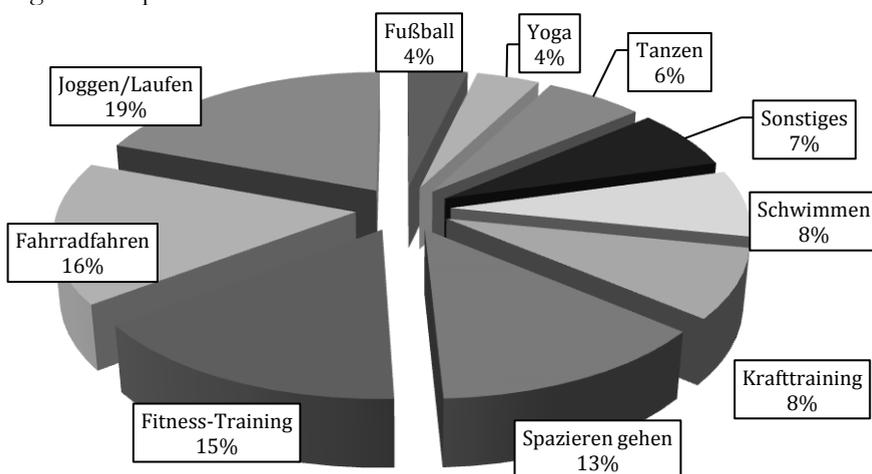


Abbildung 10: Top Ten der ausgeübten Sportarten (Universität Bonn, SS 2013).

Ein ähnliches Bild zeigt sich an der DSHS Köln: die Liste der ausgeübten Sportarten wird ebenfalls von Joggen/Laufen (20 %), Fitnessstraining (14 %) und Krafttraining (12 %) angeführt.

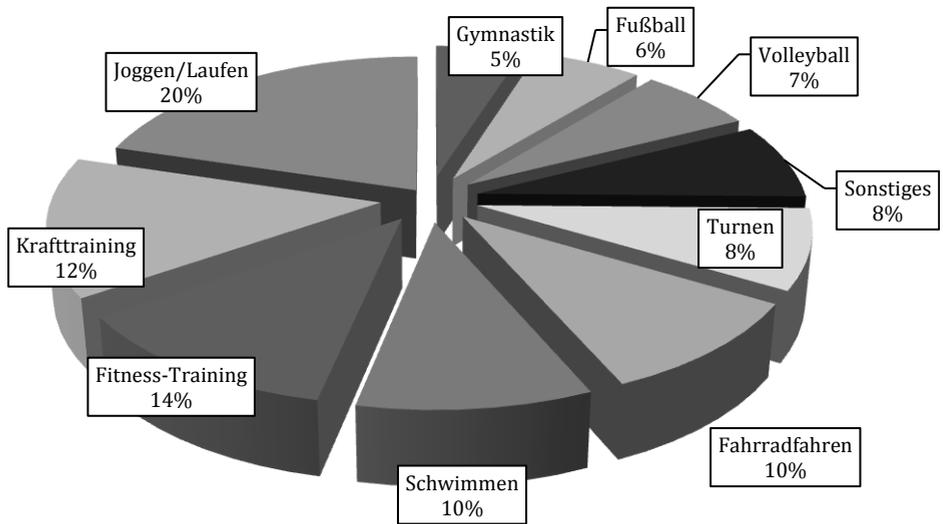


Abbildung 11: Top Ten der ausgeübten Sportarten (DSHS Köln, SS 2013).

An der Universität Bonn wurden die Studierenden zusätzlich nach den Sportarten gefragt, die sie gerne ausüben würden (Abbildung 11). Hier wurde mit 17 % zuerst das Fitnessstraining genannt. Aber die Bonner Studierenden wünschen sich zusätzlich Aktivitäten in den Bereichen Tanzen (12 %), Yoga (11 %), Schwimmen (10 %) und Badminton (10 %).

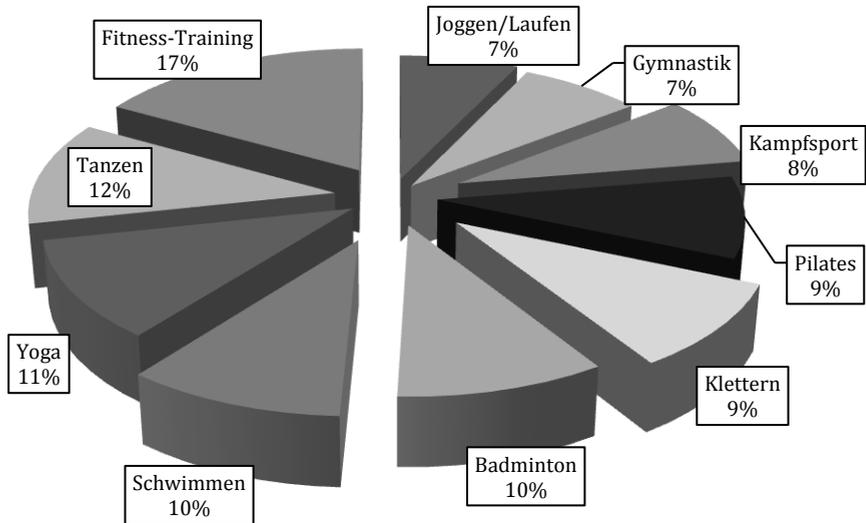


Abbildung 12: Top Ten der gewünschten Sportarten (Uni Bonn, SS 2013).

4 Hochschulsport

Um für den universitären Kontext geeignete sportaktivierende Maßnahmen zu schaffen sowie das Hochschulangebot bedarfsgerecht und nachfrageorientiert auf die Bedürfnisse der Studierenden anzupassen, ist es von großem Interesse, welche Aspekte den Studierenden im Bereich des Hochschulsports besonders wichtig sind und inwieweit sie mit diesen zufrieden sind.

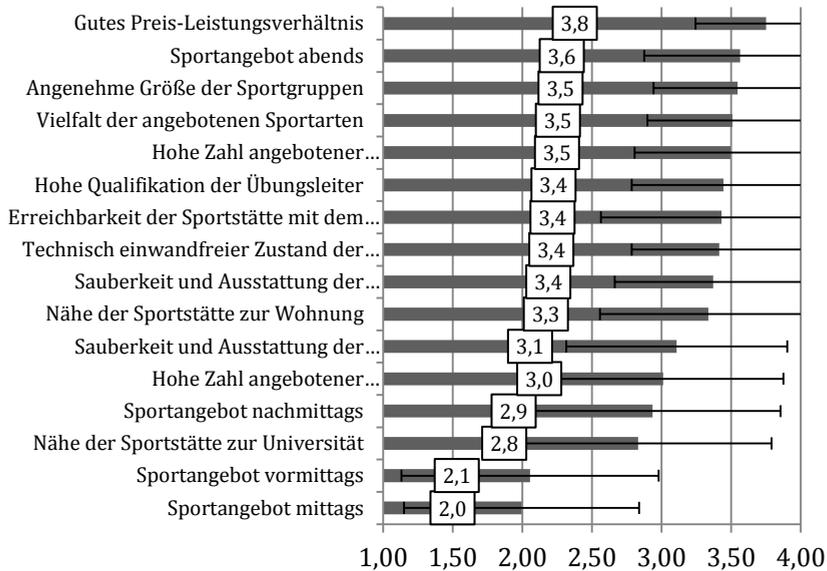


Abbildung 13: Wichtigkeit von Aspekten des Hochschulsports (1, unwichtig; 2, eher unwichtig; 3, eher wichtig; 4, wichtig; Universität Bonn, SS 2013).

Bei der Nutzung des Bonner Hochschulsports steht bei den Studierenden mit einem Punktwert von 3,8 auf einer Skala von 1 (unwichtig) bis 4 (wichtig) ein gutes Preis-Leistungsverhältnis ganz klar an erster Stelle. Mit dem Punktwert von 3,6 steht ein abendliches Sportangebot noch vor der Größe der Sportgruppen, der Vielfalt der angebotenen Sportarten sowie einer hohen Zahl an angebotenen Veranstaltungen in der Vorlesungszeit (Punktwert jeweils bei 3,5). Erst nach diesen Aspekten folgt auf der Wichtigkeitsskala der Bonner Studierenden mit 3,4 Punkten der Aspekt einer hohen Übungsleiterqualifikation (Abbildung 13). Ein Sportangebot in den Vormittags- bzw. Mittagsstunden wird als eher unwichtig angesehen.

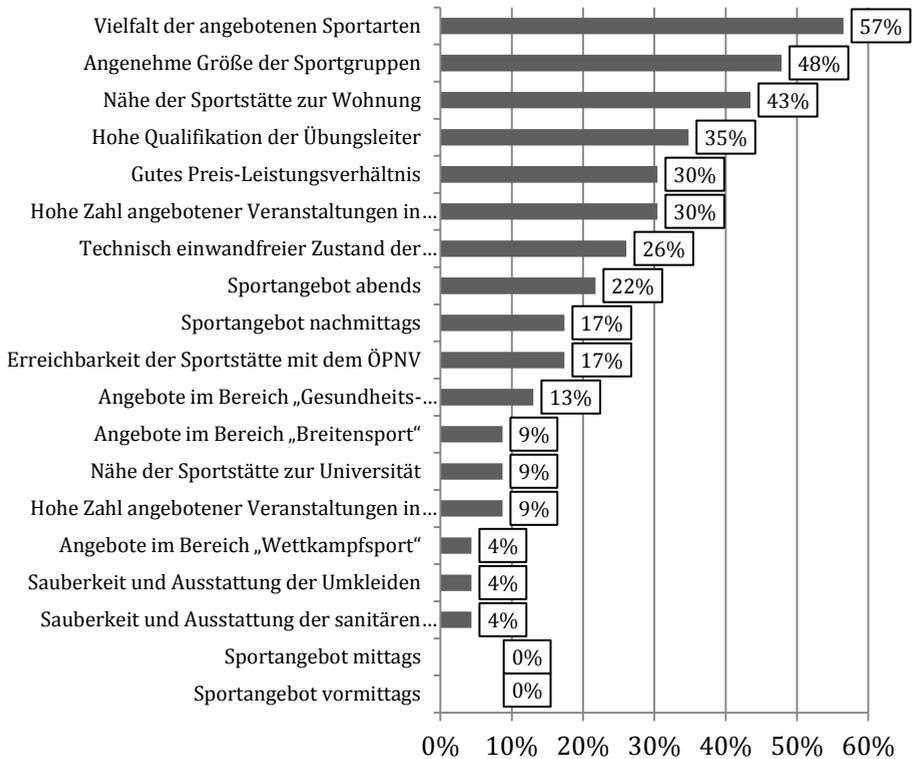


Abbildung 14: Welche vier Aspekte des Hochschulsports besitzen für Sie die höchste Wichtigkeit? (DSHS Köln, SS 2013).

Den Studierenden der DSHS Köln ist in Bezug auf das Hochschulsportangebot mit 57 % die Vielfalt der angebotenen Sportarten ganz klar am wichtigsten. Aber auch die Größe der Sportgruppen und die Nähe der Sportstätte zur Wohnung stehen mit 48 % bzw. 43 % ganz oben auf der Wichtigkeitsskala der Sportstudierenden. 35 % halten eine hohe Qualifikation der Übungsleiterinnen und Übungsleiter für wichtig und 30 % der DSHS-Studierenden stufen ein gutes Preis-Leistungsverhältnis sowie eine hohe Anzahl von Angeboten in der Vorlesungszeit als bedeutend ein (Abbildung 14).

Während die Studierenden der Universität Bonn mit einem „guten Preis-Leistungsverhältnis“, einem „abendlichen Sportangebot“, der „Vielfalt der angebotenen Sportarten“ und einer „hohen Anzahl angebotener Veranstaltungen in der Vorlesungszeit“ eher quantitative Merkmale als wichtigste Aspekte beurteilen, stehen bei den DSHS-Studierenden mit einer „angenehmen Größe der Sportgruppen“ sowie einer „hohen Qualifikation der Übungsleiter“ durchaus qualitative Aspekte im Vordergrund.

Bei den Bonner Studierenden wurde zusätzlich nach der Zufriedenheit mit ausgewählten Aspekten des Hochschulsports gefragt (Abbildung 15).

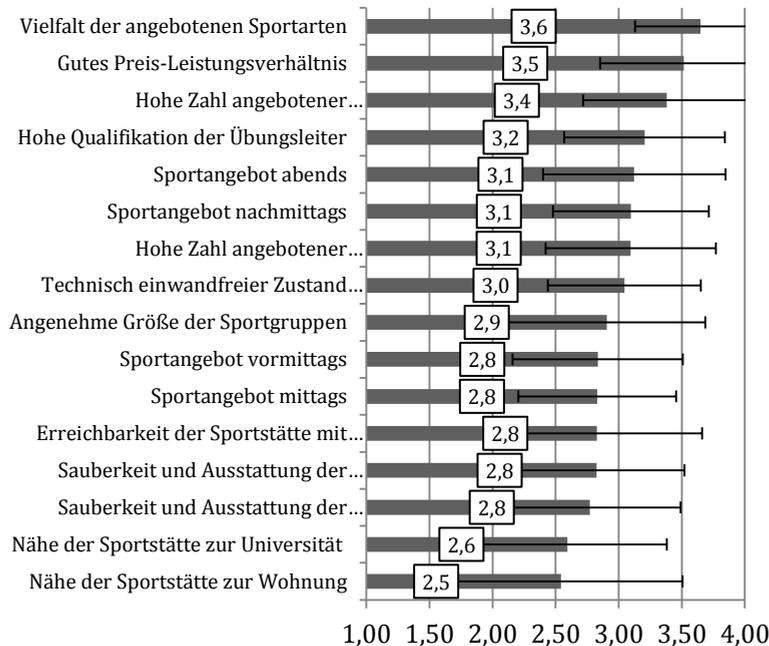


Abbildung 15: Zufriedenheit mit Aspekten des Hochschulsports (1, --; 2, -; 3, +; 4, ++; Universität Bonn, SS 2013).

Auf einer Skala von 1 (--) bis 4 (++) geben die Bonner Studierenden mit einem Punktwert von 3,6 die größte Zufriedenheit mit der Vielfalt der angebotenen Sportarten an. Aber auch ein gutes Preis-Leistungsverhältnis und die Anzahl der angebotenen Sportarten in der Vorlesungszeit stehen mit den Punktwerten von 3,5 bzw. 3,4 ganz oben auf der Zufriedenheitsskala. Weiterhin sind die Bonner Studierenden mit der Qualifikation der Übungsleiterinnen und Übungsleiter (3,2), dem Sportangebot abends und nachmittags sowie der Anzahl angebotener Veranstaltungen in der vorlesungsfreien Zeit (jeweils 3,1) zufrieden (Abbildung 16).

Aus den Mittelwertdifferenzen der Wichtigkeitseinstufung und der Zufriedenheitsbewertung der ausgewählten Aspekte zum Hochschulsport ergibt sich, ob ein Veränderungsbedarf besteht oder nicht. Hierbei bedeutet eine hohe positive Differenz, dass die Wichtigkeit eines bestimmten Aspektes größer ist als die zugehörige Zufriedenheit und zeigt einen hohen Veränderungsbedarf an. Zur statistischen Einordnung des Interventionsbedarfes dient die Berechnung der Effektstärke d .

Tabelle 1: Differenzen der Mittelwerte der Wichtigkeitseinstufung und Zufriedenheitsbewertung (Wichtigkeit minus Zufriedenheit/Bewertung) der aufgeführten Aspekte des Hochschulsports (Universität Bonn, SS 2013). Die Höhe der Effektgröße Cohen's d gibt die Stärke des Effekts an (Werte > 0.8 = großer Effekt, Werte > 0.5 = mittlerer Effekt, Werte > 0.2 = geringer Effekt).

Aspekte des Hochschulsports	Differenz	Effektgröße: Cohen's d
Nähe der Sportstätte zur Wohnung	0.80	0.72
Angenehme Größe der Sportgruppen	0.65	0.64
Erreichbarkeit der Sportstätte mit dem ÖPNV	0.62	0.53
Sauberkeit und Ausstattung der sanitären Anlagen	0.61	0.61
Sportangebot abends	0.45	0.46
Technisch einwandfreier Zustand der Sportstätte	0.37	0.41
Sauberkeit und Ausstattung der Umkleiden	0.30	0.29
Nähe der Sportstätte zur Universität	0.26	0.23
Hohe Qualifikation der Übungsleiterinnen und Übungsleiter	0.24	0.27
Gutes Preis-Leistungsverhältnis	0.23	0.25
Hohe Zahl angebotener Veranstaltungen in der Vorlesungszeit	0.13	0.14
Hohe Zahl angebotener Veranstaltungen in der vorlesungsfreien Zeit	-0.06	-0.06
Vielfalt der angebotenen Sportarten	-0.14	-0.16
Sportangebot nachmittags	-0.14	-0.14
Sportangebot vormittags	-0.75	-0.71
Sportangebot mittags	-0.80	-0.81

Aus Tabelle 1 geht hervor, dass die höchste positive Mittelwertdifferenz zwischen Wichtigkeitsbeurteilung und Zufriedenheitsbewertung mit 0.80 die „Nähe der Sportstätte zur Wohnung“ betrifft. Mit einer Effektstärke von 0.72 besteht hier im Kontext einer statistischen Einordnung ein mittlerer Effekt für einen Interventionsbedarf. Die hier vorliegende Diskrepanz zwischen Wichtigkeit und Zufriedenheit kann damit erklärt werden, dass die Fakultäten und die dazugehörigen Institute verschiedener Fachrichtungen über die gesamte Stadt Bonn verteilt sind. Die drei Sportanlagen des Hochschulsports sind ebenfalls über das Stadtgebiet verteilt und befinden sich nicht in fußläufiger Entfernung der Fakultäten bzw. größeren Instituten. Kurzum: die Sportstätten liegen für die Studierenden dezentral. Eine höhere Zufriedenheit ist nur durch weitreichende infrastrukturelle Maßnahmen zu erreichen. Diese sind in der Hochschulstandortentwicklungsplanung (HSEP) berücksichtigt: Bei der Errichtung des Campus Poppelsdorf wird ein neues Hochschulsportzentrum mitten im Zentrum der Universität Bonn entstehen und die Sportanlagen im Bonner Norden werden freigezogen. Die beiden weiteren Sportanlagen werden langfristig in dezentraler Lage bleiben, da die funktionelle Ausrichtung (Bootshaus in Bonn Beuel, Schwerpunkt Wassersport; Universitätssportanla-

ge Nachtigallenweg, Schwerpunkt Freiluftsportangebot) eine zentrale Verortung nicht ermöglicht.

Des Weiteren besteht eine deutliche Diskrepanz mit 0.65 zwischen Wichtigkeit und Zufriedenheit im Hinblick auf eine „Angenehme Größe der Sportgruppe“ und zeigt einen mittleren Effekt von 0.64 für einen Handlungsbedarf. Fakt ist, dass die sehr hohe Nachfrage nach Sportangeboten in den späten Nachmittag- und Abendstunden in Kombination mit den begrenzt zur Verfügung stehenden Hallennutzflächen eine maximale Auslastung aller Kurse bedingt, um die Nachfrage ansatzweise befriedigen zu können. Zur Steuerung der Auslastung wurden in der Vergangenheit anmeldefreie Kurse zu anmeldepflichtigen und zum Teil auch entgeltpflichtigen Kursen. Diese Maßnahmen haben dazu geführt, dass die Nachfrage nach angesagten und gewünschten Sportangeboten (s. Abbildung 11 und Abbildung 13) bekannt ist und somit das Sportangebot auf die Bedürfnisse der Nutzerinnen und Nutzer angepasst werden kann und wird. So wird die Anzahl an stark nachgefragten Angeboten erhöht, wohingegen wenig nachgefragte, aber viel Hallenkapazität beanspruchende Sportangebote, reduziert werden müssen.

Auch die Wichtigkeit und Beurteilung der „Sauberkeit und Ausstattung der sanitären Anlagen“ zeigt eine Diskrepanz mit einer mittleren Effektstärke von 0.61 auf. Die Sportstätten des Bonner Hochschulsports stammen aus den 1960er Jahren. Durch den Neubau des Hochschulsportzentrums auf dem Campus Poppelsdorf sowie im Jahr 2013 durchgeführte Sanierungsmaßnahmen in der Universitäts-sportanlage Nachtigallenweg 86 sind Maßnahmen geplant bzw. wurden bereits durchgeführt. Hinsichtlich der Sauberkeit erfolgt eine tägliche Prüfung durch die zuständige Abteilung und die Hausmeister sowie Übungsleiterinnen und Übungsleiter vor Ort.

Bei der „Erreichbarkeit der Sportstätte mit dem ÖPNV“ zeigt eine Differenz von 0.62 ebenfalls einen mittleren Effekt an und lässt einen Interventionsbedarf vermuten. Hierzu kann gesagt werden, dass lediglich die Sportanlage des Bonner Hochschulsports in der Römerstraße eine gute Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr aufweist, wohingegen die Universitäts-sportanlage Nachtigallenweg mit den ÖPNV umständlich zu erreichen ist. Die Lage in einem Landschaftsschutzgebiet macht einen fünf- bis acht-minütigen Weg durch den Wald von den Haltestellen zu der Sportanlage erforderlich. Als Maßnahmen zur Erhöhung der Zufriedenheit mit der Erreichbarkeit wurden in der Vergangenheit die Wegbeschilderung zur Sportanlage sowie die Beleuchtung des Waldweges verbessert. Eine direkte Einbindung in den ÖPNV mit Haltestelle Universitäts-sportanlage Nachtigallenweg ist aufgrund der Lage am Ende einer Sackgasse in einem Landschaftsschutzgebiet nicht möglich.

Interessant sind in Tabelle 2 die negativen Differenzen (grün hervorgehoben). Hier ist die Zufriedenheit größer als die Wichtigkeit. Die Studierenden der Universität Bonn sind mit dem Sportangebot in den Vormittags- (-0.75 , $d = -0.71$) und Mittagsstunden (-0.80 , $d = -0.81$) sehr zufrieden. Aufgrund der freien Hallenkapazitäten in den Vormittags- und Mittagsstunden – das Institut für Sportwissenschaft

und Sport wurde am 30.09.2008 aufgelöst und die Kapazitäten wurden frei – konnten in den letzten Jahren die Angebote in diesen Zeiten sukzessive erhöht werden und wurden trotz verschulter Bachelor- und Masterstudiengänge sehr gut angenommen. Zusätzlich wurde bei sehr stark nachgefragten entgeltspflichtigen Angeboten teilweise auf die Erhebung eines Entgeltes in den Vormittags- und Mittagsstunden verzichtet. Hierdurch konnte ein Teil der Nachfrage vom Abendbereich in den deutlich weniger nachgefragten Vormittags- und Mittagsbereich verschoben werden.

5 Maßnahmen basierend auf Online-Befragung

Die im Folgenden abgeleiteten Maßnahmen aus den Ergebnissen der Online-Befragung werden an der Universität Bonn bereits umgesetzt bzw. sind geplant. Aufgrund der besonderen Stichprobe der Studierenden der DSHS Köln müssen Maßnahmen besonders hinsichtlich des Sport- und Bewegungsverhaltens gesondert betrachtet und auf die Bedürfnisse der Sportstudierenden zugeschnitten werden. Hier besteht dementsprechend ein gesonderter Interventionsbedarf. Planung und Umsetzung werden hier erst in den kommenden Semestern erfolgen.

Anpassungen des Hochschulsportangebots

Generell ist festzuhalten, dass sich die Angebotsstruktur des Bonner Hochschulsports in den vergangenen Jahren verändert hat und in Zukunft weiter verändern wird. Die Nachfrage nach klassischen Mannschaftssportarten wie Basketball, Handball, Fußball und Volleyball blieb annähernd konstant, wohingegen die Nachfrage nach den so genannten Fitness- und Gesundheitssportarten stark zunahm. Diese Fitness- und Gesundheitssportarten sind zumeist als Individualsportarten einzuordnen (vgl. Abbildung 11). Betrachtet man Abbildung 13 mit den gewünschten Sportarten, so wird deutlich, dass sich dieser Trend weiter in die Richtung gesundheitsorientierter Individualsportarten wie Fitnesstraining, Tanzen, Yoga, Schwimmen, Badminton und Pilates verschieben wird. Der Hochschulsport wird sich in Zukunft verstärkt als Dienstleister für gesundheitsorientierte Sportangebote positionieren müssen, um die Nachfrage der Studierenden nach eben diesen Sportangeboten zu bedienen. Hierbei gilt es auch, neue Trends der sehr dynamischen und innovativen Fitness-Branche aufzugreifen, sportwissenschaftlich Sinnvolles herauszufiltern und den Studierenden in zielgruppenspezifischer Adaptation anzubieten.

Im Hinblick auf die Healthy Campus Befragungen konnten die folgenden Maßnahmen bereits in das Hochschulsportprogramm integriert werden bzw. sind geplant.

Halbmarathonvorbereitung

Das Laufen/Joggen steht als Individualsportart ganz oben auf der Top Ten Liste der aktuell betriebenen Sportarten der Bonner Studierenden. Im bisherigen Hochschulsportangebot wurde für die Individualsportart Laufen einmal wöchentlich ein Lauftreff für je eine Laufgruppe mit moderater bzw. schnellerer Laufgeschwindigkeit sowie eine sechsmonatige Marathonvorbereitung angeboten. Im Rahmen von „Healthy Campus“ wurde das Angebot des Laufsports um eine Halbmarathonvorbereitung erweitert. Im Bereich des Langstreckenlaufes stellt der Halbmarathon die deutlich gesündere Wettkampfdistanz im Vergleich zum Marathon dar (Kim et al. 2012). Um für eine optimale und individualisierte Wettkampfvorbereitung zu sorgen, wird neben einem betreuten Lauftreff zu Beginn und im Trainingsverlauf nach drei Monaten eine individuelle Laktatleistungsdiagnostik angeboten. Darüber hinaus beinhaltet das Angebot eine individuelle Trainingsplanerstellung für jede Teilnehmerin und jeden Teilnehmer über einen Zeitraum von 20 Wochen. Persönliche Tipps rund um das Laufen runden dieses Angebot ab. Zur Sicherstellung eines gesunden und realistischen Trainingsaufbaus innerhalb von sechs Monaten wird eine gute Lauferfahrung mit der Fähigkeit kontinuierlich 60 Minuten laufen zu können sowie ein guter körperlicher Gesundheitszustand vorausgesetzt. Eine ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung ist bei chronischen Erkrankungen und/oder einem Lebensalter > 35 Jahren bei Männern und > 40 Jahren bei Frauen obligatorisch. Die Erfahrung mit diesem Angebot zeigte, dass vorher geübte, eher sporadische Läuferinnen und Läufer durch die individuelle Betreuung anhand einer Leistungsdiagnostik und Trainingsplanerstellung sowie dem definierten Trainingsziel des Halbmarathons zu kontinuierlichen und regelmäßigen Läuferinnen und Läufern wurden.

Darüber hinaus könnten noch weitere strukturierte Angebote im Laufsport, auch ohne Wettkampfvorbereitung und -ziel, dazu beitragen unregelmäßige Läuferinnen und Läufer zum regelmäßigen und kontinuierlichen Laufen zu motivieren. Solche Angebote könnten neben einem betreuten Lauftreff ebenfalls eine individuelle Leistungsdiagnostik und Trainingsaufbau beinhalten. Zusätzlich könnten neue Kurse im Bereich des Walkings, Nordic Walkings und des XCO-Walkings angeboten werden, um auch diejenigen zu erfassen, die noch nicht im Laufen geübt sind. Eine solche Erweiterung des Hochschulsportangebotes wird für das Sommersemester 2014 angedacht.

Studium und Stress – Yoga-Plus und mehr

Yoga steht auf Platz 9 der Top Ten der ausgeübten Sportarten (Abbildung 11) und nimmt Platz 3 unter den gewünschten Sportarten (Abbildung 13) an der Universität Bonn ein. Des Weiteren zeigen erhobene Daten im Rahmen der Healthy Campus Studie einen hohen Bedarf an Stress reduzierenden Maßnahmen. Aufgrund der hohen Nachfrage nach Yoga und der nachgewiesenen Stress reduzierenden Wir-

kung (Büssing et al. 2012) wurde das Angebot Yoga-Plus entwickelt. Dieser Yoga-Kurs richtet sich an alle Studierenden, denen ihr eigenes Wohlbefinden am Herzen liegt und denen es wichtig ist, sich aktiv für ein erfolgreiches und gesundes Studium zu engagieren. Der Kurs vermittelt neben einer Einführung in eine intensive integrale Yoga-Praxis auch mentale Reflektionen und einfache effektive Übungen, um im Umgang mit den Belastungen des Studiums gelassener und selbstsicherer zu handeln und darüber hinaus das eigene Wohlbefinden dauerhaft zu steigern. Auch sind dabei die Stärkung von Selbstwahrnehmung und Selbstregulierung zum besseren Umgang und zur besseren Ausschöpfung des eigenen emotionalen Potentials wichtige Inhalte des Kurses. Neben Körperübungen, Atemübungen, Entspannungsübungen und Meditation mit Mantrén, wird es auch die Möglichkeit geben, die eigenen Erwartungen an ein gesundes erfülltes Studium zu klären und in den Studienalltag zu integrieren. Nachweislich verhilft die umfangreiche yogische Tradition mit seinen Übungssystemen zu mehr Konzentrationskraft und emotionaler Stabilität (Büssing et al. 2012). Das Sportangebot Yoga-Plus wird im Rahmen der Forschungsinitiative Healthy Campus wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Für das Sommersemester 2014 ist eine feste Implementierung von Yoga-Plus in den Hochschulsport geplant. Darüber hinaus wird der „Plus-Ansatz“ im Sommersemester auf die Kampfkunst Aikido übertragen und evaluiert.

Ebenfalls in den Bereich Stress und Studium fallen die, in Kooperation mit der Techniker Krankenkasse, durchgeführten Angebote ‚Zeitmanagement‘, ‚Stressfrei durch die Prüfung‘ sowie ‚Clever und gesund essen‘. Da diese Maßnahmen des Healthy Campus nicht dem Sport- und Bewegungsverhalten zuzuordnen sind, werden sie hier nicht weiter behandelt, sind aber der Vollständigkeit halber zu nennen.

Online-Feedback

Bei der Online-Befragung der Erstsemesterstudierenden im Wintersemester 2013/2014 wurde erstmals ein individuelles Feedback an der Universität Bonn implementiert. Dieses Feedback soll den Mehrwert der Befragung für die Studierenden erhöhen und sie zur Teilnahme motivieren. Nach einer Zustimmung der Befragten zur Präsentation des Feedbacks wird dieses am Ende der Befragung in Form eines individuellen Fließtextes angezeigt.

Die Ausprägung des Feedbacktextes ist abhängig von den Antworten des Befragten auf die Itemsbatterien zu Disinhibition¹, Leistungsdruck und Persönlichkeit (Big-Five). Ferner ist das Feedback so gestaltet, dass die Befragten das Feedback zur Persönlichkeit nur dann erhalten, wenn sie aufgrund ihrer Antworten kein Feedback zu Disinhibition erhalten haben. Dies soll vermeiden, dass das Feedback zu umfangreich ausfällt.

¹ Enthemmung (Disinhibition) erfasst als dritter Faktor der Sensation-Seeking-Skala (Zuckerman 1994; Beauducel & Brocke 2003) die Tendenz zu sozial und sexuell enthemmtem Verhalten, beispielsweise soziales Trinken.

In Bezug auf die *Disinhibitionsskala* erhalten die Befragten einen Punkt für jedes der zehn, im Hinblick auf das Konstrukt positiv beantworteten, Items. Entsprechend bewegt sich der Gesamtscore für diese Skala zwischen minimal null und maximal zehn Punkten. Auf Basis der Ergebnisse der vorangegangenen Befragung wurde entschieden, dass bei sechs (Frauen) bzw. sieben (Männer) bzw. acht (ohne Geschlechtsangabe) Punkten das Feedback im Sinne eines hohen Wertes in Disinhibition präsentiert werden soll. Dieses Feedback beinhaltet neben einem entsprechenden Erläuterungstext einen Hinweis auf verschiedene Kampfsportarten sowie das Kletterangebot im Hochschulsportprogramm der Universität Bonn inklusive entsprechenden URL-Links. Sollten die Befragten bereits eine dieser Sportarten ausüben, hat das Feedback lediglich einen lobenden Charakter.

Die *Leistungsdruckskala* besteht aus fünf Items, bei denen verschiedene Lebensbereiche im Hinblick auf die Frage „Wie stark verspürten Sie in den letzten 12 Monaten in den nachfolgend genannten Bereichen Erwartungs- bzw. Leistungsdruck?“ auf einer vierstufigen Skala von Doppelminus zu Doppelplus bewertet werden. Ein Feedback im Sinne eines hohen Leistungsdruckempfindens wird präsentiert, wenn die Antworten der Befragten auf alle Items entweder zwei Doppelplus, drei Plus oder ein Doppelplus und zwei Plus beinhalten. In diesem Fall werden ein Hinweistext und eine Empfehlung und Verlinkung auf die Entspannungsangebote des Hochschulsportprogramms der Universität Bonn präsentiert. Dieses Feedback erscheint allerdings nur, wenn die Befragten nicht in einer vorherigen Frage angegeben hatten, bereits Entspannungstechniken zu nutzen. In diesem Fall wird stattdessen ein motivierendes Feedback präsentiert.

Das dritte Feedback, das so genannte Fünf-Faktoren-Modell (Big Five-Inventory; John, Donahue & Kentle 1991), ist seit den 90er Jahren das meist etablierte und am weitgehendsten akzeptierte Modell der *Persönlichkeit* und heutzutage das Referenzmodell für Persönlichkeitsbeschreibung schlechthin. Es umfasst die fünf Faktoren Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, Neurotizismus und Offenheit. Die Big Five haben sich allgemein als gute Prädiktoren erwiesen, beispielsweise sind niedrige Werte in Neurotizismus und hohe Werte in Gewissenhaftigkeit mit Gesundheit und einer längeren Lebensdauer assoziiert (z. B. Christensen et al. 2002; Friedman et al. 1995).

Gewissenhaftigkeit ist ein zentraler Prädiktor für den beruflichen Erfolg (Schmidt & Hunter 1998). Die Zufriedenheit mit ihrer Arbeit ist tendenziell größer bei Personen mit niedrigen Werten in Neurotizismus und hohen Werten in Extraversion und Gewissenhaftigkeit (Judge, Heller & Mount 2002).

Das Big Five-Inventory (BFI) erfasst die Big Five valide und ist mit seinen 44 Items ein vergleichsweise ökonomisches Instrument. Im Rahmen von Healthy Campus wurde, im Hinblick auf den Gesamtumfang der Befragung, nichtsdestotrotz auf die Kurzversion BFI-10 (Rammstedt 2007; Rammstedt & John 2007) zurückgegriffen. Sie erfasst die fünf Faktoren der Persönlichkeit mit insgesamt zehn Items, zwei für jede Dimension.

Im Rahmen des dritten Feedbacks wird lediglich auf die zwei Items zu Extraversion aus der Big-Five Skala zurückgegriffen. Die Items dieser Skala werden auf einer vierstufigen Skala eingeschätzt. Wenn bei beiden Items mindestens jeweils „eher zutreffend“ angegeben wird und im Vorhinein kein Feedback zu Disinhibition gegeben wurde, erscheint zusätzlich dieses Feedback. Es beinhaltet einen Hinweistext und eine Linkliste zu den verschiedenen Mannschaftssportarten des Hochschulsportprogramms. Sollte die befragte Person bereits Mannschaftssportarten ausüben, beinhaltet das Feedback auch in diesem Fall lediglich einige lobende Sätze.

Falls eine befragte Person bei allen drei Skalen Antworten gibt, die kein Feedback auslösen, erhält er nur ein allgemeines lobendes Feedback mit einer Verlinkung zum Hochschulsportprogramm der Universität Bonn.

6 Fazit

Die universitären Gruppen der Studierenden und Beschäftigten weisen ungünstige Lebensstilmerkmale auf. Basierend auf der positiven Wirkung von körperlicher Aktivität und Sport auf den menschlichen Organismus, der bedeutenden Rolle einer individuellen Gesundheitskompetenz und eines gesunden Lebensstiles für eine lebenslange körperliche und geistige Gesundheit, sind bewegungsbezogene Maßnahmen im universitären Arbeitsumfeld mit dem Ziel einer Erhöhung der körperlichen Aktivität unerlässlich.

Im Rahmen der Gesundheits- und Forschungsinitiative der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn und der Deutschen Sporthochschule Köln konnten über halbjährliche Online-Befragungen seit dem WS 11/12 Informationen über Quantität und Qualität des Bewegungsverhaltens sowie Daten über die Zufriedenheit und Nutzung hochschulinterner Angebote ermittelt werden. Unter Berücksichtigung übergeordneter gesundheitsbezogener Kompetenzen konnten konkrete Vorschläge zur Verbesserung und Optimierung dieser Aspekte abgeleitet werden. So weist der Healthy Campus Gesundheitspfad als gesundheitsorientiertes Label des Bonner Hochschulsports den Weg zu den Top Ten der nachgefragtesten und angesagtesten gesundheitsorientierten Angeboten des Bonner Hochschulsports. Hierdurch erfolgt eine explizite Aufmerksamkeitslenkung der Hochschulsportteilnehmerinnen und -teilnehmer auf die gesundheitsorientierten Angebote des Hochschulsports. Darüber hinaus werden spezielle Sportangebote mit dem Schwerpunkt Stress im Studium angeboten.

Auf Basis der dargestellten Ergebnisse und Interventionsmaßnahmen sollten weitere sensibilisierende Maßnahmen in Bezug auf die Gesundheit und körperliche Aktivität sowie motivierende Maßnahmen zur Erhöhung der körperlichen Aktivität und sportlichen Bewegung durchgeführt werden. Hervorzuheben ist hier das bei der Online-Befragung implementierte individuelle Feedback an der Universität Bonn. Dieses Feedback soll den Mehrwert der Befragung für die Studierenden

erhöhen, sie zur Teilnahme motivieren und hinsichtlich der eigenen Gesundheit sensibilisieren.

In längsschnittlicher Forschung werden die interventionsbedingten Wirkungen von gesteigerter körperlicher Aktivität auf objektive Gesundheitsparameter evaluiert. Das langfristige Ziel ist es, Gesundheit als Wert bei den Studierenden und Beschäftigten der Universität Bonn zu verankern und eine Basis für eine nachhaltige und intrinsische motivierte Gesundheitskompetenz zu schaffen.

Literatur

- Abel, T. & Walter, E. (2002): Individuelles Verhalten und soziale Verantwortung für Gesundheit: Von der Wissenschaft zur Praxis der Gesundheitsförderung. In P. Heusser (Hrsg.), *Komplementäre Medizin im interdisziplinären Diskurs: Vol. 6. Gesundheitsförderung – eine neue Zeitforderung. Interdisziplinäre Grundlagen und Beitrag der Komplementärmedizin* (S. 31–42). Bern [u. a.]: Lang. Beauducel, A., & Brocke, B. *Sensation Seeking Scale – Form V: Merkmale des Verfahrens und zur deutschsprachigen Adaptation*, 77–99.
- Beauducel, A. & Brocke, B. (2003): *Sensation Seeking Scale – Form V: Merkmale des Verfahrens und zur deutschsprachigen Adaptation*. In M. Roth & P. Hammelstein (Hrsg.), *Sensation Seeking. Konzeption, Diagnostik und Anwendung* (S. 77–99). Göttingen: Hogrefe.
- Blair, S. N. / Cheng, Y. / Holder, J. S. (2001): Is physical activity or physical fitness more important in defining health benefits? *Medicine and science in sports and exercise*, 33(6 Suppl), S. 379–99; discussion, 419–20.
- Brandl-Bredenbeck, H. P. / Kämpfe, A. / Köster, C. (2013): *Studium heute – gesundheitsfördernd oder gesundheitsgefährdend? Eine Lebensstilanalyse*. Aachen: Meyer & Meyer.
- Burla, L. / Bucher, S. / Abel, T. (2004): Was ist gesunder Lebensstil? *Managed Care*, (5), 5–7.
- Busch, M. A. / Maske, U. E. / Ryl, L. / Schlack, R. / Hapke, U. (2013): Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 733–739.
- Büssing, A. / Michalsen, A. / Khalsa, Sat Bir S. / Telles, S. / Sherman, K. J. (2012): Effects of Yoga on Mental and Physical Health: A Short Summary of Reviews. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2012(3), 1–7. doi:10.1155/2012/165410.
- Christensen, A. J. / Ehlers, S. L. / Wiebe, J. S. / Moran, P. J. / Raichle, K. / Ferneyhough, K. / Lawton, W. J. (2002): Patient personality and mortality: a 4-year prospective examination of chronic renal insufficiency. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 21(4), 315–320.

- Cohen, J. (1988): *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Fletcher, G. F. / Balady, G. J. / Amsterdam, E. A. / Chaitman, B. / Eckel, R. / Fleg, J., (Hrsg) (2001): Exercise standards for testing and training: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation*, 104(14), 1694–1740.
- Friedman, H. S. / Tucker, J. S. / Schwartz, J. E. / Martin, L. R. / Tomlinson-Keasey, C. / Wingard, D. L. / Criqui, M. H. (1995): Childhood conscientiousness and longevity: health behaviors and cause of death. *Journal of personality and social psychology*, 68(4), 696–703.
- Fröhlich, M. & Pieter, A. (2009): Cohen's Effektstärken als Maß der Bewertung von praktischer Relevanz – Implikationen für die Praxis. *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie*, 54(4), 139–142.
- Garber, C. E. / Blissmer, B. / Deschenes, M. R. / Franklin, B. A. / Lamonte, M. J. / Lee, I.-M. (2011): American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Medicine and science in sports and exercise*, 43(7), 1334–1359. doi:10.1249/MSS.0b013e318213fefb.
- Haskell, W. L. / Lee, I.-M. / Pate, R. R. / Powell, K. E. / Blair, S. N. / Franklin, B. A., (...) (2007): Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine and science in sports and exercise*, 39(8), 1423–1434. doi:10.1249/mss.0b013e3180616b27.
- Hollmann, W. & Strüder, H. K. (2009): *Sportmedizin: Grundlagen für körperliche Aktivität, Training und Präventivmedizin ; mit 91 Tabellen* (5., völlig neu bearb. und erw). Stuttgart, New York, NY: Schattauer.
- John, O. P. / Donahue, E. M. / Kentle, R. L. (1991): *The Big Five Inventory – versions 4a and 5*. University of California, Berkeley, Institute of Personality and Social Research, Berkeley, CA.
- Judge, T. A. / Heller, D. / Mount, M. K. (2002): Five-factor model of personality and job satisfaction: a meta-analysis. *The Journal of applied psychology*, 87(3), 530–541.
- Kim, J. H. / Malhotra, R. / Chiampas, G. / d'Hemecourt, P. / Troyanos, C. / Cianca, J. (2012): Cardiac arrest during long-distance running races. *The New England journal of medicine*, 366(2), 130–140. doi:10.1056/NEJMoa1106468.
- Lenartz, N. (2012): *Gesundheitskompetenz und Selbstregulation. Applied research in psychology and evaluation: Vol. 6*. Göttingen: VetR unipress, Bonn Univ. Press.

- Leyk, D. / Rütger, T. / Witzki, A. / Sievert, A. / Moedl, A. / Blettner, M., (...) (2012). Physical fitness, weight, smoking, and exercise patterns in young adults. *Deutsches Ärzteblatt international*, 109(44), 737–745. doi:10.3238/arztebl.2012.0737.
- Löllgen, H. / Völker, K. / Böckenhoff, A. / Löllgen, D. (2006): Körperliche Aktivität und Primärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen [Physical activity and prevention of cardiovascular diseases]. *Herz*, 31(6), 519–523. doi:10.1007/s00059-006-2859-x.
- Meier, S. / Mikolajczyk, R. T. / Helmer, S. / Akmatov, M. K. / Steinke, B. / Krämer, A. (2010): Prävalenz von Erkrankungen und Beschwerden bei Studierenden in NRW: Ergebnisse des Gesundheitssurveys NRW. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 5(3), 257–264.
- Meier, S. / Milz, S. / Krämer, A. (2007): Projektbericht Gesundheitssurvey für Studierende in NRW. Retrieved from http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/F_Gesundheitssurvey_NRW/Projektbericht_Ges_Sur_NRW.pdf.
- Nelson, M. E. / Rejeski, W. J. / Blair, S. N. / Duncan, P. W. / Judge, J. O., / King, A. C., (2007): Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine and science in sports and exercise*, 39(8), 1435–1445. doi:10.1249/mss.0b013e3180616aa2.
- Predel, H.-G. / Preuss, M. / Rudinger, G. (2013): „Healthy Campus“: Über eine Gesundheitsinitiative für Studenten. *Forschung & Lehre*, 20(9), 722.
- Predel, H.-G. & Tokarski, W. (2005): Einfluss körperlicher Aktivität auf die menschliche Gesundheit [Influence of physical activity on human health]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 48(8), 833–840. doi:10.1007/s00103-005-1104-8.
- Rammstedt, B. (2007): Norm values and investigation of socio-demographic effects based on a German population representative sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 23, 193–201.
- Rammstedt, B. & John, O. P. (2007): Measuring personality in one minute or less: A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of Research in Personality*, 41, 203–212.
- Richter-Kuhlmann, E. (2012): Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts: Zivilisationskrankheiten nehmen zu. *Deutsches Ärzteblatt*, 109(26).
- Rost, R. (2005): Sport- und Bewegungstherapie bei inneren Krankheiten: Lehrbuch für Sportlehrer, Übungsleiter, Physiotherapeuten und Sportmediziner (3. überarbeitete und erweiterte Aufl.). Köln: Dt. Ärzte-Verl.
- Roth, M. & Hammelstein, P. (Hrsg.). (2003): *Sensation Seeking: Konzeption, Diagnostik und Anwendung*. Göttingen: Hogrefe.

- Schmidt, F. L. & Hunter, J. E. (1998): The Validity and Utility of Selection Methods in Personnel Psychology: Practical and Theoretical Implications of 85 Years of Research Findings. *Psychological Bulletin*, 124, 262–274.
- Soellner, R. / Huber, S. / Lenartz, N. / Rudinger, G. (2009): Gesundheitskompetenz – ein vielschichtiger Begriff. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 17(3), 105–113. doi:10.1026/0943-8149.17.3.105.
- Swain, D. P. & Franklin, B. A. (2002): VO(2) reserve and the minimal intensity for improving cardiorespiratory fitness. *Medicine and science in sports and exercise*, 34(1), 152–157.
- Weisser, B. / Preuss, M. / Predel, H.-G. (2009): Körperliche Aktivität und Sport zur Prävention und Therapie von inneren Erkrankungen im Seniorenalter [Physical activity for prevention and therapy of internal diseases in the elderly]. *Medizinische Klinik (Munich, Germany: 1983)*, 104(4), 296–302. doi:10.1007/s00063-009-1055-1.
- Weisser, B. / Preuß, M. / Predel, H.-G. (2010): Körperliche Aktivität und Gesundheit – Positive Effekte eines aktiven Lebensstils. *Der Klinikarzt*, 39(06), 282–286. doi:10.1055/s-0030-1262963.
- World Health Organization. (1998): Health promotion glossary. Zugriff unter <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- Zuckerman, M. (1994): Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking. Cambridge, New York: Cambridge University Press.

Neuroenhancement an Hochschulen – Doping für die Wissenschaft?

Franziska Antoniewicz & Wanja Wolff

1 Einleitung

Höher, schneller, weiter! Diese Attribute werden häufig mit Sport in Verbindung gebracht. Dort stehen sie für den Wettbewerb und Vergleich mit Anderen sowie das stete Streben nach Bestleistung. Dieses Streben beschränkt sich jedoch nicht immer ausschließlich auf hartes Training, sondern wird zuweilen durch Dopingmittel gestützt. Der Gebrauch leistungssteigernder Substanzen wird durch Athletenvereinbarungen und Anti-Doping Richtlinien reguliert (World Anti-Doping Agency 2012). Verstöße werden mit Wettkampfsperren geahndet. Trotz dieser Regulierungen ist Doping immer noch verbreitet und untergräbt die Glaubwürdigkeit des Sports.

Was ist zu erwarten, wenn kein Regelwerk die Einnahme leistungssteigernder Substanzen verbietet oder moralisch-ethische Richtlinien aufzeigt? Ist dann auch in anderen Bereichen wie der Arbeit oder im Studium mit der Einnahme solcher „Mittel zum Zweck“ zu rechnen?

Aktuelle Befunde stützen diese Vermutung. Die Einnahme psychoaktiver Stimulanzien zur Steigerung der kognitiven Leistungsfähigkeit im Alltag scheint sowohl in den USA (Maher 2008) als auch in Deutschland (Dietz et al. 2013; Mache et al. 2012) verbreitet zu sein.

Dieses Phänomen wird mit Begriffen wie Alltagsdoping, Hirndoping oder Neuroenhancement (NE) bezeichnet. Im Folgenden soll NE insbesondere für das akademische Setting genauer beleuchtet werden.

2 Neuroenhancement im akademischen Setting

Die zuvor erwähnte Sportanalogie macht weitere Parallelen deutlich. Petroczi und Aidmann (2008) berichten, dass Sportler wahrscheinlicher illegale Substanzen konsumieren, wenn sie sich hohen Anforderungen gegenüber sehen und zeitgleich die eigenen Bewältigungsressourcen als gering einschätzen. Im akademischen Setting beziehen sich Leistungsanforderungen meist auf den kognitiven Bereich. Verbesserte Konzentration und Stressresistenz kann im akademischen Wettbewerb einen Vorteil gegenüber Dritten darstellen. Zugespitzt ausgedrückt gilt es in der modernen Leistungsgesellschaft „schlauer, schneller, effektiver (zu) sein als die Kollegen – und das ggf. mit Hilfsmitteln“ (Thielmann 2009: 37).

Die Einnahme leistungssteigernder Substanzen kann also auch im wissenschaftlichen Bereich, wo Termin-, Abgabedruck und Konkurrenzkampf an der Tagesordnung sind (Anderson et al. 2007), als Maßnahme des Individuums verstanden werden, ein gesetztes Ziel möglichst effizient zu erreichen.

Begriffsbestimmung

Auch wenn das Thema medial sehr präsent ist und vermehrt in der Forschung Beachtung findet, existiert keine universell anerkannte Definition von NE. Begriffsbestimmungen schwanken dabei zwischen substanz- oder verhaltensbezogenen Ansätzen.

Lieb (2010: 14) beschreibt Hirndoping als „die direkte chemische Veränderung von Gehirnfunktionen“ und rückt damit die physiologische Wirkung in den Fokus.

Im Anschluss an Wolff und Brand (2013) sind die subjektiven Erwartungen des Konsumenten an die Funktionalität einer Substanz der definitorische Kern von NE-Verhalten. Folglich ist es irrelevant, ob Ritalin, Betablocker oder ein Energydrink verzehrt wird, um die Konzentration einer Akademikerin oder eines Akademikers beim Schreiben eines Artikels zu fördern. Die Einnahme einer Substanz mit dem Ziel die kognitive Leistung zu steigern, ohne dass eine medizinische Notwendigkeit besteht, ist per Definition Neuroenhancement. So wird z. B. der psychologische Unterschied zwischen einem Genuss-Kaffee (kein NE) und einem Wachmacher-Kaffee (NE) berücksichtigt. Diese weniger starre Definition des NE zieht also weder die Verschreibungspflicht, noch die unklare Wirksamkeit der eingenommenen Substanzen als Definitionsmerkmal heran: NE ist der medizinisch nicht indizierte Gebrauch (psychoaktiver) Substanzen, mit dem Ziel die kognitive Leistung von einem ausreichenden auf ein verbessertes Niveau zu erhöhen (Wolff, Baumgarten & Brand 2013).

Wie zuvor beschrieben, können durchaus Parallelen zwischen den primären Zielen des Enhancements im Sport und im Alltag gezogen werden. NE und Doping mögen eine vergleichbare Ziel-Mittel Relation (i.e. Substanzkonsum zur Leistungssteigerung) abbilden, vergleichbare Regulierungsrichtlinien existieren allerdings nicht. Der Gebrauch illegaler und verschreibungspflichtiger Medikamente ist

ausschließlich strafrechtlich reguliert. Der am weitesten verbreitete Gebrauch niedrigschwelliger Lifestyle-Substanzen ist dagegen von Regulierungen weitestgehend ausgenommen. Um der unterschiedlichen strafrechtlichen Relevanz verschiedener NE-Varianten Rechnung zu tragen, folgen wir der Dreiteilung von Wolff & Brand (2013). (1) Soft-Neuroenhancement mit Lifestyle-Medikamenten umfasst frei verfügbare Mittel wie Koffeintabletten und Energydrinks. Davon sind (2) verschreibungspflichtige Medikamente, welche ohne vorliegende medizinische Indikation eingenommen werden, wie beispielsweise Ritalin, abzugrenzen. Schließlich bleiben die (3) illegalen Drogen wie Kokain und Cannabis.

Prävalenzen und Einnahmeabsichten

Prävalenzen von Neuroenhancement liegen aktuell nur für wenige Zielgruppen vor. So haben empirische Arbeiten zur Verbreitung des Neuroenhancements in der Vergangenheit meist a priori definierte Risikopopulationen betrachtet. Darunter sind Berufsgruppen zu verstehen, welche hohe kognitive Anforderungen bewältigen müssen und andauerndem Leistungs- und Wettbewerbsdruck ausgesetzt sind (z. B.: Manager, Studenten, Ärzte) (Thielmann 2009).

Eine dieser Risikogruppen, Akademiker, wurde 2008 von Maher in einer informellen Umfrage der Fachzeitschrift *Nature* nach ihrem Gebrauch von verschreibungspflichtigen Neuroenhancern gefragt. 1400 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus 60 Ländern nahmen an der Untersuchung teil und gaben Auskunft zu ihrem Einsatz von Methylphenidat (Ritalin), Modafinil (Provigil) und Betablockern. Die genannten Medikamente werden für medizinische Indikationen wie Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (Ritalin), Schlafstörungen (Provigil) oder Hypertonie (Betablocker) verschrieben. Davon abgesehen werden sie aber auch *Off-Label*, also außerhalb ihrer ursprünglichen medizinischen Indikation, zur Steigerung der Aufmerksamkeit, Wachheit oder gegen Aufregung genutzt. Jeder fünfte Studienteilnehmer gab an eine der Substanzen off-label zu nutzen und damit seine Konzentration oder Gedächtnisleistung verbessern zu wollen.

Vor allem aus den USA gibt es zahlreiche deskriptive Daten zum Neuroenhancement unter Studierenden. Die heterogenen Ergebnisse lassen allerdings keine Generalisierungen bezüglich Einnahmefrequenz oder -motivation zu.

In der bis dato umfangreichsten Untersuchung erfassten McCabe, Knight, Tetter & Wechsler (2004) per Selbstbericht das Konsumverhalten von verschreibungspflichtigen Medikamenten unter 11000 Studentinnen und Studenten. Dabei ergaben sich Lebenszeitprävalenzen von 6,9 Prozent für die Einnahme verschreibungspflichtiger, nicht aber medizinisch indizierter Substanzen. Interessanterweise konnten für kompetitive Umgebungen signifikant höhere Einnahmequoten für das Vorjahr (5,9 %) festgestellt werden als in weniger Kompetitiven (1,3 %).

Für den deutschen Sprachraum sind repräsentative epidemiologische Daten nicht vorhanden. Franke et al. (2011) erfassten die Bereitschaft und Häufigkeit von Neuroenhancement unter 1547 Schülerinnen und Schülern sowie Studentinnen

und Studenten. Ein Drittel der Befragten gab an von der Möglichkeit gehört zu haben verschreibungspflichtige Medikamente zur Steigerung kognitiver Fähigkeiten zu nutzen. Zwei Drittel gaben an, dass dies auch mit illegalen Drogen möglich sei. Die Studierenden waren im Vergleich zu den Schülerinnen und Schülern besser über den Medikamentenmissbrauch, abgesehen von illegalen Drogen, informiert.

Ebenfalls bei Studierenden berichten Mache, Klapp, Eickenhorst, Vitzthum und Groneberg (2012) Lebenszeitprävalenzen im Bereich von 1–13 % für verschreibungspflichtiges oder illegales NE. Weiterhin wurden die Studierenden nach den Gründen für die Einnahme gefragt. Die drei am häufigsten genannten Antworten waren dort die Steigerung der Konzentration (57 %), die Steigerung der Wachheit (53 %) und die Verbesserung der akademischen Leistung (46 %).

Es mangelt an vergleichbaren Daten bei Arbeitnehmern in Deutschland. Längsschnittliche und experimentelle Studien liegen gar nicht vor (für eine Ausnahme, Wolff et al. 2013). Die Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) untersuchte 2009 „Doping am Arbeitsplatz“ bei 3017 Erwerbstätigen im Alter von 20–50 (Thielmann 2009). 21,4 % der Befragungsteilnehmenden gaben an, dass ihnen bereits Medikamente, fern ihrer eigentlichen Bestimmung, zur Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit empfohlen wurden. Als Quellen dieser Empfehlungen werden sowohl Freunde und Familie (44 %), aber auch Ärzte (28,3 %) und Apotheker (10,7 %) genannt. Auch hier liegt die Prävalenz im Bereich der anderen Untersuchungen bei ca. 5 % der Befragten. Rechnet man diese Kennzahl auf die Zahl der Erwerbstätigen in Deutschland hoch, würde das NE bei rund zwei Millionen Arbeitnehmern entsprechen.

Die Prävalenzzahlen zeigen: Neuroenhancement ist verbreitet. Fraglich ist jedoch, ob sich die den Substanzen zugeschriebenen Wirkungen tatsächlich auch bei Gesunden nachweisen lassen.

Neuroenhancer als Schlüssel zum Erfolg?

Die Wirkungsweise vieler Neuroenhancer ist bei Gesunden umstritten. So formulierten Repantis, Schlattman, Laisney und Heuser (2009: 141): „Das wachsende öffentliche Interesse an Neuroenhancement steht in bemerkenswertem Gegensatz zu dem Mangel an Belegen für Enhancement-Wirkungen verfügbarer psychopharmakologischer Wirkstoffe.“

Häufig gibt es Diskrepanzen zwischen der objektiv nachweisbaren Wirkung einer bestimmten Substanz und dem individuellen Empfinden der Einnehmenden. Für das Narkolepsiemittel Modafinil konnte beispielsweise eine Verbesserung der Aufmerksamkeit gegenüber Placebogruppen dargestellt werden, die Wachheit und Gedächtnisleistung konnte jedoch nur bei Personen mit Schlafentzug verbessert werden (Repantis et al. 2010). Weitere Studien zur Wirksamkeit Modafinils zeigen keine Verbesserung bei Wahrnehmungsaufgaben, Rechnen oder logischem Denken (Baranski et al. 2004) oder nur einen geringen Anstieg der kognitiven Leistungsfähigkeit bei Studierenden (Randall et al. 2003; Randall et al. 2005). Da die

Effekte bei Teilnehmenden mit geringerem IQ am höchsten waren, schließen die Autoren auf einen Deckeneffekt für Intelligenz.

Neben den vom Konsumenten erwünschten Effekten sind langfristige Nebenwirkungen des NE-Konsums nicht abschätzbar (Farah et al. 2004). Außer dem diskutierten Suchtpotential, konnte für Modafinil u. a. ein häufiges Auftreten von Hypertonie, Kopfschmerzen und Konzentrationsstörungen berichtet werden (Franke & Lieb 2010).

Den individuellen gesundheitlichen Konsequenzen werden häufig auch gesellschaftliche gegenübergestellt. So ist die Einnahme kognitiver Leistungssteigerer auch aus ethisch-moralischer Sicht nicht unbedenklich. Mache et al. (2012) fragten die Probandinnen und Probanden nach Einnahmegründen, 34 % gaben an die NE zu konsumieren, weil sie sonst Nachteile gegenüber den Drogenkonsumenten fürchteten. Auch Schöne-Seifert (2009) und Bush (2006) betonen die soziale Zwangssituation, welche durch Konkurrenzdruck entsteht. Im Zuge dieser Diskussion wird häufig auch das Argument der sozialen Ungleichheit und daraus resultierender Wettbewerbsverzerrung durch NE genannt. Das Konsumieren leistungssteigernder Substanzen sei mit einem gewissen finanziellen Aufwand verbunden. Diesen können nicht alle betreiben, folglich käme es zu einer Verteilungsungerechtigkeit (Farah et al. 2004).

Eine erschöpfende Diskussion neuroethischer Aspekte von NE kann in diesem Beitrag nicht geleistet werden. Fokus dieses Beitrags ist das Zusammenspiel von NE-Verhalten mit psychologischen und situationalen Einflussfaktoren.

Psychologische Korrelate und NE

Aktuelle empirische Arbeiten verzichten auf die Integration von NE in psychologische Theorien und Modelle. Das Gros der empirischen Evidenz reduziert sich auf explorative, korrelative Studien zum Zusammenhang von psychologischen und situationalen Faktoren und NE.

Frone (2008) konnte zeigen, dass Stressoren am Arbeitsplatz (z. B. Arbeitsbelastung) positiv mit dem Gebrauch illegaler Substanzen korrelieren. Die abgefragten amphetaminartigen Stoffe wurden dabei während, aber auch außerhalb der Arbeitszeit konsumiert. Nach Lazarus (1993) kann man in der Einnahme dieser Substanzen ein emotionsfokussiertes Copingverhalten im Sinne einer Anspannungsreduzierung sehen.

Weylandt et al. (2009) betrachteten die Beziehung zwischen psychologischen Variablen und medizinisch nicht indiziertem Substanzkonsum. Psychische Belastung, innere Unruhe und *Sensation Seeking* waren hier positiv mit Substanzmissbrauch korreliert. *Sensation Seeking* ist eine Persönlichkeitseigenschaft und beschreibt die Tendenz sich neuen, intensiven und komplexen Situationen zu stellen, auch wenn damit ein gewisses Risiko einhergeht (Zuckermann 1979).

Korrelative Zusammenhänge von *Sensation Seeking* und NE konnten auch Low und Gendaszek (2002) zeigen. Außerdem wurde eine weitere Persönlichkeits-

variable, Perfektionismus, betrachtet. Eine varianzanalytische Überprüfung beider genannter Konstrukte konnte nur für die Unterscheidung niedriger bzw. hoher sensation seeker einen signifikanten Haupteffekt belegen, nicht aber für die dichotome Differenzierung der Perfektionismusvariable. Trotzdem ist ein signifikanter Interaktionseffekt belegbar, der den höchsten selbstberichteten NE-Konsum bei Perfektionisten mit hohen sensation seeking Werten beschreibt.

3 NE-Verhalten unter Mitarbeitenden der Universität Potsdam – eine Fallstudie

Die implizite Annahme, dass Akademiker an Hochschulen eine Hoch-Risiko Population für NE darstellen, wird durch einen Mangel an empirischen Arbeiten zu dieser Population kontrastiert. Psychologische und situationale Faktoren, die mit NE bei wissenschaftlichem Personal zusammenhängen, wurden bis dato überhaupt nicht untersucht.

Die folgende Fallstudie adressiert daher psychologische Faktoren (z. B. subjektive Arbeitslast, interne und externe Kontrollüberzeugungen) und situationale Faktoren (z. B. vertragliche Arbeitszeit, tatsächliche Arbeitszeit) und bezieht diese auf funktionalen Substanzkonsum.

Kontrollüberzeugungen als Persönlichkeitsmerkmal wird in eine internale und externale Komponente unterteilt. Die internale Facette bezeichnet den Glauben daran, dass eigene Fähigkeiten und Anstrengungen Ereignisse im Leben verändern können. Die externale Komponente hingegen negiert diese Möglichkeit der Steuerung und sieht Ereignisse durch den Zufall oder Glück beeinflusst (Jacoby & Jakob 1999). Im Allgemeinen sind interne Kontrollüberzeugungen mit einer besseren psychischen Gesundheit verbunden.

Unter der subjektiven Arbeitslast werden verschiedene qualitative und quantitative Aspekte der Arbeit wie die Notwendigkeit schnell und hart zu arbeiten oder mehr arbeiten zu müssen, als man eigentlich bewältigen kann, zusammengefasst.

Wer wurde befragt?

Alle 535 Professorinnen und Professoren der Universität Potsdam wurden per E-Mail über die Studie zum Konsum von Neuroenhancement-Substanzen informiert und eingeladen ihr wissenschaftliches Personal in Forschungskolloquien o.Ä. über die Studie zu informieren. Die Befragung erfolgte über einen online-Fragebogen, da es sich bei der Abfrage eventuellen Medikamentenmissbrauchs um eine Thematik handelt, welche sozial erwünschtes Antworten hervorrufen kann. Diese Tendenz-Antworten zu den eigenen Gunsten zu verzerren, um positiver dazustehen, wird durch die Anonymität von webbasierten Abfragen geringer eingeschätzt als bei paper-pencil Fragebögen (Joinson 1999).

Insgesamt nahmen 149 Mitarbeitende an der Untersuchung teil, davon 72 weiblich. Das durchschnittliche Alter betrug 37.80 Jahre ($SD = 10.90$).

Was wurde erfasst?

Die zuvor erwähnte Abstufung des NE-Begriffes wurde für die Untersuchung beibehalten und jeweils nach der Punkt- und Lebenszeitprävalenz für Soft NE, verschreibungspflichtige NE und illegale NE gefragt. Wegen zu geringer statistischer Power kann nur Soft NE analysiert werden. Weiterhin wurden die subjektive Arbeitslast (Spector & Jex 1998) sowie die internen und externen Kontrollüberzeugungen (Jakoby & Jakob 1999) als psychologische Faktoren erfasst.

Als situative Faktoren sind die vertragliche und tatsächliche Arbeitszeit sowie die Führungstätigkeit mit einbezogen worden. Weiterhin wurden soziodemografische Parameter wie Geschlecht und Alter abgefragt.

Was gaben die Mitarbeitenden der Universität Potsdam zum NE an?

Zunächst sollen die psychologischen Korrelate von NE betrachtet werden. Interne Kontrollüberzeugungen sind mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit Soft NE zu gebrauchen assoziiert. Externe Kontrollüberzeugungen sind nicht mit einer differentiellen Wahrscheinlichkeit assoziiert (Abbildung 1).

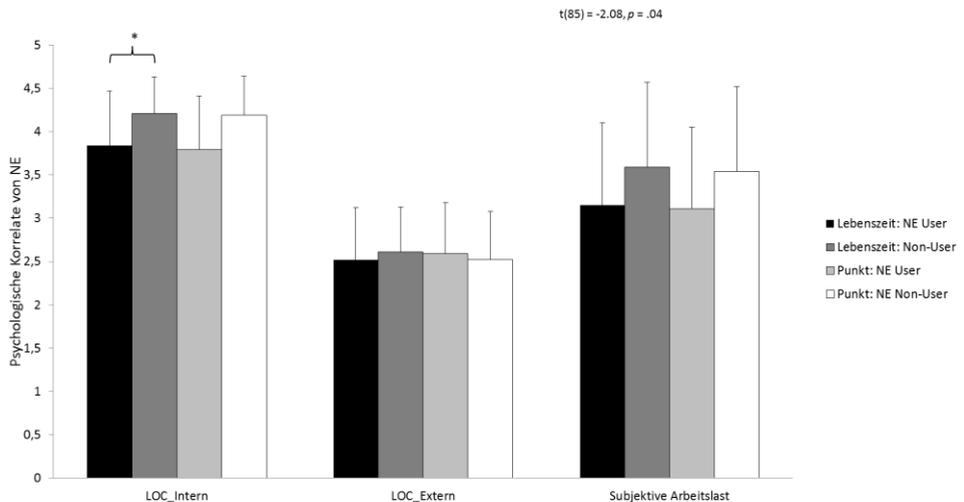


Abbildung 1: Psychologische Korrelate und Neuroenhancement

Dieses Ergebnis deckt sich mit Befunden aus der Forschung zu Suchtstörungen. Internen Kontrollüberzeugungen kommt hier eine Schutzfunktion zu (Springer & Gastfriend 1995). Aus Querschnittstudien können naturgemäß keine Aussagen über die temporale Reihung von Effekten abgeleitet werden. Der Zusammenhang

von internen Kontrollüberzeugungen und NE deutet allerdings auf eine mögliche Schutzfunktion von internen Kontrollüberzeugungen gegenüber funktionalem Substanzkonsum (i.e. NE) hin.

Soft NE User berichten eine geringere subjektive Arbeitslast im Vergleich zu Non-Usern. Dieser überraschende Befund zeigt sich für die Punkt- und Lebenszeitprävalenz (Abbildung 1). Wie Abbildung 2 zeigt, können auch bei der vertraglichen Arbeitszeit statistisch signifikante Unterschiede zwischen Soft NE Usern und Non-Usern gezeigt werden.

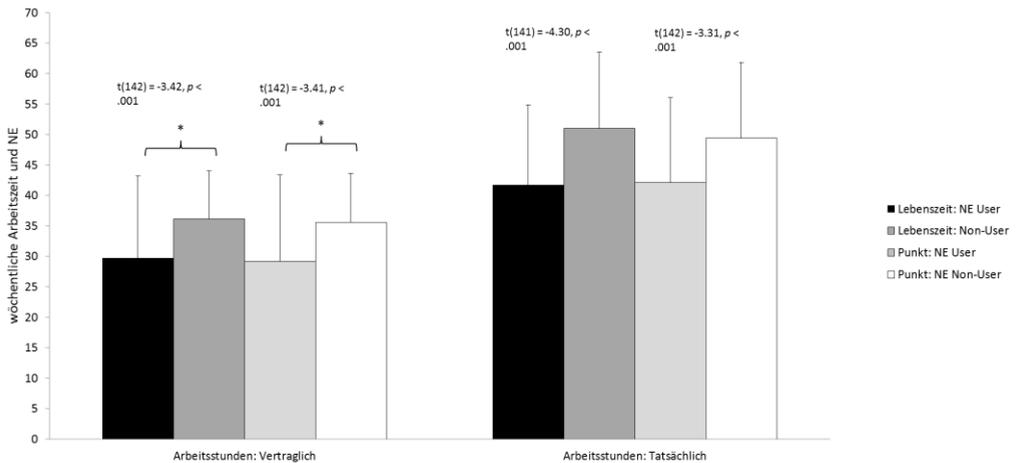


Abbildung 2: Wöchentliche Arbeitszeit und Neuroenhancement

So gaben, zum Beispiel, für die Lebenszeitprävalenz des Soft NE Non-User höhere Umfänge mit durchschnittlich 51.01 Stunden pro Woche ($SD = 12.48$) an, als User ($M = 41.76$, $SD = 13.13$). Die Ergebnisse zur Arbeitslast und -zeit konterkarieren a priori Annahmen von NE als einem Verhalten von überlasteten *high potentials*. Überraschenderweise leisten die Konsumentinnen und Konsumenten in unserer Stichprobe deutlich weniger Wochenstunden und fühlen sich durch ihre Arbeit weniger belastet. Die Gründe hierfür können mit dieser Untersuchung nicht identifiziert werden. Theoretisch und empirisch ist dieser Befund allerdings nicht völlig überraschend: Im Anschluss an die verhaltensbezogene Definition von NE ist explizites Überlastungsbefinden nicht Teil des Definiendums NE. Die implizite a priori Annahme einer höheren Belastung von NE-Nutzern ist daher definitorisch nicht impliziert. In einer experimentellen Studie konnte gezeigt werden, dass erstmaliger NE Konsum sogar weniger wahrscheinlich ist, wenn die kognitiven Ressourcen einer Person erschöpft sind (Wolff et al. 2013).

Auch wenn man sich das Anstellungsverhältnis an der Universität ansieht, können die Subgruppen User und Non-User klar differenziert werden (Abbildung 3). So scheint die Funktion der Führungskraft eine Rolle zu spielen, wenn es um den Konsum von NE geht. Interessanterweise zeigt sich, dass gerade die Mit-

arbeitenden ohne weitere Führungsaufgaben NE probiert haben. Dieser überraschende Befund zeigt sich sowohl für die Punkt- als auch die Lebenszeitprävalenz.

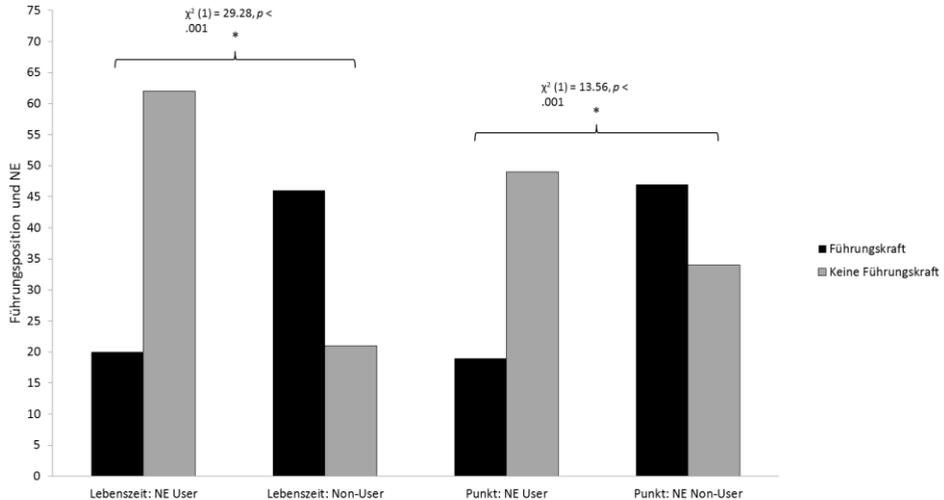


Abbildung 3: Führungsposition und Neuroenhancement

Der Faktor Geschlecht spielt bei der Lebenszeitprävalenz eine signifikante Rolle in Bezug auf die Kategorie NE-Konsum oder -Abstinenz, $\chi^2(1) = 5.91, p = .02$. Weibliche Angestellte der Universität Potsdam nehmen dort eher ($n_{User} = 47, n_{Non-User} = 25$) leistungssteigernde Substanzen als männliche Angestellte ($n_{User} = 35, n_{Non-User} = 42$). Der Geschlechtseffekt scheint aber nicht für die aktuelle Einnahme zu existieren, $\chi^2(1) = 1.41, p = .30$. Auch wenn diese Befunde zunächst entgegen der Datenlage scheinen, welche auf eine Neigung von männlichen Probanden zur Einnahme hindeuten (Low & Gendaszek 2002), so lassen sich auch durchaus widersprüchliche Ergebnisse ohne signifikante Ergebnisse für das Geschlecht finden (Weyandt et al. 2009).

4 Fazit

Da zuvor der definitorisch unklare Begriff NE beschrieben und Forschungslücken in der Verortung etablierter psychologischer Konstrukte aufgezeigt wurden, kann die vorgestellte Untersuchung einen Beitrag in der Betrachtung von NE im akademischen Setting bieten.

Es bleibt festzuhalten, dass NE ein komplexes Verhalten darstellt, für welches viele theoretische Ansatzpunkte, ethische-moralische Fragestellungen und physiologische Wirkweisen diskutiert werden. Unabhängig davon wird die Notwendigkeit einer verhaltensbasierten Definition durch die vorgelegten Daten unterstrichen. Nur durch die Erweiterung der Definition um den Aspekt der Einnahme von Sub-

stanzen, auf Grund der (subjektiv erwarteten) Leistungssteigerung, wird der individuellen Nutzung ein und desselben Präparates Tribut gezollt.

Weiterhin konnte gezeigt werden, dass sowohl psychologische, als auch situative Faktoren die Einnahme leistungssteigernder Substanzen beeinflussen.

Literatur

- Anderson, M. / Ronning, E. / De Vries, R / Martinson, B. (2007): The perverse effects of competition on scientists' work and relationships. In: *Science and Engineering Ethics*, 13/2007, 437–461.
- Baranski, J.V. / Pigeau, R. / Dinich, P. / Jacobs, I. (2004): Effects of modafinil on cognitive and meta-cognitive performance. In: *Human Psychopharmacology*, 19/2004, 323–332.
- Bush, S.S. (2006): Neurocognitive Enhancement: Ethical Considerations for an Emerging Subspecialty. In: *Applied Neuropsychology*, 2/2006, 125–136.
- Dietz, P. / Striegel, H. / Franke, A. G. / Lieb, K. / Simon, P. / Ulrich, R. (2013): Randomized Response Estimates for the 12-Month Prevalence of Cognitive-Enhancing Drug Use in University Students Pharmacotherapy. In: *The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 1/2013, 44–50.
- Farah, M. J. / Illes, J. / Cook-Deegan, R. / Gardner, H. / Kandel, E., /King, P. et al. (2004): Neurocognitive enhancement: what can we do and what should we do? In: *Nature reviews*, 5/2004, 421–425.
- Franke, A. G. / Bonertz, C. / Christmann, M. / Huss, M. / Fellgiebel, A. / Hildt, E. / Lieb, K. (2011): Non-Medical Use of Prescription Stimulants and Illicit Use of Stimulants for Cognitive Enhancement in Pupils and Students in Germany. In: *Pharmacopsychiatry*, 2/2011, 60–66.
- Franke, A. & Lieb, K. (2010): Pharmakologisches Neuroenhancement und „Hirndoping“. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 8/2010, 853–860.
- Jakoby, N. & Jacob, J. (1999): Messung von internen und externen Kontrollüberzeugungen in allgemeinen Bevölkerungsumfragen. In: *ZUMA Nachrichten*, 23/1999, 61–71.
- Joinson, A. (1999): Social-desirability, anonymity and internet-based questionnaires. In: *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 3/1999, 433–438.
- Lazarus, R. S. (1993): Coping theory and research: past, present, and future. In: *Psychosomatic Medicine*, 3/1993, 234–247.
- Lieb, K. (2010): *Hirndoping: Warum wir nicht alles schlucken sollten*. Mannheim: Artemis & Winkler.

- Low, K. G. & Gendaszek, A. E. (2002): Illicit use of psychostimulants among college students: A preliminary study. In: *Psychology, Health & Medicine*, 3/2002, 283–287.
- Mache, S. / Eickenhorst, P. / Vitzthum, K. / Klapp, B. F. / Groneberg, D. A. (2012): Cognitive-enhancing substance use at German universities: frequency, reasons and gender differences. In: *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 11–12/2012, 262–271.
- Maher, B. (2008): Poll results: look who's doping. In: *Nature*, 7188/2008, 674–675.
- McCabe, S. E. / Knight, J. R. / Teter, C. J. / Wechsler, H. (2004): Non-medical use of prescription stimulants among US college students: prevalence and correlates from a national survey. In: *Addiction*, 1/2004, 96–106.
- Petroczi, A. & Aidmann, E.V. (2008): Psychological drivers in doping: the life-cycle model of performance enhancement. In: *Substance Abuse Treatment, Prevention And Policy*, 3/2008.
- Randall, D.C. / Shneerson J.M. / Plaha, K.K. / File, S.E. (2003): Modafinil affects mood, but not cognitive function, in healthy young volunteers. In: *Human Psychopharmacology*, 18/2003 163–173.
- Randall, D.C. / Viswanath, A. / Bharania, P. / Elsabagh, S.M. / Hartley, D.E. / Scheerson, J.M. / File, S.E. (2005): Does modafinil enhance cognitive performance in young volunteers who are not sleep-deprived? In: *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 25/2005, 175–179.
- Repantis, D. / Schlattmann, P. / Laisney, O. / Heuser, I. (2009): Antidepressants for neuroenhancement in healthy individuals: a systematic review. In: *Poiesis & Praxis*, 6/2009, 139–174.
- Repantis, D. / Schlattmann, P. / Laisney, O. / Heuser, I. (2010): Modafinil and methylphenidate for neuroenhancement in healthy individuals: A systematic review. In: *Pharmacological Research*, 3/2010, 187–206.
- Schöne-Seifert, B. (2009): *Neuro-Enhancement: Ethik vor neuen Herausforderungen*. Paderborn: Mentis.
- Spector, P. E. & Jex, S. M. (1998): Development of Four Self-Report Measures of Job Stressors and Strain: Interpersonal Conflict at Work Scale, Organizational Constraints Scale, Quantitative Workload Inventory, and Physical Symptoms Inventory. In: *Journal of Occupational Health Psychology* 3/1998, 356–367.
- Springer, A. & Gastfriend, D.R. (1995): A pilot study of factors associated with resilience to substance abuse in adolescent sons of alcoholic fathers. In: *Journal of Addictive Diseases*, 14/1995, 53–66.
- Thielmann, B. (2009): Doping am Arbeitsplatz – DAK Gesundheitsreport 2009. In: *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 9/2009, 278–279.

- Weyandt, L. L. / Janusis, G. / Wilson, K. G. / Verdi, G. / Paquin, G. / Lopes, J. et al. (2009): Nonmedical Prescription Stimulant Use Among a Sample of College Students: Relationship With Psychological Variables. In: *Journal of Attention Disorders*, 3/2009, 284–296.
- Wolff, W. & Brand, R. (2013): Subjective stressors in school and their relation to neuroenhancement: a behavioral perspective on students' everyday life „doping“. In: *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 23/2013.
- Wolff, W. / Baumgarten, F. / Brand, R. (2013): Reduced self-control leads to disregard of an unfamiliar behavioral option: an experimental approach to the study of neuroenhancement. In: *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 41/2013.
- World Anti-Doping Agency (2012): The World Anti-Doping Code. The 2012 Prohibited List. International Standard. Zugriff am 02.07.2013 unter http://www.wada-ama.org/Documents/World_Anti-Doping_Program/WADP-Prohibited-list/2012/WADA_Prohibited_List_2012_EN.pdf.
- Zuckermann, M. (1979): *Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Das Sport- und Gesundheitsverhalten von Studierenden – eine Frage der Hochschulsozialisation?

Arne Göring & Sabrina Rudolph

1 Einleitung

In der Öffentlichkeit werden Studierende in der Regel als homogene Gruppierung betrachtet. Angesichts der Tatsache, dass sich die überwiegende Mehrheit der Studierenden in einer ähnlichen Lebensphase mit für sie spezifischen Rahmenbedingungen befindet, erscheint eine solche Annahme auch nicht als falsch. Studierende selbst neigen hingegen dazu, beträchtliche Differenzen zwischen den Protagonisten einzelner Studienfächer wahrzunehmen. Stereotype Annahmen, wonach sich Studierende der Wirtschaftswissenschaften anders geben und öffentlich präsentieren als Studierende der Sozialwissenschaften, der Physik oder der Forstwissenschaften sind an Hochschulen gängige Auffassungen. Derartige Unterschiede manifestieren sich demnach in Kleidungsstilen aber auch in politischen Orientierungen und gesellschaftlichen Werthaltungen.

Empirisch werden beide Thesen bestätigt. Auf der einen Seite wird der Sonderstatus von Studierenden im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen, z. B. im Hinblick auf Wertorientierungen, beschrieben. Gleichzeitig bestätigt die empirisch ausgerichtete Studierendenforschung auch die Annahme, wonach sich Studierende nur bedingt als homogene Gruppierung konzipieren lassen (Engler 1993; Multrus 1996; Stegmann 2005; Multrus et al. 2011; Weigand 2012). Studierende verschiedener Fächer unterscheiden sich demnach hinsichtlich ihrer Lern- und Studien-

strategien (Multrus 1996), ihrer allgemeinen Wertorientierungen und Lebensstile (Brandl-Bredenbeck et al. 2013), der Reproduktion von Geschlechterverhältnissen (Engler 1993) als auch im Hinblick auf Protest- und Kritikformen (Rathmann 2012).

Auch theoretische Modelle liegen diesbezüglich vor: Während die Bildungsforschung das Studium als Moratorium, im Sinne einer gesellschaftlich legitimierten Orientierungsphase kennzeichnet und damit den Sonderstatus von Studierenden plausibel erklärt (Steckel & Peters 2008), begründet die Hochschulforschung mit dem Modell der Fachkulturen (Huber 1991) die Unterschiede, die sich zwischen Studierenden unterschiedlicher Fächer manifestieren. Auch das von Parson & Platt (1968) auf die Hochschule angewendete Modell des Strukturfunktionalismus sowie die vielfältige amerikanische Impact of College-Forschung (u. a. Sax 2008) liefert Erklärungsansätze für die Entwicklung und Manifestation hochschulspezifischer Sozialisationsformen. Huber (1984) bezeichnet die Sozialisationsfunktion der Hochschule als ihre wichtigste gesellschaftliche Aufgabe und Funktion.

Alle Theorieangebote teilen dabei die gemeinsame Annahme, dass die Hochschule vielfältige Sozialisationsfunktionen für Studierende besitzt. Die Hochschule, so die zugrunde liegende These, wirkt auf verschiedenen Ebenen auf die Persönlichkeitsentwicklung der Studierenden ein und generiert damit sowohl allgemeine akademische Persönlichkeitsstrukturen als auch fachspezifische Ausprägungen.

Eine gesundheits- oder sportwissenschaftliche Auseinandersetzung mit diesen Ansätzen ist bis dato nicht erfolgt. Auch empirische Studien, die das Sport- und Gesundheitsverhalten von Studierenden aus der Perspektive der Hochschulsozialisation untersuchen, liegen derzeit nur vereinzelt vor. Dies erscheint insofern als verwunderlich, als dass ein solcher Ansatz nicht nur ein genuin sportwissenschaftliches Interesse weckt, sondern auch für eine gezielte, die Unterschiede zwischen Studierenden berücksichtigende, Konzeptionierung von gesundheitsfördernden Maßnahmen als überaus fruchtbar erscheint.

Im folgenden Beitrag greifen wir diese Problemstellung auf und analysieren, inwieweit sich spezifische Unterschiede im Sportverhalten von Studierenden ermitteln lassen und untersuchen, inwieweit sich Sozialisationseffekte der Hochschule auf das Sportverhalten von Studierenden feststellen lassen. Anders als Brandl-Bredenbeck et al. (2013), die ihre Untersuchung auf das Konzept der Lebensstile aufbauen und im Rahmen einer Clusteranalyse zu fachübergreifenden Unterschieden und Gemeinsamkeiten im Sport- und Gesundheitsverhalten von Studierenden aufmerksam machen, wird in unserer Studie nach hochschul- sowie fachspezifischen Unterschieden gefragt.

Der Beitrag beginnt mit der Darstellung der theoretischen Konzepte der hochschulspezifischen Sozialisationsforschung. Die nachfolgende empirische Untersuchung, die auf eine Analyse eines für Deutschland repräsentativen Datensatzes zum Sportverhalten von Studierenden zurückgreift, wird schließlich in ihrem Forschungsdesign vorgestellt. Anschließend werden die Ergebnisse präsentiert, disku-

tiert und in ihrer Bedeutung für die Praxis der Gesundheits- und Bewegungsförderung von Studierenden deduziert.

2 Theoretischer Bezugsrahmen

Sozialisation

Für Studierende hat die Hochschule neben der reinen Wissensvermittlung und Berufsvorbereitung immer auch eine Sozialisationsfunktion. Unter Sozialisation wird dabei, auf Durkheim & Krisam (1972) rekurrierend, ein Prozess verstanden, in dem sich der Mensch als gesellschaftliches handlungsfähiges Subjekt in tätiger Auseinandersetzung mit seiner sozialen Umwelt entwickelt. Die Sozialisationsforschung fragt also danach, wie sich die institutionellen und lebensweltlichen Strukturen einer Gesellschaft in der sozialen Praxis der Menschen in Form individueller Handlungsfähigkeiten reproduzieren. Oder anders formuliert: „Wie kommt die ‚Welt‘ ins Individuum?“ (Niederbacher & Zimmermann 2011: 12).

Jenseits deterministischer Theorien richtet sich die Sozialisationsforschung dabei gegen eine biologistische Auslegung der menschlichen Entwicklung, berücksichtigt diese aber im Verständnis eines interaktionistischen Verhältnisses. Sozialisationstheorien gehen folglich davon aus, dass der Einfluss gesellschaftlicher Strukturen und Umwelten nicht kausal im Sinne eines Input-Output-Prozesses modelliert werden kann. Vielmehr haben sich – in Auseinandersetzung mit Durkheims Sozialisationstheorie – verschiedene Konzepte entwickelt, die von einer gesellschaftlichen Subjektwerdung ausgehen. Sozialisation drückt sich dabei nicht allein in der Anpassung an gesellschaftliche Normen aus, sondern wird verstanden als „Prozess der Entstehung und Entwicklung der Persönlichkeit in wechselseitiger Abhängigkeit von der gesellschaftlich vermittelten sozialen und materiellen Umwelt“ (Geulen & Hurrelmann 1980: 51). Persönlichkeit bezeichnet in diesem Zusammenhang „[...] das unverwechselbare Gefüge von Merkmalen, Eigenschaften, Einstellungen und Handlungskompetenzen [...], das sich auf der Grundlage der biologischen Ausstattung als Ergebnis der Bewältigung von Lebensaufgaben ergibt“ (Hurrelmann 2002: 16).

Die erkenntnisleitenden Annahmen, die diese Definition erst zu einer Theorie machen – also zu einem „in sich zusammenhängenden und schlüssigen Gefüge von Annahmen und Aussagen über einen Gegenstandsbereich, hier die Persönlichkeitsentwicklung“ (ebd.: 19) – fasst Hurrelmann in seinem Modell der produktiven Realitätsverarbeitung eines Subjekts zusammen. Diesbezüglich wird davon ausgegangen, dass der Mensch durch seine Umwelt zwar stark beeinflusst wird, sie aber zugleich durch seine aktive Auseinandersetzung selbst produktiv mitgestaltet. Das Modell stellt das Subjekt damit „[...] in einen sozialen und ökonomischen Kontext, der subjektiv aufgenommen und verarbeitet wird, der in diesem Sinne

also auf das Individuum einwirkt, aber zugleich immer auch durch das Individuum beeinflusst, verändert und gestaltet wird“ (ebd.: 64).

In der Auseinandersetzung mit der sozial definierten Umwelt werden unterschiedliche Anforderungen an das Subjekt gestellt. Diese werden vor dem Hintergrund der individuellen Voraussetzungen, also der eigenen genetischen und körperlichen Konstitution sowie der Grundstruktur der Persönlichkeit verarbeitet. Diese persönlichen Prädispositionen sowie die über vorgängige Sozialisationsprozesse erworbenen Kompetenzen und Orientierungen bezeichnet Hurrelmann als ‚innere Realität‘. Sozialisationsprozesse besitzen folglich eine „Doppelnatur“ (Hurrelmann et al. 2008: 17), indem sich Umwelтанforderungen mit den subjektiven Voraussetzungen eines jeden Individuums überlagern und damit in einen Prozess der gegenseitigen Wechselwirkung eintreten.

Sozialisation vollzieht sich also überall dort, wo sich ein Individuum mit gesellschaftlich geprägten Einflüssen auseinandersetzen muss. Je nach Relevanz dieser Einflüsse unterscheidet die Sozialisationsforschung verschiedene Sozialisationsinstanzen (Farin 2009). Als *primäre Sozialisationsinstanzen* fungieren beispielsweise die Familie oder andere Bezugspersonen des Kindes. Erst im späten Kindes- und Jugendalter überlagern sich diese primären Sozialisationsimpulse mit Einflüssen aus Kindertagesstätten, Schulen, Ausbildungseinrichtungen und Hochschulen (*sekundäre Sozialisationsinstanzen*). Aufgrund der sozialen Differenzierung von Industriegesellschaften und zunehmenden Pluralisierungstendenzen beeinflussen zudem auch indirekt wirkende soziale Systeme den Sozialisationsprozess. Diese randständigen Sozialisationseffekte stammen von formellen und informellen sozialen Organisationen (Massenmedien, Politik, Wirtschaft etc.), den *tertiären Sozialisationsinstanzen* (vgl. Hurrelmann 2002).

Die moderne Sozialisationsforschung geht schlussendlich davon aus, dass sich die Entwicklung der Persönlichkeit in Auseinandersetzung mit diesen Sozialisationsinstanzen ein Leben lang vollzieht. In jedem Lebensabschnitt gibt es demnach spezifische Anforderungen an die Verarbeitung der inneren und äußeren Realität. Für Studierende gilt, dass sich bis zum Ende des zweiten Lebensjahrzehnts bereits feste Grundstrukturen der Persönlichkeit etabliert haben, die auf einem individuellen Verständnis der inneren und äußeren Realität basieren (vgl. ebd.: 35). Abgeschlossen ist die Persönlichkeitsentwicklung damit aber nicht. Vielmehr wirkt auch die Hochschule sozialisierend auf die Studierenden und fördert dadurch die Persönlichkeitsentwicklung.

Hochschulsozialisation

Nach Huber (1991) wird Hochschulsozialisation als derjenige Teil des Sozialisationsprozesses definiert, der mit dem Studium an einer Hochschule einhergeht. Die Hochschulsozialisationsforschung hat den Anspruch den spezifischen Prozess der Sozialisation an Hochschulen zu rekonstruieren, „[...] in dem die von den Studie-

renden aus bisherigen Sozialisation mitgebrachten Dispositionen [...] unter den Bedingungen des Hochschulstudiums [...] und in Auseinandersetzung mit diesen verstärkt oder verändert werden“ (Huber 1991: 419).

Portele & Huber (1981) haben die Hochschulsozialisation auf der Basis von Selbstäußerungen von Studierenden, phänomenologischen Schilderungen und identitätstheoretischen Konzepten in vier unterschiedliche Phasen (Studienaufnahme, Studienbeginn, mittlere Semester und Abschlussphase) unterteilt. Insbesondere die Aufnahme und der Beginn des Studiums gelten in der Hochschulsozialisationsforschung als besonders sensible Lebensabschnitte (Adsonk 2013). Ein Kennzeichen dieser Phasen ist die Aufhebung des maßgeblich durch Schule und Familie bestimmten Zeitplans. Die Auflösung und das Zurücktreten bisheriger lokaler Bindungen und das Eingehen neuer sozialer Beziehungen sind ebenso entwicklungsrelevant wie die Begegnung mit der Wissenschaft, ihren Regeln, Aufgaben und Fachkulturen (vgl. Hurrelmann 2010). Die Hochschulsozialisationsforschung begründet in diesem Zusammenhang mögliche Effekte auf die Persönlichkeitsentwicklungen „[...] durch die Elemente von Initiationsriten, Krisen der Identität, Verunsicherung des Habitus und des Fremdwerdens der bisherigen alltäglichen Praxis“ (Wild 2013: 12). Für die sogenannte mittlere Studienphase beschreiben Portele & Huber (1981) den Einfluss der Fachkultur und der Akademikerhabitus als dominant. Über sprachliche, methodische und interaktive Praxisformen innerhalb und zwischen einzelnen Fächern werden spezifische Wertorientierungen und politische Haltungen entwickelt und internalisiert. Gleichzeitig findet eine „[...] Konsolidierung in der Persönlichkeitsentwicklung“ (ebd.: 109) statt, die auch mit einer Routinisierung des Alltags und der Arbeit im Studium einhergeht. Die Studien-Abschlussphase, als letzter Abschnitt des hochschulbezogenen Sozialisationsprozesses, ist schließlich gekennzeichnet durch die zunehmende Orientierung am Arbeitsmarkt, allgemeine Sorgen um die soziale Absicherung sowie die Fokussierung auf Prüfungen und Abschlussarbeiten (Wild 2013).

Sozialisation, Sport und Gesundheit

Versteht man Gesundheit, im Anschluss an Antonovsky (1979) als einen dynamischen Prozess, der das subjektive Wohlbefinden einer Person zum Ziel hat, so wird die konzeptionelle Nähe von Gesundheits- und Sozialisationstheorien sichtbar. Gesundheit ist demnach an eine gelingende Sozialisation gebunden, in der sich ein „[...] realitätsnahes, identitätsstiftendes und positiv getöntes Selbstbild“ (Hurrelmann 1993: 168) entwickelt. Aus sozialisationstheoretischer Perspektive bezeichnet Hurrelmann Gesundheit als „[...] den Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung in Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensumständen befindet. Gesundheit ist beeinträchtigt, wenn sich in einem oder

mehreren dieser Bereiche Anforderungen ergeben, die von der Person in der jeweiligen Phase im Lebenslauf nicht erfüllt und bewältigt werden können“ (Hurrelmann 2010: 17).

Vor allem in der Suchtforschung gelten Sozialisationsprozesse seit jeher als relevante Einflussgröße auf die Persönlichkeitsentwicklung und damit auf das individuelle Gesundheitsverhalten (Gerlach 2013). Aber auch die Stressforschung (Badura & Strodtholz 1998), die Risikofaktorenforschung (Franzkowiak 2011) sowie die Social Support- (Badura 1981), die Coping- (Lazarus & Folkman 1988) und die Vulnerabilitätsforschung (Lösel et al. 1989), die sich vor allem auf die gesundheits-erhaltenden Faktoren konzentriert, haben plausible Erkenntnisse darüber aufgebaut, wie die Einbettung in das soziale Umfeld von Menschen und die Entstehung von Erkrankungen miteinander verbunden sind. Auf stresstheoretische Modelle rekurrierend sind dabei auch institutionelle Einflussfaktoren (insbesondere die Schule) als gesundheitsrelevante Sozialisationsagenten identifiziert worden.

Spezifische sportwissenschaftliche Sozialisations-theorien liegen ebenfalls vor. So haben Baur & Burrmann (2002) das interaktionistische Modell der Sozialisation auf den Sport übertragen und zwei grundsätzliche Sozialisationsperspektiven entworfen: Neben der Sozialisation zum Sport, also der Frage nach den sozialisations-spezifischen Einflüssen auf Ausprägung und Gestalt des individuellen Sportverhaltens, forscht die Sportwissenschaft auch nach der Sozialisation durch Sport. Gemeint sind damit Sozialisationseffekte, die eine sportliche Aktivität auf die Persönlichkeitsentwicklung besitzen (vgl. Baur & Burrmann 2008: 232). Während dieser Entwicklungszusammenhang zwischen Sport und Persönlichkeitsentwicklung unterschiedlich beurteilt wird (vgl. Gerlach & Brettschneider 2013), zeigt der Forschungsstand zur Sozialisation zum Sport ein eindeutiges Ergebnis. In zahlreichen empirischen Studien konnte nachgewiesen werden, dass insbesondere sozialstrukturelle, familiäre aber auch institutionelle Kriterien einen maßgeblichen Einfluss auf das Sportverhalten ausüben (vgl. Baur & Burrmann 2008). „Für die Sozialisation zum Sport ließe sich generell festhalten, dass diese umso intensiver und stabiler erfolgt, je größer die Bedeutung des aktiven Sporttreibens im sozialen Nahbereich ist, je mehr diese darin bestätigt und bekräftigt wird und je unmittelbarer der direkte Kontakt mit sporttreibenden Bezugspersonen in den sozialen Bezügen der Familie oder der Peer-Groups ist“ (Klein 1982: 56).

3 Das Sportverhalten von Studierenden aus sozialisationstheoretischer Perspektive – Versuch einer Konzeptualisierung

Grundsätzliche Problematik

Bereits Portele & Huber (1981) haben darauf hingewiesen, dass das Konzept der Hochschulsozialisation ein überaus komplexes Forschungskonstrukt repräsentiert. Im Vergleich zu anderen Sozialisationsagenten wie der Schule besteht bei Studierenden eine bereits ausgeprägte ‚Vorsozialisation‘. Denn Studierende weisen bereits vor Studienbeginn individuell ausgeprägte Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsmuster auf, die sie in unterschiedlichen Kontexten und Settings erlangt haben. Sie kommen also mit zum Teil sehr unterschiedlichen Erfahrungen, Ressourcen und Bedingungen an die Hochschule. Aus diesen individuellen Persönlichkeitsdispositionen resultieren nicht zuletzt unterschiedliche Studienorientierungen, -erwartungen und -motivationen. Diese äußern sich beispielsweise in spezifischen Zielsetzungen („fachlich interessiert“ vs. „leistungsorientiert“), in individuellen Sinngebungen (Bedeutungszuschreibung der Studiensituation) sowie in bewussten Entscheidungen und Handlungen, wie z. B. die Wahl von Lehrveranstaltungen (vgl. Huber 1991: 425f.). In den Lebensraum Hochschule treten demzufolge ganz verschiedene und letztlich einzigartige Sozialisanden ein, die unterschiedlich ausgeprägte „innere“ und „äußere“ Realitäten mit in den hochschulspezifischen Sozialisationsprozess einbringen.

Im Hinblick auf die Komplexität von Prozessen der Hochschulsozialisation kommt erschwerend hinzu, dass die Hochschule für die meisten Studierenden nicht den alleinigen Lebensraum darstellt. Vielmehr gehen sie eigenständige, neue Bindungen ein, die nicht durch die Hochschule geschaffen bzw. auf Hochschulangehörige beschränkt sind. Sie sind neben dem Hochschulstudium erwerbstätig oder betätigen sich „[...] in Gruppierungen und Initiativen, die ihr Zentrum außerhalb der Hochschule haben oder jedenfalls weit über sie hinaus reichen“ (Huber 1985: 31). Nach Bachmann (1999) sollte das Studium deshalb neben anderen Lebensbereichen betrachtet werden. Demnach gilt nicht mehr die Aufteilung in einerseits Studentin oder Student und andererseits, insofern das Studium es erlaubt, erwerbstätig, Mutter/Vater, künstlerisch oder politisch aktiv, Sportlerin oder Sportler usw., sondern es wird von „[...] Personen gesprochen, die studieren, arbeiten, Kinder erziehen, politisch aktiv sind, Sport treiben usw. und ihr Studium dementsprechend organisieren“ (ebd.: 34).

Für eine Analyse hochschulspezifischer Einflüsse auf das Sportverhalten von Studierenden ist diese grundsätzliche Problematik analog zu betrachten: Es ist auch in Bezug auf die sportlichen Aktivitäten von Studierenden anzunehmen, dass diese unterschiedlichste Erfahrungen, Erwartungen und Wünsche an Sport und Sportaktivitäten mitbringen, wenn sie ihr Hochschulstudium aufnehmen, sie also bereits

sportlich vorsozialisiert sind. Neben Erfahrungen innerhalb der Familie sind dabei auch Sozialisationseffekte der Schule sowie außerschulische Erfahrungen, z. B. in Vereinen oder auch innerhalb der Peer-Group, zu berücksichtigen. Vor dem Hintergrund der Verknüpfung von hochschulbezogenen und außeruniversitären Umwelten und ihren wechselseitigen Einflüssen erscheint zudem eine isolierte Betrachtung von Hochschulsozialisationseffekten auf das Sportverhalten von Studierenden als schwieriges Unterfangen. Gleiches gilt für die isolierte Betrachtung des Lebensraums Hochschule im Vergleich zu anderen Lebenswelten. Auch hinsichtlich der Beeinflussung des Sportverhaltens ist die Hochschule als Sozialisationsinstanz immer nur in Kombination und Interaktion mit anderen Lebensräumen und -welten zu betrachten. Die Analyse konkreter Einflussbedingungen wird damit erschwert.

Zudem ist die Hochschule kein einheitlich zu fassender Lebensraum. Vielmehr unterscheiden sich Hochschulen sowohl in synchroner als auch in diachroner Perspektive. So unterscheiden sich Hochschulen hinsichtlich ihrer Größe, Strukturierung, Spezialisierungen und Studienbedingungen. Allein die Differenzierung in Universitäten und Fachhochschulen macht eine stringente Konzeptualisierung – erst recht bei Fragen zu den Sozialisationseffekten der Hochschule auf das Sporttreiben – schwierig. Es kommt hinzu, dass sich die Hochschule als gesellschaftliche Institution in ihrer Entwicklung immer wieder verändert hat und zu unterschiedlichen Zeiten vermutlich ganz verschiedene Lebensräume repräsentiert hat. Helmke (2001) nimmt an, dass es auf Grund der unterschiedlichen Perspektiven und Analyseebenen eine einheitliche Gesamtheorie der Hochschulsozialisation niemals geben wird. Vielmehr fordert er ein interdisziplinäres Zusammenwirken von Erziehungswissenschaft, Soziologie und Psychologie, um die verschachtelten Ebenen (Individuum, Fach, Universität, Kultur) des Sozialisationsprozesses möglichst umfassend zu erfassen und zu diskutieren.

Konzeptualisierung

Trotz der beschriebenen Problematik bei der Erfassung der Hochschulumwelt als Sozialisationsinstanz sowie der Berücksichtigung der individuellen Dispositionen jedes einzelnen Studierenden sowie deren wechselseitige Beeinflussung, wird im Folgenden der Versuch unternommen werden, den Prozess der Hochschulsozialisation im Hinblick auf mögliche Einflussfaktoren auf das Sportverhalten zu konzeptualisieren (vgl. Abbildung 1). Dabei werden drei unterschiedliche Untersuchungsebenen berücksichtigt: (1) Vorherige Sozialisation, (2) Prozess der Weiterentwicklung der studentischen Persönlichkeit sowie (3) spezifische, auf die Hochschule bezogene Einflussfaktoren.

(1) In Bezug auf die *sportliche Vorsozialisation* der Studierenden wird angenommen, dass Studierende bereits vielfältigste sportliche Erfahrungen sowohl in der Schule als auch in der Freizeit gemacht haben und das Sportverhalten der Studierenden schon zu Beginn ihres Studiums mitbestimmen. Empirische Studien wie

der Brandenburgische Jugendsportsurvey (Baur et al. 2000) zur Sozialisation zum Sport im Jugendalter offenbaren die Komplexität dieser Sozialisationseinflüsse. Beispielsweise sind Jugendliche häufiger sportlich aktiv, wenn dem Sport große subjektive Bedeutung in der Lebensführung beigemessen wird und wenn sich die Jugendlichen selbst als sportlich begabt einschätzen. Diese Selbsteinschätzung wiederum ist das Produkt von kumulierten Erfolgs- und Misserfolgserlebnissen, die sich z. B. im Zuge des Sportunterrichts vollziehen. Heranwachsende mit guten Noten im Sportunterricht treiben später demzufolge häufiger und intensiver Sport und messen der körperlichen Aktivität eine höhere Relevanz in der Lebensführung bei als Jugendliche mit schlechten Sportnoten (vgl. Baur & Burrmann 2000: 188). Auch für das Sportverhalten von Studierenden ist dieser Zusammenhang grundsätzlich anzunehmen. Heise (1995) konnte beispielsweise in seiner Studie über die Sportnachfrage von Studierenden der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster auf der Grundlage von Befragungen an über 1.000 Studierenden zeigen, dass diejenigen Studierenden, die im Schulsport früher schlechte Noten erhielten, zum Zeitpunkt der Befragung häufiger keinen Sport trieben als Studierende mit guten Schulsportnoten (vgl. ebd.: 109). Zusätzlich bedingen sozialstrukturelle Rahmenbedingungen wie das Bildungsniveau und der Erwerbsstatus der Eltern, die Erreichbarkeit von Sportstätten sowie die zur Verfügung stehende Freizeit das Sportverhalten von Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Klein & Becker 2008). Auch soziale Unterstützungsprozesse durch das primäre Bezugssystem der Jugendlichen beeinflussen die sportliche Ausübung in hohem Maße. „Für die Sozialisation zum Sport ließe sich generell festhalten, dass diese umso intensiver und stabiler erfolgt, je größer die Bedeutung des aktiven Sporttreibens im sozialen Nahbereich ist, je mehr diese darin bestätigt und bekräftigt wird und je unmittelbarer der direkte Kontakt mit sporttreibenden Bezugspersonen in den sozialen Bezügen der Familie oder der Peer-Groups ist“ (Klein 1982: 56).

(2) Spätestens mit Eintritt in das Studium beginnt der *allgemeine hochschulbezogene Sozialisationsprozess*. Dabei gilt es zwischen direkten, institutionellen Einflüssen und allgemeinen Anforderungen und Erwartungen zu unterscheiden. Unabhängig von der Studienfachwahl, der spezifischen Hochschulform und dem regionalen Standort der Hochschule müssen Studierende während des Studiums bestimmte gesellschaftliche Anforderungen und Erwartungen erfüllen, die von der Entwicklungspsychologie als Entwicklungsaufgabe bezeichnet werden (Faltermeier et al. 2002). Diese stellen „[...] ein Bindeglied im Spannungsverhältnis zwischen individuellen Bedürfnissen und gesellschaftlicher Anordnung“ dar (Oerter & Dreher 2002: 269). Auf der Basis theoretischer Vorüberlegungen und empirischer Untersuchungen haben Dreher & Dreher (1985) einen spezifischen Themenkatalog für die Gruppe der Studierenden entwickelt. Dieser Katalog stellt eine Mischung aus normativen Vorgaben, die sich aus gesellschaftlichen Anforderungen und Erwartungen ergeben und deskriptiven Beschreibungen dar, die sich aus Beobachtungen und Befragung von Jugendlichen speisen. Beispielsweise wird von Studierenden erwartet,

dass sie eine konstruktive Ablösung vom Elternhaus im Sinne einer emotionalen Unabhängigkeit erreichen, den Aufbau eines reflektierten Selbstbildes weiter entwickeln sowie eigene berufliche Zukunftsperspektiven entwickeln (vgl. Müller-Bülow 2005). Der Eintritt in ein Studium impliziert damit nicht nur eine weitere Bildungs- und Qualifikationsphase sondern auch einen neuen Lebensabschnitt mit zahlreichen neuen Anforderungen und Erwartungen.

Auf das Sporttreiben von Studierenden haben diese Entwicklungsaufgaben grundsätzlich dann Einfluss, wenn individuelle Bewältigungsprobleme existieren, es also zu Stress-, Überforderungs- oder sozialen Isolationsprozessen kommt. Es ist beispielsweise anzunehmen, dass es insbesondere dann zu negativen Auswirkungen auf das Sportverhalten kommt, wenn die Anforderungen mit einer Überbelastung durch soziale Anforderungen und einem wahrgenommenen Zeitmangel (Verminderung der Freizeit) einhergehen. Gleichzeitig ist zu vermuten, dass auch hier soziale Unterstützungsprozesse einen maßgeblichen Einfluss auf das Sportverhalten besitzen. Insbesondere die Unterstützung von Kommilitonen muss als relevant für die Ausübung sportlicher Aktivitäten gesehen werden (vgl. Göring & Möllenbeck 2010). Tietjens & Hoffmann (2009) fassen diesen Aspekt anschaulich zusammen: „Den Übergängen in neue Lebenskapitel ist gemein, dass sie mit Perspektiv- und Prioritätenverschiebung einhergehen, welche die sportliche Aktivität je nach individuellem Handlungspotenzial und Gelegenheit mehr oder weniger zurückdrängen“ (Tietjens & Hoffmann 2009: 462).

(3) Die *spezifischen hochschulbezogenen Sozialisationseffekte* zeigen sich in erster Linie in der Ausbildung eines akademischen und fachspezifischen Habitus. Trotz unterschiedlicher individueller Voraussetzungen, entwickeln Studierende ein allgemeines Status- und Bildungsbewusstsein, das mit dem Studium an einer Hochschule einhergeht (akademischer Habitus). Zum anderen eignen sich die Mitglieder eines Faches im alltäglichen Handeln gemeinsame Einstellungen, Lebensweisen, Problemansichten, Diskussionsstile, Studienstrategien und Arbeitsformen an (fachspezifischer Habitus), die sich auch nach dem Studium innerhalb der Persönlichkeitsstruktur manifestieren (vgl. Huber 1991: 435). Zwar ist nicht eindeutig identifizierbar, inwieweit Studierenden bereits vor Studienbeginn mit dem Studienfach verknüpfte Persönlichkeitsdispositionen aufweisen und deshalb das zu ihnen „passende“ Fach wählen (Selektionshypothese) oder ob sich die fachspezifischen Orientierungen erst durch die Sozialisation im Studienfach herausbilden (Sozialisationshypothese) (vgl. Bachmann 1999: 75). Sowohl Horstkemper & Tillmann (2008) als auch Huber (1991) betonen allerdings, dass sich beide Ansätze keineswegs ausschließen. Vielmehr unterliegen sie, ähnlich wie innere und äußere Realität, wechselseitigen Prozessen. Einerseits beeinflussen vorhandene individuelle Präferenzen bereits vor Studienbeginn die Studienfachwahl und die damit verbundenen Erwartungen und Einstellungen, andererseits werden diese im Verlauf des Studiums durch alltägliche Einübung verstärkt, oder aber durch Selektion (Studienabbruch, Fachwechsel) ausgemustert (vgl. Horstkemper & Tillmann 2008: 299). Huber be-

zeichnet den fachspezifischen Habitus „(...) als Amalgam der schon mitgebrachten, mit den in der Fachkultur herrschenden und teils durch Einübung, teils durch Selektion verstärkten Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsmuster“ (Huber 1991: 441). Studienstrategien, sprich Formen der Bewältigung der Studienanforderungen, sind demzufolge ein Resultat akademischer und fachspezifischer Sozialisation, die auf der Basis der persönlichen Dispositionen unterschiedliche Formen entwickeln können.

Auf den Sport bezogen bedeutet dies, dass sich innerhalb der unterschiedlichen Fachkulturen ganz verschiedene Einstellungen, Motive und Handlungsformen bezüglich Bewegung, Sport und Gesundheit entwickeln. Im Sinne der über das Fach und dessen prägende Interaktionsformen vermittelten Werte, Erwartungen und Deutungsmuster wird demnach – so die Grundannahme dieses Beitrags – auch das Sportverhalten beeinflusst werden. Vor dem Hintergrund der großen Bedeutung sozialer Unterstützungsprozesse und der subjektiven Relevanz von Sport für die Lebensführung ist anzunehmen, dass die innerhalb eines Faches gelebten Werte sich auch auf das Sportverhalten auswirken, z. B. wenn Sport und Bewegung in einer engen fachlichen Beziehung stehen (wie beispielsweise in der Sozialpädagogik) oder eine fachliche Distanz zum Sportsystem besteht (z. B. in den Religionswissenschaften). Eine Beeinflussung des Sportverhaltens durch bestimmte Fachkulturen wäre aber auch über unterschiedliche strukturelle Rahmenbedingungen denkbar, wie die konkreten zeitlichen Anforderungen eines Studienfaches oder die Prüfungsanforderungen.

Auch für unterschiedliche Hochschulen ist eine Beeinflussung des Sportverhaltens denkbar. So ist anzunehmen, dass ein vielfältiges, hochschuleigenes Sportangebot, wie es vor allem an den deutschen Universitäten von eigenen Hochschulsporteinrichtungen vorgehalten wird, das Sportverhalten von Studierenden positiv beeinflusst, während ein schlecht ausgebautes institutionelles Sportangebot eher negativ auf die dauerhafte Ausübung einer Sportart wirkt. Auch standortspezifische Aspekte einer Hochschule, wie sie im Konzept der der Hochschulkultur (Huber 1991) zum Ausdruck kommt, sind als potenzielle Einflussfaktoren denkbar.

4 Empirie

Fragestellung

Die grundsätzliche Problemstellung dieses Beitrags fokussiert den Einfluss hochschulspezifischer Sozialisationseinflüsse auf das Sportverhalten von Studierenden. Vor dem Hintergrund der theoretischen Konzeptualisierung ist eine auf diesen Zusammenhang ausgerichtete Fragestellung mit Schwierigkeiten verbunden. Das Hauptproblem bei der Erforschung von hochschulspezifischen Sozialisationsprozessen ist vor allem die Frage nach der Verbindung der unterschiedlichen Ebenen

und Einflussfaktoren sowie die grundsätzliche Frage nach einer angemessenen Reduktion der für Sozialisationsaspekte angenommenen Komplexität. Untersuchungen mit einem Fokus auf Sozialisationsprozesse im Lebensraum Hochschule müssen sich demzufolge über die Analyse der Hochschulumgebung hinaus mit der gesellschaftlichen Umwelt und den Prädispositionen der Studierenden auseinandersetzen (vgl. Helmke 2001). Wenngleich in diesem Zusammenhang insbesondere längsschnittliche Feldstudien gefordert werden (Helmke & Krapp 1999: 20), liefern Studien wie die Arbeiten aus dem Forschungsschwerpunkt Hochschulforschung der Universität Konstanz (z. B. Multrus et al. 2011) oder des Hochschul-Informationssystem aus Hannover (z. B. Middendorf et al. 2011) wertvolle Hinweise über die institutionellen Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren von Studierenden. Zwar lassen sich daraus nur bedingt konkrete Sozialisierungseffekte der Hochschule ableiten. Durch die Berücksichtigung großer, repräsentativer Stichproben können aber detaillierte Beschreibungen der Studierenden-Population angefertigt werden, die für weitere Analysen hypothesenbildende Funktionen besitzen können.

Die Untersuchung, auf die sich dieser Beitrag bezieht, folgt diesem Forschungsansatz und fragt im Sinne einer ersten explorativen Annäherung an die Thematik nach Zusammenhängen von institutionellen und lebensweltlichen Rahmenbedingungen des Lebensraums Hochschule mit dem Sportverhalten von Studierenden. Folgende Fragestellungen stehen im Mittelpunkt der Studie:

- Lassen sich Unterschiede im Sportverhalten von Studierenden unterschiedlicher Studienabschnitte darstellen?
- Gibt es Unterschiede zwischen unterschiedlichen Hochschulformen (Universitäten & Fachhochschulen) in Bezug auf die Sportaktivitäten der Studierenden?
- Lassen sich fachspezifische Unterschiede im Sportverhalten von Studierenden nachweisen?

Methode und Stichprobe

Als Datengrundlage für die quantitative Teilstudie dient ein Datensatz aus dem Forschungsprojekt „Sport und Studium“ aus dem Wintersemester 2010 an der Universität Göttingen. Dabei wurden – in Kooperation mit dem Hochschulinformationssystem (HIS) in Hannover – bundesweit Studierende aller Fachrichtungen und Studiengänge zu ihrem Sport- und Freizeitverhalten befragt. Aus forschungsökonomischen Gründen wurde die Befragung per Online-Survey im Rahmen einer einmaligen Querschnitterhebung durchgeführt. Das für die Befragung genutzte HISBUS-Online-Panel ist mit ca. 22.000 Studierenden das größte virtuelle Studentendorf in Deutschland, welches für unterschiedlichste Befragungen, u. a. im Auftrag des Deutschen Studentenwerks, regelmäßig für Erhebungszwecke genutzt wird. Das HISBUS-Panel erbringt repräsentative, verallgemeinerbare Ergebnisse, weil die Mitglieder des Online-Panels aus dem Teilnehmerkreis anderer, vom HIS

durchgeführter, repräsentativer, schriftlicher Befragungen – also offline – gewonnen werden (vgl. Kleinmann et al. 2008). Die Vorgehensweise entspricht den Standards zur Qualitätssicherung für Online-Befragungen des Arbeitskreises Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute. Das spezielle Repräsentativitäts- und Gewichtungungsverfahren wurde in Abstimmung mit dem Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA) entwickelt und auf ihre Validität hin überprüft. Geprüft werden diesbezüglich Abweichungen u. a. in den Merkmalen „Soziale Herkunft“, „Fachkultur“, „Semesterzahl“, „Alter“, „Geschlecht“ und „Hochschulart“. Insgesamt nahmen 7060 Studierenden vollständig an der Befragung teil. Die bereinigte Rücklaufquote betrug knapp 33 %.

Im Fragebogen wurden diverse standardisierte Instrumente eingesetzt, beispielsweise zum Umfang körperlicher und körperlich-sportlicher Aktivitäten in der Gegenwart und der Vergangenheit, zur Organisationsform der Sportaktivität sowie zu konkreten Sportarten und -Motiven (in Anlehnung an Möllenbeck 2011: 170f.). Mit Hilfe von Fragen zur Häufigkeit, Dauer und Intensität wurden die Studierenden aufgrund von theoretischen Vorüberlegungen in Anlehnung an Bässler (1988: 194) sowie Woll (1996) in fünf verschiedene Sporttypen eingeteilt.

- Nichtsportler kein Sport
- Urlaubssportler < 1x/Woche
- Gelegenheitssportler < 60 min/Woche
- Regelmäßiger Sportler > 60 min/Woche
- Intensivsportler > 120 min/Woche bei mind. mittlerer bis harter Intensität

Da sich die Fallzahlen der einzelnen Sporttypen stark unterscheiden und damit eine statistische Auswertung erschweren, wurden die einzelnen Sporttypen zu übergeordneten Clustern aggregiert. Im Cluster der Nicht-Sportlerinnen und -Sportler werden neben die Gruppe der „Nicht-Sportler“ die Gruppen „Urlaubssportler“ und „Gelegenheitssportler“ zusammengefasst. Zum Cluster Sportlerin und Sportler werden die Gruppen „Regelmäßige Sportler“ und „Intensivsportler“ gezählt. Damit wird das Kriterium der regelmäßigen Sportausübung zum Differenzierungsmerkmal für die Erfassung der Sportaktivität.

Die Erfassung der Hochschulform (z. B. Fachhochschule, Pädagogische Hochschule, Musikhochschule, Universität), des Studienfaches und des Studiensemesters erfolgte mittels standardisierter Items über die erfassten Daten des HISBUS-Panels. Im Sinne der Übersichtlichkeit wurden die verschiedenen Hochschulformen (Universität, Fachhochschule, Musik- und Kunsthochschule, Pädagogische Hochschule) in unserer Auswertung dabei auf zwei Kategorien (Universitäten – Fachhochschulen) reduziert. Die Operationalisierung der Fachzugehörigkeit wird im HISBUS-Befragungspanel direkt abgefragt und anschließend in übergeordnete Fächergruppen eingeteilt (s. Tab. 2). Dabei wird den Erkenntnissen der Hoch-

schulforschung Rechnung getragen, dass die Fächer untereinander in einer inhaltlichen Verwandtschaft stehen (z. B. Naturwissenschaftliche Fächer vs. Sozial- und Geisteswissenschaftliche Fächer). Die Auswertung der Studiendauer wurde über die selbstberichteten Angaben zum Hochschulsesemester vorgenommen.

Ergebnisse

Sportverhalten von Studierenden unterschiedlicher Hochschulen

Das Sporttreiben der Studierenden zeigt – anhand der Typologisierung zu Sporttypen und deren Aggregation zu übergeordneten Aktivitätsclustern – ein sehr differenziertes Bild der studentischen Sportaktivität. Annähernd zwei Drittel aller Studierenden geben zum Zeitpunkt der Befragung an, grundsätzlich sportlich aktiv zu sein. Die Typologisierung der sportlichen Aktivität erlaubt zudem die Feststellung, dass eine leichte Mehrheit (56,4 %) der Studierenden als regelmäßige Sportlerinnen und Sportler identifiziert werden kann. Weibliche Studierende sind insgesamt weniger sportlich aktiv als ihre männlichen Kommilitonen (weiblich: 34 %, männlich: 30 % Nichtsportler). Die männlichen Studierenden treiben zudem insgesamt regelmäßiger Sport. Zum Vergleich liegt der Anteil der Deutschen Bevölkerung, die mindestens ein Mal die Woche Sport treiben bei 49 % (vgl. Statistisches Bundesamt: 2012).

Es können diesbezüglich hochschulspezifische Unterschiede in der Sportaktivität der Studierenden berichtet werden: Das Sportverhalten zwischen Studierenden an der Universität (0,589 entspricht 58,9 % Anteil Sportler) und Studierenden an anderen Fachhochschulen (Anteil Sportler: 53,7 %) unterscheidet sich signifikant im Mittelwertvergleich ($p < 0,001$).

Tabelle 1: Mittelwertvergleich der regelmäßigen Sportaktivität von Studierenden unterschiedlicher Hochschulformen.

Gruppenstatistik					
Hochschulgruppe		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler
					Mittelwert
Gruppiertes Sporttyp	andere Hochschule	2268	,5369	,49875	,01047
	Universität	4553	,5889	,49209	,00729

Test bei unabhängigen Stichproben						
T-Test für die Mittelwertgleichheit						
		T	df	Sig. (2-seitig)	Mittelwertdifferenz	Standardfehlerdifferenz
Gruppiertes Sporttyp	Varianzgleichheit nicht angenommen	-4,076	4475	,000	-,05201	,01276

Der Unterschied ist dabei gleichermaßen für männliche als auch für weibliche Befragte festzustellen, wobei sich der Anteil weiblicher Sportlerinnen im Vergleich Fachhochschule und Universität signifikanter und im niedrigeren Bereich unterscheidet (Frauen_{FH} = 47,5 %; Frauen_{Uni} = 55,8 %; $p < 0,001$) als der Anteil männlicher Sportler innerhalb dieser beiden Institutionen (Männer_{FH} = 58,1 %; Männer_{Uni} = 62,0 %; $p = 0,023$).

Sportverhalten von Studierenden unterschiedlicher Studienfächer

Um die Vielfalt der unterschiedlichen Fächer im deutschen Hochschulsystem zu reduzieren, erfolgte in unserer Untersuchung eine nachgelagerte Zuordnung einzelner Studienfächer zu Fächergruppen. Die Zuordnung einzelner Studienbereiche zu übergeordneten Fächergruppen ist der Tabelle 2 zu entnehmen.

Tabelle 2: Zuordnung der Studienfächer zu Fächergruppen

Fächergruppe	Zugeordnete Studienfächer
Kultur Sprach- und Kulturwissenschaften und Sport	Sprach- und Kulturwissenschaften, Evangelische Theologie, Katholische Theologie, Philosophie, Geschichte, Bibliothekswesen, Dokumentation, Publizistik, Allg. u. vergleichende Literatur- und Sprachwissenschaften, Altphilologie, Neugriechisch, Germanistik, Anglistik, Amerikanistik, Romanistik, Slawistik, Baltistik, Finno-Ugristik, Kunst, Kunstwissenschaften, Musik, Musikwissenschaften, Sonstige/Außereuropäische Sprach- und Literaturwissenschaften, Kulturwissenschaften, Psychologie, Erziehungswissenschaften, Sonderpädagogik, Sport
Recht	Rechtswissenschaften, Wirtschaftsrecht
Sozialwissenschaften Sozialwissenschaften, -wesen	Sozialwissenschaften, Soziologie, Politikwissenschaften, Sozialwesen, Sozialpädagogik, Wirtschafts- und Gesellschaftswissenschaften, Regionalwissenschaften, Verwaltungswissenschaften
Wirtschaft Wirtschaftswissenschaften	Wirtschaftswissenschaften, Wirtschaftsingenieurwesen
Natur Mathematik und Naturwissenschaften	Mathematik, Naturwissenschaften allg., Mathematik, Informatik, Physik, Astronomie, Chemie, Pharmazie, Biologie, Geowissenschaften, Geographie
Medizin	Humanmedizin, Zahnmedizin, Veterinärmedizin, Gesundheitswissenschaften allgemein
Agrar Agrar-, Forst-, Ernährungswissenschaften	Agrarwissenschaften, Forstwissenschaften, Ernährungs- und Haushaltswissenschaften, Landespflege, Umweltgestaltung, Lebensmittel- u. Getränketechnologie, Holzwirtschaft
Ingenieur Ingenieurwissenschaften	Ingenieurwissenschaften, Maschinenbau, Elektrotechnik, Bauingenieurwesen, Architektur, Vermessungswesen, Ingenieurwesen allgemein, Bergbau, Hüttenwesen, Verfahrenstechnik, Verkehrstechnik, Nautik, Innenarchitektur, Raumplanung
Lehramt	Angestrebter Abschluss Staatsexamen für ein Lehramt

Die differenziertere Aufteilung der regelmäßigen Sportaktivität nach Fachgruppen weist zunächst einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen in der einfaktorischen ANOVA aus ($F = 4,489$; $p < 0,001$). Daraus lässt sich folgern, dass die Gruppen sich untereinander in ihrem Sportverhalten unterscheiden. Die Ergebnisse der deskriptiven Statistik zeigen an, dass in jeder Fächergruppe mehr als die Hälfte der Befragten sportlich aktiv ist. Die Wirtschaftswissenschaften ragen dabei deutlich als aktivste Fachgruppierung heraus (der Durchschnitt von 0,634 entspricht 63,4 %) während die Sozialwissenschaften mit 50,9 % Sportleranteil den niedrigsten Wert vorweisen.

Tabelle 3: Deskriptive Statistik der Sportaktivität der Studierenden unterschiedlicher Fachbereiche. Die angegebenen Mittelwerte beschreiben dabei den Anteil regelmäßiger Sportlerinnen und Sportler unter den Studierenden der jeweiligen Fachdisziplinen.

Gruppiertes Sporttyp		Deskriptive Statistik			
		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler
Sprach- u. Kultur & 1188 Sport			,5352	,49897	,01447
Recht	362	,5656	,49636	,02610	
Sozialwiss.	500	,5087	,50042	,02237	
Wirtschaft	1247	,6340	,48190	,01365	
Natur	1105	,5740	,49472	,01488	
Medizin	440	,5539	,49765	,02373	
Agrar	143	,5816	,49503	,04136	
Ingenieur	1141	,5840	,49312	,01460	
Lehramt	812	,5677	,49571	,01739	
Gesamtsumme	6938	,5728	,49471	,00594	

Einzig die Befragtengruppe der Wirtschaftswissenschaftler weist im Posthoc-Test¹ signifikante Unterschiede zu anderen Gruppen auf. Dies betrifft die Sprach- und Kulturwissenschaften und die Sozialwissenschaften. Der fächerbezogene Unterschied ist allerdings nur für männliche Befragte festzustellen. Weibliche Befragte zeigen zwar einen tendenziellen Unterschied ($p = 0,071$) zwischen den Rechts- (Anteil: 61,6 %) und den Sozialwissenschaften (Anteil: 47,2 %), alle anderen zuvor allgemein festgestellten Unterschiede sind dagegen nicht signifikant. Bei männlichen Befragten ist der Unterschied zwischen den Gruppen „Recht“ und „Kultur“ nicht mehr vorhanden, stattdessen unterscheidet sich die Gruppe „Recht“ vom „Lehramt“. Die zuvor allgemein festgestellten Unterschiede der Wirtschaftswissenschaften lassen sich also bei männlichen Befragten feststellen, wo sich sechs der acht möglichen Gruppen von den Wirtschaftswissenschaftlern signifikant unterscheiden.

¹ Zum paarweisen Vergleich bei dichotomen Daten wird ein konservativer Posthoc-Test nach Bonferroni empfohlen, bei dem die Irrtumswahrscheinlichkeit bzgl. der Anzahl der Vergleiche korrigiert wird (vgl. Knoke 1976).

Tabelle 4: Mehrfachvergleich für die Unterschiede zwischen dem Anteil der regelmäßigen Sportlerinnen und Sportlern in ausgewählten Fächergruppen unter Berücksichtigung des Geschlechts.

Mehrfachvergleiche				
Abhängige Variable: Gruppiertes Sporttyp				
Bonferroni				
(I) Fächergruppe	(J) Fächergruppe 1.	Mittelwertdifferenz	Standardfehler	Sig.
Zuordnung	Fach neue Zuordnung (I-J)			
Wirtschaftswiss.	Sprach- u. Kultur & Sport	,09878	,02002	,000
	Sozialwiss./-wesen	,12530	,02613	,000

Mehrfachvergleiche					
Abhängige Variable: Gruppiertes Sporttyp					
Bonferroni					
Geschlecht	(I) Fächergruppe	(J) Fächergruppe	Mittelwertdifferenz (I-J)	Standardfehler	Sig.
weiblich	Recht	Sozialwiss./-wesen	,14361	,04639	,071
männlich	Recht	Lehramt	-,15503	,04757	,041
	Wirtschaft.	Sprach- u. Kultur & Sport	,12548	,03001	,001
		Recht	,17313	,04091	,001
		Sozialwiss./-wesen	,12731	,03945	,045
		Natur.	,12496	,02529	,000
		Medizin	,13979	,04328	,045
		Ingenieur.	,08583	,02407	,013

Sportverhalten von Studierenden unterschiedlicher Semester

Eine letzte Prüfung soll den Unterschied zwischen dem Hochschulsemester und dem Sporttyp prüfen. Ein signifikanter Unterschied zwischen den einzelnen Semestern kann dabei in der ANOVA zunächst nicht festgestellt werden ($F = 1,926$; $p = 0,061$). Deskriptiv sind die Erst- und Zweitsemester zum geringsten Anteil sportlich aktiv (47,51 %), während die höheren Semester (9. bis 14. Semester) einen Anteil von >58 % aufweisen. Aufgrund der geringen Fallzahl der Erst- und Zweitsemester, wird eine logistische Regression gerechnet um die Einflussstärken der einzelnen Semester auf den Sporttyp festzustellen.

Tabelle 5: Mehrfachvergleich für die Unterschiede im Sportverhalten der Studierenden in Abhängigkeit des Hochschulseesters.

		Variablen in der Gleichung				
		Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Schritt 1 ^a	3.–4. Semester	,239	1,327	1	,249	,759
	5.–6. Semester	,095	,918	1	,338	1,095
	7.–8. Semester	,107	1,868	1	,172	1,157
	9.–10. Semester	,104	,071	1	,790	1,028
	11.–12. Semester	,107	4,757	1	,029	1,264
	13.–14. Semester	,114	4,387	1	,036	1,269
	15. Semester und höher	,118	1,658	1	,198	1,165
	Konstante	,084	4,363	1	,037	1,192

a. In Schritt 1 eingegebene Variable(n): hsemgr. Referenzkategorie: 1. und 2. Semester

Aus den Ergebnissen kann abgeleitet werden, dass die Semester 11, 12, 13 und 14 in Referenz zum 1.–2. Semester einen signifikanten Einfluss und die stärksten Effekte auf den Sporttyp haben. Allerdings erklärt dieses Ergebnis in keinerlei Hinsicht den Sporttyp, was durch die Varianzerklärung nach Nagelkerke von 0,3 % impliziert wird.

Für die Varianzanalyse gelten die gleichen Annahmen und Ergebnisse, wenn die Geschlechter als Kontrollvariable einbezogen werden. Auch die Effekte der logistischen Regression bleiben stabil, das Geschlecht hat aber einen signifikanten eigenen Effekt ($Exp_B = 1,335$; $p < 0,001$) auf den Sporttyp, der zudem auch der stärkste Effekt innerhalb dieser Vorhersage ist.

5 Diskussion

Die Ergebnisse der empirischen Auswertung zeigen zum Teil signifikante Unterschiede im Sportverhalten von Studierenden im Zusammenhang zur Hochschulform, zur Fachzugehörigkeit und auch zur Studiendauer. Insbesondere die Unterschiede im Aktivitätsverhalten der Studierenden verschiedener Hochschulformen (Universität – Fachhochschule) verdichten die Annahme, wonach die Hochschule einen grundsätzlichen Einfluss auf das Sportverhalten von Studierenden ausübt und damit auch sozialisatorisch wirksam ist.

Zweifellos unterliegt auch unsere Untersuchung zahlreichen Limitierungen, z. B. hinsichtlich der konkreten Einflussrichtung sowie der Berücksichtigung unterschiedlichster Drittvariablen. Dennoch offenbart die Studie, dass die Erforschung von hochschul- und fachspezifischen Unterschieden im Sport- und Gesundheitsverhalten von Studierenden grundsätzlich relevant erscheint und zukünftig ausgebaut werden sollte.

Zwar zeigen auch die Studierenden der unterschiedlichen Fächer Unterschiede im Sportverhalten, allerdings lassen die Ergebnisse kaum einen eindeutigen Rückschluss auf die Zusammenhänge zwischen Fachkultur und Sportverhalten zu. Diesbezüglich ist vielmehr zu vermuten, dass bestimmte Prägungen und Sozialisationserfahrungen, die die Studierenden vor dem Studium gemacht haben und sie in ihrer Studienwahl beeinflusst haben, mit dem Sportverhalten in einem engen Zusammenhang stehen. Die Unterschiede im Sportverhalten der Studierenden unterschiedlicher Hochschulformen lassen sich dagegen auf konkrete hochschulspezifische Einflüsse zurückführen. Zum einen ist zu vermuten, dass die sportspezifische Servicestruktur der Hochschulen das Sportverhalten grundsätzlich beeinflusst. Zwar gibt es einen für alle Hochschulen geltenden gesetzlichen Auftrag zur Förderungen des Sports. Im Vergleich zu den Universitäten sind die Hochschulsporteinrichtungen an den Fachhochschulen allerdings bedeutend schlechter ausgestattet, so dass hier in der Regel ein wesentlich geringeres Angebot an Sportangeboten existiert. Es ist zudem plausibel anzunehmen, dass auch die studentische Wohnsituation einen Einfluss auf das Sportverhalten ausübt. Während Studierende der klassischen Universitäten oftmals am Studienort wohnen und ihr Leben voll und ganz auf das Studium ausrichten, gelten viele Fachhochschulen als ‚Pendler-Hochschulen‘, in denen die Studierenden nur zeitweise präsent sind. Insgesamt erscheinen die strukturellen Bedingungen für Sport und Bewegung an den Universitäten besser ausgeprägt zu sein als an den Fachhochschulen, was sich auch im Sportverhalten der Studierenden niederschlagen könnte.

6 Fazit

Auch wenn die vorliegenden Ergebnisse insbesondere durch längsschnittliche Untersuchungsdesigns weiter verdichtet und differenziert werden müssen, erlauben die Erkenntnisse unserer Studie den Schluss zu ziehen, dass der Einfluss unterschiedlicher hochschulspezifischer Sozialisationseinflüsse auf das Sport- und damit auch auf das Gesundheitsverhalten zukünftig stärker berücksichtigt werden sollte. Das gilt zum einen für hochschulspezifische Untersuchungen zum Gesundheitsstatus und zum Gesundheitsverhalten von Studierenden als auch für die Praxis der Gesundheitsförderung von Studierenden. Insbesondere die strukturellen, aber auch die kulturellen Bedingungen eines Studiums sollten hier zukünftig eine besondere Berücksichtigung finden. Angesichts der übergreifenden sportpädagogischen Zielsetzung, junge Menschen zu einem lebenslangen Sporttreiben zu animieren und damit die sozialen und gesundheitlichen Benefits des Sports über die gesamte Lebensspanne hinweg zu fördern, sollte der Hochschulkontext zukünftig eine größere sportwissenschaftliche Aufmerksamkeit erfahren. Es sollte vor allem eruiert werden, welche konkreten Einflussmöglichkeiten die Hochschule auf das Sportverhalten von Studierenden besitzt und wie diese hinsichtlich der Förderung eines lebenslangen Sporttreibens konstruktiv genutzt werden können.

Wenn es um gesundheitsfördernde Maßnahmen mit einem besonderen Fokus auf Bewegung und Sport im Setting der Hochschule geht, sollten die Ergebnisse zudem als Differenzierungsansatz berücksichtigt werden. Neben institutionellen, fachkulturellen und organisatorischen Unterschieden sollten diesbezüglich vor allem die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Sport- und Bewegungsverhalten Einzug in die konzeptionelle Gesundheitsförderung an Hochschulen erhalten.

Literatur

- Antonovsky, A. (1979): Health, stress, and coping (The Jossey-Bass social and behavioral science series). San Francisco: Jossey-Bass.
- Bachmann, N. (1999): Macht studieren krank? Die Bedeutung von Belastung und Ressourcen für die Gesundheit der Studierenden (1. Aufl.). Bern: Huber.
- Badura, B. (Hrsg.). (1981): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Badura, B. & Strodtholz, P. (1998): Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. Handbuch Gesundheitswissenschaften, 145–174.
- Bässler, R. (1988): Methodische Überlegungen zur empirischen Erhebung und Beschreibung der "Teilnahme der Bevölkerung am Sport". SWS-Rundschau, 28 (2), 191–197.
- Baur, J. & Burrman, U. (2008): Sozialisation zum und durch Sport. In K. Weis, R. Gugutzer & A. Abraham (Hrsg.), Handbuch Sportsoziologie (Beiträge zur Lehre und Forschung im Sport, 166, S. 230–238. Schorndorf: Hofmann.
- Baur, J. / Burrmann, U. / Krüger, D. (2000): Empfehlungen zur Förderung des Jugendsports in ländlichen Regionen. Potsdam.
- Brandl-Bredenbeck, H.P./ Kämpfe, A. / Köster, C. (2013): Studium heute – gesundheitsfördernd oder gesundheitsgefährdend? Eine Lebensstilanalyse. Aachen: Meyer & Meyer.
- Durkheim, E. & Krisam, R. (1972): Erziehung und Soziologie (Schule in der Gesellschaft). Düsseldorf: Pädagogischer Verlag Schwann.
- Engler, S. (1993): Fachkultur, Geschlecht und soziale Reproduktion. Eine Untersuchung über Studentinnen und Studenten der Erziehungswissenschaft, Rechtswissenschaft, Elektrotechnik und des Maschinenbaus (Blickpunkt Hochschuldidaktik, 92). Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Faltermeier, T. / Mayring, P. / Saup, W. / Strehmel, P. (2002): Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters (Urban-Taschenbücher, 563) (2., überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Farin, K. (2009): Jugendkulturen als Sozialisationsinstanzen. Sozialisation, Biografie und Lebenslauf, 110–120.

- Franzkowiak, P. (2011): Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell. In: BZGS (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden (S. 479–486). Werbach-Gamburg: Verl. für Gesundheitsförderung.
- Gerlach, E. (2013): Aufwachsen mit Sport. Befunde einer 10-jährigen Längsschnittstudie zwischen Kindheit und Adoleszenz (Sportentwicklungen in Deutschland, Bd. 23). Aachen: Meyer & Meyer.
- Gerlach, E. & Brettschneider, W.-D. (2013): Aufwachsen mit Sport. Befunde einer 10-jährigen Längsschnittstudie zwischen Kindheit und Adoleszenz (Sportentwicklungen in Deutschland, 23). Aachen: Meyer & Meyer.
- Geulen, D. & Hurrelmann, K. (1980): Zur Programmatik einer umfassenden Sozialisationstheorie. In K. Hurrelmann & D. Ulich (Hrsg.), Handbuch der Sozialisationsforschung (S. 51–68). Weinheim: Beltz.
- Göring, A. & Möllenbeck, D. (2010): Gesundheitspotenziale des Hochschulsports. Sporttreiben als soziale Unterstützung und zur Belastungsbewältigung im Studienalltag. Prävention und Gesundheitsförderung, 10 (3), 238–242.
- Heise, H. (1995): Die Sportnachfrage der Studierenden der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster: eine empirische Studie. Münster: Lit.
- Helmke, A. (2001): Hochschulsozialisation. In D.H. Rost (Hrsg.): Handwörterbuch Pädagogische Psychologie, (S. 255–260). Weinheim: Beltz PVU.
- Helmke, A. & Krapp, A. (1999): Lehren und Lernen in der Hochschule. Einführung in den Thementeil. Zeitschrift für Pädagogik, 45 (1), 19–24.
- Horstkemper, M. & Tillmann, K.-J. (2008): Sozialisation in Schule und Hochschule. In: K. Hurrelmann / M. Grundmann / S. Walter (Hrsg.): Handbuch Sozialisationsforschung, (S. 290–305). Weinheim: Beltz PVU.
- Huber, L. (1985): Studiensituation heute und Wandel der Studentenrolle (Hochschuldidaktische Stichworte, 19). Hamburg: Interdisziplinäres Zentrum für Hochschuldidaktik der Univ.
- Huber, L. (1991): Fachkulturen. Über die Mühen der Verständigung zwischen den Disziplinen. Universität Bielefeld.
- Huber, L. & Vogel, U. (1984): Studentenforschung und Hochschulsozialisation. In, Goldschmidt, D.; Teichler, U. & Webler, W. (Hrsg.): Forschungsgegenstand Hochschule. Überblick und Trendbericht (Campus Forschung Schwerpunktreihe Hochschule und Beruf, Bd. 403). Frankfurt, New York: Campus Verlag.
- Hurrelmann, K. (2002): Einführung in die Sozialisationstheorie (Beltz-Studium Kultur und Gesellschaft) (8., vollst. überarb. Aufl). Weinheim: Beltz.
- Hurrelmann, K. (2010): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung (Grundlagentexte Soziologie) (7. Aufl). Weinheim: Juventa-Verl.

- Hurrelmann, K. (2010): Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung (Grundlagentexte Soziologie) (10. Aufl). Weinheim [u. a.]: Juventa-Verl.
- Hurrelmann, K. / Grundmann, M. / Walper, S. (2008): Zum Stand der Sozialisationsforschung. Handbuch Sozialisationsforschung, 14–31.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1988): Stress, appraisal, and coping (4. [print.]). New York: Springer.
- Lösel, F. / Bliesner, T. / Köferl, P. (1989): On the concepts of "invulnerability" evaluation and first results of the Bielefeld Project. In M. Brambring, F. Lösel & H. Skowronek (Hrsg.): Children at risk. Assessment, longitudinal research, and intervention (Prevention and intervention in childhood and adolescence, 7, S. 186–219). Berlin, New York: W. de Gruyter.
- Middendorff, E. / Isserstedt, W. / Kandulla, M. (2011): Studierende im Bachelor-Studium 2009. Ergebnisse der 19. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks, durchgeführt durch HIS Hochschul-Informationssystem (Wissenschaft Ideen zünden!). Bonn: BMBF.
- Müller-Bülow, M. (2005): Die Studentischen Lebenswelten in Zeiten des Bologna-Prozesses. In: F. Gützkow & G. Quaisser (Hrsg.): Jahrbuch Hochschule gestalten 2005. Denkanstöße zum Bologna-Prozess (Hochschulwesen – Wissenschaft und Praxis, 10, S. 153–164). Bielefeld: UVW, Universitätsverlag Webler.
- Multrus, F. (1996): Zur Lernstrategie von Studierenden. Indizierung, Typologie und Zusammenhänge (Hefte zur Bildungs- und Hochschulforschung, 17). Konstanz: Arbeitsgruppe Hochschulforschung, Univ. Konstanz.
- Multrus, F. / Bargel, T. / Ramm, M. (2011): Studiensituation und studentische Orientierungen. 11. Studierendensurvey an Universitäten und Fachhochschulen (Wissenschaft). Bonn [u. a.]: Bundesministerium für Bildung und Forschung.
- Niederbacher, A. & Zimmermann, P. (2011): Grundwissen Sozialisation. Einführung zur Sozialisation im Kindes- und Jugendalter. Abrufbar unter: <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-531-92901-9>.
- Portele, G. & Huber, L. (1981): Entwicklung des akademischen Habitus. Zum Problem der Konzeptbildung in der Hochschulsozialisationsforschung. In: N. Sommerkorn (Hrsg.): Identität und Hochschule: Probleme und Perspektiven studentischer Sozialisation, 185–197. Hamburg: AHD.
- Rathmann, A. (2012): „Dieser Hörsaal ist besetzt.“ Protestformen in der Sicht von Studierenden der neuen und traditionellen Studiengänge. Ergebnisse einer quantitativ-empirischen Analyse (Arbeitsbericht / Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Fakultät für Geistes-, Sozial- und Erziehungswissenschaften, Institut für Soziologie, 63). Magdeburg: Univ. Fak. für Geistes-, Sozial- und Erziehungswiss. Inst. für Soziologie.

- Steckel, M. & Peters, S. (2008): Perspektiven auf das Moratorium Studium. Magdeburg: Otto-von-Guericke-Univ., Inst. für Berufs- und Betriebspädagogik.
- Stegmann, S. (2005): „ – got the look!“ – Wissenschaft und ihr Outfit. Eine kulturwissenschaftliche Studie über Effekte von Habitus, Fachkultur und Geschlecht (Geschlecht – Kultur – Gesellschaft, Bd. 14). Münster: Lit.
- Weigand, D. (2012): Die Macht der Fachkultur. Eine vergleichende Analyse fachspezifischer Studienstrukturen (Wissenschaftliche Beiträge aus dem Tectum-Verlag Reihe, 54). Marburg: Tectum.
- Wild, S. (2013): Werteorientierungen und Hochschulsozialisation –eine Panelstudie. Dissertation. Ludwigsburg: Pädagogische Hochschule.
- Woll, A. (1996): Gesundheitsförderung in der Gemeinde. Eine empirische Untersuchung zum Zusammenhang von sportlicher Aktivität, Fitness und Gesundheit bei Personen im mittleren und späteren Erwachsenenalter (Akademische Reihe Sportmedizin). Neu-Isenburg: LinguaMed-Verl.-GmbH.

Gesundheitliche Belastungen, Gesundheitskonzepte und Umsetzungshindernisse in der Gesundheitsförderung von Studierenden

Nicole Pereira Guedes & Bettina Wollesen

1 Hintergrund

Die hier vorgestellte qualitative Untersuchung ist Teil eines Forschungsprojekts zur „Konzeption und Implementierung eines genderspezifischen Angebots zur Gesundheitsförderung für Studierende“ an der Universität Hamburg und schließt direkt an die von Wollesen et al. in diesem Band beschriebene quantitative Untersuchung an. Ziel ist es Bedeutungs- und Erklärungszusammenhänge, die in dieser vorangegangenen repräsentativen Befragung offen geblieben sind, zu klären.

Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen für die Befragten der Fakultät Erziehungswissenschaft, Psychologie und Bewegungswissenschaft das durch andere Untersuchungen (u. a. Römer et al. 2012: 203–208, Thees et al. 2012: 196–202) bereits konstatierte Burnout-Risiko für einen Großteil der Studierenden. Gleichzeitig werden von den Studierenden vielfältige Wünsche zu Maßnahmen der persönlichen Gesundheitsförderung geäußert. Hierbei fällt jedoch auf, dass sich die geäußerten Wünsche mit den bereits durch den Hochschulsport bestehenden Angeboten decken, so dass die Frage aufgeworfen wird, wie es zu dieser Diskrepanz zwischen dem Wunsch nach zusätzlichen Angeboten und der Nichtteilnahme an den vorhandenen (wunschgemäßen) Angeboten kommt. Die drei hierfür gefundenen Erklärungsansätze lauten:

- (1) die Informationen über Angebote sind nicht ausreichend zugänglich bzw. erreichen die Adressaten nicht in Hinblick auf die persönliche Gesundheitsförderung
- (2) das bestehende Angebot erzeugt bei den Adressaten bisher keine Teilnahmemotivation und/oder
- (3) die persönlichen Lebens- und Studenumstände sowie persönliche Vermeidungsstrategien führen zum sog. Handeln wider besseres Wissen.

Die ausreichende Zugänglichkeit der vorhandenen Maßnahmen konnte, wie bei Wollesen et al. dargestellt, durch eine zusätzliche Recherche belegt werden. Die durch die vorliegenden Ergebnisse aufgezeigten deutlichen Unterschiede zwischen den Geschlechtern und der Fachbereichszugehörigkeit sprechen dafür, dass das generelle Angebot von Maßnahmen als nicht persönlich relevant oder passfähig genug wahrgenommen wird, so dass bereits im Marketing der Maßnahmen auf eine adressatenspezifische Ansprache geachtet werden sollte. Um die Passfähigkeit der geplanten Maßnahmen weiter zu erhöhen und ein gezielteres Marketing zu ermöglichen, werden im Folgenden zusätzlich zu den Kriterien „geschlechtsspezifisch“ und „fachbereichsspezifisch“ die *Gesundheitskonzepte* der Studierenden betrachtet. Durch das Aufdecken der Vorstellungen, die die Studierenden vom Konstrukt Gesundheit haben, sollen die vorhandenen Motive der Befragten sichtbar gemacht werden, etwas für ihre Gesundheit zu tun und somit an einer entsprechenden Maßnahme teilzunehmen.

Um die persönlichen Vermeidungsstrategien der Studierenden aufzudecken und hierbei zugrundeliegende Selbstregulationsprozesse zu beleuchten, werden die individuellen Umsetzungshindernisse der Studierenden fokussiert. Nach der Theorie der mentalen Introferenz (Wagner 2011) lässt sich die Tatsache, dass die Studierenden einerseits Wünsche für gesundheitsförderliche Angebote äußern (d. h. sie wissen, was sie eigentlich tun müssten, um gesünder zu werden), aber trotzdem das vorhandene Angebot nicht nutzen, als ein innerer Konflikt definieren. Der innere Konflikt besteht hier zwischen der Sollvorstellung „Ich sollte dieses Angebot in Anspruch nehmen, damit es mir besser geht“ und dem eigenen Handeln in der Realität „Ich nehme das vorhandene Angebot nicht in Anspruch“. Da ein solcher innerer Konflikt mit einem Gefühl der inneren Unruhe und einem schlechten Gewissen einhergeht, werden mentale Vermeidungs- bzw. Umgangsstrategien eingeleitet, um diesen inneren Konflikt und die damit verbundenen unangenehmen Emotionen nicht wahrnehmen zu müssen.

Da es notwendig erscheint diesen offenen Fragen nachzugehen, bevor die Konzeption einer konkreten Maßnahme angegangen wird, entschieden sich die Autorinnen aufbauend auf den gewonnenen repräsentativen Ergebnisse in einem zweiten Schritt für eine qualitative Herangehensweise in Form eines problemzentrierten Interviews.

2 Methode

Für die hier dargestellte qualitative Untersuchung zum Gesundheitszustand, den Gesundheitskonzepten und den Umsetzungshindernissen von Studierenden wurden Bachelor-Studierende ($N = 41$) der Fakultät mittels eines strukturierten problemzentrierten Interviews befragt. Der Interviewleitfaden wurde von den Autorinnen konzipiert und von 12 Teilnehmern (davon 2 männlich und 10 weiblich) eines Projektseminars im Wintersemester 2012/13 in den Interviews eingesetzt.

Im Folgenden wird zunächst die genaue Stichprobenzusammensetzung dargestellt, die Konzeption des Interviewleitfadens erläutert sowie die Durchführung der Befragung und das Vorgehen während der Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse beschrieben.

Stichprobe

Die Seminarteilnehmerinnen und -teilnehmer akquirierten die Interviewpartnerinnen und -partner in ihrem eigenen universitären Umfeld durch eine gezielte, persönliche Ansprache. Aus dieser Gruppe von potentiellen Interviewpartnerinnen und -partnern wurde dann von den Versuchsleiterinnen eine Interviewgruppe zusammengestellt, die in Fakultätszugehörigkeit (Erziehungswissenschaft, Psychologie und Bewegungswissenschaft) und Geschlechterverteilung annähernd repräsentativ für die hier untersuchte Fakultät ist. So wurden 41 Studierende (davon 21 männlich und 20 weiblich) aus den drei Fachbereichen der Fakultät interviewt (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Stichprobenzusammensetzung (Erz.wiss. = Erziehungswissenschaft, Psych. = Psychologie, Beweg.wiss = Bewegungswissenschaft)

	Anzahl der Befragten	Durchschnittsalter der Befragten
Erz.wiss. weiblich	12	24,5 ± 3,0
Erz.wiss. männlich	10	23,9 ± 2,6
Psych. weiblich	4	22,0 ± 2,7
Psych. männlich	3	23,0 ± 0
Beweg.wiss. weiblich	4	23,05 ± 0,6
Beweg.wiss. männlich	8	23,3 ± 0,5
Gruppenmittelwert ($N = 41$)	41	23,4 ± 2,3

Beschreibung des Interviewleitfadens

Der eingesetzte Interviewleitfaden wurde in weiten Teilen auf Basis des *problemzentrierten Interviews* nach Witzel (1985) entwickelt. Dieses zeichnet sich dadurch aus, dass es als halbstandardisiertes Verfahren einerseits eine Konzentration auf eine zuvor festgelegte Fragestellung ermöglicht und andererseits genügend Offenheit

bietet, auf die individuellen Sichtweisen der Befragten einzugehen. Ergänzend wurden hier zusätzlich zwei standardisierte Elemente eingesetzt, um (1) abzufragen, ob gesundheitliche Beschwerden vorliegen und (2) eine grundsätzliche Bereitschaft zur Teilnahme an Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Rahmen des Studiums besteht. In beiden Fällen wurde darauf aufbauend mit vertiefenden Nachfragen erfragt, welcher Art z. B. die Beschwerden sind und welche individuellen Hypothesen über die Ursachen für diese Beschwerden bei den Studierenden bestehen.

Eingeleitet wurde das Interview mit einem Kurzfragebogen, in dem Angaben zur Person (Alter, Geschlecht, Fachbereichszugehörigkeit, Studiengang/-ziel und die Anzahl der Fachsemester) erfasst werden.

Der erste Teil des Interviews (Gesprächseinstieg) umfasste Fragen zur Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands im Hinblick auf die körperliche und die mentale Verfassung sowie der Reflektion von Gründen für eventuell vorhandene Beschwerden.

Im zweiten Teil des Interviews (allgemeine Sondierung) wurden die subjektiven Sichtweisen zum Gesundheitskonzept der Studierenden in Anlehnung an Faltermaier et al. (1998) erfragt, in dem z. B. eine Reflektion darüber angeregt wurde, was man grundsätzlich für seine Gesundheit tun sollte und was die Interviewten tatsächlich bereits für ihre Gesundheit tun.

Im Anschluss daran erfolgten dann in der dritten Phase des Interviews (spezifische Sondierung) vertiefende Nachfragen zur Bereitschaft, den eigenen gesundheitlichen Zustand zu verbessern und den individuellen Hypothesen darüber, woran die Umsetzung der eigenen „guten“ Vorsätze bisher gescheitert ist.

Abschließend bekamen die Befragten die Möglichkeit Wünsche zur Unterstützung bei der Verbesserung der eigenen Gesundheit zu äußern und ihre Angaben zu ergänzen und zu kommentieren.

Durchführung der Interviews

Die 41 Interviews der vorliegenden Untersuchung wurden in der Zeit vom 20.12.2012 bis zum 30.01.2013 von 12 Studierenden durchgeführt. Die Autorinnen setzten die Studierenden eines Projektseminars als Interviewer ein, da die Annahme besteht, dass die befragten Studierenden gegenüber anderen Studierenden offener und freier über ihre subjektiven Sichtweisen und inneren Überzeugungen berichten würden.

Der beschriebene Interviewleitfaden gab den Interviewern in der Durchführung der Interviews zum einen eine klare Struktur, die in der Auswertung eine Vergleichbarkeit der einzelnen Interviews gewährleistet und so neben den qualitativen Erkenntnissen im gewissen Umfang eine Quantifizierung der Ergebnisse ermöglicht. Zum anderen bot der Leitfaden genügend Freiraum, um vertiefende Nachfragen oder auch Verständnisfragen zu den Aussagen der Befragten zu ermöglichen.

Von allen Interviews wurde mit Einverständnis der Befragten eine Tonbandaufnahme erstellt, welche für die Datenauswertung vollständig transkribiert wurde.

Auswertung der Interviews

Für die zwei quantitativen Elemente (1) das Vorhandensein von Beschwerden und (2) die grundsätzliche Bereitschaft der Studierenden an Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Rahmen ihres Studiums teilzunehmen, wurden die Antworthäufigkeiten prozentual erfasst.

Auch die Aussagen zur Einschätzung des eigenen aktuellen körperlichen und mentalen Gesundheitszustandes wurden anhand von fünf zuvor festgelegten Kategorien (sehr gut, gut, befriedigend/durchschnittlich/o.k., mäßig/angespannt/beginnender Stress und schlecht/gestresst/erschöpft) quantifiziert. Hierfür wurde nach der Eingruppierung der Aussagen zu einer der Kategorien jeder Kategorie ein Skalenwert (sehr gut = 5, schlecht/gestresst/erschöpft = 0) zugeordnet.

Alle übrigen Interviewbestandteile wurden mittels *qualitativer Inhaltsanalyse* nach Mayring (2010) ausgewertet. Für die vorliegende Untersuchung bestimmten die *inhaltliche Strukturierung* des vorliegenden Materials zur Zusammenfassung bestimmter Themen und Aspekte aus dem vorliegenden Material und die induktive *Bildung eines Kategoriensystems* anhand von Vorannahmen, dem eingesetzten Leitfragen und dem vorliegenden Material das methodische Vorgehen. Dadurch konnten u. a. die Ursachen für ein zuvor beobachtetes Phänomen (hier: Nichtteilnahme an vorhandenen wunschgemäßen Angeboten) benannt und quantifiziert werden, so dass auf diesem Wege neue, zuvor so nicht formulierte Analyse Kriterien für weitere Untersuchungen erschlossen werden können.

Auf diesem Wege entstand die Kategorie „Gesundheitskonzepte der Studierenden“ mit den drei Subkategorien „Gesundheit als negative inhaltliche Bestimmung“, „Gesundheit als Aktionspotential“ und „Gesundheit als Maß für das wahrgenommene Befinden“ aus den Aussagen der Befragten zum Thema „Gründe etwas für die eigene Gesundheit zu tun“. Den theoretischen Ausgangspunkt für die Formulierung der drei Subkategorien bildet das „Dynamische Gesundheitskonzept von Laien“ von Faltermmaier et al. (1998). Das Gesundheitskonzept der Studierenden soll Auskunft darüber geben, welche Motivation sie haben, an einer geplanten Maßnahme zur Gesundheitsförderung teilzunehmen. So können neben einer sehr adressatenspezifischen Ansprache auch die subjektiven Vorstellungen der Zielgruppe bei der Konzeption berücksichtigt werden, um die Dropout-Rate so gering wie möglich zu halten und eine möglichst hohe Nachhaltigkeit der Intervention zu gewährleisten (vgl. hierzu auch Franzkowiak 2003: 226–229).

Die Kategorie „Umsetzungshindernisse“ basiert auf der „Theorie der mentalen Introferenz“ (Wagner 2011). Dieser Theorie nach sind Umsetzungshindernisse durch mentale Blockaden ausgelöst, welche durch den Widerspruch zwischen einer Sollvorstellung („Ich müsste mich eigentlich mehr bewegen“) und der aktuellen Realitätswahrnehmung („Ich schaffe es nicht, mich mehr zu bewegen“) entstehen.

Dieser innere Konflikt zwischen der individuellen Sollvorstellung (subjektiver Imperativ) und der wahrgenommenen Realität (Realitätskonflikt) oder einer antizipierten Realität (Möglichkeitenkonflikt) führt zu einer erhöhten inneren Erregung und Anspannung. In der Reflektion des vorhandenen Zustands („Ich bewege mich nicht soviel, wie ich meiner Meinung nach eigentlich sollte und ändere bisher nichts an meinem Verhalten“), suchen die Betroffenen nun die Gründe für ihr Nicht-Handeln, um die damit verbundene innere Anspannung zu reduzieren, und den vorhandenen inneren Konflikt zu umgehen. Für die vorliegende Untersuchung kristallisieren sich in Anlehnung an Wagners Kategoriensystem der Konfliktumgehungsstrategien (Wagner 2011) drei Subkategorien zur inhaltlichen Klassifizierung der Ursachen für die Umsetzungshindernisse heraus: (1) „Theoretisieren und Rationalisieren“, z. B. „Das liegt nur daran, dass ich noch nie gut in Sport war“, (2) „Resignieren“, z. B. „Ich kann halt nicht anders. Ich bin eben faul.“ und (3) „Andere Prioritäten setzen“, z. B. „Ich treffe mich eben lieber mit Freunden als abends noch laufen zu gehen“.

Neben der Zuordnung zu den drei inhaltlichen Subkategorien wurden die genannten Gründe für die Umsetzungshindernisse zusätzlich auf einer übergeordneten Ebene danach betrachtet, ob die Befragten die Begründung eher in ihren äußeren Lebensumständen und Lebensbedingungen (z. B. Zeitmangel wegen zu voller Stundenpläne in der Uni) suchten oder ob sie die Gründe in ihrem eigenen inneren Umgang damit sahen (z. B. „Ich müsste mich besser organisieren, um auch noch zum Sport zu gehen“). Die Betrachtung dieser verschiedenen Subkategorien soll Rückschlüsse in Bezug auf die Motivation und somit die Handlungsbereitschaft der Befragten ermöglichen.

Die Festlegung aller hier beschriebenen Kategorien und Subkategorien erfolgte in einem ersten Schritt nach der Sichtung von ca. 50 % des gesamten Interviewmaterials. In einem kompletten Materialdurchgang wurden die Aussagen der Befragten dann inhaltlich zusammengefasst und den jeweiligen Kategorien und Subkategorien zugeordnet. Da nicht nur die Entwicklung und Definition neuer Untersuchungskriterien in Form des hier entstandenen Kategoriensystems im Interesse der Untersuchung lag, sondern auch die Analyse von Gruppenunterschieden in Bezug auf das Geschlecht und der Fachbereichszugehörigkeit der Befragten von Interesse war, wurden alle Aussagen mit der jeweiligen Geschlechts- und Fachbereichszugehörigkeit dokumentiert. So konnten in einem letzten Auswertungsschritt auch die Geschlechterverteilung und die Verteilung der Fachbereichsgruppen innerhalb der einzelnen Subkategorien durch die Auszählung der einzelnen Nennungen quantifiziert werden.

Tabelle 2: Übersicht der Auswertungskategorien der qualitativen Inhaltsanalyse

Kategorie	Subkategorie	Definition der Subkategorie
Gesundheitskonzept der Studierenden	Gesundheit als negative Bestimmung	Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit, Fehlen von körperlichen und mentalen Beschwerden
	Gesundheit als Aktionspotential	Gesundheit als Leistungsfähigkeit und generelle Handlungsfähigkeit, d. h. sich uneingeschränkt bewegen, essen und belasten zu können
	Gesundheit als Maß für das wahrgenommene eigene Befinden	Gesundheit als Gefühl von Kraft und Stärke sowie Wohlbefinden im Sinne von körperlicher und mentaler Ausgeglichenheit
Umsetzungshindernisse	1. Ebene Gründe in äußeren Umständen suchen	Z.B. Zeitmangel wegen des Semesterplans, Geldmangel, schlechtes Wetter
	2. Ebene Theoretisieren/Rationalisieren	Entwicklung von Theorien und rationalen Begründungen zur Rechtfertigung des eigenen Verhaltens
	1. Ebene Gründe im eigenen Denken und Handeln suchen	Handeln wider besseren Wissens, z. B. eigene Faulheit, falsche Prioritäten setzen
	2. Ebene Resignieren	Hoffnung auf eine mögliche Verhaltensänderung aufgeben
	2. Ebene Andere Prioritäten setzen	Andere Interessen werden dem gesundheitsförderlichem Verhalten vorgezogen

3 Ergebnisse

Gesundheitliche Belastungen

Für die Darstellung der Ergebnisse zu den gesundheitlichen Belastungen werden im Folgenden zunächst die Einschätzungen des aktuellen Gesundheitszustands zusammengefasst und darauf aufbauend die vorhandenen gesundheitlichen Beschwerden der Studierenden beschrieben.

Aktueller Gesundheitszustand

Die psychische Gesundheit wird in allen Studierendengruppen und geschlechterübergreifend niedriger eingeschätzt als die körperliche. Die Studierenden führen ihre „mittelmäßige“ mentale Verfassung auf eine hohe Stressbelastung zurück. Als Gründe für die individuell wahrgenommene Stressbelastung werden insbesondere die Studienbedingungen (z. B. volle Stundenpläne, viele Prüfungen, die gehäuft am Semesterende stattfinden, schlechte Studienorganisation von Seiten der Universitätsverwaltung) und die Lebenssituation als Studierende, d. h. eine häufig auftretende Doppelbelastung durch Studium und Berufstätigkeit, genannt. Die höchste mentale Belastung sowie die höchste Differenz zwischen dem körperlichen und dem mentalen Gesundheitszustand werden von den männlichen Psychologiestudenten angegeben. Die geringste mentale Belastung findet sich bei den Bewegungswissenschaftlerinnen.

Tabelle 3: Körperlicher und mentaler Gesundheitszustand der Studierenden in der Selbsteinschätzung (5 = sehr gut, 0 = schlecht; Erz.wiss. = Erziehungswissenschaft, Psych. = Psychologie, Beweg.wiss = Bewegungswissenschaft)

	Gesundheitszustand (Mittelwert)	
	körperlich	Mental
Erz.wiss. weiblich (n = 12)	2,9	2,6
Erz.wiss. männlich (n = 10)	3,6	3,2
Psych. weiblich (n = 4)	3,3	2,8
Psych. männlich (n = 3)	4,0	2,3
Beweg.wiss. weiblich (n = 4)	4,3	3,3
Beweg.wiss. männlich (n = 8)	3,8	2,9
<i>Gruppenmittelwert (N = 41)</i>	3,7	2,9

Gesundheitliche Beschwerden

Eine Mehrheit der befragten Studierenden berichtet von gesundheitlichen Beschwerden. Die Erziehungswissenschaftlerinnen geben die meisten und die Psychologinnen die wenigsten Beschwerden an. Wobei die geringe Fallzahl der Psychologinnen bei dieser Einordnung zu bedenken ist.

Tabelle 4: Vorhandensein von gesundheitlichen Beschwerden in den einzelnen Studierendengruppen (Erz.wiss. = Erziehungswissenschaft, Psych. = Psychologie, Beweg.wiss = Bewegungswissenschaft)

	Gesundheitliche Beschwerden	
	Vorhanden	keine vorhanden
Erz.wiss. weiblich (n = 12)	83 %	17 %
Erz.wiss. männlich (n = 10)	60 %	40 %
Psych. weiblich (n = 4)	25 %	75 %
Psych. männlich (n = 3)	67 %	33 %
Beweg.wiss. weiblich (n = 4)	75 %	25 %
Beweg.wiss. männlich (n = 8)	75 %	25 %
Gruppenmittelwert (N = 41)	64 %	36 %

Bei den körperlichen Beschwerden stehen *Schmerzen* mit 10 von 15 Nennungen deutlich im Vordergrund. Hierbei kommen Kopf- und Rückenschmerzen (fünf Nennungen), Bauchschmerzen (drei Nennungen) und Knieschmerzen (zwei Nennungen) vor. Die Studierenden führen diese Schmerzen in fünf Fällen auf akute Erkrankungen, Entzündungen und/oder auf Fehlbelastungen (sieben Nennungen), z. B. zu viel am PC sitzen, zurück. Geschlechtsunterschiede oder Unterschiede nach Fachbereichszugehörigkeit sind hierbei nicht festzustellen.

Bei der Beschreibung ihrer mentalen Beschwerden lassen sich die Angaben der Studierenden in zwei Kategorien einteilen: *Gestresst sein* als mentaler Zustand (sechs Nennungen, davon drei Männer und drei Frauen) oder typische *Stresssymptome* (16 Nennungen, davon drei Männer und 13 Frauen), wie z. B. innere Unruhe, Gedankenkreisen, Überforderung und Reizbarkeit. Auffällig ist hierbei, dass die Wahrnehmung von Stresssymptomen als Beschwerden vorrangig von den Studentinnen beschrieben wird. Ursachen für das gestresst sein bzw. die genannten Stresssymptome sehen die Studierenden darin, dass sie zum einen in ihren äußeren Lebensbedingungen, d. h. *Stress an der Uni* (neun Nennungen) oder insgesamt *zu viele Anforderungen gleichzeitig* erfüllen müssen (zehn Nennungen), z. B. Studium und Arbeit. Zum anderen verorten sie die Ursachen in ihrem eigenen Umgang mit den Rahmenbedingungen und Lebensumständen, in dem sie sich ein *schlechtes Zeit- und Selbstmanagement* zuschreiben (sechs Nennungen) und feststellen, dass sie *sich selbst Druck machen* und so eigene Ängste schüren (fünf Nennungen). Mit insgesamt 19 Nennungen überwiegt die Ursachenzuschreibung der mentalen Beschwerden in den äußeren Lebensumständen gegenüber der Reflektion des eigenen Umgangs mit diesen Bedingungen (elf Nennungen). Geschlechtsspezifische Unterschiede oder Unterschiede nach der Fachbereichszugehörigkeit können hier nicht festgestellt werden.

Gesundheitskonzepte

Zur Bestimmung der Motive der Studierenden, etwas für ihre Gesundheit zu tun, wurden die Vorstellungen, die die Studierenden von Gesundheit haben, erfragt, indem sie benennen sollten, welche Gründe es für sie gibt, etwas für ihre Gesundheit zu tun. Hierfür wurden einzelne Aussagen der Befragten in den drei Subkategorien zu den jeweiligen Gesundheitskonzepten zugeordnet. Da es in den einzelnen Aussagen mehrere Aspekte gab, die sich inhaltlich verschiedenen Gesundheitskonzepten zuordnen ließen, stimmen die Anzahl der hier aufgewerteten Nennungen und die der Versuchspersonen nicht überein.

Das verbreitetste Gesundheitskonzept der befragten Studierenden ist die Definition von Gesundheit als Zustand des Wohlbefindens, der Stärke und Kraft sowie der körperlichen und mentalen Ausgeglichenheit (Subkategorie: Gesundheit als Maß für das wahrgenommene eigene Befinden) mit 35 Nennungen (davon 18 Männer und 17 Frauen) von insgesamt 77 erfassten Aussagen. Hierbei steht das Wohlbefinden als häufigstes Motiv (15 Nennungen) vor Attraktivität (sechs Nennungen), Stärke und Kraft (sechs Nennungen) und Ausgeglichenheit (sechs Nennungen) im Vordergrund.

Das zweithäufigste Gesundheitskonzept mit 25 Nennungen (davon acht Männer und 17 Frauen) ist die Gesundheit als Aktionspotential zu verstehen, wobei die generelle Handlungsfähigkeit mit 17 Nennungen das Hauptmotiv gegenüber der Leistungsfähigkeit (acht Nennungen) bildet. Hierbei ist es den Studierenden mehrheitlich wichtig, die vorhandene Gesundheit bis ins Alter zu erhalten, um auch künftig handlungsfähig und leistungsstark zu sein.

Die wenigsten Motive finden sich in der Subkategorie Gesundheit als negative Bestimmung (17 Nennungen, davon neun Männer und acht Frauen). In dieser Subkategorie steht das Fehlen von körperlichen Symptomen und Beschwerden im Fokus der Aufmerksamkeit der Befragten.

Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich nur in der Subkategorie Gesundheit als Aktionspotential, in der sich mit 17 Nennungen im Vergleich zu acht Nennungen mehr als doppelt so viele Angaben von weiblichen als von männlichen Befragten finden. Fachbereichsspezifische Unterschiede finden sich hingegen nicht.

Umsetzungshindernisse

Um die individuellen Sichtweisen der Befragten zu ihren Umsetzungshindernissen bei einer Verhaltensänderung in Richtung eines gesundheitsförderlichen Verhaltens zu erfassen, wurden die Studierenden zunächst gebeten, zu berichten, was sie bereits für ihre Gesundheit tun und was sie darüber hinaus ihrer Meinung nach *tun sollten*. Erst in einem zweiten Schritt wurden sie dann gebeten, zu reflektieren, was sie bisher davon abgehalten hat, diese Sollvorstellungen in die Tat umzusetzen.

Die hierzu getroffenen Aussagen enthielten wieder mehrere Nennungen pro Versuchsperson, so dass auch an dieser Stelle die Anzahl der Interviewpartnerinnen und -partner nicht mit der Anzahl der Nennungen übereinstimmt. Aber in dieser Betrachtung ist die Häufung von bestimmten Denkmustern innerhalb der befragten Gruppe von Interesse und nicht die Analyse in Bezug auf einzelne Probanden.

Grundsätzlich auffällig ist jedoch, dass von 41 Befragten nur fünf Befragte angeben, keine Probleme zu haben, ihre eigene Sollvorstellung in Bezug auf gesundheitsförderliches Verhalten umzusetzen und die große Mehrheit von 36 Befragten von eben diesen Problemen berichtet.

Die hierbei mit Abstand am häufigsten genannten Gründe sind mit 18 von 56 Nennungen der *Zeitmangel* (äußere Umstände) und die *eigene Faulheit* (eigenes Denken und Handeln) mit 13 Nennungen.

Werden die Subkategorien „Gründe in den äußeren Umständen“ und „Gründe im eigenen Denken und Handeln suchen“ gegenübergestellt, zeigt sich mit 34 Nennungen von Gründen, die dem eigenen Denken und Handeln zugeschrieben werden, eine größere Gewichtung gegenüber 22 Nennungen zur Beschreibung von Gründen in den äußeren Umständen.

Diejenigen Befragten, die die Gründe ihres Nicht-Handelns in den äußeren Umständen suchen, nennen neben dem Zeitmangel noch Geldmangel, einen durch die Uni bedingten unregelmäßigen Tagesrhythmus und schlechtes Wetter. Berichtet wird über diese Hindernisse in allen Fällen in Form von „Theoretisieren und Rationalisieren“.

Suchen die Studierenden die Gründe für ihre Umsetzungshindernisse bei sich, werden neben der eigenen Faulheit auch mangelnde Selbstdisziplin und grundsätzliche Lustlosigkeit genannt. Diese Nennungen können der Subkategorie „Resignieren“ zugeordnet werden. Dies gilt ebenfalls für die in der dritten Subkategorie „Andere Prioritäten bilden“, genannten Gründe, wie z. B. „andere Sachen machen eben mehr Spaß“ oder „ich verbringe meine Freizeit lieber mit meinen Freunden“.

Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich nur in dieser Subkategorie mit sechs von insgesamt sieben Nennungen durch weibliche Studierende. Darüber hinaus können weder geschlechts- noch fachbereichsspezifische Unterschiede festgestellt werden.

4 Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse zu den gesundheitlichen Belastungen der Studierenden decken sich mit den Erkenntnissen der vorangegangenen repräsentativen Befragung. Die Studierenden geben eine größere mentale als körperliche Belastung an. Die Aussagen der Studierenden zu den Gründen hierfür zeigen sich entsprechend der Vorannahme, dass ein erhöhtes Burnout-Risiko besteht, da die Studierenden von mentalen Beschwerden berichten, die auf eine dauerhaft erhöhte innere Erregung und

Anspannung hinweisen. Während die männlichen Studierenden mehrheitlich recht allgemein von einem Zustand des „Gestresst seins“ sprechen, zeigt sich bei den weiblichen Studierenden eine differenziertere Reflexion des eigenen Befindens. Sie unterscheiden in ihren Berichten häufiger einzelne Stresssymptome (u. a. innere Unruhe, Gedankenkreisen, Überforderung und Reizbarkeit), was darauf hinweist, dass sie eine höhere Sensibilität gegenüber dem eigenen Stressgeschehen zeigen als die männlichen Befragten. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied in der Wahrnehmung der eigenen Belastung und der unterschiedlichen Sensibilität sollte insbesondere im Marketing von Angeboten zur Stressreduktion und auch in der Bearbeitung des Themas während des Angebots gewürdigt werden.

Dass Gesundheit von den Studierenden am seltensten als Abwesenheit von Krankheit definiert und vorrangig als Maß für das eigene Wohlbefinden und die eigene Leistungsfähigkeit wahrgenommen wird, entspricht den von Franzkowiak (2003) zusammengefassten Erkenntnissen, dass Gesundheitskonzepte einer soziokulturellen Prägung unterliegen. So finden sich „Balance- und Gleichgewichtsvorstellungen (...) häufiger in aufstiegsorientierten und rationalistisch-technokratischen Milieus sowie in alternativen und bürgerlich-humanistischen Kulturen“ (228). Auffällig ist, dass dem zweithäufigsten Konzept „Gesundheit als Aktionspotential“ doppelt so viele Nennungen von den weiblichen Befragten im Vergleich zu den männlichen zugeordnet werden konnte. Da bei diesem Konzept der Erhalt von vorhandener Handlungs- und Leistungsfähigkeit bis ins hohe Alter im Vordergrund steht, haben die Frauen hier vermehrt einen präventiven, vorausschauenden Fokus auf Gesundheit. Dieses Ergebnis deckt sich mit den bekannten Teilnahmetatistiken der gesetzlichen Krankenkassen, nach denen durchschnittlich dreimal so viele Frauen wie Männer Angebote zur Gesundheitsprävention in Anspruch nehmen (Schempp et al. 2012: 63–64). So ist zu vermuten, dass für die männlichen Studierenden ein alternativer nicht so stark präventiv angelegter Zugangsweg zu den entsprechenden Maßnahmen gefunden werden muss. Daher planen die Autorinnen für das Marketing ihres Angebots u. a. vermehrt die Themen „Körperliche Kraft und Leistungsfähigkeit“ sowie „mentale Stärke“ als Schlüsselbegriffe für die Zielsetzung der Angebote einzusetzen.

Die Betrachtung der Umsetzungshindernisse der Studierenden zeigt zunächst, dass es sich hierbei um ein „Massenphänomen“ handelt. Studierende, die nicht von Umsetzungshindernissen betroffen sind, sind die Ausnahme (fünf von 41 Befragten). Dies bedeutet, dass davon auszugehen ist, dass die Auseinandersetzung mit vorhandenen Umsetzungshindernissen sowohl in Hinblick auf die Aktivierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer als auch für die Nachhaltigkeit der Angebote von zentraler Bedeutung ist. So gilt es grundsätzlich die Relevanz und Präsenz des Themas Gesundheit auf verschiedensten Ebenen im universitären Umfeld zu erhöhen, um z. B. die Prioritätensetzung der Studierenden hin zu mehr Gesundheitsbewusstsein und einem dementsprechenden Verhalten zu verändern. Maßnahmen können von einer Verankerung im Lehrangebot im Bereich der allgemeinen berufsqualifizierenden Schlüsselkompetenzen, über fachbereichsspezifische

Gesundheitstage bis hin zum online-Marketing über die Universitätshomepage reichen. Ziel dieser Bemühungen sollte die Anleitung zum Umgang mit mentalen Prozessen sein, die die Motivation und die Umsetzungsprozesse negativ beeinflussen. Vorstellbar ist hierfür z. B. die Studierenden über ein Semester zunächst in die theoretischen Hintergründe der mentalen Selbstregulation einzuführen und sie dann bei der Planung und Durchführung eines persönlichen Veränderungsprojekts zu begleiten, um das erworbene theoretische Wissen über das eigenen Erleben zu verankern. Besonders relevant scheint dies vor dem Hintergrund, dass die Studierenden der Fakultät selbst in ihrem künftigen beruflichen Leben andere Menschen bei Lern- und Veränderungsprozessen unterstützen sollen.

Ein erster Schritt in der angestrebten Reflektion und der Verankerung der Bedeutung von mentalen Prozessen innerhalb der eigenen Veränderungsbemühungen ist bereits durch die Partizipation von Studierenden im Rahmen des hier vorgestellten Forschungsprojekts getan und soll in der Konzeption und Implementierung der Maßnahmen fortgesetzt werden.

Literatur

- Faltermaier, T. / Kühnlein, I. / Burda-Viering, M. (1998): *Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Franzkowiak, P. (2003): *Subjektive Gesundheit/ Alltagskonzeption von Gesundheit*. In: BZgA. *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung – Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung* (4. Erweiterte und überarbeitete Auflage), 226–229.
- Mayring, P. (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse*. In G. Mey (Hrsg.), *Handbuch qualitativer Forschung in der Psychologie*. (Online-Ausgabe, S. 601–613). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Römer, J. / Appel, J. / Drews, F. / Rauin, U. (2012): *Bournout-Risiko von Lehramts- und Jurastudierenden der Anfangssemester*. In: *Prävention und Gesundheitsförderung 2012/7*, 203–208.
- Thees, S. / Gobel, J. / Jose, G. / Borhardt, R. / Esch, T. (2012): *Die Gesundheit von Studierenden im Bologna-Prozess*. In: *Prävention und Gesundheitsförderung 2012/7*, 196–202.
- Schempp, N. / Zehlen, K. / Schrippel, H. (2012): *Präventionsbericht 2011*. Essen: Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen e. V.
- Wagner, A.C. (2011): *Gelassenheit durch Auflösung innerer Konflikte – Mentale Selbstregulation und Introvision*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Witzel, A. (1985): *Das problemzentrierte Interview*. In: G. Jüttmann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder*. (227–255). Weinheim: Beltz.

Gesundheitsverhalten und Gesundheit bei wissenschaftlichen und nicht-wissenschaftlichen Beschäftigten – ein Vergleich an der Universität Konstanz

Filip Mess, Daniel Gerth, Johannes Hanke, Matthias Rabel & Utz Niklas Walter

1 Einführung

Zahlreiche nationale epidemiologische Studien (z. B. DEGS, KIGGS, GEDA vom Robert Koch Institut) zeigen, dass das Gesundheitsverhalten (Krug et al. 2013) und damit auch die Gesundheit (Ellert & Kurth 2013) in Deutschland von vielfältigen Faktoren determiniert werden. In Anlehnung an unterschiedliche Modellvorstellungen zur Gesundheit (vgl. im Überblick Woll 2006) werden in der Literatur neben psychischen und physischen Determinanten vor allem sozial-ökologische und sozio-demografische als besonders relevant eingeschätzt (z. B. Dahlgren & Whitehead 1991; Tokarski 1991; Fuchs 2003; Richter et al. 2008). Bei den letztgenannten Determinanten scheinen Alter, Geschlecht und der Sozialstatus bedeutsam zu sein (Lampert et al. 2013). Für die Initiierung von gesundheitsfördernden Maßnahmen ist es entscheidend, solche Determinanten zu kennen, um Gesundheitsprogramme möglichst effizient auf bestimmte Zielgruppen auszurichten und bspw. eine hohe Partizipation zu erreichen.

Ein bedeutendes Setting für Gesundheitsförderung sind Betriebe, da hier – analog zur Gesundheitsförderung in der Schule – mehrere Statusgruppen (z. B. Verwaltung, Produktion, Management) zusammenkommen und Maßnahmen zent-

ral entwickelt sowie koordiniert werden können. Insofern verwundert es nicht, dass der Forschungsstand zur betrieblichen Gesundheitsförderung immens ist und die Wirkungen sowohl auf die physische als auch psychosoziale Gesundheit relativ gut erforscht sind (vgl. Mess & Walter 2013).

Aus diesem Grund und angesichts gesellschaftlicher Veränderungen, wie dem demografischen Wandel oder der Verlängerung der Lebensarbeitszeit, erfährt das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) seit Jahren einen Bedeutungszuwachs in der Arbeitswelt (Walter 2011). Im Öffentlichen Dienst und damit auch in den Hochschulen nehmen gesundheitsfördernde Maßnahmen ebenfalls seit Jahren eine zunehmend wichtiger werdende Rolle ein. Denn ähnlich wie im Wirtschaftssektor zeichnet sich auch im universitären Bereich ein starker Trend zu mehr Kosteneinsparungen und effizienterem Nutzen von knappen Ressourcen ab (Grawitch et al. 2007). Dennoch muss der Forschungsstand zur Gesundheitsförderung in Hochschulen im Gegensatz zur Wirtschaft als rudimentär und damit unbefriedigend eingestuft werden. So existiert gegenwärtig bspw. im Setting Universität keine Studie, in der das Gesundheitsverhalten und die Gesundheit in Abhängigkeit von Statusgruppen, also von wissenschaftlichen Beschäftigten und nicht-wissenschaftlichen Beschäftigten, verglichen wurden.

Ziel der vorliegenden Studie ist es daher, zu analysieren, ob sich diese beiden Statusgruppen hinsichtlich ihres Gesundheitsverhaltens und Gesundheitszustands unterscheiden, um darauf aufbauend zielgruppenspezifische Gesundheitsförderungsmaßnahmen entwickeln zu können.

2 Beschäftigte an Hochschulen

Die 432 Hochschulen in Deutschland waren im Jahr 2012 Arbeits- und Lebenswelt für 353.700 wissenschaftliche Beschäftigte, 286.300 nicht-wissenschaftliche Beschäftigte und ca. 2.500.000 Studierende (Statistisches Bundesamt 2013). Wissenschaftliche und nicht-wissenschaftliche Beschäftigte lassen sich unterteilen in (1) Verwaltung und Technik, (2) wissenschaftliche Angestellte (3) Professuren (4) Studentische Angestellte sowie (5) Lehrbeauftragte. Im Folgenden sollen diese Gruppen näher betrachtet werden, um deren Gemeinsamkeiten, aber insbesondere auch deren Unterschiede hinsichtlich Aufgaben, Tätigkeiten und Anforderungen zu identifizieren.

Veränderungen in der Arbeitswelt Hochschule

Gleich mehrere Autoren (z. B. Winefield & Jarrett 2001; Banscherus, Dörre, Neis & Wolter 2009) berichten, dass sich die Arbeit an Universitäten in den 1990er Jahren lange durch *ein hohes Level an Entscheidungsfreiheit, Autonomie und Publikationsfreiheit sowie durch ein geringes Level an Stress* auszeichnete. *In den letzten beiden Dekaden kam es jedoch zu einer erheblichen Veränderung der Tätigkeitsbereiche und Arbeitsbedingungen an*

deutschen Hochschulen. Zunächst ist die Zahl der Vollzeitbeschäftigten gesunken und ein Trend zur Teilzeitbeschäftigung festzustellen (vgl. Banscherus et al. 2009). Das hat wiederum zur Folge, dass einige Beschäftigte mit ihrem Gehalt nur schwer auskommen oder aber bspw. zwei Anstellungsverhältnisse gleichzeitig aufnehmen müssen. Vor allem der Anteil des Personals in Verwaltung und Technik ist rückläufig, wohingegen Professuren stagnieren und die Zahl der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler unterhalb der Professuren ansteigt. Diese internen Veränderungen resultieren in zunehmenden Anforderungen, weshalb Fisher (1994) und Winefield (2000) von einem signifikant ansteigenden Druck auf die Hochschulbeschäftigten berichten, der wiederum zu einem höheren Arbeitsstress führt.

Betrachtet man in einem zweiten Schritt den Wandel der Arbeitsbedingungen von wissenschaftlichen und nicht-wissenschaftlichen Beschäftigten isoliert voneinander, so zeigen sich Gemeinsamkeiten, aber auch deutliche Unterschiede (vgl. im Überblick Banscherus et al. 2009). Die Arbeitsbedingungen von *nicht-wissenschaftlichen Beschäftigten* sind primär geprägt von:

- einer Zunahme an Teilzeitbeschäftigungen und befristeten Verträgen;
- geringen beruflichen Entwicklungsperspektiven;
- unangemessener Bezahlung;
- quantitativer Über- und qualitativer Unterforderung (außer Verwaltung und Technik);
- teilweise mangelnden Fortbildungsangeboten, die wiederum in Überforderung resultieren können;

Bei *wissenschaftlichen Beschäftigten* haben sich in den letzten Jahren ebenfalls die Arbeitsbedingungen verändert und zeichnen sich durch folgende Aspekte aus (Banscherus et al. 2009):

- 75 Prozent der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler unterhalb der Professuren haben befristete Verträge;
- viele wissenschaftliche Beschäftigte unterhalb der Professuren arbeiten in Teilzeit; erst ab der Post-Doc-Phase steigt der Anteil an Vollzeitbeschäftigten;
- große Autonomie und Selbstbestimmung in der Tätigkeit;
- hoher Aufwand an Verwaltungsaufgaben, Lehre und Forschung bei Professoren;

Insgesamt ist sowohl bei wissenschaftlichen als auch bei nicht-wissenschaftlichen Beschäftigten an Hochschulen in den letzten Jahren eine Zunahme an beruflichen Anforderungen festzustellen. Diese führen in Anlehnung an gängige Gesundheitsmodelle (z. B. Salutogenese-Modell von Antonovsky 1979; Anforderungs-Ressourcen-Modell von Becker 2001) in der Regel jedoch langfristig zu einer Beeinträchtigung der Gesundheit, wenn nicht ausreichend interne (z. B. Ernährung, sportliche Aktivität) oder externe Ressourcen (z. B. soziale Unterstützung) gegenübergestellt werden können. Es stellt sich daher die Frage, wie das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Situation von Hochschulbeschäftigten in

Deutschland gegenwärtig einzuschätzen sind. Um dies beurteilen zu können, wird nachfolgend der Forschungsstand zu unterschiedlichen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen und zum allgemeinen Gesundheitszustand von Hochschulbeschäftigten grob skizziert. Es sei jedoch bereits an dieser Stelle angemerkt, dass es schwierig ist, verlässliche Informationen zu erhalten, da einer geringen Anzahl an Publikationen vermutlich eine deutlich höhere Zahl unveröffentlichter Gesundheitsberichte einzelner Hochschulen gegenübersteht, die jedoch über gängige Suchmaschinen nicht zu erfassen sind.

Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand

Betrachtet man sich den Forschungsstand und analysiert die Aspekte ‚sportliche Aktivität‘ und ‚Rauchen‘ als zentrale Elemente des *Gesundheitsverhaltens*, liegt die Anzahl der nichtwissenschaftlichen Beschäftigten, die mindestens einmal pro Woche sportlich aktiv sind, zwischen 75 % und 84 % (Stöbel et al. 2010: 220). Bei den Ergebnissen zeigen sich keine altersspezifischen Unterschiede, jedoch sind weibliche Beschäftigte häufiger sportlich aktiv als männliche. Betrachtet man die Nicht- bzw. Ex-Raucherquote, liegt diese in der Studie von Stöbel et al. (2010: 220) zwischen 78 % und 88 % bzw. bei 88 % (Hogan et al. 2002: 297).

In den bisher veröffentlichten Studien zum *Gesundheitszustand* (z. B. Belschner et al. 2002; Hildebrand & Gröben 2004) schätzen 70 % der befragten Beschäftigten an Hochschulen ihren allgemeinen Gesundheitszustand als gut bis sehr gut ein. Im Hinblick auf die diversen sozialen Statusgruppen zeichnen sich teilweise statistisch bedeutsame Unterschiede ab. Nach Stöbel, Hildebrand und Michaelis (2010: 218) schätzen Beschäftigte aus dem Bereich Technik und Wartung ihren Gesundheitszustand signifikant besser ein als Beschäftigte der Verwaltung und Bibliothek. Geschlecht und Alter spielen bei dieser Betrachtung hingegen nur eine untergeordnete Rolle und man kann hier lediglich von Tendenzen sprechen (Burrow 2005; Stöbel et al. 2010). Körperliche und psychosomatische Beschwerden nehmen Hochschulbeschäftigte vor allem im Rücken und Nacken wahr (Belschner et al. 2002; Hildebrand & Gröben 2004; Simm & Unnold 2000), und sie klagen zudem auch häufiger über Symptome wie *Mattigkeit*, *Schwitzen* oder *innere Unruhe* (Burrow 2005; Stöbel et al. 2010). Die krankheitsbedingten Fehltagelänge von nichtwissenschaftlichen Beschäftigten variieren nach Analysen von Stöbel et al. (2010: 218) zwischen 3,4 Tagen und 6,5 Tagen pro Jahr.

In weiteren Studien werden Ressourcen, Belastungen und Beanspruchungen von Beschäftigten an Hochschulen sowie die Auswirkungen auf deren Gesundheitsverhalten und Gesundheit thematisiert. Darüber hinaus verdeutlichen internationale Studien (z. B. Donders et al. 2003; Metz, Rothe & Pitack 2006; Tytherleigh et al. 2005; Winefield & Jarrett 2001) die zunehmende Relevanz vom akademischen Stress auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von wissenschaftlichen und nicht-wissenschaftlichen Beschäftigten. Auf diese Aspekte kann im Folgenden jedoch aus thematischen Gründen nicht näher eingegangen werden.

Insgesamt betrachtet zeigt sich, dass der Forschungsstand zum Gesundheitsverhalten und zur Gesundheit von Beschäftigten an deutschen Hochschulen bislang nicht besonders umfassend und damit aussagekräftig ist. Insbesondere scheint es derzeit keine einzige Studie zu geben, in der explizit ein Vergleich zwischen wissenschaftlichen und nicht-wissenschaftlichen Beschäftigten angestrebt wurde.

3 Forschungsmethodologie

Stichprobenbeschreibung

Gegenstand der empirischen Untersuchung ist das Gesundheitsverhalten und der Gesundheitszustand der über 2.200 Beschäftigten im wissenschaftlichen und nicht-wissenschaftlichen Dienst der Universität Konstanz. Die Befragung wurde im Frühjahr 2012 in Form eines standardisierten Online-Fragebogens durchgeführt. An der Studie nahmen insgesamt $N = 394$ Beschäftigte teil, davon $N = 124$ wissenschaftliche und $N = 248$ nicht-wissenschaftliche Beschäftigte (bei 22 Probanden fehlte die Statusangabe). Dies entspricht einer Rücklaufquote von etwa 17 Prozent. Dabei wurden alle Bereiche der Universität Konstanz miteingeschlossen: Mathematisch-Naturwissenschaftliche Sektion ($N = 118$), Geisteswissenschaftliche Sektion ($N = 52$), Rechts-, Wirtschafts- und Verwaltungswissenschaftliche Sektion ($N = 42$), Zentrale Einrichtungen ($N = 63$) sowie die Universitätsverwaltung ($N = 100$).

Hinsichtlich Alter und Geschlecht ergeben sich Unterschiede zwischen wissenschaftlichen (MW = 37,24; SD = 10,27; $m = 73$; $w = 49$) und nicht-wissenschaftlichen Beschäftigten (MW = 45,48; SD = 9,99; $m = 53$; $w = 189$). Auffallend ist die deutliche Überrepräsentativität der Beschäftigten im Alter zwischen 41 und 50 Jahren, der wissenschaftlichen Beschäftigten sowie der Beschäftigten der zentralen Einrichtungen. Die Überprüfung der Stichprobenverteilung mit der Grundgesamtheit per Chi²-Homogenitätstest ergibt hinsichtlich der Testkriterien Geschlecht ($\chi^2(1) = 39.843$, $p < 0.01$), Beschäftigtenstatus ($\chi^2(1) = 83.655$, $p < 0.01$), Alter ($\chi^2(4) = 41.980$, $p < 0.01$) sowie Abteilung/Sektion ($\chi^2(4) = 38.666$, $p < 0.01$) keine Repräsentativität. Insofern sollten die Ergebnisse vorsichtig interpretiert und nicht unbedacht auf die Grundgesamtheit übertragen werden.

Instrumente der Datenerhebung

Sportliche Aktivität

Erfasst wurden die Selbstzuordnung zur Gruppe der Sportler bzw. Nicht-Sportler sowie die Art (Wettkampfsport; Breiten- und Freizeitsport; Bewegungsbezogene Aktivitäten; Entspannungsbezogene Aktivitäten), Dauer (weniger als 20 Minuten;

20 bis 40 Minuten; mehr als 40 Minuten) und Häufigkeit (weniger als einmal pro Woche; einmal pro Woche; zweimal pro Woche; dreimal oder öfter pro Woche) der aktuellen sportlichen Aktivität (vgl. Woll et al. 2004: 26ff).

Rauchen

Das Rauchverhalten der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer wurde in Anlehnung an Woll et al. (2004: 147) anhand einer sechsstufigen Antwortskala erfasst, wobei eine Klassifizierung in Nichtraucher (nie geraucht, Ex-Raucher – seit mind. 3 Monaten) und Raucher (Gelegenheitsraucher; bis zu 10 Zigaretten pro Tag; mehr als 10 Zigaretten pro Tag; ausschließlich Zigarren- und Pfeifenraucher) vorgenommen wurde.

Subjektive Gesundheit

Die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes wurde in Anlehnung an Woll et al. (2004: 191ff) mit fünf Items abgefragt. Diese umfassen die Beschreibung des Gesundheitszustandes, die Auswirkung auf die berufliche Leistungsfähigkeit sowie auf die Freizeitaktivitäten, einen Vergleich des Gesundheitszustandes zu anderen Personen gleichen Alters sowie einen Vergleich zum Zustand vor fünf Jahren (vgl. Woll et al. 2004: 191ff). Die Erfassung erfolgte durch eine an die Fragestellung angepasste fünfstufige Likert-Skala (1 = sehr negativ bis 5 = sehr positiv). Um den subjektiven Gesundheitszustand abzubilden, wird ein Mittelwert aus den fünf Items gebildet. Des Weiteren wird der Skalenwert ab einem unbeantworteten Item als fehlend ausgewiesen. Die Reliabilität für die Skala ist in dieser Studie zufriedenstellend (Cronbachs $\alpha = 0.75$).

Lebenszufriedenheit

Die Skala Lebenszufriedenheit ergibt sich aus jeweils einem Item zur spezifischen Lebenszufriedenheit in den Bereichen Arbeit, Wohnen, Freizeit, finanzielle Lage, familiäre Situation sowie Sozialkontakte (vgl. Fahrenberg et al. 2000; Woll et al. 2004: 133ff). Die Erfassung erfolgte mittels fünfstufiger Likert-Skala (1 = sehr unzufrieden bis 5 = sehr zufrieden), wobei sich die Lebenszufriedenheit aus dem Mittelwert der sechs abgefragten Items ergibt. Dabei sind ab einem unbeantworteten Item die Skalenwerte als fehlend ausgewiesen. Die Reliabilität der Skala kann in der vorliegenden Studie als gut bezeichnet werden (Cronbachs $\alpha = 0.87$).

Körperliche Beschwerden

Mittels Beschwerde-Liste der Form B–L nach Zerssen (1976: 34) wurden die körperlichen Beschwerden abgefragt. Inhaltlich gliedern sich die verschiedenen Items in Allgemeinbeschwerden, lokalisierbare körperliche Beschwerden, körpernahe

Allgemeinbeschwerden sowie psychische Beschwerden. Die Kodierung der Items erfolgt per vierstufiger Skala (stark bis gar nicht), wobei zur Auswertung ein Summenscore über alle 24 Items gebildet wird (stark = 3 Punkte, mäßig = 2 Punkte, kaum = 1 Punkt, gar nicht = 0 Punkte). Die interne Konsistenz der Skala ist mit einem Cronbachs $\alpha = 0.88$ als gut zu bezeichnen.

Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage)

Die Erfassung der AU-Tage erfolgte über das Item: „Wie viele Arbeitstage waren Sie im Jahr 2011 krank?“ Die Abfrage über diese 1-Item-Skala stimmt bspw. mit Daten, die von Krankenkassen stammen, sehr gut überein und bildet daher eine gute Alternative für die Erfassung von Krankheitstagen.

4 Ergebnisse

Die Ergebnisse werden im Folgenden in zwei gesonderten Kapiteln dargestellt: Gesundheitsverhalten (sportliche Aktivität, Rauchen) und Gesundheitszustand (körperliche Beschwerden, Lebenszufriedenheit, AU-Tage, subjektiver Gesundheitszustand). Hierbei erfolgte die Auswertung der Daten mit deskriptiven Verfahren, Kreuztabellen (χ^2 , Phi/Cramer-V) und einfaktoriellen Varianzanalysen (ANOVA) unter Verwendung von SPSS (Version 21, IBM). Für altersspezifische Berechnungen wurde die Stichprobe durch optimales Klassieren zweigeteilt, so dass der ermittelte Trennwert bei 38 Jahren liegt.

Gesundheitsverhalten

Die Analysen zur sportlichen Aktivität zeigen, dass sich wissenschaftliche Beschäftigte (wB) und nicht-wissenschaftliche Beschäftigte (nwB) in ihrem Aktivitätsverhalten signifikant unterscheiden ($\chi^2 = 10,449$; $p = 0,001$): Während von den wissenschaftlichen Beschäftigten ($N = 101$) insgesamt 82,8 % Sport im engeren Sinne treiben, sind es unter den nicht-wissenschaftlichen Beschäftigten ($N = 160$) lediglich 66,7 %. Im Gegensatz dazu führen 68,5 % der nicht-wissenschaftlichen Beschäftigten ($N = 111$) Gymnastikübungen aus. Bei den wissenschaftlichen Beschäftigten ($N = 29$) ist dieser Anteil mit 48,3 % deutlich geringer ($\chi^2 = 7,658$; $p = 0,005$). Vereint man nun in einem weiteren Analyseschritt Sport und Gymnastik zu einem gemeinsamen Index *sportliche Aktivität*, so zeigen sich keine Unterschiede mehr zwischen den beiden Statusgruppen (wB: $N = 110$; 89,4 % vs. nwB: $N = 215$; 86,7 %). Differenziert man die Berechnungen zum Gesamtindex *sportliche Aktivität* nach Geschlecht, zeigt sich, dass männliche Wissenschaftler ($N = 73$) körperlich aktiver sind als männliche Nicht-Wissenschaftler ($N = 53$) ($F = 4,140$; $p = 0,044$). Bei den Frauen hingegen lassen sich solche statusbezogenen Unterschiede nicht finden. Auch bei einer Unterteilung nach Alter konnte beim Ver-

gleich beider Statusgruppen keine Differenz zwischen jüngeren (<38 Jahre) und älteren (>38 Jahre) Beschäftigten festgestellt werden.

Bei der Analyse des Rauchverhaltens wird deutlich, dass der Raucheranteil bei den nicht-wissenschaftlichen Beschäftigten (N = 42; 17,9 %) höher ist als bei den wissenschaftlichen (N = 15; 12,5 %). Es zeigen sich aber keine Unterschiede in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter, wenn beide Statusgruppen verglichen werden.

Gesundheitszustand

Auch bei den erfassten Variablen zum Gesundheitszustand sind zahlreiche Unterschiede zwischen wissenschaftlichen und nicht-wissenschaftlichen Beschäftigten aufgetreten (vgl. im Überblick Tabelle 1).

Tabelle 1: Gesundheitszustand von wB und nwB (MW und SD)

	Körperliche Beschwerden ^a	AU-Tage	Lebenszufriedenheit ^b	Subjektive Gesundheit ^c
wiss. Beschäftigte	MW = 36,25 SD = 8,65	MW = 3,47 SD = 5,44	MW = 37,17 SD = 6,18	MW = 20,72 SD = 3,33
nicht-wiss. Beschäftigte	MW = 41,02 SD = 10,05	MW = 8,69 SD = 22,56	MW = 38,68 SD = 4,72	MW = 20,65 SD = 3,51

^a Höhere Werte entsprechen größeren körperlichen Beschwerden.

^b Höhere Werte entsprechen einer größeren Lebenszufriedenheit.

^c Höhere Werte entsprechen einer besseren subjektiven Gesundheit.

Körperliche Beschwerden

Die N = 194 nicht-wissenschaftlichen Beschäftigten leiden signifikant häufiger (F = 16,65; p < 0,001) an körperlichen Beschwerden (MW = 41,02; SD = 10,05) als ihre N = 103 Kollegen im wissenschaftlichen Bereich (MW = 36,25; SD = 8,65). Vergleicht man die beiden universitären Statusgruppen in Abhängigkeit von Geschlecht, stellen sich bei den Männern keine statistisch bedeutsamen Unterschiede ein (F = 2,942; p = 0,089), allerdings verfehlt der Wert vor allem aufgrund der geringen Zellengrößen das Signifikanzniveau. So umfassen die Analysen bei den Männern nur noch N = 59 wissenschaftliche Beschäftigte (MW = 35,88; SD = 8,75) und N = 40 nicht-wissenschaftliche (MW = 39,25; SD = 10,71). Bei den Frauen zeigen sich hingegen deutliche Differenzen nach Statusgruppe (F = 7,262; p = 0,008): Weibliche wissenschaftliche Beschäftigte (N = 42) leiden signifikant seltener (MW = 36,83; SD = 8,67) an körperlichen Beschwerden als weibliche Nicht-Wissenschaftlerinnen (N = 149; MW = 41,43; SD = 9,81). Vergleicht man die zwei Gruppen jeweils getrennt voneinander in den beiden Altersgruppen (unter

38 Jahre; 38 Jahre und älter), stellen sich ebenfalls eindeutige Ergebnisse ein: In der Altersklasse der unter 38-Jährigen leiden nicht-wissenschaftliche Beschäftigte ($N = 38$; $MW = 40,24$; $SD = 9,77$) signifikant häufiger ($F = 6,334$; $p = 0,013$) an körperlichen Beschwerden als ihre Altersgenossen im wissenschaftlichen Bereich ($N = 64$; $MW = 35,52$; $SD = 8,78$). Diese Resultate zeigen sich auch bei den über 38-jährigen Beschäftigten: Während die $N = 38$ Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler lediglich Mittelwerte von 37,42 ($SD = 8,49$) erreichen, liegen die Werte für körperliche Beschwerden bei den $N = 155$ Nicht-Wissenschaftlerinnen und Nicht-Wissenschaftlern mit $MW = 41,28$ ($SD = 10,13$) deutlich höher ($F = 4,689$; $p = 0,032$).

Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage)

Rückblickend auf das Jahr 2011 gaben die wissenschaftlichen Beschäftigten ($N = 114$) an, durchschnittlich 3,5 ($MW = 3,47$; $SD = 5,44$) Krankheitstage (AU-Tage) gehabt zu haben und damit etwa 5 Tage weniger als die nicht-wissenschaftlichen Beschäftigten ($N = 228$; $MW = 8,69$; $SD = 22,56$). Dieser Unterschied bei den AU-Tagen ist statistisch bedeutsam ($F = 5,919$; $p = 0,015$). Analysiert man die Krankheitstage nach Geschlecht, gibt es bei den Männern zwar eine Differenz zwischen Wissenschaftlern ($N = 69$; $MW = 3,14$; $SD = 6,22$) und Nicht-Wissenschaftlern ($N = 50$; $MW = 9,14$; $SD = 30,53$), diese ist jedoch nicht signifikant ($F = 2,524$; $p = 0,115$). Auch bei den Frauen geben die nicht-wissenschaftlichen Beschäftigten ($N = 173$) an, durchschnittlich acht Tage ($MW = 8,02$; $SD = 17,91$) im Jahr aufgrund von Krankheit zu fehlen. Bei den weiblichen wissenschaftlichen Beschäftigten ($N = 43$) ist dieser Wert mit etwa 4 Tagen pro Jahr ($MW = 3,93$; $SD = 4,00$) nur halb so hoch. Aber auch dieses Ergebnis verfehlt das Signifikanzniveau knapp ($F = 2,212$; $p = 0,138$). Ähnlich verhält es sich bei den Altersberechnungen: Obwohl sich die absoluten Krankheitstage zwischen den beiden Statusgruppen unterscheiden, verfehlen die Werte sowohl bei den jüngeren ($F = 2,183$; $p = 0,142$) als auch bei den älteren Beschäftigten ($F = 2,785$; $p = 0,097$) jeweils das Signifikanzniveau. Jedoch ist insbesondere die Differenz bei den über 38-Jährigen deutlich, da die $N = 43$ Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler im Jahr 2011 lediglich von 3 AU-Tagen berichten ($MW = 3,14$; $SD = 4,09$), wohingegen die $N = 181$ Nicht-Wissenschaftlerinnen und Nicht-Wissenschaftler mit 9,5 Tagen ($MW = 9,56$; $SD = 25,10$) dreimal so hohe krankheitsbedingte Fehltag hatten.

Lebenszufriedenheit

Auch beim dritten Gesundheitsparameter – der Lebenszufriedenheit – unterscheiden sich wissenschaftliche ($N = 108$) und nicht-wissenschaftliche Beschäftigte ($N = 221$) merklich voneinander, allerdings erreichen hier letztgenannte bessere Werte: Die Lebenszufriedenheit bei den Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern ist mit $MW = 37,17$ ($SD = 6,18$) signifikant niedriger ($F = 6,069$; $p = 0,014$).

als die der Nicht-Wissenschaftlerinnen und Nicht-Wissenschaftler (MW = 38,68; SD = 4,72). Unter Berücksichtigung des Geschlechts zeigen sich bei den Männern vergleichbare Resultate. Männer des wissenschaftlichen Bereichs (N = 63) sind mit ihrem Leben insgesamt deutlich ($F = 4,336$; $p = 0,04$) weniger zufrieden (MW = 36,37; SD = 5,75) als die Männer (MW = 38,40; SD = 3,71) des nicht-wissenschaftlichen Bereichs (MW = 38,40; SD = 3,71). Bei den Frauen hingegen tritt dieser statistisch bedeutsame Unterschied nicht auf ($F = 0,655$; $p = 0,419$), wengleich auch hier die nicht-wissenschaftlichen Frauen höhere Werte erzielen. Bei den altersspezifischen Analysen stellten sich bei der Betrachtung von wissenschaftlichen und nicht-wissenschaftlichen Beschäftigten ebenfalls keine signifikanten Ergebnisse ein. Dennoch ist hier ebenfalls die Tendenz festzustellen, dass das wissenschaftliche Personal im Vergleich zum nicht-wissenschaftlichen eine geringere Lebenszufriedenheit angibt.

Subjektive Gesundheit

Umgekehrt verhält es sich wiederum bei der subjektiven Gesundheit: Wissenschaftliche Beschäftigte (N = 116) schätzen ihre Gesundheit tendenziell besser ein (MW = 20,72; SD = 3,33) als nicht-wissenschaftliche Beschäftigte (N = 205; MW = 20,65; SD = 3,51). Diese Einschätzung ist jedoch nicht signifikant ($F = 0,024$; $p = 0,877$). Hinsichtlich des Geschlechts und des Alters lassen sich keine weiteren bedeutsamen Unterschiede zwischen den beiden Statusgruppen benennen.

5 Diskussion und Ausblick

Ziel der vorliegenden Studie war es, das Gesundheitsverhalten und insbesondere den Gesundheitszustand von wissenschaftlichen und nicht-wissenschaftlichen Beschäftigten zu vergleichen, um diese Erkenntnisse anschließend in die Entwicklung zielgruppenspezifischer Gesundheitsförderungsmaßnahmen einfließen zu lassen.

Die Ergebnisse zum Gesundheitsverhalten haben zunächst verdeutlicht, dass der Anteil der sportlich Aktiven an der Universität Konstanz mit Werten zwischen 89,4 % (wB) bzw. 86,7 % (nwB) sehr hoch ist und es zudem keinen signifikanten Unterschied zwischen wissenschaftlichen und nicht-wissenschaftlichen Beschäftigten gibt, sofern man einen weiten Sportbegriff (*sportliche Aktivität*) verwendet. Dieser Wert an sportlich Aktiven ist deshalb besonders hoch, weil bspw. in der für Deutschland repräsentativen DEGS-Studie (Krug et al. 2013) der Anteil sportlich aktiver Erwachsener mit 64,3 % deutlich geringer ist. Möglicherweise ist das Setting Hochschule jedoch für einen aktiven Lebensstil besonders gut geeignet, weil es hier durch die Kurse des Hochschulsports nicht nur ein sehr vielfältiges, son-

dern auch ein meist kostengünstiges und leicht zugängliches Angebot gibt. Einige Barrieren für Gesundheitsverhaltensweisen sind hier besonders gering.

Vergleicht man die hier dargestellten Aktivitätswerte mit den Daten für nicht-wissenschaftliche Beschäftigte (Verwaltung und Technik) der Universitäten Karlsruhe (KIT) und Freiburg, so wird diese Annahme bestätigt: Am KIT sind bspw. 75 % und an der Universität Freiburg sogar 84 % der Beschäftigten sportlich aktiv (Stöbel et al. 2010) und damit nur geringfügig weniger als an der Universität Konstanz.

Das Rauchverhalten hingegen unterscheidet sich zwischen wissenschaftlichen (12,5 %) und nicht-wissenschaftlichen Beschäftigten (17,9 %), liegt aber immer noch deutlich unter den Werten der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland: Lampert, von der Lippe und Müters (2013) berichten im Rahmen der DEGS-Studie, dass in den Jahren 2008 bis 2011 durchschnittlich 29,7 % der Erwachsenen rauchten. Diese Differenz lässt sich teilweise mit dem höheren sozio-ökonomischen Status der Hochschulbeschäftigten und damit mit besserer Bildung erklären. Denn während in der DEGS-Studie alle gesellschaftlichen Gruppierungen erfasst werden, also auch Personen ohne Schulabschluss, sind in der vorliegenden Studie nur ausgebildete bzw. studierte Personen befragt worden. Lampert, von der Lippe und Müters (2013) konnten in diesem Zusammenhang jedoch nachweisen, dass bspw. Personen mit niedrigem Sozialstatus zweimal so häufig rauchen wie Personen mit hohem Sozialstatus. Der Vergleich mit den Daten des KIT (Nichtraucher: 78 %) bzw. der Universität Freiburg (Nichtraucher: 88 %) bestätigt diese Erklärung, da sich die Werte zwischen den Hochschulen auch in dieser Gesundheitsverhaltensweise ähneln (Stöbel et al. 2010). Die statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern sowie Nicht-Wissenschaftlerinnen und Nicht-Wissenschaftlern sind daher ebenfalls auf Unterschiede im sozio-ökonomischen Status zurückzuführen, obwohl dieser in der Studie nicht explizit erfasst wurde und somit auch keine klare Einteilung möglich ist.

Der Gesundheitszustand wurde mit insgesamt vier unterschiedlichen Verfahren erfasst, deren Ergebnisse jedoch nicht einheitlich und daher schwer zu interpretieren sind. Eindeutig sind die Resultate bei den körperlichen Beschwerden und AU-Tagen, da wissenschaftliche Beschäftigte signifikant bessere Werte erzielen als ihre Kolleginnen und Kollegen des nicht-wissenschaftlichen Bereichs. Eine entscheidende Erklärung hierfür liegt sicherlich in den unterschiedlichen Tätigkeiten (vgl. Kap. 2.1). Nicht-wissenschaftliche Beschäftigte besitzen deutlich weniger Autonomie, Handlungsspielraum sowie Entwicklungsmöglichkeiten als Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler und haben zudem geringere Löhne (z. B. Banscherus et al. 2009). Diese Faktoren sind für die Gesundheit jedoch bedeutsam bzw. gelten als entscheidende Determinanten der Gesundheit im Setting Betrieb (Richenhagen 2011; Ilmarinen 2005). In diesem Kontext verweist etwa Richenhagen (2011) auf zahlreiche skandinavische Studien, in denen nachgewiesen wurde, dass ein großer Handlungsspielraum oder lebenslanges Lernen (Fort- und Weiter-

bildungsmöglichkeiten) zentrale Faktoren beim Erhalt und bei der Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit sind. Eine weitere Erklärung für die gesundheitlichen Unterschiede zwischen den beiden Statusgruppen ist, dass nicht-wissenschaftliche Beschäftigte häufiger physischen und psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind. So sind bspw. in Laboren oder beim Facility Management nicht selten körperlich-anstrengende Tätigkeiten üblich sowie das unregelmäßige Arbeiten in diversen Schichtsystemen.

Kaum zu erklären ist, warum die Lebenszufriedenheit bei den wissenschaftlichen Beschäftigten geringer ist als bei den nicht-wissenschaftlichen, da es den oben dargestellten Ergebnissen zu körperlichen Beschwerden und AU-Tagen widerspricht. Denn zieht man gängige Gesundheitsmodelle (z. B. Woll 2006) heran, steht die Lebenszufriedenheit des Öfteren in Wechselwirkung mit der Gesundheit oder wird teilweise auch synonym mit ihr verwendet, so dass Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler auch bei diesem dritten Gesundheitsparameter bessere Ergebnisse erzielen sollten. Des Weiteren ist unklar, warum auch die Resultate bei der subjektiven Gesundheit nicht signifikant sind. Eine vage Vermutung könnte sein, dass die Befragten mit Lebenszufriedenheit und subjektiver Gesundheit eher die psychische Gesundheit assoziieren, wohingegen die körperlichen Beschwerden und die AU-Tage eher mit physischer Gesundheit in Verbindung gebracht werden. Hiermit wären zumindest ansatzweise die unterschiedlichen Ergebnisse bei den vier Gesundheitsparametern zu erklären.

Trotz der beschriebenen Erkenntnisse und des innovativen Charakters hat die vorliegende Studie auch einige Limitationen, insbesondere im forschungsmethodologischen Bereich, so dass die Ergebnisse teilweise mit Vorsicht betrachtet werden sollten. Eine primäre Schwäche ist sicherlich die fehlende Repräsentativität der Stichprobe und das damit verbundene Problem der Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Gesamtpopulation. Darüber hinaus sind bei den Varianzanalysen teilweise die Voraussetzungen *Normalverteilung* und *Varianzhomogenität* verletzt worden, was die Gültigkeit der Ergebnisse etwas einschränkt. Eine dritte Schwäche dieser Studie ist sicherlich die Erfassung der Daten mit rein subjektiven Instrumenten (Fragebögen), denn obwohl die meisten Skalen gute Reliabilitäten vorweisen, wären objektive Instrumente noch stichhaltiger. So wäre es bspw. denkbar die sportliche Aktivität mit Accelerometern zu erfassen oder die Gesundheit mit analytischen Verfahren (z. B. Blutuntersuchungen). In diesem Zusammenhang scheint auch der Einsatz von Skalen, zu denen bereits Normwerte vorliegen, wichtig zu sein, ansonsten sind die hier beschriebenen Ergebnisse mit anderen Gruppen bzw. Tätigkeiten nicht in Relation zu setzen. Zuletzt wäre es auch erkenntnisreich gewesen, Studierende bei der Studie zu berücksichtigen, um so deren Gesundheitsverhalten und Gesundheit mit den Daten der Beschäftigten vergleichen zu können. Für Studierende hat zwar Möllenbeck (2011) für den deutschsprachigen Raum erstmalig eine umfassende Studie zur Gesundheit vorgelegt, jedoch wurden in ihr wiederum Beschäftigte nicht aufgenommen, so dass ein Vergleich ebenfalls nicht möglich ist.

Insgesamt betrachtet, hat diese Studie einen explorativen Charakter und soll weitere Forschungsaktivitäten im Setting Hochschule anregen. Wünschenswert wären vor allem Studien, in denen die hier angedeuteten Resultate erweitert und neuere, tiefere Erkenntnisse zum Gesundheitsverhalten und zur Gesundheit der unterschiedlichen Statusgruppen geliefert werden. Denn obwohl die hier berichteten Ergebnisse mit Vorsicht zu betrachten sind, wird bereits angedeutet, dass sich wissenschaftliche und nicht-wissenschaftliche Beschäftigte in mehreren gesundheitsrelevanten Aspekten unterscheiden. Insofern sollten bei der Konzipierung gesundheitsfördernder Maßnahmen im Setting Hochschule diese ersten Unterschiede zukünftig Berücksichtigung finden, um eine möglichst große Wirkung für alle Beteiligten erzielen zu können.

Literatur

- Antonovsky, A. (1979): Health, stress and coping. San Francisco: Jossey-Bass.
- Banscherus, U. / Dörre, K. / Neis, M. / Wolter, A. (2009): Arbeitsplatz Hochschule. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Becker, P. (2001): Modelle der Gesundheit – Ansätze der Gesundheitsförderung. In: Höfling, S.; Giesecke, O. (Hrsg.): Gesundheitsoffensive Prävention – Gesundheitsförderung und Prävention als unverzichtbare Bausteine effizienter Gesundheitspolitik. München: Hanns-Seidel-Stiftung, 41–53.
- Belschner, A. / Gräser, S. / Hellmann, A. / Meis, M. / Scheibler, P. / Schmitt, A. (2002): Arbeitsplatz Universität. Oldenburg: BIS.
- Burrow, E. (2005): Gesundheitsbericht der TU Darmstadt. In: http://www.intern.tu-darmstadt.de/media/medien_ak_gesundheit/dokumente_2/gesundheitsbericht_tud.pdf <Zugriff am 26.01.2014>.
- Dahlgren, R. / Whitehead, M. (1991): Politics and strategies to promote social equality in health. Stockholm: Institute for Future Studies.
- Donders, N. C. G. M. / Gulden der, J. W. J. v. / Furer, J. W. / Tax, B. / Roscam Abbing, E. W. (2003): Work stress and health effects among university personnel. In: International Archives of Occupational and Environmental Health 76/2003, 605–613.
- Ellert, U. & Kurth, B. M. (2013): Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen. In: Bundesgesundheitsblatt 56/2013, 643–649.
- Fahrenberg, J. / Myrtek, M. / Schumacher, J. / Brähler, E. (2000): Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ). Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Fisher, S. (1994): Stress in academic life. Buckingham, UK: The Society for Research into Higher Education and Open University Press.
- Fuchs, R. (2003): Sport, Gesundheit und Public Health. Göttingen: Hogrefe.

- Grawitch, M. J. / Trares, S. / Kohler, J. M. (2007): Healthy Workplace Practices and Employee Outcomes. In: *International Journal of Stress Management* 14/2007, 275–293.
- Hildebrand, C. & Gröben, F. (2004): 1. Gesundheitsbericht der Universität Karlsruhe (TH). In: <http://gesundheit.net.kit.edu/downloads/Gesundheitsbericht2004.pdf> <Zugriff am 26.01.2014>.
- Hogan, J. M. / Carlson, J. G. / Dua, J. (2002): Stressors and Stress Reactions Among University Personnel. In: *International Journal of Stress Management* 9/2002, 289–310.
- Ilmarinen, I. (2005): *Towards a longer worklife!* Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.
- Krug, S. / Jordan, S. / Mensink, G. B. M. / Müters, S. / Finger, J. D. / Lampert, T. (2013): Körperliche Aktivität – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: *Bundesgesundheitsblatt* 56/2013, 802–808.
- Lampert, T. / Kroll, L. E. / von der Lippe, E. / Müters, S. / Stolzenberg, H. (2013): Sozioökonomischer Status und Gesundheit. In: *Bundesgesundheitsblatt* 56/2013, 814–821.
- Lampert, T. / von der Lippe, E. / Müters, S. (2013): Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt* 56/2013, 814–821.
- Mess, F. & Walter, U. N. (2013): Körperliche Leistungsfähigkeit und Gesundheit bei älteren Arbeitnehmern. In: *Prävention und Gesundheitsförderung* 8/2013, 228–233.
- Metz, A.-M. / Rothe, H.-J. / Pitack, J. (2006): Ressourcen, Belastungen und Beanspruchungen wissenschaftlicher Mitarbeiter. In: *Wirtschaftspsychologie* 2/2006, 72–80.
- Möllenbeck, D. (2011): *Gesundheitsförderung im Setting Universität*. Schorndorf: Hofmann.
- Richenhagen, G. (2011): Demografischer Wandel in der Arbeitswelt: Ein internationaler Vergleich im Hinblick auf Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit. In: Schott, T.; Hornberg, C. (Hrsg.): *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit*. Wiesbaden: VS Verlag, 367–384.
- Richter, M. / Hurrelmann, K. / Klocke, A. / Melzer, W. / Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.) (2008): *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten*. Weinheim: Juventa.
- Simm, H.-J. & Unnold, K. (2000): Personalentwicklung als Mittel der Gesundheitsförderung an der Universität Bielefeld. In: Sonntag, U.; Gräser, S.; Stock, C.; Krämer, A. (Hrsg.): *Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele*. München und Weinheim: Juventa, 218–228.

- Statistisches Bundesamt (2013): Bildung und Kultur – Personal an Hochschulen. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Stößel, U. / Hildebrand, C. / Michaelis, M. (2010): Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Beschäftigten an den Universitäten Freiburg und Karlsruhe. In: Prävention und Gesundheitsförderung 3/2010, 215–222.
- Tokarski, W. (1991): Neue Alte, alte Alte – alter oder neuer Sport? Seniorensport im Zeichen des Umbruchs. In: Brennpunkte der Sportwissenschaft 5/1991, 5–21.
- Tytherleigh, M. Y. / Webb, C. / Cooper, C. L. / Ricketts, C. (2005): Occupational stress in UK higher education institutions: a comparative study of all staff categories. In: Higher Education Research & Development 24/2005, 41–61.
- Walter, U. N. (2011): Bewegungsbezogene Gesundheitsförderung bei der Polizei. Dissertation der Universität Konstanz.
- Winefield, A. H. (2000): Stress in academe: Some recent research findings. In: Kenny, D. T.; Carlson, J. G.; McGuigan, F. J.; Sheppard, J. L. (Eds.): Stress and health. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 437–446.
- Winefield, A. H. & Jarrett, R. (2001): Occupational stress in university staff. International Journal of Stressmanagement, 8/2001, 285–295.
- Woll, A. (2006): Sportliche Aktivität im Lebenslauf und deren Wirkungen auf die Entwicklung von Fitness und Gesundheit – eine internationale Längsschnittstudie. Grundlagen, Methoden und Programme. Schorndorf: Hofmann.
- Woll, A. / Tittlbach, S. / Schott, N. / Bös, K. (2004): Diagnose körperlich-sportlicher Aktivität, Fitness und Gesundheit. Methodenband II. Berlin: dissertation.de.
- Zerssen, D. v. (1976): Die Beschwerden-Liste. Weinheim: Beltz Test.

Die Hochschule als kohärenter Lebensraum? Ergebnisse einer salutogenetischen Studie von Studierenden im ersten Studienjahr

Arne Göring & Sabrina Rudolph

1 Einleitung

Spätestens seit der flächendeckenden Einführung der konsekutiven Studiengänge im Zuge des europäischen Bologna-Prozesses und einer damit einhergehenden Verdichtung von Arbeits- und Prüfungsanforderungen sind die Studienbedingungen an deutschen Hochschulen wieder in den Fokus öffentlicher Debatten gerückt (Gusy et al. 2010; Bargel et al. 2012). Mit der Zentrierung von psychosozialen Belastungen und Beanspruchungen der Studierenden wird der derzeitige Diskurs auch aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive relevant. Die frühere Annahme der Gesundheitswissenschaften, wonach es sich bei Studierenden um eine vergleichsweise gesunde und wenig belastete Population handelt (vgl. Kolip et al. 1994), gilt heute als weitestgehend revidiert (Brandl-Bredenbeck et al. 2013). Auch die empirischen Erkenntnisse zu dieser Problemstellung untermauern dies: Die bis dato vorliegenden Studien beschreiben nicht nur einen sukzessiven Anstieg der studienspezifischen Stressbelastung (Gusy et al. 2010), vermehrt wird sogar vom Auftreten psychischer Erkrankungen bei Studierenden berichtet (Bailer et al. 2008; Holm-Hadulla et al. 2009; Wydler et al. 2010). Andere Studien beschreiben einen Anstieg des auf Stress und psychosoziale Belastungen bezogenen Substanzkonsums (Gusy 2010). Auch die Studienabbruchquoten, die als ein Indiz für die Studi-

enzufriedenheit und die Belastungswahrnehmung herangezogen werden können, sind in den letzten Jahren signifikant angestiegen (Heublein et al. 2010).

Wenngleich belastbare Daten zur Studierendengesundheit im Studienverlauf bislang nicht vorliegen, richten die auf Hochschulen und Studierende fokussierten Gesundheitswissenschaften traditionell einen besonderen Fokus auf die ersten Studiensemester. Insbesondere der Studieneinstieg gilt innerhalb der entwicklungspsychologischen Theoriebildung als ein typisches kritisches Lebensereignis (Filipp 1995; Krampen & Reichle 2002). Durch die Ablösung vom Elternhaus, die Änderung sozialer Bezugspunkte, fehlende soziale Unterstützungsprozesse, Orientierungsschwierigkeiten im Hochschulsystem sowie durch einen allgemein angestiegenen Leistungsdruck (Smith 2002), kann es – den Ansätzen der Entwicklungspsychologie folgend – gerade zu Beginn des Studiums zu institutionell geprägten Belastungssituationen bei den Studierenden kommen, die als ätiologisch für verschiedene psychosoziale Erkrankungen oder auch Burn-Out-Symptome eingestuft werden (Bachmann et al. 1999; Schumann 2007; Wydler et al. 2010).

Empirische Arbeiten, die sich konkret auf diese Annahmen beziehen, sind derzeit noch selten und zudem wenig eindeutig. Zwar konnten Stock & Krämer (2001) in einer längsschnittlichen Untersuchung zeigen, dass Studierende im Vergleich zum Anfang ihres Studiums nach zwei Jahren einen signifikanten Belastungsanstieg in den Bereichen *Leistungsanforderungen*, *Studienbedingungen* und *persönliche Situation* berichten. Auch Möllenbeck (2011), der nach der subjektiv gefühlten Veränderung der eigenen Gesundheit im Studienverlauf fragt, zeigt, dass sich der gefühlte Gesundheitszustand zu Beginn des Studiums nicht maßgeblich von späteren Studiensituationen unterscheidet (Möllenbeck 2011). Interventionsstudien, die zu einer Verdichtung von konkreten Kausalitätsannahmen bzgl. psychosozialer Belastungssituationen im ersten Studienjahr führen könnten, liegen im deutschsprachigen Raum nicht vor.

Auch institutionelle oder systemische Konzepte, wie beispielweise das Anforderungs-Ressourcen Modell (Becker et al. 1994; Becker 2006), mit dem die Belastungssituation von Studierenden im Kontext der konkreten Belastungssituation untersucht werden könnte, sind Mangelware. Inwieweit die institutionellen Rahmenbedingungen der Hochschule also konkret zu einer Veränderung der Gesundheitssituation von Studierenden beitragen können, ist dementsprechend nicht abschließend geklärt. Der von Gusy (2010) entwickelte Ansatz einer auf Hochschulen bezogenen Gesundheitsberichterstattung weist zwar auf neuere Entwicklungen hin, allerdings sind die diesbezüglich notwendigen Forschungsarbeiten noch wenig elaboriert.

Wir greifen die gesundheitswissenschaftliche Problemstellung des Studienbeginns in diesem Beitrag auf und stellen die Ergebnisse einer salutogenetischen Längsschnittuntersuchung von Studierenden im ersten Studienjahr dar. Dabei wird zunächst mit dem Konzept der Salutogenese und dem damit verbundenen empirischen Korrelat der Kohärenz der theoretische Bezugsrahmen dargestellt. An-

schließlich wird das Untersuchungsdesign vorgestellt sowie die Ergebnisse präsentiert und diskutiert.

2 Theoretischer Bezugsrahmen

Salutogenese und das Kohärenzgefühl als Bewältigungsressource

Im Kontext der vorliegenden Studie wird das Studium aus einer gesundheitswissenschaftlichen Perspektive betrachtet. Den theoretischen Bezugsrahmen bildet hierfür das Salutogenesemodell von Antonovsky (1979). Mit seiner Kritik am vorherrschenden pathogenetischen-kurativen Medizinverständnis gilt das Modell als eines der einflussreichsten gesundheitswissenschaftlichen Konzepte der Neuzeit (Becker 2006). Im Gegensatz zur Schulmedizin, die nach der Entstehung von Krankheit bzw. deren Verhinderung fragt, richtet das Salutogenese-Modell den Blick auf die Entstehung und den Erhalt von Gesundheit. Beim Salutogenese-Modell werden Gesundheit und Krankheit nicht mehr als sich ausschließende Größen betrachtet, „[...] sondern auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum angeordnet“ (Wydra 1996: 21), wobei der Mensch ständig die Position innerhalb dieses Kontinuums wechselt (Altgeld & Kolip 2014). Ob sich eine Person dabei näher am Gesundheitspol oder am Krankheitspol befindet, hängt Antonovsky zufolge sowohl von der Zahl und der Qualität der Risiken, als auch von den personalen und sozialen Schutzfaktoren ab, die die Wirkung der Risiken abmildern (ebd.).

Ein wesentlicher Bestandteil des Salutogenese-Modells ist das Konstrukt der generalisierten Widerstandsquellen (Wydra 1996). Als generalisierte Widerstandsquellen werden dabei alle Merkmale eines Individuums, einer Gruppe oder der Umwelt verstanden, die eine wirksame Spannungsbewältigung erleichtern (Viehhauser 2000). Dazu zählen nach Antonovsky (1997) u. a. das Selbstwertgefühl, soziale Unterstützungsformen aber auch Faktoren wie das Einkommen, also grundsätzlich „[...] jedes Phänomen, das zur Bekämpfung eines weiten Spektrums von Stressoren wirksam ist“ (ebd.: 16). Während manche generalisierten Widerstandsquellen eine Person dazu befähigen, Stressoren und damit einen daraus resultierenden Spannungszustand zu vermeiden, werden andere generalisierten Widerstandsquellen zur Spannungsbewältigung eingesetzt, also nachdem bereits ein Spannungszustand eingetreten ist (ebd.).

Darüberhinaus kommt, der Theorie Antonovskys folgend, insbesondere dem Kohärenzgefühl (SOC = sense of coherence) eine entscheidende gesundheitswissenschaftliche Bedeutung zu. Es stellt innerhalb des Modells als dispositionale Orientierung eine grundlegende Lebenseinstellung eines Individuums gegenüber der Welt und dem eigenen Leben dar und geht von der Tatsache aus, dass die Ausprägung der individuellen, sowohl kognitiven als auch affektiv-motivationalen

Grundeinstellung dafür verantwortlich ist, vorhandene Ressourcen zum Erhalt von Gesundheit und Wohlbefinden zu nutzen (Bengel et al. 2001). Diese Grundhaltung, die sowohl als dynamischer Prozess als auch als relativ stabiles, überdauerndes Merkmal bezeichnet werden kann, setzt sich aus drei Komponenten zusammen. Neben dem Gefühl von Verstehbarkeit stehen gleichrangig das Gefühl von Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit und das Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit (Antonovsky 1997). Bengel et al. (2001) beschreiben die drei Komponenten des Kohärenzgefühls folgendermaßen:

Sense of comprehensibility (Gefühl von Verstehbarkeit): Verstehbarkeit kann als ein kognitives Verarbeitungsmuster betrachtet werden. Mit dieser Komponente wird beschrieben, inwieweit Menschen die Fähigkeit besitzen, Stimuli als geordnete, strukturierte und konsistente Informationen zu verarbeiten.

Sense of manageability (Gefühl der Handhabbarkeit und Bewältigbarkeit): Dieses kognitiv-emotionale Verarbeitungsmuster bezieht sich auf die Überzeugung von Menschen, Schwierigkeiten zu lösen. Hierzu gehört einerseits das Verfügen über eigene Ressourcen und Kompetenzen, andererseits ist die Überzeugung davon, dass andere Personen oder eine höhere Macht helfen können, Schwierigkeiten zu überwinden, von entscheidender Bedeutung.

Sense of meaningfulness (Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit): Diese motivationale Komponente bezieht sich auf das Ausmaß, in dem das Leben als emotional sinnvoll wahrgenommen wird und es als lohnenswert erscheint, Energie zu investieren, um die vom Leben gestellten Anforderungen zu bewältigen.

Ist das Kohärenzgefühl bei Individuen stark ausgeprägt, gelingt es ihnen, flexibel auf Anforderungen zu reagieren und die zur Bewältigung einer Situation notwendigen Ressourcen zu aktivieren. Bei einer geringen Ausprägung des Kohärenzgefühls besitzt der Mensch dagegen weniger Möglichkeiten, seine Ressourcen zu aktivieren bzw. nimmt seine Ressourcenausstattung als insgesamt geringer wahr. Dem Kohärenzgefühl wird daher eine protektive Wirkung im Prozess der Stressbewältigung, insbesondere zur Anregung verschiedener Copingstrategien, zugeschrieben (ebd.). Ein starker SOC ist folglich nicht mit bestimmten Bewältigungsstrategien an sich verbunden, sondern – die situativen Bedingungen berücksichtigend – mit einer hohen Flexibilität in der Wahl der entsprechenden Bewältigungsstrategie (Blättner 2007). Schnabel (2001) beschreibt den SOC als Handlungsorientierung, die auf ein positives Selbstbild sowie die Gewissheit gründet, sich und die eigenen Lebensbedingungen jederzeit steuern und beeinflussen zu können. Ein Mensch mit einem starken Kohärenzsinn kann also besser auf Anforderungen aus der Umwelt reagieren, da er für solche spezifischen Situationen die passenden Ressourcen und Bewältigungsstrategien mobilisieren kann.

Die Frage nach relevanten Einflussgrößen auf die Entwicklung des Kohärenzgefühls ist nach wie vor unklar. Antonovsky selbst geht davon aus, dass sich der SOC im Laufe der Kindheit und Jugend entwickelt und dabei von den im Sozialisationsvollzug gesammelten Erfahrungen und Erlebnissen beeinflusst wird (Anto-

novsky 1979). Während die Komponente der Verstehbarkeit durch Erfahrungen der Konsistenz gefördert wird, entwickelt sich die Komponente der Handhabbarkeit durch das Erleben von ausgeglichenen Belastungen und positiven Bewältigungserfahrungen. Die Sinnhaftigkeit der Lebenssituation wird dagegen durch Erfahrungen geprägt, die als beeinflussbar wahrgenommen werden und auf die die Akteure einen gestaltenden Einfluss ausüben können. Wie stark oder schwach das Kohärenzgefühl ausgebildet wird, hängt Antonovsky zufolge also von den gesellschaftlichen und sozialen Gegebenheiten ab, in denen ein Individuum agiert (ebd.).

Inwieweit der SOC auch im Erwachsenenalter noch veränderbar ist und welche Einflüsse dabei als relevant angesehen werden, ist nicht abschließend geklärt. Laut Antonovsky (1997) können nur noch radikale Lebensereignisse zu Veränderungen des SOC führen. Aktuellere Befunde weisen jedoch darauf hin, dass diese Stabilitätshypothese nicht haltbar erscheint und das Kohärenzgefühl nicht als stabile Eigenschaft im Erwachsenenalter angesehen werden kann (Bengel et al. 2001). Sicher erscheint, dass der SOC insbesondere in der Adoleszenz und somit auch im Alter des Studienbeginns größeren Veränderungen unterliegen kann, da in dieser Lebensphase die Options- und Entscheidungsvielfalt steigt. Sowohl in Bezug auf die berufliche Ausbildung als auch auf private Lebensbereiche bezogen, sind Menschen in der Adoleszenz noch nicht endgültig festgelegt (Hornung & Fabian 2001; Möllenbeck 2011).

3 Forschungsstand und Forschungsfrage

Forschungsstand

Es existieren unterschiedliche Ansichten darüber, inwieweit das Modell der Salutogenese der Gesundheitsförderung einen theoretischen Rahmen geben kann. Laut Bengel et al. (2001) wird das Modell für wenig bedeutsam für Interventionen eingeschätzt, andere Autoren sind der Annahme, dass es „die beste vorhandene theoretische Basis der Gesundheitsförderung“ (Blättner 2007) darstellt, wenn auch der Forschungsstand bislang als zu wenig elaboriert gilt. Die aktuellen empirischen Hinweise berücksichtigend, kann allerdings konstatiert werden, dass der SOC einen maßgeblichen Einfluss auf die Gesundheit zu haben scheint (Bengel et al. 2001; Eriksson & Lindström 2006). Die Zusammenhänge zwischen SOC und körperlicher Gesundheit fallen dabei weniger deutlich aus, als diejenigen zwischen SOC und psychischer Gesundheit bzw. psychischem Wohlbefinden (u. a. Hannover et al. 2004; Eriksson & Lindström 2006; Blättner 2007). Hohe Übereinstimmungen zwischen den Konstrukten SOC und spezifischen Aspekten der psychischen Gesundheit konnte unter anderen Faltermaier (2000) beobachten. Eine hohe Ausprägung des SOC geht demnach mit einem geringen Ausmaß an Ängstlichkeit und Depressionen einher (Lundberg 1997). Auch in Bezug auf die Stresswahrnehmung

und -bewältigung scheint es einen Zusammenhang mit dem SOC zu geben. Personen, die einen hohen oder mittleren SOC-Wert aufweisen, fühlen sich insgesamt weniger gestresst und nehmen weniger Stressquellen wahr als Personen mit einem niedrigen SOC-Wert (Bengel et al. 2001; Richardson & Ratner 2005)

Auch liegen empirische Erkenntnisse zum Zusammenhang von SOC und dem sozialen Umfeld vor. Larsson & Kallenberg (1996) zeigen beispielsweise, dass ein signifikanter Zusammenhang des SOC und der Anzahl an Freundschaftskontakten existiert. Die Studien zum Zusammenhang des Geschlechtes mit dem SOC sind dagegen indifferent. In einigen wissenschaftlichen Studien konnten niedrigere Werte bei Frauen nachgewiesen werden (Brunner et al. 2009). Antonovsky (1997) wiederum geht nicht von einer Geschlechtsspezifität aus.

Auch in Bezug auf das Kohärenzgefühl von Studierenden liegen unterschiedliche Studien vor: Born et al. (2008) untersuchten den SOC in einer Querschnittstudie und konnten aufzeigen, dass Studienanfängerinnen und -anfänger mit einem ausgeprägten Kohärenzgefühl dazu tendieren, stressvolle Situationen eher als Herausforderung wahrzunehmen, während Studierende mit einem niedrigen SOC eine solche Situation zu Studienbeginn eher als Bedrohung erleben. Möllenbeck (2011) untersuchte das Kohärenzgefühl von Studierenden im Rahmen einer Vollerhebung aller Studierenden an der Universität Göttingen und konnte zeigen, dass das Kohärenzgefühl von Studierenden im Vergleich zu einer repräsentativen Bevölkerungsgruppe niedriger ausgeprägt ist. Junge Studierende weisen zudem einen geringeren SOC auf als Studierende höheren Alters. Unterschiede lassen sich auch in Bezug auf die Fakultätszugehörigkeit sowie in Bezug auf unterschiedliche Studienabschlüsse aufzeigen (Möllenbeck 2011).

Forschungsfrage

Im Kontext der vorliegenden Untersuchung wird die Entwicklung des Kohärenzgefühls bei Studierenden des ersten Studienjahres geprüft. Im Mittelpunkt des Forschungsinteresses steht die Frage, inwieweit sich das Kohärenzgefühl bei Studierenden im Verlauf der ersten zwei Semester im Vergleich zu gleichaltrigen, nicht studierenden Personen verändert. Den derzeitigen Forschungsstand berücksichtigend, wird dabei angenommen, dass die Entwicklung des SOC innerhalb des ersten Studienjahres Aufschluss über die institutionellen, gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen der Universität gibt.

4 Methodik

Studiendesign

Die Untersuchung fand im Jahr 2011/2012 im Rahmen einer Längsschnitterhebung an der Universität Göttingen statt. Aus der Grundgesamtheit aller Studienanfänger an der Universität Göttingen wurde eine Zufallsstichprobe von 500 Studierenden ausgewählt, die per E-Mail angeschrieben wurden und zur Teilnahme an der Untersuchung gebeten wurden. Die Datenerhebung erfolgte zu zwei Untersuchungszeitpunkten (t1 zu Beginn des Studiums / erste Woche der Vorlesungszeit; t2 nach exakt einem Jahr) per Online-Erhebung mit der Befragungssoftware unipark®. Um die Ergebnisse bewerten zu können und Vergleiche zu anderen, nicht studierenden, Personen gleichen Alters zu erhalten, wurden im selben Zeitraum Auszubildende des ersten Lehrjahres einer Berufsschule als Vergleichsgruppe gewonnen. Auch diese Gruppe wurde mittels Fragebogen zu den exakt zwei gleichen Untersuchungszeitpunkten der Studierenden befragt. Es liegen somit zwei Gruppen mit Daten zu jeweils zwei Erhebungszeitpunkten vor. Die Befragungen wurden anonym und auf freiwilliger Basis durchgeführt.

Stichprobe

Die gewonnene Stichprobe besteht aus 81 Studierenden der Universität Göttingen, die sich alle im ersten Studienjahr befanden und für die Messwerte zu beiden Untersuchungszeitpunkten vorliegen. Das Durchschnittsalter der Studierenden betrug zum Untersuchungsbeginn 21,02 Jahre. 19 Männer (23,75 %) und 61 Frauen (76,25 %) nahmen an beiden Untersuchungszeitpunkten teil. Die Vergleichsgruppe der Auszubildenden (N = 81) wurde an einer Berufsschule rekrutiert. Hier wurden drei Berufsschulklassen im ersten Ausbildungsjahr zum Büro- und Handelskaufmann befragt. Die gewonnene Stichprobe setzt sich hier aus 29 Männern (35,8 %) und 52 Frauen (64,2 %) zusammen. Das Durchschnittsalter der Auszubildenden betrug zum Untersuchungsbeginn 20,44 Jahre. Beide Untersuchungsteile waren freiwillig.

Erhebungsinstrument

Als Erhebungsinstrument wurde die Kurzfassung des von Antonovsky entwickelten Fragebogens zur Erfassung des Kohärenzgefühls eingesetzt (Antonovsky 1997). Der SOC-9L ist eine siebenstufige Selbstbeurteilungsskala mit neun Items zur Bestimmung des Sense of Coherence. Das Instrument repräsentiert eine aus dem von Antonovsky entwickelten Originalinstrument SOC-29 abgeleitete Kurzskaala. Diese stellt eine valide Kurzfassung der Gesamtskala dar, welche nahezu die gleiche Zuverlässigkeit aufweist, auf Grund der geringeren Item-Anzahl jedoch als

weitaus ökonomischer gilt (Schumacher et al. 2000a). Von den neun Items beziehen sich zwei Items auf den Sense of comprehensibility, drei Items auf den Sense of manageability und vier Items auf den Sense of meaningfulness. Für die Auswertung wird allerdings lediglich der Gesamtwert verwendet, da sich in der Kurzform die drei Subskalen faktorenanalytisch nicht befriedigend reproduzieren lassen (Schumacher et al. 2000b).

Die speziell für Studierende entwickelte S-SoC-Skala (Brunner et al. 2009) wurde nicht verwendet, da das Instrument hinsichtlich der Faktorenstruktur und der fehlenden Repräsentativität der für die Überprüfung des Instrumentes festgelegten Stichprobe, als zu unsicher eingestuft wurde. Zudem erlaubt die S-SoC-Skala keinen direkten Vergleich mit Nicht-Studierenden und somit nur eingeschränkte Aussagen über den spezifischen Einfluss des Settings Hochschule auf die Entwicklung des SOC (ebd.).

Parallel wurden ausgewählte soziodemografische (z. B. Geschlecht, Alter) als auch studienspezifische (z. B. Studiengang, geplanter Studienabschluss, Ausbildungsgang etc.) erhoben. Die Auswertung der gewonnenen Daten wurden mit dem Statistikprogramm SPSS (Version 21) durchgeführt. Es wurden sowohl deskriptive als auch multivariate Verfahren angewendet.

5 Ergebnisse

Das Geschlechterverhältnis bezieht sich auf 227 männliche und 211 weibliche Probanden. Die 106 Studierenden gehören den Fakultäten der Agrarwissenschaft (10,4 %), Biologischen Fakultät (15,1 %), Chemie (2,8 %), Forstwissenschaft (4,7 %), Geowissenschaften (5,7 %), Mathematik und Informatik (7,5 %), Physik (5,7 %), Juristischen Fakultät (5,7 %), Sozialwissenschaftlichen Fakultät (14,2 %), Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät (11,3 %), Philosophischen Fakultät (28,3 %), Theologischen Fakultät (1,9 %) sowie zu 16 % der Universitätsmedizin an. Die Stichprobe kann nicht als repräsentativ gelten, da einige Fakultäten über- bzw. unterrepräsentiert oder gar nicht vertreten sind. Die Altersverteilung lag zwischen 17 und 24 Jahren. Je 81 Auszubildende und Studierende haben den Fragebogen zu beiden Zeitpunkten abgeschlossen. Innerhalb dieser Subgruppen liegt das Geschlechterverhältnis männlich zu weiblich bei 35,8 % zu 64,2 % bei den Auszubildenden bzw. 25 % zu 75 % bei den Studierenden.

Tabelle 1: Deskriptive Statistiken des Kohärenzgefühls in t1 und t2 (Auszubildende und Studierende).

		Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	Mittelwert
Paar 1	SOC t1	33,6605	4,47791	,35182	
	SOC t2	34,0679	4,27927	,33621	

Die Werte des Kohärenzgefühls liegen für beide Gruppen zusammen im Mittel bei 33,66 Punkten zu Studienbeginn bzw. dem Erstzeitpunkt der Befragung und bei 34,07 Punkten nach einem Jahr.

Die Differenz von 0,41 Punkten ist bei fünfprozentiger Irrtumswahrscheinlichkeit nicht signifikant, d. h. diese Verbesserung kann nicht verallgemeinert werden.

Im Folgenden soll nun überprüft werden, inwiefern sich das Kohärenzgefühl innerhalb der Gruppen verändert.

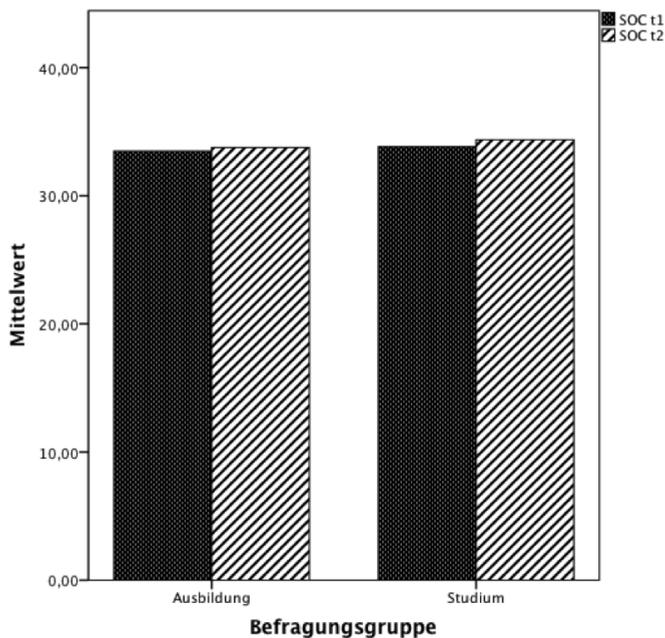


Abbildung 1: Kohärenzgefühl zur Erst (t1)- und Zweitbefragung (t2) bei Auszubildenden und Studierenden (Quelle: eigene Darstellung).

Die Ausgangswerte (t1) der Studierenden und der Auszubildenden unterscheiden sich zunächst ebenso nicht signifikant voneinander ($p = 0,499$), ebenso wie die Werte der Folgestudie (t2; $p = 0,700$). Innerhalb der Gruppe der Auszubildenden kann von t1 zu t2 eine Veränderung von 0,28 Punkten und in der Gruppe der Studierenden von 0,53 Punkten festgestellt werden. Diese Veränderungen sind innerhalb der Gruppen nicht signifikant ($p_{\text{Auszubildende}} = 0,621$; $p_{\text{Studierende}} = 0,324$), das heißt, die Veränderung kann nicht als generelle Veränderung interpretiert werden.

Tabelle 2a+2b: Deskriptive Statistiken sowie Mittelwertvergleich von Auszubildenden und Studierenden bzgl. der Entwicklung des Kohärenzgefühls.

Gruppenstatistik					
	Befragung	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler	Mittelwert
SOC-	Ausbildung	-,2840	5,15566	,57285	
Differenz	Studium	-,5309	4,81686	,53521	

Test bei unabhängigen Stichproben					
T-Test für die Mittelwertgleichheit					
		Sig. (2-seitig)	Mittelwertdifferenz	Standardfehlerdifferenz	
SOC-	Varianzgleichheit	,753	,24691	,78397	
Differenz	angenommen				

Ebenso besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen, d. h. die Differenzen sind auch zwischen Auszubildenden und Studierenden nicht signifikant verschieden ($p = 0,753$).

Die Forschungsfrage sollte daher, basierend auf diesen Ergebnissen, verworfen werden. Das Kohärenzgefühl hat sich weder innerhalb der Gruppe der Studierenden noch im Vergleich zu gleichaltrigen nicht-studierenden Personen signifikant verändert. Auch die Ausgangssituation zu Befragungsbeginn war anhand des Punktwertes nicht auffällig unterschiedlich. Vielmehr lässt sich festhalten, dass sich die Werte von Auszubildenden und Studierenden nach einem Jahr eher angeglichen haben.

6 Diskussion

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde der Fragestellung nachgegangen, wie sich das Kohärenzgefühl bei Studierenden im ersten Studienjahr entwickelt. Zwar zeigen die Ergebnisse unserer Untersuchungen einen leichten Anstieg des Kohärenzgefühls bei den befragten Studierenden im ersten Studienjahr. Sowohl der SOC-Wert der Studierenden als auch der Wert der Vergleichsgruppe ist am zweiten Befragungszeitpunkt höher als beim ersten Erhebungsdatum. Dieser Unterschied ist allerdings nicht signifikant. Genauso wenig existiert ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden getesteten Gruppen.

Aufgrund dieser Tatsache kann konstatiert werden, dass die Ergebnisse nicht verallgemeinert werden können und lediglich als Tendenzen interpretiert werden können. Institutionelle Einflüsse, z. B. der Hochschule, auf das Kohärenzgefühl sollten dementsprechend nicht grundsätzlich angenommen werden oder zumindest nicht als prägend vorausgesetzt werden. Da unterschiedliche Autoren davon ausgehen, dass sich das Kohärenzgefühl mit zunehmendem Alter weiter entwickelt

(Bengel et al. 2001; Franke 1997; Larsson & Kallenberg 1996), sind die Ergebnisse vielmehr auf einen allgemeinen Entwicklungszusammenhang zurück zu führen. So konnte Möllenbeck (2011) beispielsweise nachweisen, dass das Kohärenzgefühl mit zunehmendem Alter ansteigt.

Die Aussagen von Hornung und Fabian (2001), die von einer signifikanten Verschlechterung der psychophysischen Gesundheit von Studierenden im ersten Studienjahr berichten, können mit unseren Ergebnissen zwar nicht wiederlegt werden, da das Kohärenzgefühl nicht zwingend als Kriterium für die psychosoziale Belastungssituation herangezogen werden kann. Die Ergebnisse relativieren aber zumindest die Annahmen, wonach insbesondere der Beginn eines Studiums als kritisches Lebensereignis, mit negativen Effekten auf das Kohärenzgefühl, gekennzeichnet wird (Filipp 1995; Krampen & Raichle 2002). Allerdings ist hier selbstkritisch anzumerken, dass der von uns festgelegte Untersuchungszeitraum von einem Jahr nicht zwangsläufig die Phase des Übergangs in das Studium kennzeichnet. Arnett (2000) geht z. B. davon aus, dass dieser Zeitraum vom 18. bis 24. Lebensjahr andauern kann und damit das gesamte Studium umfasst.

Um die zum Teil widersprüchlichen Aussagen und Ergebnisse zu verifizieren und den Studienbeginn aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektiven weiter zu fundieren, wäre es zukünftig wünschenswert langfristige Längsschnittstudien zu etablieren, die Studierende während ihres gesamten Studiums begleiten und nach Veränderungen über die gesamte Studienzeit fragen.

In Bezug auf unsere Untersuchung ist zudem zu hinterfragen, inwieweit das verwendete Instrument zur Erfassung des Kohärenzgefühls (SOC 9L) auch für die Zielgruppe der Studierenden adäquat erscheint und die Angaben zur Kohärenz differenziert genug erfasst. Zwar weisen verschiedene Autoren auf die hohe Qualität der verwendeten Skala hin (Schumacher et al. 2000b), allerdings wird auch deutliche Kritik geübt. Vor allem die große Verwandtschaft zu Erhebungsinstrumenten, die vor allem Depressivität messen, ist beim SOC allgemein und beim SOC 9L offensichtlich. Inwieweit die für den Hochschulkontext entwickelte S-SoC-Skala von Brunner et al. (2009) ein geeigneteres Instrument darstellt, sollte in zukünftigen Untersuchungen berücksichtigt werden.

7 Ausblick

Mit diesem Beitrag sollte aufgezeigt werden, wie sich das Kohärenzgefühl bei Studierenden im Verlauf des ersten Studienjahres im Vergleich zu gleichaltrigen Auszubildenden entwickelt. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen diesbezüglich keine signifikanten Veränderungen auf, so dass nicht grundsätzlich von einem institutionellen Einfluss der Hochschule auf das Kohärenzgefühl ausgegangen werden sollte.

Aufgrund der Tatsache, dass es sich nicht um eine repräsentative Stichprobe handelt, ist aber weder eine Verallgemeinerung auf Studierende an der Universität

Göttingen noch auf Studierende anderer Universitäten möglich. Eine größere Stichprobe und ein längerer Erhebungszeitraum könnten hierüber Aufschluss geben. Ebenso wäre es von Interesse, inwieweit das Kohärenzgefühl mit dem individuellen Zeitaufwand für das Studium bzw. mit einer unterschiedlichen Fächerzugehörigkeit korreliert (vgl. diesbezüglich Gusy et al. 2010).

Inwieweit die Hochschulen durch ihre institutionellen Rahmenbedingungen als kohärenter Lebensraum gelten und eine positive oder negative Entwicklung des SOC bewirken können, ist nicht damit nicht endgültig geklärt. Hierzu wären konkrete Interventionsstudien und längerfristig angelegte Untersuchungen notwendig (vgl. auch Blättner 2007). Dennoch zeigt die Untersuchung, dass der institutionelle Einfluss des Bildungssystems auf Aspekte der individuellen Gesundheit grundsätzlich eine interessante und relevante Forschungsfrage darstellt. Anschlussstudien, die sich dieser Fragestellung widmen, müssten vor allem die Heterogenität und Vielschichtigkeit des Bildungssystems berücksichtigen und individuelle, persönliche Einflussfaktoren von institutionellen und organisatorischen Variablen trennen. Gerade im Hinblick auf die letztjährige Entwicklung des Hochschulwesens erscheint ein solcher Forschungsschwerpunkt aber als überaus bedeutend, um Hinweise auf eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Institution Hochschule zu erhalten.

Literatur

- Antonovsky, A. (1979): Health, stress and coping. New perspectives on mental and physical wellbeing. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit (dt. erweiterte Herausgabe von A. Franke). Tübingen: dgvt.
- Arnett, J.J. (2000): Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469–480.
- Bachmann, N. / Berta, D. / Eggli, P. / Hornung, R. (1999): Macht Studieren krank? Die Bedeutung von Belastung und Ressourcen für die Gesundheit Studierender. Bern: Huber Verlag.
- Bailer, J. / Schwarz, D. / Witthöft, M. / Stübinger, C. / Rist, F. (2008): Prävalenz psychischer Syndrome bei Studierenden einer deutschen Universität. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58, 423–429.
- Bargel / Ramm / Multrus (2012): Schwierigkeiten und Belastungen im Bachelorstudium – wie berechtigt sind die studentischen Klagen. *Beiträge zur Hochschulforschung*, 34, 26–41.
- Becker, P. (2006): Gesundheit und Gesundheitsmodelle. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.). *Handbuch Gesundheitssport*. 2. Auflage (S. 31.41). Schorndorf: Hofmann.

- Becker, P. / Bös, K. / Woll, A. (1994): Ein Anforderungs-Ressourcen-Modell der körperlichen Gesundheit: Pfadanalytische Überprüfungen mit latenten Variablen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 2, 25–48.
- Bengel, J. / Strittmacher, R. / Willmann, H. (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert: eine Expertise. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Blättner, B. (2007): Das Modell der Salutogenese. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2, 67–73.
- Born, A. / Crackau, B. / Thomas, D. (2008): Das Kohärenzgefühl als Ressource beim Übergang ins Studium. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 16, 51–60.
- Brandl-Bredenbeck, P. / Kämpfe, A. / Köster, C. (2013): Gesundheitsfördernd oder gesundheitsgefährdend? Aachen: Meyer & Meyer Verlag.
- Brunner, E. / Maier, M. / Gritsch, A. / Jenull, B. (2009): Die Universität – ein kohärentes Setting? Messung des studentischen Kohärenzgefühls. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4, 66–70.
- Eriksson, A. & Lindström, B. (2006): Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal Epidemiol Community Health*, 60, 376–388.
- Faltermaier, T. (2000): Die Salutogenese als Forschungsprogramm und Praxisperspektive. Anmerkungen zu Stand, Problemen und Entwicklungschancen. In H. Wydler, P. Kolip & T. Abel (Hrsg.). *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzeptes* (S. 185–196). Weinheim, München: Juventa.
- Filipp, S.-H. (1995): *Kritische Lebensereignisse*. Weinheim: Beltz.
- Franke, A. (1997): Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenese-Konzeptes. In A. Antonovsky (Hrsg.). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (S. 169–190). Tübingen: Dgvt.
- Gusy, B. (2010): Gesundheitsberichterstattung bei Studierenden. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 5, 250–256.
- Gusy, B. Lohmann, K. & Drewes, J. (2010): Burnout bei Studierenden, die einen Bachelor-Abschluss anstreben. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 5, 271–275.
- Hannöver, W. / Michael, A. / Meyer, C. / Rumpf, H.-J. / Hapke, U. / John, U. (2004): Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky und das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose. Ergänzung zu den deutschen Normwerten aus einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 54, 179–186.

- Heublein, U. / Hutzsch, C / Schreiber, J. / Sommer, D. / Besuch, G. (2010): Ursachen des Studienabbruchs in Bachelor- und in herkömmlichen Studiengängen: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung von Exmatrikulierten des Studienjahres 2007/2008. HIS Hochschul-Informationssystem GmbH, Hrsg.
- Holm-Hadulla, R.M. / Hofmann, F.-H. / Sperth, M. / Funke, J. (2009): Psychische Beschwerden und Störungen von Studierenden. *Psychotherapeut*, 54, 346–365.
- Hornung, R. & Fabian, C. (2001): Belastungen und Ressourcen im Studium. In R. Holm-Hadulla (Hrsg.). *Psychische Schwierigkeiten von Studierenden* (S. 133–157). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Krampen, G. & Reichle, B. (2002): Frühes Erwachsenenalter. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.). *Entwicklungspsychologie* (S. 319–343). Weinheim: PVU.
- Kolip, P. / Nordlohne, E. / Hurrelmann, K. (1994): *Jugend und Gesundheit: ein Vergleich der gesundheitlichen Lage in West- und Ostdeutschland*. Forschungsbeitrag der Universität Bielefeld: Bielefeld.
- Larsson, G. & Kallenberg, K.O. (1996): Sense of coherence, socioeconomic conditions and health. Interrelationships in a nation-wide Swedish sample. *European Journal of Public Health*, 6, 175–180.
- Lundberg, O. (1997): Childhood conditions, Sense of coherence, social class and adult ill health: Exploring their theoretical and empirical relation. *Social Science & Medicine*, 44, 821–831.
- Möllenbeck, D. (2011): *Gesundheitsförderung im Setting Universität – Verbreitung und Effekte sportlicher Aktivität bei Studierenden*. Schorndorf: Hofmann.
- Richardson, C.G. & Ratner, P.A. (2005): Sense of coherence as a moderator of the effects of stressful life events of health. *J Epidemiol Community Health*, 59, 979–984.
- Schnabel, P.-E. (2001): *Familie und Gesundheit: Bedingungen, Möglichkeiten und Konzepte der Gesundheitsförderung*. Weinheim, München: Juventa.
- Schumacher, J. / Gunzelmann, T. / Brähler, E. (2000a): Deutsche Normierung der Sense of Coherence Scale von Antonovsky. *Diagnostica*, 46, 208–213.
- Schumacher, J. / Wilz, G. / Gunzelmann, T. / Brähler, E. (2000b): Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky. Teststatistische Überprüfung in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe und Konstruktion einer Kurzskaala. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 50, 472–482.
- Schumann, W. (2007): *Strukturwandel an den Hochschulen – Konsequenzen für die psychosoziale Situation von Studierenden*.
- Smith, K. (2002): School to university: Sunlit steps or stumbling in the dark? *Arts and Humanities in Higher Education*, 2, 90–98.
- Stock, C. & Krämer, A. (2001): Die Gesundheit von Studierenden im Studienverlauf. *Das Gesundheitswesen*, 63, 56–59.

- Viehhauser, R. (2000): Förderung salutogener Ressourcen: Entwicklung und Evaluation eines gesundheitspsychologischen Trainingsprogramms. Regensburg: Roderer.
- Wydler, H. / Kolip, P. / Abel, T. (2010): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Weinheim und München: Juventa.
- Wydra, G. (1996): Gesundheitsförderung durch sportliches Handeln. Schorndorf: Hofmann.

Die Gesundheitskompetenz von Studierenden in Abhängigkeit von sportlicher Aktivität

Arne Göring & Sabrina Rudolph

1 Einleitung

Trotz der hohen gesellschaftlichen und politischen Aufmerksamkeit, die das Thema ‚Gesundheitskompetenz‘ derzeit erfährt, sind Forschungsbeiträge zur Thematik noch vergleichsweise selten (Lenartz 2012). Dies gilt sowohl für die theoretische Fundierung des Konzepts, die Auseinandersetzung mit den Gesundheitskompetenzen spezifischer Zielgruppen als auch für allgemeine Zusammenhangsanalysen. Dabei wird die Gesundheitskompetenz, verstanden als Fähigkeit, eigenverantwortlich mit der eigenen Gesundheit umgehen zu können, als ein wichtiger Ansatzpunkt für eine Strategie der individualisierten Gesundheitsförderung betrachtet (WHO 1998). Personen mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz gelten beispielsweise als risikobehafteter in Bezug auf die Entwicklung von Krankheiten sowie hinsichtlich der Wahrnehmung und Verarbeitung von Stresssituationen (Soellner et al. 2009). Gerade für Bildungsinstitutionen wird die Gesundheitskompetenz daher als potentieller Bildungsinhalt thematisiert, um möglichst nachhaltige Effekte der Gesundheitsförderung auf individueller Ebene zu generieren (vgl. Göring in dieser Publikation).

Obwohl die konkreten Einflussfaktoren auf die Gesundheitskompetenz noch wenig erforscht sind, wird dem Sport bei der Frage nach den beeinflussenden Faktoren eine prädestinierte Rolle zugesprochen (u. a. Töpfer & Sygusch 2014). Es wird angenommen, dass sportlich aktive Individuen über eine höhere Gesund-

heitskompetenz verfügen, als sportlich inaktive Personen. So weisen Wilke et al. (2013) in ihrer Untersuchung zur Gesundheitskompetenz von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eines mittelständischen Unternehmens auf einen positiven Zusammenhang zwischen der Gesundheitskompetenz und der sportlichen Aktivität hin.

Eine empirische Untersuchung, die sich der Gesundheitskompetenz von Studierenden widmet, existiert bislang nicht. Dabei gelten Studierende unter primärpräventiven Gesichtspunkten als wichtige Zielgruppe, da sie die zukünftige Arbeitswelt maßgeblich mitgestalten und als Führungskräfte eine relevante Multiplikatorenfunktion besitzen. Die vorliegende Untersuchung greift dieses Desiderat auf und analysiert die Gesundheitskompetenz von Studierenden einer großen deutschen Universität. Neben explorativen Analysen zu geschlechts-, fach- und auch altersspezifischen Unterschieden soll vor allem untersucht werden, ob es signifikante Unterschiede in der Ausprägung der Gesundheitskompetenz in Abhängigkeit der sportlichen Aktivität der Studierenden gibt.

2 Theoretischer Hintergrund

Gesundheitskompetenz

Ogleich der Begriff der Gesundheitskompetenz in den letzten Jahren eine deutliche Bedeutungsaufwertung bekommen hat, erscheint er derzeit noch wenig konzeptionell fundiert. Die noch junge Gesundheitskompetenzforschung rekurriert dabei mehrheitlich auf das Konzept der Health Literacy (Tones 2002), welches insbesondere im angloamerikanischen Forschungsraum Antworten auf die Frage sucht, warum manche Menschen besser als andere mit der eigenen Gesundheit umgehen können. Während Health Literacy zunächst als „Gesundheitsalphabetisierung“ (Wulfhorst 2006: 822) verstanden wurde, wird sie gegenwärtig als Begriff für unterschiedliche Fähigkeiten und Fertigkeiten für eine gesunde Lebensführung und Alltagskompetenzen betrachtet.

Der Überblick über den Forschungsstand offenbart, dass derzeit unterschiedliche Modellvorstellungen zur Gesundheitskompetenz existieren. Das am häufigsten zitierte Modell der Gesundheitskompetenz stellt das Stufenmodell von Nutbeam (2000) dar, welches auf der Grundlage des Literacy-Begriffs drei hierarchisch aufeinander aufbauende Stufen unterscheidet. Auch das handlungsorientierte Modell von Kriegesmann et al. (2005) beschäftigt sich – ähnlich wie das Stufenmodell von Nutbeam (2000) – mit den einzelnen Bestandteilen der Gesundheitskompetenz. Das Besondere an dem Modell von Kriegesmann et al. (2005) ist, dass dieses Modell eine motivationale Komponente integriert und diese als Bindeglied zwischen den vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten und dem tatsächlichen Handeln ansieht. Auch das Modell der unterschiedlichen Kompetenzbereiche von Kick-

busch (2006) baut auf dem Stufenmodell von Nutbeam (2000) auf. Es bezieht sich, im Gegensatz zu den beiden vorangegangenen Modellen, auf inhaltliche Aspekte der Gesundheitskompetenz und stellt ihre Bedeutung für eine gute Gesundheit in den Fokus.

Soellner et al. (2009) legen ein Modell der Gesundheitskompetenz vor, welches keine hermeneutische Basis besitzt, sondern einen empirischen Ausgangspunkt aufweist. Die mit Hilfe von Expertenbefragungen gewonnenen Erkenntnisse weisen acht Kompetenzdimensionen auf, welche die Autoren schließlich zu einem hypothetischen Strukturmodell verbinden. Gesundheitskompetenz wird dabei als ein Netz aus grundlegenden Fertigkeiten (Lesen, Schreiben, Rechnen), Handlungskompetenz, Wissen über Gesundheitszusammenhänge und motivationalen Komponenten (v.a. die Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme) beschrieben. Die Handlungskompetenz wird von den Autoren in die vier Kompetenzbereiche (1) Navigieren und Handeln im Gesundheitssystem, (2) Kommunikation und Kooperation, (3) Informationsbeschaffung und -verarbeitung sowie (4) Selbstwahrnehmung und Selbstregulation unterteilt (ebd.). Der Erkenntnisgewinn des Modells ist insofern als hoch einzuordnen, als dass es eine Erweiterung der bisherigen Modellvorstellungen von Gesundheitskompetenz um die Kompetenzbereiche Selbstregulation und Selbstwahrnehmung sowie um die Bereitschaft und Fähigkeit zur Verantwortungsübernahme darstellt.

Zusammenfassend lassen sich – bei aller Unterschiedlichkeit der vorgestellten Modelle – drei übereinstimmende Kernelemente der Gesundheitskompetenz identifizieren: Die Gesundheitskompetenz beinhaltet demnach (1) den kritischen und reflektierten Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen, (2) eine auf diese Informationsbewertung aufbauende Entscheidungssituation, die in konkrete gesundheitsbewusste Handlungen mündet und die soziale Kompetenz über Gesundheitszusammenhänge kommunizieren zu können sowie (3) sich die eigene Rolle in Interaktionsprozessen bzgl. der Gesundheit von Anderen bewusst zu machen.

Wir schließen uns im Folgenden der Modellvorstellung von Soellner et al. (2009) an und definieren Gesundheitskompetenz allgemein als die Befähigung, mit der individuellen Gesundheit eigenverantwortlich umgehen zu können. Eine gesundheitskompetente Person besitzt die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und Entscheidungen, welche die eigene Gesundheit betreffen, zu fällen (Maag 2007). Unser Konzept der Gesundheitskompetenz umfasst dabei sowohl kognitive Kapazitäten, z. B. das Wissen über Gesundheitszusammenhänge oder die Verarbeitung gesundheitsrelevanter Informationen als auch emotionale und handlungsorientierte Aspekte, wie die Fähigkeit, den eigenen Gesundheitszustand zu bewerten und mit entsprechenden Maßnahmen dazu beizutragen, diesen verbessern zu können.

Im Mittelpunkt eines solchen Gesundheitskompetenzansatzes steht damit das Prinzip der Eigenverantwortlichkeit. Darauf bezogen wird Gesundheitskompetenz als Teil einer umfassenden Lebenskompetenz entworfen, die es dem Individuum

erlaubt „[...] durch reflektiertes und eigenverantwortliches Handeln im Alltag mündige Gesundheitsentscheidungen zu fällen und kompetent mit der eigenen Gesundheit umzugehen“ (ebd.: 103). Eine gesundheitskompetente Person ist in ihrer Selbstbestimmung und in ihrer Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit zu Gesundheitsfragen gestärkt und hat die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen (vgl. Kickbusch & Maag 2008).

Sport und Gesundheitskompetenz

Konkrete Modellannahmen oder theoretische Konzepte über den Zusammenhang von sportlicher Aktivität und Gesundheitskompetenz liegen derzeit nicht vor. Auch in den wenigen empirischen Studien zum Zusammenhang von Sport und Gesundheitskompetenz (z. B. Wilke et al. 2013) wurden keine theoretischen Ansätze zugrunde gelegt. Einzig Töpfer & Sygusch (2014) präsentieren, auf sportpädagogischen Annahmen basierend, ein Konzept sportbezogener Gesundheitskompetenz. Sie gehen davon aus, dass regelmäßig ausgeführte sportliche Aktivität zahlreiche Wissens Elemente, Fähigkeiten, Einstellungen und Fertigkeiten hervorbringt, die auch im Kontext der Entwicklung einer individuellen Gesundheitskompetenz bedeutsam erscheinen. Im Zentrum der Überlegungen steht vor allem das mit dem Sport verbundene reflexive Handeln, über welches: „[...] sich im eigenen Tun domänenspezifische und situationsgebundene Erkenntnisse [...]“ (ebd.: 163) erschließen.

In Anlehnung an den Kompetenzbegriff von Weinert (2001) und das theoretische Kompetenzmodell von Gogoll (2011) entwickeln Töpfer & Sygusch (2014) schließlich einen ersten Modellentwurf, der als Ordnungsschema für grundsätzliche Zusammenhangsannahmen zwischen Sport und Gesundheitskompetenz genutzt werden kann. Sportliche Aktivitäten können demnach auf der *kognitiven Ebene* sowohl das Handlungswissen über gesundheitsbezogene Trainingsmöglichkeiten als auch das Effektwissen über die Wirkung sportlicher Bewegung auf die individuelle Gesundheit fördern. Zudem kann Sport zur Entwicklung eines individuellen Gesundheitsverständnisses beitragen (ebd.). In Bezug auf die Ausbildung *handlungsorientierter Dimensionen* der Gesundheitskompetenz durch Sport nennen die Autoren die Entwicklung der Selbstwahrnehmung (z. B. durch das „[...] Deuten und Verstehen von Körpersignalen“ (ebd.: 170) sowie die Fähigkeit zur Selbstregulation und die Fertigkeitentwicklung (z. B. als Kompetenz sich durch sportliche Aktivitäten entspannen zu können.) Als Letztes werden *motivationale Aspekte* thematisiert. Sportliche Aktivität kann demzufolge die Verantwortungsübernahme für die eigene Gesundheit fördern und grundsätzliche Gesundheitshaltungen und -einstellungen entwickeln (ebd.).

Hierzu greifen die Autoren auf die gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnisse der Public-Health-Forschung über die Wirkungszusammenhänge von Sport und Bewegung auf psychosoziale Aspekte der Gesundheit zurück. Sie beziehen sich

dabei auf empirisch untermauerte Effekte sportlicher Aktivität wie beispielsweise die Verbesserung des Selbstbildes und der Selbstwirksamkeit, des Körperempfindens und der Spannungsregulation, des allgemeinen Wohlbefindens und der Beschwerdewahrnehmung (Fuchs 2003).

Wenngleich es sich bei dem Modellentwurf der Autoren um ein sportpädagogisches Konzept handelt und damit die Inszenierung von Sport im Rahmen institutioneller Bildungsangebote in den Vordergrund rückt, folgen wir in unserem Beitrag der grundsätzlichen Annahme, dass die mit der Ausübung sportlicher Aktivitäten verbundenen Erfahrungen zu einer Ausbildung von Fähigkeiten und Fertigkeiten führen können, die im Kontext der individuellen Gesundheitskompetenzentwicklung als hilfreich eingeordnet werden können.

Überblick über den empirischen Forschungsstand

Obgleich die Relevanz der Gesundheitskompetenz für Strategien der individualisierten Gesundheitsförderung kaum mehr bestritten wird, ist eine auf die Gesundheitskompetenz bezogene empirische Forschung noch vergleichsweise jung (Soellner et al. 2009). Dominierend sind derzeit Studien, die auf die kognitiven Aspekte der Gesundheitskompetenz ausgerichtet sind. Vor allem in den USA und Großbritannien sind zahlreiche Untersuchungen zur gesundheitsbezogenen Lesekompetenz durchgeführt worden. Die diesbezüglichen Studien offenbaren Zusammenhänge zwischen der Lesekompetenz und zahlreichen gesundheitsrelevanten Aspekten der Lebensführung. So nehmen Menschen mit einer gering ausgeprägten Lesefähigkeit seltener an medizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil, müssen häufiger stationär behandelt werden und zeigen generell ein ungünstigeres Verhalten im Umgang mit chronischen Erkrankungen, wodurch sie höhere Kosten im Gesundheitssystem verursachen (Rudd et al. 2004). DeWalt et. al (2004) gehen auf der Basis der vorliegenden Studien davon aus, dass Menschen mit einer gering ausgeprägten Gesundheitskompetenz ein um anderthalb bis dreifach erhöhtes Risiko besitzen, an Krankheiten wie Asthma, Bluthochdruck oder auch Krebs zu erkranken. In anderen Studien wird die Gesundheitskompetenz in einem signifikanten Zusammenhang zu allgemeinen Erkrankungsraten sowie einer frühzeitigen Sterblichkeit in Verbindung gebracht. Kickbusch & Marstedt (2008) schlussfolgern, dass Menschen „[...] mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz meist auch geringere Kenntnisse über Symptome, medizinische Behandlungserfordernisse und Präventionsmöglichkeiten für chronische Erkrankungen haben, seltener zu Früherkennungsuntersuchungen gehen und ärztliche Verhaltensratsschläge oder Vorschriften zur Medikamenteneinnahme befolgen“ (ebd.: 16).

Allerdings muss kritisch angefügt werden, dass sich die vorliegenden Befunde kaum dazu eignen, Aussagen über die konkreten Konsequenzen mangelnder Gesundheitskompetenz zu treffen, da die überwiegende Mehrheit der Studien einerseits auf einen sehr eng gefassten Gesundheitskompetenzbegriff rekurrieren und

andererseits bislang nicht ausreichend geklärt werden konnte, welchen Einfluss Drittvariablen in diesem Kontext aufweisen. Vieles deutet insgesamt darauf hin, dass eine geringe Gesundheitskompetenz mit ungünstigen gesundheitsbezogenen Outcomes korreliert, jedoch sind die bisherigen Ergebnisse in ihrer Kausalitätsrichtung nicht eindeutig (Soellner et al. 2009).

Untersuchungen aus dem deutschsprachigen Raum zur Gesundheitskompetenz (Wieland & Hammes 2008) haben sich vor allem Zusammenhangsanalysen gewidmet. Es konnte gezeigt werden, dass die Gesundheitskompetenz sowohl geschlechts- als auch altersspezifische Unterschiede aufweist. Wieland und Hammes (2008) wiesen in ihrer Untersuchung zur Gesundheitskompetenz und körperlichen Beschwerden beispielsweise nach, dass Frauen über eine höhere Gesundheitskompetenz verfügen als Männer, jedoch gleichzeitig häufiger unter körperlichen Beschwerden leiden. Die Autoren erklären diese Ergebnisse mit einer höheren Sensibilität der Frauen in der Wahrnehmung körperlicher Symptome sowie einer regelmäßigeren Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen. Während die Gesundheitskompetenz von Frauen im Alter kontinuierlich steigt, fällt sie bei Männern ab einem Alter von 30–34 Jahren deutlich ab, so dass sich, den Untersuchungen der Krankenkasse BARMER GEK (2010) folgend, die Schere der Gesundheitskompetenz zwischen den Geschlechtern mit zunehmendem Alter erweitert.

3 Empirie

Fragestellung und Hypothesen

Die bisherigen Ausführungen machen deutlich, dass die Gesundheitskompetenz eine bedeutende Schlüsselfunktion hinsichtlich des Ziels, eine nachhaltige Gesundheitsförderung zu ermöglichen, besitzt. Angesichts der zunehmenden psychosozialen Belastungssituationen von Studierenden erhält die Gesundheitskompetenz sogar eine doppelte Relevanz. Denn eine potentielle Förderung der Gesundheitskompetenz von Studierenden ist nicht nur auf eine spätere Arbeitssituation bezogen, sondern kann auch für die individuelle Studiensituation konstruktiv genutzt werden und die Gesundheit von Studierenden während ihrer Ausbildung an Hochschulen fördern.

Vor dem Hintergrund eines gering entwickelten Forschungsstands zur Thematik, verfolgt die nachfolgende Untersuchung das Ziel, die Gesundheitskompetenz von Studierenden einer großen deutschen Universität darzustellen und zu analysieren. In Anlehnung an die von Wilke et al. (2013) durchgeführte Untersuchung zur Gesundheitskompetenz von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eines mittelständischen Unternehmens wird die Ausprägung der Gesundheitskompetenz von Studierenden zunächst deskriptiv betrachtet. Es soll darüber hinaus der Frage nachgegangen werden, ob und inwieweit es Zusammenhänge zwischen der sportlichen

Aktivität der Studierenden und der Ausprägung der Gesundheitskompetenz gibt. Unsere forschungsleitende Hypothese lautet:

Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der sportlichen Aktivität von Studierenden und deren individueller Gesundheitskompetenz. Je sportlich aktiver die Studierenden sind, desto höher ist ihre Gesundheitskompetenz.

Studiendesign und Methode

Die Untersuchung wurde im Wintersemester 2013/14 als Vollerhebung an der Georg-August-Universität Göttingen durchgeführt. Die Studierenden wurden dazu über den universitären Mail-Verteiler angeschrieben und gebeten an einer Online-Untersuchung zum Gesundheitsverhalten teilzunehmen. Da die Untersuchung unterschiedliche Teilbereiche abfragte (u. a. Ausmaß und Umfang der körperlichen Aktivität, allgemeiner Gesundheitszustand, Ausstattung mit Ressourcen), wurde die Stichprobe über ein computergestütztes Randomisierungsverfahren in unterschiedliche Teilstichproben eingeteilt, die jeweils verschiedene Befragungskomplexe zu beantworten hatten.

Insgesamt wurden knapp 24.000 Studierende angeschrieben. An der Teilbefragung zum Themenkomplex ‚Gesundheitskompetenz‘ nahmen 2892 Studierende teil. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 12,05 % aller angeschriebenen Studierenden. Die Stichprobe ist dabei für die Zugehörigkeit zu den unterschiedlichen Fakultäten als repräsentativ zu bewerten. Allerdings nahmen deutlich mehr Frauen (N = 1893) als Männer (N = 999) an der Teilbefragung teil. Dieser Unterschied erklärt sich zum einen durch einen höheren Anteil weiblicher Studierender an der Universität Göttingen (Gesamtanteil Frauen: 50,8 %) als auch durch eine höhere Beteiligungsquote von Frauen an gesundheitswissenschaftlichen Untersuchungen (vgl. Daig 2006). Um die Ergebnisse nicht auf Grund der geschlechtsspezifischen Verteilung zu verzerren, wurden die Daten hinsichtlich der geschlechtlichen Repräsentativität nach dem Redressment-Verfahren gewichtet (vgl. Schnell et. al 2008: 315). Dabei wurde für beide Geschlechter der Populationsanteil durch den Stichprobenanteil dividiert und eine Variable erstellt, die den entsprechenden Faktor für jede Person enthält (Frauen: 0,7737, Männer: 1,422). Anschließend wird jedes Ergebnis um diesen Faktor gewichtet, um eine angemessene Verteilung der Geschlechter abzubilden.

Das Durchschnittsalter der teilnehmenden Studierenden betrug 23,4 Jahre. Die Mehrheit der befragten Studierenden strebt einen Bachelorabschluss an (50,5 %) gefolgt von Studierenden in einem Masterstudiengang (24,4 %) und Studierende aus einem Staatsexamensstudiengang (16,1 %). Für den Vergleich der Gesundheitskompetenz von Studierenden mit denen von Nicht-Studierenden wurde zudem eine Kontrolluntersuchung in einer Berufsschule durchgeführt. Hier wurden 138 Auszubildende aus neun unterschiedlichen Klassen zu ihrer Gesundheitskom-

petenz befragt. Es wurden drei verschiedene Ausbildungsbereiche in die Untersuchung einbezogen: Die größte Gruppe (65 Personen) sind dem kaufmännischen Ausbildungsbereich zuzuordnen, 56 Probandinnen und Probanden gehören dem gewerblich-technischen Ausbildungsbereich an. Die kleinste Gruppe mit 32 Teilnehmerinnen und Teilnehmern ist im Ausbildungsbereich Ernährung/Gastroonomie eingeschrieben. 57 Probanden waren männlich (41,3 %), 81 weiblich (58,7 %). Das Durchschnittsalter der Probandinnen und Probanden betrug 21,8 Jahre.

Die Abfrage der sportlichen Aktivität erfolgte in Anlehnung an das Erhebungsverfahren von Bässler (1988) und Woll (1996). Hinsichtlich der Häufigkeit der sportlichen Aktivität („Sind Sie derzeit sportlich aktiv?“) gibt das Instrument fünf Antwortalternativen vor: (1) nein, (2) ja, aber weniger als einmal pro Woche, (3) ja, ungefähr einmal pro Woche, (4) ja, ungefähr zweimal pro Woche oder (5) ja, mehr als dreimal pro Woche. Zur Beurteilung der Intensität („Wie intensiv ist Ihre sportliche Aktivität dabei in der Regel?“) konnten die Probanden aus den drei Antwortalternativen (1) locker und leicht (ohne ins Schwitzen zu kommen), (2) flott und zügig (leichtes Schwitzen und Kurzatmigkeit) oder (3) hart und anstrengend (deutliches Schwitzen und Kurzatmigkeit) wählen. Das dritte Kriterium der sportlichen Aktivität ist im Rahmen des hier zugrunde liegenden Fragebogens die Dauer („Wie lange dauern Ihre sportlichen Übungseinheiten dabei in der Regel? Bitte berücksichtigen Sie hierbei nur die reine Übungs- oder Trainingszeit, ohne Duschen, Anfahrt etc.“). Auch bei diesem Item hatten die Probanden die Möglichkeit aus drei Antwortalternativen zu wählen: (1) weniger als 20 Minuten, (2) 20 bis 40 Minuten oder (3) mehr als 40 Minuten. Die Antwortalternativen berücksichtigen die Tatsache, dass gesundheitliche Effekte erst ab einer Belastungsdauer von mindestens einer Stunde pro Woche zu erwarten sind (u. a. Allgöwer 2000).

Die Studierenden wurden auf der Basis ihrer Angaben schließlich in fünf Aktivitätsgruppen (*Nicht-Sportler*, *Urlaubssportler*, *Gelegenheitssportler*, *regelmäßige Sportler*, *Intensiv-Sportler*) eingeteilt. Damit werden die sportwissenschaftlichen Erkenntnisse zur Wirkung und zu Effekten von Sport und Bewegung angemessen und differenziert berücksichtigt (vgl. Woll 1996). Die Kategorisierung der Sporttypen ist Tabelle 1 zu entnehmen.

Tabelle 1: Kategorisierung von Sporttypen auf der Grundlage der Angaben zur Intensität, zum Umfang und zur Dauer der sportlichen Aktivität.

Sporttyp	Sportliche Aktivität
Nichtsportler	kein Sport
Urlaubssportler	< einmal pro Woche
Gelegenheitssportler	< 60 Minuten pro Woche
Regelmäßiger Sportler	≥ 60 Minuten pro Woche
Intensivsportler	≥ dreimal 40 Minuten = 120 Minuten pro Woche bei mindestens mittlerer Intensität, zweimal mehr als 40 Minuten pro Woche bei hoher Intensität

Die Erhebung der Gesundheitskompetenz erfolgte in Anlehnung an das Konzept von Wieland und Hammes (2008). Das Instrument besteht aus zehn Items, die sich auf drei Aspekte der Gesundheitskompetenz beziehen. Zum einen werden die Befragten mit Aussagen bezüglich ihrer Bewältigungsfähigkeit konfrontiert (z. B. „Für jedes gesundheitliche Problem finde ich eine Lösung.“) und zum anderen wird die eigene Kompetenzerwartung geprüft (z. B. „Ich erreiche die Ziele, die ich mir bezüglich meiner Gesundheit setze.“). Zudem wird die individuelle Erfolgserwartung bzgl. der Selbstregulation abgefragt („Wenn unerwartete Beschwerden auftauchen, kann ich diese schlecht bewältigen.“). Die Beantwortung der einzelnen Fragen erfolgte auf einer fünfstufigen Likert-Skala mit den Antwortalternativen 1 = trifft gar nicht zu, 2 = trifft selten zu, 3 = trifft manchmal zu, 4 = trifft oft zu und 5 = trifft vollständig zu (ebd.). Bei negativ formulierten Aussagen wurden die getätigten Angaben umgepolt. Für den statistischen Vergleich wurden die einzelnen Antworten aufsummiert, so dass sich ein Gesamt-Summenscore für jeden einzelnen Studierenden ergab. Auf der hier verwendeten Gesundheitskompetenzskala können demnach Werte von zehn (sehr gering) bis 50 (sehr hoch) erreicht werden, wobei die Interpretation der Skala folgendermaßen erfolgt: je höher der Summenscore, desto besser die Gesundheitskompetenz.

4 Ergebnisse

Mehr als die Hälfte der Studierenden bezeichnet sich selbst als sportlich aktiv. Gut 32 % der Befragten geben an, sich regelmäßig und intensiv sportlich zu betätigen. 29 % der Studierenden wählen die Antwortmöglichkeit Nichtsportler (vgl. Tab. 2). Frauen stufen ihre sportliche Aktivität als weniger intensiv ein als Männer. Dominant sind bei allen sportlich aktiven Studierenden Fitness- und Gesundheitssportarten wie Joggen, Training im Fitnessstudio oder Group-Fitness-Angebote.

Tabelle 2: Sportliche Aktivität der Studierenden an der Universität Göttingen (n = 1595¹) im Vergleich zu Berufsschülern (n = 138).

Sporttyp	Studierende (Angaben in %)	Berufsschüler (Angaben in %)
Nichtsportler	29,0	23,9
Urlaubssportler	2,7	11,6
Gelegenheitssportler	4,6	12,3
Regelmäßiger Sportler	31,5	29,0
Intensivsportler	32,3	23,2

¹ Die abweichende Fallzahl zu anderen Ergebnissen liegt in der Berechnung des Sporttyps.

Aus Tabelle 2 geht hervor, dass sich die Studierenden hinsichtlich des Sportverhaltens von den Berufsschülern unterscheiden ($\text{Chi}^2 < 0,001$). So sind insbesondere die Gruppen der Urlaubs- und Gelegenheitssportler mit 7,3 % bei den Studierenden nur gering besetzt, während sich bei den Berufsschülern 23,9 % als Urlaubs- und Gelegenheitssportler bezeichnen.

Tabelle 3: Gesundheitskompetenz von Studierenden ($n = 2984$) und Berufsschülern ($n = 138$)

		Gesundheitskompetenz (Studierende)				
		Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum	Anzahl
Geschlecht	männlich	35,73	6,41	10,00	50,00	1472
	weiblich	34,32	6,40	14,00	50,00	1512
	Gesamtmittelwert	35,02	6,44	10,00	50,00	2984

		Gesundheitskompetenz (Auszubildende)				
		Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum	Anzahl
Geschlecht	männlich	36,68	4,49	25,00	49,00	57
	weiblich	35,48	5,45	20,00	48,00	81
	Gesamtmittelwert	35,98	5,09	20,00	49,00	138

Die Tabelle 3 zeigt die Mittelwerte der Geschlechter für Studierende und Auszubildende im Vergleich. Die Mittelwerte der Gesundheitskompetenz für Berufsschüler und Studierende unterscheiden sich ebenfalls signifikant ($p = 0,010$) um 0,96 Punkte, wobei die Berufsschüler einen etwas höheren Summenscore aufweisen. Auch die Werte beider Geschlechter sind im Schnitt um eine Einheit höher.

Eine mögliche Erklärung hierfür kann aus Tabelle 4 abgelesen werden. Dort lassen sich in den Kategorien Nichtsportler und Regelmäßiger Sportler für beide Geschlechter höhere Gesundheitskompetenzen bei den Berufsschülern ablesen.

Tabelle 4: Gesundheitskompetenz für Männer und Frauen, aufgeteilt nach Ausbildungsort

			Gesundheitskompetenz (Summenscore)			
			Studierende		Berufsschüler	
			Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung
Geschlecht männlich	Sporttyp	Nichtsportler	33,61	6,68	36,90	3,70
		Urlaubssportler	32,47	5,66	37,20	2,68
		Gelegenheitssportler	33,91	6,48	33,63	5,01
		Regelmäßiger Sportler	34,47	6,35	36,77	2,92
		Intensivsportler	36,70	6,04	37,57	5,51
weiblich	Sporttyp	Nichtsportler	32,23	6,43	34,04	5,60
		Urlaubssportler	33,78	6,25	33,91	4,48
		Gelegenheitssportler	32,59	7,17	35,44	7,63
		Regelmäßiger Sportler	33,76	6,52	37,30	5,07
		Intensivsportler	36,29	5,93	35,64	4,30

Nach dem kurzen Vergleich der Werte mit den Berufsschülern, soll es im Folgenden ausschließlich um die Gesundheitskompetenz der Studierenden gehen.

Eine einfaktorielle Varianzanalyse, mit anschließendem post hoc-Test nach Scheffé, liefert in den Tabellen 5a–5c folgende Ergebnisse:

Tabelle 5a: Deskriptive Statistik Gesundheitskompetenz

	H	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler
Nichtsportler	442	32,8345	6,57069	,31267
Urlaubssportler	42	33,1154	5,92357	,91164
Gelegenheitssportler	67	33,2387	6,82146	,83494
Regelmäßiger Sportler	489	34,0719	6,44617	,29143
Intensivsportler	497	36,5449	5,99668	,26886
Gesamtsumme	1537	34,4543	6,51701	,16621

Tabelle 5b: ANOVA der Gesundheitskompetenz

	Quadratsumme	Df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Zwischen Gruppen	3578,815	4	894,704	22,226	,000
Innerhalb der Gruppen	61671,609	1532	40,256		
Gesamtsumme	65250,425	1536			

Tabelle 5c: Post hoc-Test für Gesundheitskompetenz und Sporttyp nach Scheffé

(I) Sporttyp	(J) Sporttyp	Mittelwertdifferenz		
		(I-J)	Standardfehler	Sig.
Nichtsportler	Urlaubssportler	-,28086	1,02207	,999
	Gelegenheitssportler	-,40421	,83321	,994
	Regelmäßiger Sportler	-1,23742	,41645	,066
	Intensivsportler	-3,71037*	,41482	,000
Urlaubssportler	Nichtsportler	,28086	1,02207	,999
	Gelegenheitssportler	-,12335	1,24762	1,000
	Regelmäßiger Sportler	-,95655	1,01772	,927
	Intensivsportler	-3,42951*	1,01705	,023
Gelegenheitssportler	Nichtsportler	,40421	,83321	,994
	Urlaubssportler	,12335	1,24762	1,000
	Regelmäßiger Sportler	-,83320	,82787	,908
	Intensivsportler	-3,30616*	,82705	,003
Regelmäßiger Sportler	Nichtsportler	1,23742	,41645	,066
	Urlaubssportler	,95655	1,01772	,927
	Gelegenheitssportler	,83320	,82787	,908
	Intensivsportler	-2,47296*	,40398	,000
Intensivsportler	Nichtsportler	3,71037*	,41482	,000
	Urlaubssportler	3,42951*	1,01705	,023
	Gelegenheitssportler	3,30616*	,82705	,003
	Regelmäßiger Sportler	2,47296*	,40398	,000

*. die Mittelwertdifferenz ist auf der Stufe 0.05 signifikant.

Aus der Interpretation des ANOVA-Blocks (Tabelle 5b) zeigen sich zunächst statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ($p < 0,001$). Eine detaillierte Aufgliederung mittels des Scheffé-Tests zeigt ausschließlich signifikante Unterschiede des *Intensivsportlers* zu allen anderen Sporttypen. Darüber hinaus weist zumindest der regelmäßige Sportler einen tendenziellen Unterschied zum Nichtsportler vor ($p = 0,066$). Ergänzend zu den Ergebnissen aus Tabelle 4 soll nun geprüft werden, ob die Ergebnisse gleichermaßen für Männer und Frauen gelten. Für eine übersichtlichere Darstellung werden nur die signifikanten Unterschiede angezeigt.

Tabelle 6a: ANOVA der Gesundheitskompetenz nach Geschlecht

Geschlecht		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Weiblich	Zwischen Gruppen	1839,317	4	459,829	11,319	,000
	Innerhalb der Gruppen	30875,344	760	40,625		
	Gesamtsumme	32714,661	764			
männlich	Zwischen Gruppen	1504,259	4	376,065	9,469	,000
	Innerhalb der Gruppen	30460,871	767	39,714		
	Gesamtsumme	31965,130	771			

Tabelle 6b: Post hoc-Test (Auszug) für Gesundheitskompetenz, Geschlecht und Sporttyp nach Scheffé

Geschlecht (I) Sporttyp		(J) Sporttyp	Mittelwertdifferenz (I-J)	Standardfehler	Sig.
weiblich	Intensivsportler	Nichtsportler	4,06291	,61486	,000
		Gelegenheitssportler	3,69771	1,18609	,046
		Regelmäßiger Sportler	2,52941	,60183	,002
Männlich	Intensivsportler	Nichtsportler	3,09786	,57720	,000
		Urlaubssportler	4,23704	1,41110	,062
		Regelmäßiger Sportler	2,23660	,55950	,003

Aus Tabelle 6 zeigen sich auch bei Kontrolle des Geschlechts weiterhin signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen ($F_{\text{Frau}} = 11,319$; $p < 0,001$ | $F_{\text{Mann}} = 9,469$; $p < 0,001$). Bei den Gruppenvergleichen ist auffällig, dass sich sowohl die Nichtsportler als auch die regelmäßigen Sportler in beiden Geschlechtergruppen signifikant vom Intensivsportler unterscheiden. Außerdem weist kein Geschlecht einen anderen Zusammenhang zu einem anderen Sporttyp als dem Intensivsportler auf. Lediglich bei den Sportlertypen des Gelegenheits- und Urlaubssportler unterscheiden sich Männer und Frauen. Die weiblichen Intensivsportlerinnen weisen einen signifikanten Unterschied zum Gelegenheitsportler auf ($p = 0,046$), während die männlichen Intensivsportler, im Vergleich zum Gelegenheitsportler, keinen und zum Urlaubssportler nur einen tendenziellen Unterschied ($p = 0,062$) aufzeigen.

Um letztendlich den *Zusammenhang* zwischen sportlicher Aktivität und der Gesundheitskompetenz zu prüfen, wird im Folgenden eine Regressionsanalyse eingesetzt. Um die Regression besser interpretieren zu können, werden die Sporttypen vereinfacht zu Sportlerinnen und Sportlern (Regelmäßiger Sportler, Intensivsport-

ler) und Nichtsportlerinnen und Nichtsportlern (Gelegenheitssportler, Urlaubssportler, Nichtsportler) zusammengefasst. Die Ergebnisse werden anschließend mittels Geschlecht, Alter und der Fragestellung, ob man Sport studiert, geprüft.

Tabelle 7a: Modellübersicht der linearen Regression

Modell	Angepasstes R-Quadrat	Standardfehler der Schätzung
1	,029	6,42046
2	,037	6,39517
3	,046	6,36538

Prädiktoren: (Konstante), Sportlerkategorien (Modell 1–3), Alter, Geschlecht (Modell 2–3), Sportstudium (Modell 3)

Tabelle 7b: Koeffizientenblock der linearen Regression

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten	Standardisierte Koeffizienten	
		B	Beta	Sig.
1	(Konstante)	32,973		,000
	Sportlerkategorien (0 = Nichtsp., 1 = Sportler)	2,345	,173	,000
2	(Konstante)	32,718		,000
	Sportlerkategorien (0 = Nichtsp., 1 = Sportler)	2,272	,167	,000
	Geschlecht (1 = w; 2 = m)	1,051	,081	,001
	Alter	-,103	-,055	,031
3	(Konstante)	37,992		,000
	Sportlerkategorien (0 = Nichtsp., 1 = Sportler)	2,062	,152	,000
	Geschlecht (1 = w; 2 = m)	,996	,076	,002
	Alter	-,094	-,049	,050
	Sportstudium (1 = Ja, 2 = Nein)	-2,672	-,099	,000

a. Abhängige Variable: Gesundheitskompetenz

Das Modell 1 der linearen Regression zeigt zunächst einen positiven Effekt der Sportlerkategorien und der Gesundheitskompetenz ($\beta = 0,173$; $p < 0,001$). Unter der Hinzunahme von Alter und Geschlecht als Kontrollvariablen bleibt der Effekt stabil ($\beta = 0,167$; $p < 0,001$), während Alter und Geschlecht einen eigenen, aber im Vergleich geringeren Effekt aufweisen ($\beta_{\text{Geschlecht}} = 0,081$; $p = 0,001$ |

$t_{er} = -0,055$; $p = 0,031$). Die Interpretation von Geschlecht deutet daraufhin, dass Männer einen höheren Gesundheitskompetenzwert aufweisen als Frauen, dass aber mit steigendem Alter die Gesundheitskompetenz abnimmt².

Im letzten Modell zeigt sich, dass das Sportstudium ebenfalls einen signifikanten Effekt ($\beta = -0,099$; $p < 0,001$) auf die Gesundheitskompetenz aufweist aber der Effekt vom Sporttyp weiterhin signifikant ($\beta = 0,152$; $p < 0,001$) bleibt. Allerdings muss bei der erklärten Varianz von $R^2_{adj} = 0,046$ beachtet werden, dass die Erklärungskraft relativ gering ist. Da für diese Analyse als erklärende Variablen aber hauptsächlich dichotome Variablen verwendet wurden, kann ein nicht-linearer Zusammenhang nicht ausgeschlossen werden, da die Berechnung für R^2 lineare Zusammenhänge erwartet. Dennoch ist zu erwarten, dass weitere Variablen die Gesundheitskompetenz beeinflussen, die hier nicht geprüft werden können.

5 Diskussion

Die Ergebnisse zeigen signifikante Unterschiede in der Ausprägung der Gesundheitskompetenz in Abhängigkeit der sportlichen Aktivität aber auch in Abhängigkeit des Geschlechts. Sportlich aktive Studierende weisen den Ergebnissen zufolge höhere Gesundheitskompetenzwerte auf als inaktive Studierende. Allerdings ist hier zu berücksichtigen, dass die Zusammenhänge nur für regelmäßig und intensiv betriebene sportliche Aktivität signifikant sind. Studierende, die zwar angeben, sportlich aktiv zu sein, diese Aktivität aber nicht regelmäßig vollziehen, weisen keine höheren Gesundheitskompetenzwerte auf.

Aber auch die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind auffällig. Männliche Studierende zeigen höhere Ausprägungen als weibliche Studierende. Betrachtet man die Studierenden insgesamt, erreichen sie im Durchschnitt zudem höhere Werte als die Auszubildenden.

Die eingangs formulierten Hypothesen können demnach angenommen werden: Die signifikanten Unterschiede der Gesundheitskompetenzwerte im Zusammenhang mit dem Ausmaß und der Intensität sportlicher Aktivität legt den Schluss nahe, einen positiven Einfluss der sportlichen Aktivität auf die Ausprägung der Gesundheitskompetenz anzunehmen. Die positiven Effekte von sportlicher Aktivität auf die Gesundheitskompetenz, die bereits Wilke et al. (2013) mit ihrer Untersuchung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eines mittelständigen Unternehmens nachweisen konnten, lassen sich demnach bestätigen.

Regelmäßige sportliche Aktivität scheint damit auch auf die Vorstellung, die eigene Gesundheit positiv beeinflussen und regulieren zu können, einen positiven Einfluss zu haben. Der Legitimationsanspruch des Sports im Kontext der Gesundheitsförderung lässt sich damit um einen weiteren Wirkungszusammenhang

² Es könnte angenommen werden, dass die Vorhersage des Alters U-förmig verläuft und erst mit höherem Alter wieder steigt. Das kann aber aufgrund der Altersverteilung mit den vorliegenden Daten nicht geprüft werden.

ergänzen. Dies gilt grundsätzlich auch dann, wenn die zahlreichen Limitierungen, denen die Ergebnisse unterliegen, berücksichtigt werden. Vor allem die fehlende Wirkungsrichtung, die in Querschnittsanalysen nicht zu erfassen ist, erschwert die Interpretation. Denn ebenso wie ein positiver Effekt der sportlichen Aktivität auf die Gesundheitskompetenz denkbar ist, lässt sich auch ein umgekehrter Einfluss modellieren. Gleichsam plausibel wäre es, die Gesundheitskompetenz als Einflussvariable auf die Ausprägung der sportlichen Aktivität zu konzipieren. Menschen mit einer hohen Gesundheitskompetenz wären dieser Annahme folgend sportlich aktiver als Menschen mit einer geringen Gesundheitskompetenz, weil gesundheitskompetente Menschen beispielsweise eher annehmen, die eigene Gesundheit beeinflussen zu können und damit die Selbstwirksamkeitserwartung für die gesundheitlichen Wirkungen des eigenen Sportverhaltens steigt.

Es bleibt zudem fraglich, inwieweit die sportliche Aktivität nicht nur eine Moderatorvariable darstellt, die vielfältige Sozialisationseinflüsse vermittelt (z. B. soziale Unterstützung), die sich positiv auf die Ausprägung der Gesundheitskompetenz auswirkt, die aber auch in anderen sozialen Handlungsfeldern (z. B. kulturellen Aktivitäten) vermittelt werden könnten.

Die geschlechtsspezifischen Differenzen lassen sich dabei in Bezug auf die bereits bekannten Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der Beschwerdewahrnehmung und des Befinden einordnen. So haben Frauen beispielsweise über fast alle Lebensphasen hinweg eine signifikant höhere Beschwerdewahrnehmung als Männer (Hurrelmann & Kolip 2002). Frauen leiden zudem deutlich häufiger an chronischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen im psychosomatischen und psychischen Bereich als Männer (Franke & Kämmerer 2001). Es ist insofern anzunehmen, dass Frauen auch die individuelle Fähigkeit, die subjektive Gesundheit eigenverantwortlich beeinflussen zu können, geringer einschätzen als Männer. Denkbar wäre auch, dass insbesondere junge Frauen aufgrund spezifisch weiblicher Beschwerdebilder, wie beispielsweise Menstruationsbeschwerden, häufiger die Erfahrung machen, die eigene Gesundheit nicht eigenständig regulieren zu können im Vergleich zu Männern mit weniger Beschwerden. Diese Interpretation verlangt allerdings weitere Studien, insbesondere eine Zusammenhangsanalyse zwischen der konkreten Beschwerdewahrnehmung und der Ausprägung der Gesundheitskompetenz.

6 Fazit

Ziel dieses Beitrags ist es, den Zusammenhang zwischen sportlicher Aktivität und der Ausprägung der Gesundheitskompetenz von Studierenden zu untersuchen. Die Ergebnisse der Untersuchung, die mit über 2800 Teilnehmerinnen und Teilnehmern durchgeführt wurde, zeigen signifikante Unterschiede in der Ausprägung der Gesundheitskompetenz zwischen sportlich unterschiedlich aktiven Menschen. Studierende, die regelmäßig sportlich aktiv sind, zeigen demnach höhere Werte als

inaktive Studierende. Weiterhin können geschlechtsspezifische Differenzen aufgezeigt werden.

Trotz aller Vorsicht, die bei der Interpretation der Ergebnisse zu Grunde gelegt werden muss, geben die Daten einen ersten Hinweis auf die mögliche Beeinflussung der Gesundheitskompetenz durch sportliche Aktivität. Vor dem Hintergrund der Annahme, dass eine hohe Gesundheitskompetenz mit weniger Beschwerden und einem hohen Wohlbefinden verbunden ist, erhält die sportliche Aktivität eine weitere Legitimationsbasis und ein weiteres Anwendungsfeld. Gerade im Kontext der Gesundheitsförderung von Studierenden, die derzeit auf Grund der zahlreichen institutionellen Umbrüche im Hochschulwesen eine besondere Aufmerksamkeit erfährt, erscheint diese Erkenntnis auch für die Konzeption von gesundheitsfördernden Programmen und Interventionen als relevant. Zukünftig sollten derartige Maßnahmen das Kriterium der Möglichkeit zur aktiven Selbstregulation berücksichtigen und Sportangebote nicht ausschließlich aus der Perspektive physiologischer Wirkungszusammenhänge betrachten.

Um die Ergebnisse weiter zu fundieren, sind zukünftig insbesondere längsschnittliche Studien gefordert. Diese könnten im Rahmen konkreter Interventionsprojekte den Einfluss sportlicher Aktivität auf die Gesundheitskompetenz beispielsweise bei inaktiven Personen untersuchen und damit die Wirkungsrichtung der angenommenen Effekte von Sport auf die Gesundheitskompetenz manifestieren.

Literatur

- Allgöwer, A. (2000): Gesundheitsförderung an der Universität: zur gesundheitlichen Lage von Studierenden. Opladen: Leske + Budrich.
- BARMER GEK (2010): Gesundheitsreport Teil 1. Berlin.
- Bässler, R. (1988): Methodische Überlegungen zur empirischen Erhebung und Beschreibung der „Teilnahme der Bevölkerung am Sport“. SWS-Rundschau, 28, 191–197.
- Daig, I. (2006): Male Gender Role Dysfunction – Selbstdarstellung, Geschlechterrollenstress und Gesundheitsrisiko bei Männern im Altersvergleich. Dissertation an der FU Berlin: Berlin.
- DeWalt, D.A. / Berkman, N.D. / Sheridan, S. / Lohr, K.D. / Pignone, M.P. (2004): Literacy and Health Outcomes – A Systematic Review of the Literature. *Journal of General Internal Medicine*, 19, 1228–1239.
- Franke, A. & Kämmerer, A. (2001): *Klinische Psychologie der Frau*. Göttingen: Hogrefe.
- Fuchs, R. (2003): *Sport, Gesundheit und Public Health*. Göttingen: Hogrefe.

- Gogoll, A. (2011): Auf dem Weg zu einem Kompetenzmodell für den Lernbereich „Bewegung, Spiel und Sport“. In G. Stibbe (Hrsg.). Standards, Kompetenzen und Lehrpläne. Beiträge zur Qualitätsentwicklung im Sportunterricht (S. 18–30). Schorndorf: Hofmann.
- Göring, A. (2014): Gesundheit als Schlüsselkompetenz? Theoretische Grundlagen und konzeptionelle Anregungen zur Gesundheit als Bildungsinhalt an Hochschulen. In A. Göring & D. Möllenbeck (Hrsg.). Bewegungsorientierte Gesundheitsförderung an Hochschulen. Theorie – Empirie – Praxis. Göttingen: Universitätsverlag.
- Hurrelmann, K. & Kolip, P. (2002): *Geschlecht, Gesundheit & Krankheit*. Bern: Huber.
- Kickbusch, I. & Marstedt, G. (2008): Gesundheitskompetenz. Eine unterbelichtete Dimension sozialer Ungleichheit. In J. Böcken; B. Braun & R. Amhof (Hrsg.). *Gesundheitsmonitor 2008* (S. 12–28). Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Kickbusch, I. (2006): Gesundheitskompetenz. *Public Health News*, 3(1), 10.
- Kickbusch, I. & Maag, D. (2008): Health Literacy. *International Encyclopedia of Public Health, First Edition*, Academic Press, 3, 204–211.
- Kriegesmann, B. / Kottmann, M /Masurek, L. / Nowak, U. (2005): *Kompetenz für eine nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit*. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Maag, D. (2007): *Gesundheitskompetenz bezüglich Ernährung, Bewegung und Gewicht*. Unveröffentlichte Dissertation, Università della Svizzera italiana, Lugano.
- Nutbeam, D. (2000): Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15, 259–267.
- Lenartz, N. (2012): *Gesundheitskompetenz und Selbstregulation*. Göttingen: V&R unipress GmbH.
- Rudd, R. / Kirsch, I. / Yamamoto, K. (2004): *Literacy and Health in America*. Policy Information Report.
- Schnell, R. / Hill, P. B. / Esser, E. (2008): *Methoden der empirischen Sozialforschung*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag, S. 315.
- Soellner, R. / Huber, S. / Lenartz, N. / Rudinger, G. (2009): Gesundheitskompetenz – ein vielschichtiger Begriff. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 17, 105–113.
- Tones, K. (2002): Health literacy: new wine in old bottles? *Health Education Research*, 17, 287–290.
- Töpfer, C. & Sygusch, R. (2014): *Gesundheitskompetenz im Sportunterricht*. In S. Becker (Hrsg.) *Aktiv und Gesund? Interdisziplinäre Perspektiven auf den Zusammenhang zwischen Sport und Gesundheit* (S. 153–179). Heidelberg: Springer.

- Weinert, F.E. (2001): Concept of competence: A conceptual clarification. In D.S. Rychen & L.H. Salganik (Hrsg.) *Defining and selecting key competencies* (S. 45–65). Göttingen: Hogrefe.
- WHO (1998): *Glossar Gesundheitsförderung*. Genf: WHO.
- Wieland, R. & Hammes, M. (2008): Gesundheitskompetenz als personale Ressource. In K. Mozygemba; S. Mymken; U. Krause; Zündel, M.; Rehm, M.; Höfling-Engels, N.; Lüdecke, D. & Qurban, B. (Hrsg.). *Nutzenorientierung – ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung?* (S. 177–190). Bern: Huber.
- Wilke, C. / Nagel, R. / Biallas, B. / Froböse, I. (2013): Gesundheitskompetenz von Mitarbeitern eines mittelständischen Unternehmens in Abhängigkeit von sportlicher Aktivität. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 29, 51–54.
- Woll, A. (1996): *Gesundheitsförderung in der Gemeinde – eine empirische Untersuchung zum Zusammenhang von sportlicher Aktivität, Fitneß und Gesundheit bei Personen im mittleren und späteren Erwachsenenalter*. Neu-Isenburg: Lingua-Med.
- Wulforth B. (2006): *Gesundheitserziehung und Patientenschulung*. In: K. Hurrelmann & U. Laaser (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (S. 819–844). Weinheim: Juventa.

Gesundheitliche Ressourcen und Belastungen von Studierenden

Daniel Möllenbeck

1 Einleitung

Nach wie vor stellt die Hochschule für eine überwiegende Mehrheit der Studentinnen und Studenten einen zentralen Mittelpunkt des Lebens und Arbeitens dar (vgl. Bargel et al. 1996; Möllenbeck 2011). Folglich wirken im Setting Hochschule gesundheitsfördernde wie gesundheitsgefährdende Faktoren und beeinflussen gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, Gesundheitsressourcen, Gesundheitszustand und Befinden von Studierenden. In der Vergangenheit thematisierten und identifizierten diverse Studien spezifische Belastungen und daraus resultierende Beschwerden, denen die ehemals als überdurchschnittlich gesund erachtete Bevölkerungsgruppe der Studierenden ausgesetzt ist (Sonntag et al. 2000; Rückert 2006; Krämer et al. 1997; Weissinger 1996).

Bestimmte Faktoren wie Anonymität und Leistungs- und Erwartungsdruck nehmen aufgrund der veränderten Studienbedingungen im Zuge des Bologna-Prozesses sukzessiv zu und führen mitunter zu starken Konkurrenzsituationen zwischen den Studierenden (Gastorf & Neukirchen 2000). Knapp ein Drittel der Studierenden bemängelt die Anonymität an der Hochschule und im Studium, ebenso viele klagen über psychosoziale Beschwerden (Meier et al. 2007; Möllenbeck, im Druck). Auch andere studienspezifische Belastungsfaktoren wie körperliche Inaktivität, finanzielle Probleme, Prüfungsdruck, Versagens- und Zukunftsängste sowie Alltagsbelastungen (daily hassles) können zu physischen und psychischen Spannungen und Stressreaktionen führen, die sich auf Dauer gesundheitlich

negativ in Form unterschiedlicher Beschwerde- und Missbefindenszustände manifestieren können (Pahmeier et al. 2006; Möllenbeck 2011).

Eine der wichtigsten Ressourcen im Studium stellt – neben regelmäßiger körperlicher Aktivität – ein guter sozialer Kontakt zu Kommilitoninnen oder Kommilitonen und Dozentinnen oder Dozenten dar (Brunner & Bachmann 1999). Vor dem Hintergrund der mit dem Studienbeginn in Verbindung stehenden sukzessiven Ablösung der Studierenden vom Elternhaus und einem u. a. daraus resultierenden Bedürfnis nach Integration, Orientierung und Informationen, erfährt diese Ressource im Studium eine besondere Relevanz. Dabei sind insbesondere oberflächlich-alltägliche Kontakte für eine erfolgreiche soziale Integration der Studierenden relevant (Bachmann et al. 1999).

Im vorliegenden Artikel werden nun die spezifischen Belastungen und gesundheitsrelevanten Ressourcen von Studierenden sowie potentielle institutionelle Belastungen im Hochschulkontext in den Mittelpunkt gestellt und so mögliche Ansatzpunkte für weitere Forschungsbemühungen im Setting Hochschule sowie gezielter ressourcenorientierter Interventionen im Bereich der Gesundheit von Studierenden aufgezeigt. Dabei wird unter anderem auf die Ergebnisse einer Studie an der Universität Göttingen (Möllenbeck 2011) sowie der Technischen Universität Braunschweig (Möllenbeck, im Druck) zurückgegriffen.

2 Das Studium als Lebensphase – Belastungen und Risiken

Entwicklungspsychologische Konzepte gehen davon aus, dass Studierende mit spezifischen Entwicklungsaufgaben konfrontiert werden, die im Zuge der biographischen Übergangsphase zwischen Jugendalter und Erwachsenenstatus zu bewältigen sind. Die überwiegende Mehrheit der Studierenden befindet sich in einer Lebensphase, die sich aus entwicklungspsychologischer Perspektive durch einige Besonderheiten auszeichnet. So stellt der Studienbeginn in vielen Fällen mit dem Übergang vom Schüler zum Studierenden und im Verlauf des Studiums zum jungen Erwachsenen eine Übergangs- oder Transitionsphase und somit einen entscheidenden Lebenschnitt dar. Mit dem Auszug bei den Eltern, dem Wechsel des Wohnortes und dem Verlassen des Freundes- und Bekanntenkreises gehen diverse Veränderungen einher (vgl. z. B. Stock & Krämer 2000: 127; Sonntag, Koplip & Knoch 2000: 40).

Unter Bezug auf das entwicklungspsychologische Konzept von Havighurst (1972) müssen Studierende demzufolge spezifische Entwicklungsaufgaben, wie die Loslösung vom Elternhaus, aber auch die Entwicklung eines internalisierten moralischen Bewusstseins und den Aufbau von dauerhaften und strapazierfähigen sozialen Beziehungen zu Altersgenossen bewältigen. Viele Studierende müssen neue soziale Beziehungen aufbauen, sich zum ersten Mal in ihrem Leben alleine versorgen und dabei vielfach finanzielle Einschränkungen bewältigen. Auch die fachlichen Anforderungen an der Hochschule sowie die gesamte Institution sind unge-

wohnt und erfordern Anpassung. Darüber hinaus sind studentische Entwicklungen heute durch Individualisierungsprozesse geprägt, der Prozess des Erwachsenwerdens mithin vermehrt durch Inkonsistenzen und Brüche charakterisiert, die im Sinne einer individuellen Bewältigungsstrategie in die eigene Biographie integriert werden müssen. Bei Ferchhoff (1999: 69) wird eine solche Jugendphase als Phase der psychosozialen Neuorientierung skizziert, da sie die Möglichkeit bietet, unter dem Schutz der institutionellen Einbettung mit Identitätsfolien zu experimentieren und soziale Beziehung jenseits tradierter Netzwerke aufzubauen. Siegrist (2003: 142) bezeichnet die Phase der (späten) Adoleszenz aufgrund der großen Veränderungen der Identität, des Selbstwertgefühls und des hohen Konfliktpotentials als „besonders vulnerable Phase“. Zudem sieht Hornung (1999: 13) Studierende in einer Phase der Widersprüchlichkeiten, da sie auf der einen Seite mündige Bürger sind, von denen die Hochschulen „ein erhöhtes Maß an Selbstverantwortung und Eigeninitiative des Lernens“ erwarten, sie auf der anderen Seite jedoch ökonomisch von Eltern, BAföG und eigenem Zuverdienst abhängig sind (vgl. Fallner 2006: 53; vgl. Isserstedt et al. 2007: 181).

Die Lebenswelt von Studierenden ist also durch Ambivalenz und Konflikte gekennzeichnet: Auf der einen Seite wird Studierenden durch die Verlängerung der institutionellen Bildungsphase ein gesellschaftlicher Verantwortungsaufschub gewährt, auf der anderen Seite sind sie gezwungen, ihre gesellschaftliche Rolle als Erwachsene zu finden und zu definieren (Vascovics 1997). Es ist eine Periode, die durch „(...) selektives Gewährenlassen seitens der Gesellschaft und durch provokative Verspieltheit seitens der Jugend gekennzeichnet ist (...)“ (Erikson 1988: 152).

Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive sind derartige Übergangsphasen, wie die vom Schüler zum Studierenden, durch bedeutsame biologische, soziale und psychische Veränderungen und Belastungssituationen charakterisiert. Insbesondere kumulierte und anhaltende Belastungen wie chronische Rollen- und Identitätskonflikte stellen – der Entwicklungspsychologie folgend – Risikofaktoren für die Ausbildung psychischer und physischer Einzelsymptome und Störungen dar (Seiffge-Krenke 1996). Es ist insofern wenig verwunderlich, dass dem Studium als Lebensphase aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive ein potenzieller Krisencharakter zugesprochen wird (ebd.). Darüber hinaus können auch individuelle Determinanten wie z. B. die familiäre oder die finanzielle Situation, aber auch eine mögliche Schwangerschaft und die Rolle als Mutter oder Vater den Gesundheitszustand beeinflussen (vgl. Isserstedt et al. 2004: 11; 21).

Zahlreiche Studien geben Hinweise darauf, dass sich diese psychosozialen Anforderungen auch empirisch nachweisen lassen. Vaez et al. (2004) stellten in ihrer Studie an knapp 3000 jungen Erwachsenen aus Schweden fest, dass die selbstberichtete Gesundheit und subjektive Lebensqualität von Studierenden im ersten Semester signifikant schlechter als die von nicht-studierenden Personen gleichen Alters ist (vgl. ebd.: 227). Als Ursache werden die Lebens- und Studienbedingungen, die finanzielle Lage, Karriereplanung sowie persönliche und soziale Lebensaspekte vermutet (vgl. ebd.: 228f.). Im Vergleich zu Gleichaltrigen, die bereits im

Erwerbsleben stehen, erfahren Studierende weniger soziale Unterstützung und eine geringere Kontrolle durch strukturierte Sozialsysteme wie Familien. Gleichzeitig klagen sie häufiger über depressive Beschwerden und haben eine im Vergleich höhere Prävalenz für psychosomatische Erkrankungen (vgl. Hahne et al. 1999). Auch ist der als riskant einzustufende Substanzkonsum bei Studierenden im Vergleich zu nicht-studierenden Gleichaltrigen erhöht, was auf die besonderen Entwicklungsanforderungen des Studiums zurückgeführt wird (vgl. Pauly & Klein 2012).

3 Institutionelle Belastungen

In der Folge werden entwicklungspsychologische Faktoren, wie beispielsweise die zuvor dargelegten, loslösungsbedingten Entwicklungs herausforderungen, ausgeblendet und eine Fokussierung auf studienspezifische, institutionelle Aspekte, Bedingungen und Anforderungen, die im Setting Hochschule gesundheitsförderlich oder belastend wirken können, vorgenommen.

Bereits seit der Bildungsexpansion in den 1960er Jahren wird die Anonymität, insbesondere an Universitäten, als spezifische Belastungssituation von Studierenden beschrieben. Es wird diesbezüglich davon ausgegangen, dass die fehlende Strukturierung der Studienbedingungen, die fehlende Nähe zu Dozentinnen und Dozenten sowie die traditionelle Ausrichtung von Lehrveranstaltungen latente Prozesse der Isolation provoziert und soziale Unterstützungsprozesse erschwert (vgl. im Überblick Ackermann & Schumann 2010). Im Bielefelder Gesundheits-survey 2007 bemängeln 31 % der Studierenden Anonymität an der Hochschule (vgl. Meier, Milz & Krämer 2007). Darüber hinaus stellt die traditionell stark kognitive Orientierung und Ausrichtung der Institution Hochschule eine potenzielle Gesundheitsgefährdung dar: Die für das Studium charakteristische, einseitige und lang andauernde Schreibtischarbeit und die damit verbundene körperliche Inaktivität beinhaltet ein nicht zu unterschätzendes Gefährdungspotenzial für die Augen, den Rücken, das gesamte Muskel-Skelett- sowie das Herz-Kreislaufsystem (vgl. Brunner & Bachmann 1999). Moderne Kommunikations- und Informationssysteme tragen dazu bei, dass die körperliche Aktivität mitunter auf ein Minimum beschränkt wird. Dies trifft für viele Studierende besonders in ohnehin sehr inaktiven Lern- und Prüfungsphasen zu, in denen zur Zeitersparnis auf Sport und Bewegung verzichtet wird (Möllenbeck 2011).

Ferner haben die Neu- und Umstrukturierungen im Rahmen des Bologna-Prozesses zu neuen Belastungen geführt, die aus gesundheits- und sportwissenschaftlicher Perspektive bedeutungsvoll erscheinen. Im Vergleich zur traditionellen Ausrichtung der akademischen Ausbildung, in der die Vermittlung von Fachinhalten und die Befähigung zu selbstständigem wissenschaftlichen Arbeiten im Mittelpunkt steht, rückt im neuen Studiensystem mit einer stärkeren Orientierung auf Employability der Erwerb fachunabhängiger Kompetenzen und deren berufliche,

d. h. außerakademische Verwendung ins Zentrum (Göring & Möllenbeck 2011). Obgleich eine systematische Erforschung der Konsequenzen der jüngsten hochschulpolitischen Entwicklungen noch nicht erkennbar ist, zeigen zahlreiche Studien auf, dass sich die Studiensituation in den letzten zehn Jahren massiv verändert hat. Studierende sehen sich mit erhöhten Leistungsanforderungen konfrontiert, nehmen eine stärkere Konkurrenzsituation, Zukunftsängste und – insbesondere in Prüfungsphasen – einen starken Zeitdruck wahr (im Überblick Ackermann & Schumann 2010). Huber (2008: 300) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass sich der Anteil der Pflichtveranstaltungen im neuen zweistufigen Studiensystem um ein Viertel erhöht hat und zudem eine gesteigerte inhaltliche und formale Verbindlichkeit der Lehrveranstaltungen, insbesondere durch eine hohe Prüfungslast, zu beobachten ist. Nicht der Umfang der Lehrveranstaltungen sei die bedeutendste lebensweltliche Veränderung des Bologna-Prozesses, „(...) sondern der Druck der Pflichten“ (ebd.) und die starre Festlegung von Zeitstrukturen und Inhalten des Studiums. Studierende in Bachelorstudiengängen „(...) erfahren häufiger Festlegungen als viele ihrer Kommilitoninnen und Kommilitonen, die noch traditionelle Abschlüsse wie das Diplom, den Magister oder das Staatsexamen anstreben“ (Multrus et al. 2008: 74). Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive stellen psychosoziale Anforderungen, wie Leistungsdruck, potenzielle Stressoren dar, die langfristig gesundheitlich negativ wirken können, wenn sie als belastend erlebt und langfristig nicht unterbrochen und bewältigt werden. Eine häufige Folge sind psychophysiologische Beschwerden wie Herzrasen, Kopf-, Gelenk-, Glieder-, Kreuz-, Bauch- und Magenschmerzen sowie Müdigkeits-, Mattigkeits- und Erschöpfungszustände, die erhebliche Konsequenzen auf das tägliche Leben, die Leistungsfähigkeit, das Befinden und die Lebensqualität haben können (vgl. Pahmeier et al. 2006: 431)¹. Die hohe Prävalenz sogenannter psychosomatischer Beschwerden konnte in einer Studie für Göttinger Studierende gezeigt werden (Möllenbeck 2011):

¹ Nach Antonovsky (1979; 1987) und dem Konzept der Salutogenese sind Stressoren jedoch nicht grundsätzlich krankmachend, sondern haben als Reize sogar positive Wirkungen, sofern sie bewältigt werden können. Antonovsky betrachtet Stressoren als spannungsinduzierende Stimuli, die nicht zwangsläufig Stress herbeiführen (vgl. Bengel et al. 2001: 20). Erst die individuelle Bewertung lässt sie gegebenenfalls zu Stressoren werden. Stimuli führen zunächst einen Spannungszustand herbei, das Gleichgewicht des Organismus wird gestört und muss durch eine Handlung und den Einsatz von Ressourcen wiederhergestellt werden. Gelingt dies, so entsteht eine gesunderhaltende oder gesundheitsförderliche Wirkung, bei Misslingen entsteht ein Stresszustand (vgl. ebd.: 33).

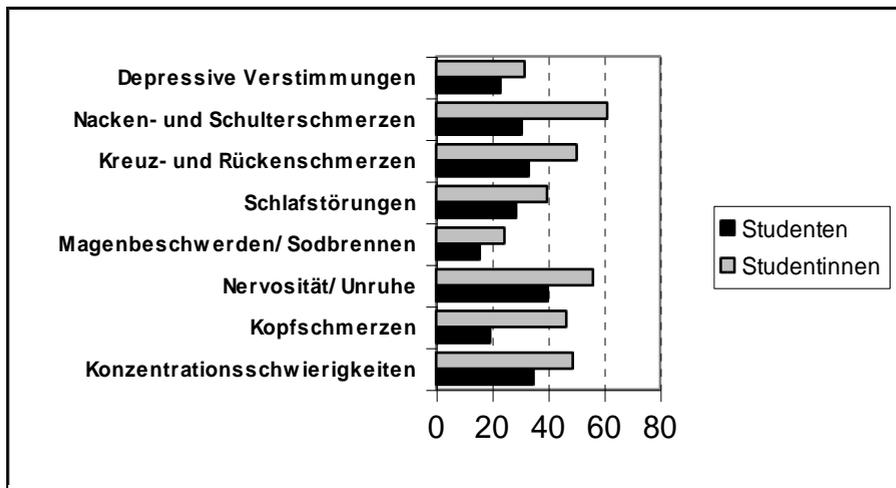


Abbildung 1: Beschwerden in den letzten 12 Monaten nach Geschlecht (Antwortkategorien eher und sehr oft); N = 3856

Sehr auffällig ist die hohe Verbreitung von Nacken- und Schulter- sowie Kreuz- und Rückenbeschwerden. Besonders Studentinnen sind mit über 50 bzw. 60 % stark betroffen, aber auch knapp ein Drittel der Studenten leidet an diesen Beschwerden. Die Ergebnisse liegen hinsichtlich der Prävalenz deutlich über den Ergebnissen der Studierenden aus NRW (vgl. Meier, Milz & Krämer 2007). Auch die Verbreitung von depressiven Verstimmungen ist bemerkenswert. Auch hier waren die Werte beim Gesundheitssurvey für Studierende in NRW mit 13 % bei Studenten und 20 % bei Studentinnen deutlich geringer. Auf erhebliche psychosoziale Belastungen deutet des Weiteren die starke Verbreitung von Konzentrationsschwierigkeiten sowie Kopfschmerzen hin. Noch höhere Werte wurden in einer aktuellen Untersuchung für Studierende der Technischen Universität Braunschweig im Jahr 2014 festgestellt (Möllenbeck, im Druck).

Neben den zuvor erläuterten studiumsinnlichen Belastungen, wie Leistungsdruck oder körperliche Inaktivität in Lernphasen, gibt es auch Belastungsfaktoren, die eher auf baulich-struktureller Ebene zu verorten sind, aber auch mit studienorganisatorischen Faktoren zusammenhängen. Nach Stock, Meier und Krämer (2000: 8) stellen die architektonischen Bedingungen einer Massenuniversität ein gesundheitliches Problemfeld dar. In den Untersuchungen von Stock & Krämer (2000: 129f.) zu psychosozialen Belastungen und psychosomatischen Beschwerden bei Studierenden gaben 50 % der Studierenden fehlende Rückzugsmöglichkeiten in der Uni, Hektik bzw. Zeitstress und Lärm und 40 % der Studierenden Reizüberflutung bzw. Kommunikationsstress als belastende Faktoren an, die das Wohlbefinden negativ beeinflussen. Im Bielefelder Gesundheitssurvey 2007 wurden diese Stressoren ebenfalls benannt (vgl. Meier, Milz & Krämer 2007). Ungefähr die Hälfte der Studentinnen und 40 % der Studenten sehen ihr Wohlbefinden durch Zeitstress und Hektik, fehlende Rückzugsmöglichkeiten im Hochschulge-

bäude, unfreundliche Gebäudegestaltung und fehlenden Praxisbezug im Studium negativ beeinflusst. Große Hörsäle können zu gesundheitlichen Beschwerden wie Kopfschmerzen, Stresssymptomen, Rückenschmerzen oder Schlafstörungen führen (vgl. Gastorf & Neukirchen 2000: 92). Nicht nur die unergonomische Bestuhlung, sondern auch die Raumbelüftung ist problematisch, die Verbreitung von Grippeerkrankungen wird gefördert. Bei Brunner und Bachmann (1999) zeigte sich jedoch, dass Studierende hinsichtlich wahrgenommener Belastungen keine homogene Gruppe sind, sondern je nach Fach, Hochschulart und Geschlecht unterschiedliche Belastungen wahrnehmen. Dies zeigte auch eine qualitative Interviewstudie Göttinger Studierender (Möllenbeck 2011). Die Wahrnehmung von baulichen Faktoren als Belastung ist interindividuell sehr unterschiedlich. Nach Binder und Metz (2001) gibt es weitere, studienimmanente Belastungen wie Selbstmanagement, Zugang zu Seminaren, Literaturbeschaffung, Doppelbelastung durch Studium und Nebenjob oder unzureichende Wohnverhältnisse. Diese Faktoren stellen jedoch für den Großteil der Studierenden keine bedeutsame Belastung dar.

Stock und Krämer (2000) stellten fest, dass Frauen sich von den oben genannten studienbedingten Stressoren signifikant stärker beeinträchtigt fühlen als Männer. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen auch Bachmann et al. (1999: 88f.). Sie stellten Geschlechtsunterschiede bezüglich des psychischen und physischen Wohlbefindens Studierender fest. Die Ergebnisse eigener Untersuchungen zeigen, dass es keine oder nur geringe Unterschiede zwischen Studentinnen und Studenten hinsichtlich des Gesundheitszustands, jedoch erhebliche Unterschiede bezüglich der Beschwerdewahrnehmung gibt. Frauen nehmen deutlich mehr psychosomatische Beschwerden wahr als Männer. Zugleich gibt es keine oder nur geringe geschlechtsspezifische Unterschiede in Bezug auf die Ausprägung der erhobenen gesundheitlichen Ressourcen. Studentinnen haben ein geringfügig niedrigeres habituelles Befinden, einen etwas niedrigeren Fitnesszustand, eine etwas geringere Zufriedenheit mit ihrem Körper und ein insgesamt etwas negativeres habituelles Befinden. Auf der anderen Seite nehmen sie etwas mehr soziale Unterstützung wahr und weisen ein positiveres Gesundheitsverhalten auf. Ein großer Unterschied besteht allerdings in Bezug auf die Sportausübung: Zwar sind Studierende insgesamt zu wenig aktiv – über ein Drittel treibt keinen Sport – jedoch sind Studentinnen deutlich inaktiver als Studenten. Nur knapp 17 % der Studentinnen treibt mehr als 90 Minuten wöchentlich Sport, circa ein Viertel hört mit Studienbeginn mit dem Sport auf (im Überblick Möllenbeck & Göring 2014).

4 Ressourcen

Zur gezielten Gesundheitsförderung werden gesundheitsbezogene Daten benötigt, die in den USA, Kanada und Australien bereits seit geraumer Zeit erhoben werden und Gegenstand wissenschaftlicher Forschung sind (vgl. Maxwell & Krämer 2006).

Schon im 19. Jahrhundert wurde die American College Health Association gegründet, die seitdem das Ziel der Gesundheitsförderung bei Studierenden verfolgt (vgl. Turner & Hurley 2002). Neben der Formulierung relevanter Gesundheitsziele werden seit 1998 auf nationaler Ebene im Rahmen des National College Health Assessment Daten zum Gesundheitszustand Studierender erhoben und Gesundheitsberichte erstellt, die u. a. der Durchführung gezielter Gesundheitsförderungsmaßnahmen dienen (vgl. Maxwell & Krämer 2006: 194). Eine solche systematische Datenerfassung gibt es in Deutschland bislang nach wie vor nicht. Bezüglich der gesundheitsrelevanten Bedingungen im Setting Hochschule gilt es zu klären, wie Gesundheit hergestellt und aufrechterhalten wird (vgl. Gräser 2003: 32) und welche Ressourcen zum Erhalt bzw. der Förderung von Gesundheit im Studium beitragen (vgl. Gusy 2006: 94; vgl. Möllenbeck 2011; Möllenbeck, im Druck).

Die wichtigste Ressource im Studium stellt nach Brunner und Bachmann (1999: 98) ein guter sozialer Kontakt zu den Kommilitoninnen und Kommilitonen dar (siehe auch Binder & Metz 2001). Der soziale Kontakt ist im Studium umso wichtiger, da – wie zuvor beschrieben – viele Studierende auf ihren alten Freundeskreis vor Ort nicht mehr zurückgreifen können, jedoch durch die neue Situation ein starkes Bedürfnis nach Integration, Orientierung und Informationen haben (ebd.: 106). Studien belegen, dass bei psychosozialen Problemen, Krisen und Konflikten nur äußerst selten professionelle Beraterinnen und Berater oder Beratungsstellen aufgesucht werden (vgl. z. B. Cowen 1982: 394). Ein hoher Prozentsatz von Problemen wird vielmehr durch alltägliche Helferinnen und Helfer, wie Freundinnen und Freunde und Verwandte, aber auch Nachbarinnen und Nachbarn, Bekannte und Kolleginnen und Kollegen aufgearbeitet und bewältigt. Psychosoziale Beratungsangebote hingegen werden an der Hochschule nur von einer beschränkten Zahl Studierender oder häufig erst dann aufgesucht, wenn kleinere Probleme sich zu Krisen verschärft haben (vgl. Bamler & Jakob 2002: 56). In zwei ähnlich angelegten Studien wurde überprüft, welche sozialen Ressourcen sich Studierende im Sport bieten (Möllenbeck 2011; Möllenbeck, im Druck). Es zeigt sich, dass besonders jüngere Studierende im Sportbereich soziale Unterstützungspotenziale für die Integration in das Hochschulsetting finden (soziale Unterstützung im Sport). Eine gezielte Sportausübung in belastenden Situationen (Sport zur Belastungsbewältigung, also dem Abbau eines Spannungszustands) stellt sowohl für unregelmäßig als auch regelmäßig sportlich Aktive eine wichtige Ressource dar. Je mehr Sport getrieben wird, desto stärker sind diese Ressourcen ausgeprägt (soziale Unterstützung im Sport) bzw. desto stärker werden sie genutzt (zur Belastungsbewältigung). Frauen setzen dieses positive Bewältigungsverhalten wiederum etwas häufiger ein als Männer.

Auch die Qualität der Lehrveranstaltungen, das Vorhandensein einer Beziehung, eine zufriedenstellende Wohnsituation, guter Kontakt zu den Eltern und hohe Selbstwirksamkeitserwartungen (vor allem zum Ende des Studiums hin) stellen wichtige Ressourcen dar. Dies gilt auch für eine gute Regenerationsfähigkeit (vgl. Faltermaier 2005: 271). Dabei sind das Gesundheitsverhalten und damit das

Aktivitätsverhalten und die Fitness sehr relevante Aspekte (vgl. z. B. Franzkowiak 2000: 75; Weissinger 1996: 174ff.). Auch dies konnte bestätigt werden: Der bei Göttinger Studierenden erhobene Fitnesszustand weist einen Zusammenhang mit allen erhobenen Gesundheitsparametern auf. Je besser der Fitnesszustand der Probanden, desto besser stellen sich der physische sowie der psychische Gesundheitszustand dar, auch wenn der Zusammenhang mit der physischen Gesundheit größer ist. So ist die Fitness der wichtigste Faktor zur Einschätzung der globalen und aktuellen Gesundheit. Diese Ergebnisse stimmen mit den Ergebnissen von Woll (1996) oder Opper (1998) zur Bedeutung der physischen Fitness für verschiedene Gesundheitsparameter überein. Lediglich bezüglich der Lebenszufriedenheit, die das Befinden beeinflusst, zeigt sich die hohe Relevanz der Ressource soziale Unterstützung (vgl. Möllenbeck 2011).

Trotz dieser Ergebnisse ist der Forschungsstand zum Thema Sport und Gesundheit uneinheitlich. Während in der Bevölkerung die Annahme eines generellen Zusammenhangs zwischen Sport und Gesundheit weit verbreitet ist, ist dieser aus sportwissenschaftlicher Sicht deutlich differenzierter zu bewerten. Es scheint keine generellen Zusammenhänge zwischen sportlicher Aktivität und Gesundheit, jedoch Zusammenhänge zwischen sportlicher Aktivität und spezifischen Gesundheitsparametern zu geben. Nachgewiesen sind positive Einflüsse der Aktivität auf die körperliche Fitness, das aktuelle und zum Teil auf das habituelle Wohlbefinden. Sport erhöht den physischen Selbstwert und verschiedene Dimensionen des physischen Selbstkonzepts. Tendenziell scheint die Sportausübung weitere gesundheitsrelevante Verhaltensweisen positiv zu beeinflussen. Es ist wahrscheinlich, dass Sportlerinnen und Sportler beim Sport Kontakte knüpfen und dort Potentiale zur sozialen Unterstützung finden können. Eine Stärkung des Kohärenzgefühls (sense of coherence – SOC) z. B. durch Selbstwirksamkeitserleben und das Sammeln bestimmter Erfahrungen kann vermutet werden. Das Kohärenzgefühl nach Antonovsky stellt eine kognitive sowie affektiv-motivationale Grundhaltung des Individuums gegenüber der Welt und dem eigenen Leben dar, eine „global orientation“ (Antonovsky 1979: 10). Kohärenz bedeutet soviel wie Stimmigkeit oder Zusammenhang. „Je stärker das Kohärenzgefühl einer Person ist, desto erfolgreicher wird sie die unausweichlichen kontinuierlichen und der menschlichen Existenz innewohnenden Stressoren bewältigen können“, (Antonovsky 1987, zit. nach Nicolay 1999: 11ff.), desto gesünder sollte eine Person sein bzw. desto schneller sollte sie gesund werden und bleiben. Das SOC wird von Lebensereignissen (Erziehungsstil, soziale Beziehungen, alltägliche Betätigungen etc.) und Erlebnissen (z. B. existentielle Lebensereignisse) geformt (im Überblick Krause & Lorenz 2009) und durch die Erfahrung von Konsistenz oder Inkonsistenz, dem Erleben ausgewogener Belastungen sowie durch die Erfahrung beeinflusst, auf die Gestaltung von Situationen Einwirken zu haben. Hier zeigt sich eine große Ähnlichkeit zu Piagets Prinzipien der Assimilation und Akkommodation (Piaget 1969), also einer Veränderung und Beeinflussung der inneren Einstellung durch äußere Einflüsse (vgl. Bengel et al. 2001: 31). Die Ausprägung von Widerstandsressourcen hat großen

Einfluss auf die Ausprägung des SOC, denn Ressourcen ermöglichen erst, dass konsistente Erfahrungen gemacht und ausgewogene Belastungen und Einflussmöglichkeiten erlebt werden können, zum Beispiel im Bereich des Sports.

In der Göttinger Studie konnte eine protektive Wirkung für das SOC und die soziale Unterstützung hinsichtlich der Lebenszufriedenheit festgestellt werden. Selbst bei hoher Stressbelastung weisen Personen mit einem hohen SOC und einer hohen sozialen Unterstützung eine Lebenszufriedenheit auf, die im Bereich des Skalenmittelwerts von 21,64 liegt. Regressionsanalytisch konnten signifikante Interaktionseffekte zwischen dem SOC und der sozialen Unterstützung bezüglich der Stresswahrnehmung festgestellt werden, welche die Lebenszufriedenheit schützen: SOC und soziale Unterstützung puffern die negativen Stresswirkungen ab und erhalten so die Lebenszufriedenheit. Des Weiteren konnte eine signifikante Interaktion zwischen der sozialen Unterstützung und der habituellen Gesundheit festgestellt werden. Die soziale Unterstützung schützt die habituelle Gesundheit bei Stressbelastung.

Regelmäßige Sportausübung kann auch psychosoziale und biochemische Stressoren, körperliche Schwächen und Risikofaktoren vermindern (vgl. z. B. Brehm 1997: 15; Kraus 1987; Bös, Wydra & Karisch 1992). Die Effekte zeigen sich u. a. im geringeren Beschwerdeerleben von Sportlerinnen und Sportlern, sie müssen sich jedoch nicht in jedem Fall einstellen. Der Zusammenhang von Sport und Gesundheit wird moderiert von den jeweiligen personalen, situativen und sozialen Bedingungen. Diese sind Personenmerkmale, das Setting oder der Aktivitätskontext, das Ausmaß der sportlichen Aktivität, sowie das gemessene Gesundheitsmaß (vgl. Tittlbach et al. 2005: 891). Auch wenn bei Neueinsteigern schon nach wenigen Wochen bestimmte gesundheitliche Effekte der Aktivität nachgewiesen werden können, muss diese über einen längeren Zeitraum ausgeübt werden, damit gesundheitliche Effekte sicher nachweisbar sind. Fehlende Zusammenhänge ergeben sich häufig auch daraus, dass unterschiedliche Konstrukte gemessen werden und so Vergleiche kaum möglich sind. So stellt Allmer (2006: 423) fest, dass die inkonsistente Befundlage zu den Wirkungen sportlicher Aktivität auf die psychische Gesundheit häufig mit untersuchungsmethodischen oder organisatorischen Mängeln begründet wird. Er bemerkt allerdings, dass in diesem Kontext die Unzulänglichkeiten von Hypothesen nur selten benannt werden. Sowohl die Monokausalitätshypothese, dass nur die sportliche Aktivität zu (psychischer) Gesundheit führt als auch die Unspezifitätshypothese, dass jegliche sportliche Aktivität die (psychische) Gesundheit stärkt, greifen zu kurz. Es muss also der Frage nachgegangen werden, welche Bewegungsaktivitäten unter welchen Bedingungen welche Wirkungen auf die (psychische) Gesundheit haben (vgl. Tittlbach et al. 2005: 891).

5 Diskussion und Fazit

Für Studierende bestehen entwicklungsbedingte sowie hochschulspezifische institutionelle Belastungsfaktoren, die in Kombination mit länger anhaltendem Leistungsdruck, Zukunftsängsten oder Ressourcendefiziten physische und psychische Spannungszustände und Stressreaktionen hervorrufen und sich auf Dauer gesundheitlich negativ in Form unterschiedlicher Beschwerde- und Missbefindenszustände manifestieren können. Studentinnen nehmen diese Beschwerden signifikant stärker wahr als Studenten.

In eigenen Studien mit Göttinger und Braunschweiger Studierenden konnte belegt werden, dass der Sport im Setting Hochschule eine bedeutende Ressource zur Gesundheitsförderung an Hochschulen darstellt. Die regelmäßige Ausübung sportlicher Aktivitäten bietet vielfältige Möglichkeiten zum Erhalt, zur Verbesserung und Wiederherstellung von Gesundheit, zur Stärkung von physischen und psychosozialen Gesundheitsressourcen wie Fitnesszustand, soziale Unterstützung oder Wohlbefinden sowie zur (gezielten) Bewältigung von Spannungszuständen, Beschwerden und Missbefinden. Besonders jüngere Studierende erfahren hier Unterstützungspotenziale mit der Möglichkeit, soziale Kontakte und Freundschaften zu knüpfen und sich so in die Lebenswelt der Hochschule zu integrieren. Das Kohärenzgefühl und die Wahrnehmung sozialer Unterstützung puffern die negativen Stresswirkungen ab und erhalten so die Lebens- und Studienzufriedenheit. Das Erleben von sozialer Unterstützung schützt die habituelle Gesundheit auch bei Stressbelastung. In diesem Kontext wurde erwartungsgemäß festgestellt, dass die individuelle Motivlage zum Sporttreiben (z. B. Fitness, Entspannung, Aussehen, Kontakte knüpfen etc.) sowie die Sportart bzw. die Organisationsform (beispielsweise alleine, im Hochschulsport oder im Verein) einen maßgeblichen Einfluss darauf haben, ob diese gesundheitsfördernden Potenziale des Hochschulsports auch genutzt werden. Je stärker die ausgeübte Sportaktivität soziale Interaktionen erfordert, desto stärker wird der Sport auch mit seinen Unterstützungspotenzialen wahrgenommen.

Unter Berücksichtigung der vorliegenden Ergebnisse sollten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung im Setting Hochschule die Sportausübung zukünftig stärker berücksichtigen und institutionelle Rahmenbedingungen hervorbringen, die das Sporttreiben von Studierenden im Kontext der Hochschulen fördern. Da der Hochschulsport in Deutschland keine einheitliche Angebotsstruktur an den einzelnen Standorten aufweist, gilt es zukünftig, das Hochschulsportangebot insbesondere an jenen Standorten auszubauen, an denen bis dato wenige Aktivitäten angeboten werden. Auf der Ebene der curricularen Ausrichtung der Studiengänge sollten den Studierenden ausreichende Freiräume zur Ausübung von Sport- und Bewegungsangeboten eingeräumt werden. Gleichsam sollten die durch den Hochschulsport organisierten Sportangebote ausreichend Raum für soziale Interaktionsprozesse ermöglichen, um die Potenziale des Sporttreibens zur Förderung der sozialen Unterstützung zu nutzen. Jenseits des präventiv orientierten Gesundheitssports

würde dies vorzugsweise bedeuten, spezifische und vor allem flexible Sportangebote für Studierende zu entwickeln, die sowohl den allgemeinen studentischen Interessen und Bedürfnissen entsprechen als auch den charakteristischen Ansprüchen der Studierenden in unterschiedlichen Studienabschnitten wie beispielsweise Studienbeginn oder Prüfungsphasen gerecht werden. Eine Unterbrechung lang anhaltender sitzender Phasen in Vorlesungen oder Bibliotheken könnte durch organisierte Bewegungspausen erfolgen, die beispielsweise der Allgemeine Deutsche Hochschulsportverband (adh) für Hochschulmitarbeiterinnen und -mitarbeiter bereits organisiert. So könnte eine große Zahl Studierender – vor allem Nichtsportlerinnen und -sportler – direkt erreicht und die Bewältigungs- und ressourcenstärkenden Potenziale der Aktivität direkt erlebt werden.

Literatur

- Ackermann, E. & Schumann, W. (2010): Die Uni ist kein Ponyhof. Zur psychosozialen Situation von Studierenden. In: Prävention und Gesundheitsförderung, 5(3). 231–237.
- Allmer, H. (2006): Psychische Probleme. In: Bös, K., Brehm, W. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitssport. Hofmann, Schorndorf, S. 416–426.
- Antonovsky, A. (1979): Health, Stress and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-Being. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987): Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bachmann, N. / Berta, D. / Eggli, P. / Hornung, P. (1999): Macht Studieren krank? Die Bedeutung von Belastung und Ressourcen für die Gesundheit der Studierenden. Huber, Bern.
- Bamler V., Jakob, D. (2002). Förderung alltäglicher und informeller Hilferessourcen im System Hochschule – Alltägliche Helferinnen und Helfer an der Technischen Universität Dresden. In: Nestmann, F. Und Projektgruppe DNS (Hrsg.). Beratung als Ressourcenförderung. Präventive Studentenberatung im Dresdner Netzwerk Studienbegleitender Hilfen (DNS). Weinheim: Juventa, S. 54–81.
- Bargel ,T. / Multrus, F. / Ramm, M. (1996): Studium und Studierende in den 90er Jahren. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie, Bonn.
- Bengel, J. / Strittmatter, R. / Willmann, H. (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Erweiterte Neuaufl. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA).

- Binder, K. & Metz, A.-M. (2001): Von der betrieblichen Gesundheitsförderung zur gesundheitsfördernden Hochschule. Belschner, W., Gräser, S. (Hrsg.): Leitbild Gesundheit als Standortvorteil. Beiträge zur Gesundheitsfördernden Universität. Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg, S. 87–96.
- Bös, K. / Wydra, G. / Karisch (1992): Gesundheitsförderung durch Bewegung, Spiel und Sport. Ziele und Methoden des Gesundheitssports in der Klinik. Erlangen.
- Brehm, W. (1997): „Gesund sein“ und „gesund verhalten“. Qualitäten und Konzepte einer Gesundheitsförderung durch sportliche Aktivierung. In H. Ilg (Hrsg.), Gesundheitsförderung. Konzepte, Erfahrungen, Ergebnisse aus sportpädagogischer Sicht (S.10–20). bps-Verlag: Köln.
- Brunner, S. & Bachmann, N. (1999): Psychische und physische Gesundheit im Verlauf des Studiums, In: Bachmann, N., Berta, D., Egli, P., Hornung, P. (Hrsg) Macht Studieren krank? Die Bedeutung von Belastung und Ressourcen für die Gesundheit der Studierenden. Huber, Bern, S. 77–92.
- Cowen, Emory L. (1982): Help is where you find it: Four informal helping groups. In: American Psychologist, Vol 37(4), Apr 1982, 385–395.
- Erikson, E. (1988): Jugend und Krise. Die Psychodynamik im sozialen Wandel. Stuttgart.
- Faller, G. (2006). In: Faller, G. & Schnabel, P.-E. (Hrsg.): Wege zur gesunden Hochschule. Berlin, S. 35–56.
- Faltermaier, T. (2005): Gesundheitspsychologie. Grundriss der Psychologie, Band 21. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ferchhoff, W. (1999): Jugend an der Wende vom 20. zum 21. Jahrhundert. Lebensformen und Lebensstile (2. Auflage). Opladen: Leske + Budrich.
- Franzkowiak, P. (2000): Gesundheitsberichterstattung im Setting Hochschule, in: Sonntag, U. et al.: Gesundheitsfördernde Hochschulen, Juventa, München 2000, S. 71–79.
- Gastorf, H. & Neukirchen, G. (2000): Gesundheit im Hochschulalltag aus studentischer Perspektive. In: Sonntag, U., Gräser, S., Stock, C., Kramer, A. (Hrsg) Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele. Juventa, Weinheim, München, S. 90–102.
- Göring, A. & Möllenbeck, D. (2011): Sport in Zeiten von Bologna. Über den institutionellen Wandel des Hochschulwesens und deren Folgen für den studentischen Sport. Sport und Gesellschaft – Sports and Society, Lucius Verlag. Heft 3, S. 232–258.
- Gusy, B. (2006): Bestandsaufnahme und Entwicklungsperspektiven der Gesundheitsberichterstattung am Beispiel von Studierenden. In G. Faller & P.-E. Schnabel (Hrsg.), Wege zur gesunden Hochschule (S. 83–94). Berlin.

- Hahne, R. / Lohmann, R. / Krzyszycha, K. / Österreich, S. / App, A. (1999): Studium und psychische Probleme: Sonderauswertung zur 15. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks. Bonn.
- Havighurst, R. (1972): *Development task and education*. New York: MacKay.
- Hornung, R. (1999): *Leben an der Hochschule: eine Einführung in den Problem- und Forschungsbereich*. In: N. Bachmann, D. Berta, P. Eggli & R. Hornung, *Macht Studieren krank? Die Bedeutung von Belastung und Ressourcen für die Gesundheit der Studierenden*. Bern.
- Huber, L. (2008): *Wie studiert man in Bologna? Vorüberlegungen für eine notwendige Untersuchung*. In Kehn, B. & Teichler, U. (Hrsg.): *Hochschule im Wandel*. 295–308. Frankfurt/ Main: Campus Verlag.
- Isserstedt, W. / Middendorf, E. / Weber, S. / Schnitzer, K. / Wolter, A. (2004): *Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2003*. 17. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt durch HIS Hochschul-Informationssystem. Herausgegeben vom Bundesministerium für Bildung und Forschung. Bonn, Berlin.
- Isserstedt, W. / Middendorf, E. / Fabian, G. / Wolter, A. (2007): *Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2006*. 18. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt durch HIS Hochschul-Informationssystem. Bonn, Berlin.
- Krämer, A. / Stock, C. / Allgöwer, A. (1997): *Gesundheitsförderung an der Universität: Bewegung und sportliche Aktivität bei Studierenden*. In: Schulke, H.J., Troschke, J. v., Hoffmann, A. (Hrsg.): *Gesundheitssport und Public Health*. Schriftenreihe der Deutschen Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften 7, Freiburg, S. 96–109.
- Kraus, M. F. (1987). *Sporttreiben und psychische Gesundheit*. Dissertation an der FU Berlin, Institut für Sportwissenschaft, Berlin.
- Maxwell, A. & Krämer, A. (2006): *Was können wir von Amerika lernen – Anregungen zur Gesundheitsförderung an der Hochschule*. In: Faller G, Schnabel P-E, eds. *Wege zur gesunden Hochschule : ein Leitfaden für die Praxis*. Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung, 75. Berlin: Ed. Sigma. S. 191–199.
- Meier, S. / Milz, S. / Krämer, A. (2007): *Gesundheitssurvey für Studierende in NRW*. Abschlussbericht, Bielefeld.
- Möllenbeck, D. (2011): *Gesundheitsförderung im Setting Universität: Verbreitung und Effekte sportlicher Aktivität bei Studierenden – eine salutogenetische Untersuchung*. Dissertation an der Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Göttingen. Reihe Junge Sportwissenschaft. Hofmann-Verlag, Schorndorf.

- Möllenbeck, D. & Göring, A. (2014): Sportliche Aktivität, Gesundheitsressourcen und Befinden von Studierenden: Eine Frage des Geschlechts? In: Becker, S. (Hrsg.): *Aktiv und Gesund? Interdisziplinäre Perspektiven auf den Zusammenhang zwischen Sport und Gesundheit*. S. 449–474. Springer VS, Wiesbaden 2014.
- Möllenbeck, D. (im Druck): *Sport und Gesundheit bei Studierenden der Technischen Universität Braunschweig*. Universität Braunschweig.
- Multrus, F. / Bargel, T. / Ramm, M. (2008): *Studiensituation und studentische Orientierungen*. 10. Studierendensurvey an Universität und Fachhochschulen. Bonn: BMBF.
- Nicolay, L. (1999): *Exkurs Gesundheitspsychologie*. In *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. *Cahiers de Psychologie 2* (S.11–15). Cunlux.
- Opper, E. (1998): *Sport – ein Instrument zur Gesundheitsförderung für alle? Eine empirische Untersuchung zum Zusammenhang von sportlicher Aktivität, sozialer Lage und Gesundheit*. Aachen.
- Pahmeier, I. / Tiemann, M. / Brehm, W. (2006): *Multiple Beschwerden*. In: Bös, K., Brehm, W. (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitssport*. Hofmann, Schorndorf, S. 427–440.
- Pauly, A. & Klein, M. (2012): *Cannabiskonsum im Studium*. In: *Sucht*. 58 (2). 127–135.
- Rückert, H. W. (2006): *Gestresste Bachelor: Beraten und bewegen*. *Bachelorstudium: Belastungen, Stressbewältigung, Wellness Learning*. *Hochschulsport 4*. S.14–16.
- Seiffge-Krenke, I. / Boeger, A. / Schmidt, C. / Kollmar, F. / Floß, A. / Roth, M. (1996): *Chronisch kranke Jugendliche und ihre Familien. Belastung, Bewältigung und psychosoziale Folgen*. Stuttgart.
- Siegrist, J. (2003): *Gesundheitsverhalten – psychosoziale Aspekte*. *Das Public-Health Buch*. *Gesundheit und Gesundheitswesen (2. Aufl.)* (S. 139–150). München, Jena.
- Sonntag U. / Graser S. / Stock C. / Krämer A. (Hrsg) (2000): *Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele*, Juventa, Weinheim München.
- Sonntag, U. / Kolip, P. / Knoch, D. (2000): *Frauenspezifische Aspekte einer gesundheitsfördernden Hochschule*, in: Sonntag, U.; Gräser, S., Stock, C., Krämer, A. (Hrsg.) (2000): *Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele*, Juventa Verlag, Weinheim und München, S. 37–50.
- Stock, C. & Krämer, A. (2000): *Psychosoziale Belastung und psychosomatische Beschwerden von Studierenden: Ergebnisse einer Längsschnittstudie*. In: Sonntag, U., Gräser S., Stock C., Krämer A. (Hrsg.): *Gesundheitsfördernde Hochschulen*. Juventa Verlag, Weinheim und München, S.127–138.

- Stock, C. / Meier, S. / Krämer, A. (2000): Wie nehmen Studierende ihren Arbeitsplatz wahr? Perspektiven der Gesundheitsförderung an der Hochschule; 2000: 3.
- Tittlbach, S. / Bös, K. / Woll, A. / Jekauc, D. / Dugandzic, D. (2005): Nutzen von sportlicher Aktivität im Erwachsenenalter. Eine Längsschnittstudie über 10 Jahre. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz, 48, S. 891–898.
- Turner, H.S. & Hurley, J.L. (2002): The History and Practice of College Health. Lexington, Kentucky: University Press.
- Vaez, M./ Kristenson, M. / Laflamme, L. (2004): Perceived quality of life and self-rated health among first-year university students. A comparison with Their Working Peers. Social Indicators Research, 68, 221–234.
- Vaskovics, L. (1997): Generationsbeziehungen. Junge Erwachsene und ihre Eltern. In: Liebau, E. (Hg.) (1997): Das Generationenverhältnis. Über das Zusammenleben in Familie und Gesellschaft. Weinheim und München: Juventa.
- Weissing, V. (1996): Gesundheitsförderung im Studium – Aspekte zum Wohlbefinden im Lebensraum Hochschule. Lorenz-von-Stein-Institut für Verwaltungswissenschaften an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Arbeitspapiere Nr. 40.
- Woll, A. (1996): Gesundheitsförderung in der Gemeinde. Neu-Isenburg: Lingua-Med.

Kann Sport süchtig machen? Das Gefährdungspotential von Gesundheits- und Fitnesssport auf die Entwicklung einer Sportsucht bei Studierenden

Sabrina Rudolph, Arne Göring & Katharina Pitschel

1 Einleitung

Sport und Gesundheit stehen in der öffentlichen Wahrnehmung in einem engen Zusammenhang. Neben Alltagsbewegung wird insbesondere intensiv betriebenen Sportaktivitäten ein gesundheitsförderliches Potential sowohl auf physiologischer, aber auch auf psychosozialer Ebene zugeschrieben. Als Kriterien für die gesundheitsförderliche Wirkung von Sport und Bewegung haben sich diesbezüglich so genannte Belastungsnormative wie Dauer, Umfang und Intensität der körperlichen Aktivität durchgesetzt (Woll & Bös 2004). Die Frage nach den Wirkungszusammenhängen von Sport und Bewegung werden von zahlreichen gesundheitswissenschaftlichen Forschungsarbeiten unter dem Fokus der Dosis-Wirkungs-Beziehung thematisiert (Paffenbarger et al. 1993; Blair & Conelly 1996). Es wird dabei allerdings zumeist der Frage nachgegangen, wie umfangreich bzw. intensiv die körperliche Aktivität mindestens sein muss, um positive Effekte auf z. B. gesundheitsbezogene Parameter, die Reduzierung von Risikofaktoren oder eine Verringerung von Mortalitätsraten zu erzielen. Ob es eine Obergrenze bzgl. des Umfangs und der Intensität sportlicher Aktivität in Bezug auf die gesundheitsförderlichen Wirkungen gibt, wird nur selten thematisiert (Lippke & Vögele 2006).

Der vorliegende Beitrag widmet sich deshalb der Fragestellung, inwiefern sich ein *Zuwiel* an sportlicher Betätigung negativ auf die Gesundheit auswirken kann und zwar in Form eines suchthaften Verhaltens. Bisher gibt es nur wenige – zumeist englischsprachige – Untersuchungen zur Sportsucht(-gefährdung), die vor allem im Bereich des Ausdauersportes durchgeführt wurden (Stoll & Ziemainz 2012; Ziemainz et al. 2013). Eine Erhebung zur Gefährdung von Suchtverhalten im Bereich des Fitnesssportes liegt bis dato nicht vor. Ebenso wenig wurden bisher Studierende als eine besonders suchgefährdete Gruppierung (Middendorf et al. 2012) in den wissenschaftlichen Fokus gerückt. Vor dem Hintergrund der aktuell beschriebenen Belastungssituation von Studierenden (Middendorf et al. 2012) und der Funktion, die sportliche Aktivitäten in diesem Kontext als Ausgleichsaktivität einnehmen (Göring & Möllenbeck 2010), erscheint eine solche Fragestellung als Desiderat.

Im folgenden Beitrag greifen wir diese Perspektive auf und präsentieren die Ergebnisse einer Querschnittuntersuchung mit sporttreibenden Studierenden einer deutschen Universität. Befragt wurden dabei insbesondere Studierende, die ein Fitnesssportangebot des Hochschulsportes wahrgenommen haben. Als Erhebungsinstrument diente mit dem Exercise Addiction Inventory (EAI) ein standardisierter Fragebogen, der mittels sechs Items untersucht, ob ein potenzielles Risiko zur Sportsuchtgefährdung vorliegt (Terry et al. 2004). Die hier dargestellte Untersuchung soll dazu beitragen, erste epidemiologische Erkenntnisse zur Sportsucht(-gefährdung) im Bereich des Fitnesssportes zu erhalten.

Der Artikel ist dazu folgendermaßen aufgebaut: Zunächst wird ein Überblick über den Begriff der Sucht im Allgemeinen und dem Phänomen der Sportsucht im Speziellen gegeben. Die Indikation der Sportsucht wird dazu differenziert bzgl. Ätiologie, Entstehungsmechanismen und Symptomen sowie dem aktuellen themenbezogenen Forschungsstand betrachtet. Es folgt die Darstellung des Studiendesigns und der empirischen Untersuchung, bevor die Ergebnisse dargestellt, interpretiert und diskutiert werden.

2 Theoretischer Bezugsrahmen

Das Phänomen der Sportsucht

Die derzeit vorliegende Forschungsliteratur zum Thema Sportsucht unterscheidet zunächst ganz allgemein zwischen Sucht und Abhängigkeit, wobei der Begriff Abhängigkeit für stoffgebundene und die Sucht für stoffungebundene Verlangen benutzt wird (Thalemann 2009). Die internationalen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV betrachten suchthaftes Verhalten jedoch als eine substanzinduzierte Störung (American Psychiatric Association 2013; World Health Organisation 2010). Bei der Betrachtung der Symptome dieser substanzgebundenen Störung, zu

denen Kontrollverlust, Entzugssymptome, Zwanghaftigkeit, hoher Aufwand, Konflikte und Negierung negativer Konsequenzen zählen, wird erkennbar, dass diese ebenfalls auf nicht substanzgebundene Suchtstrukturen zutreffen (Alfermann & Stoll 2010). Auch sportliche Aktivitäten, die zum Beispiel exzessiv betrieben werden, können Merkmale eines Suchtverhaltens aufweisen. Sportlich aktive Personen können beispielsweise ein stetig steigendes Verlangen nach sportlicher Aktivität aufweisen, welches in einem gesundheitsschädigenden Verhalten enden kann, wenn z. B. trotz Erkrankung oder Verletzung weitertrainiert wird. Dies wiederum kann als eine Art Verhaltensabhängigkeit oder stoffungebundene Abhängigkeit bezeichnet werden (Alfermann & Stoll 2010). Es wird deutlich, dass es bei einer konkreten Definition bislang an einer gewissen Trennschärfe mangelt, was durch den Aspekt, dass die Sportsucht bislang nicht als Indikation in den internationalen Klassifikationssystemen verankert ist, erschwert wird.

Wir schließen uns in der vorliegenden Studie der Definition von Breuer und Kleinert (2009: 194) an, die das Phänomen der Sportsucht wie folgt beschreiben:

„Der Begriff der Sportsucht (exercise addiction) hat sich als Oberbegriff für sport- und bewegungsbezogene Abhängigkeiten durchgesetzt und kann als Sammlung aller Verhaltensauffälligkeiten zusammengefasst werden, in denen Bewegungs- und Sportaktivitäten signifikant mit klinisch relevanten Kriterien der Abhängigkeit [...] in Verbindung zu bringen sind.“

Damit rücken nicht nur wettkampf- bzw. leistungsbezogene Sportaktivitäten in den Fokus, sondern auch freizeitorientierte Aktivitäten wie Ausdauersportarten, Kampfsportarten oder unterschiedliche Formen des Fitnesstrainings. Grundsätzlich wird der Sportsucht ein gesundheitsgefährdendes Potenzial unterstellt, wenngleich die Sportsucht vereinzelt mit einer Verbesserung des Wohlbefindens oder einem gesteigerten Kompetenzerleben konnotiert wird (Breuer & Kleinert 2009; Grüsser & Thalemann 2006). Differenziert wird gegenwärtig zwischen einer primären und einer sekundären Sportsucht, wobei die sekundäre Form diejenige mit einer höheren Prävalenzrate zu sein scheint und in Verbindung mit Komorbiditäten im psychischen Bereich auftritt (Breuer & Kleinert 2009). Die primäre Sportsucht hingegen ist nicht an andere psychische Störungen gekoppelt. Hier dient der Sport dem Selbstzweck und die Betroffenen sind zum Sporttreiben intrinsisch motiviert (Hagan & Hausenblas 2003).

Bezüglich der Ätiologie der Sportsucht liegen unterschiedliche Annahmen und Hypothesen vor. Das Modell von Brown (1997) erscheint uns dabei eine der gelungensten Erklärungsansätze zur Sportsucht(-gefährdung) zu sein (Kerr et al. 2007). Das ‚Hedonic Management Model of Addiction‘ beschreibt sieben Stufen der Suchtentwicklung, die aus dem Verlangen nach einem sogenannten ‚hedonic tone‘, der Aufrechterhaltung einer positiven Stimmung, resultieren. Zu den sieben Stufen gehören:

- Sport als Stimmungsregulierung
- eine erhöhte Vulnerabilität zur Suchtentwicklung
- die Entdeckung einer Aktivität zur effektiven Beeinflussung des ‚hedonic tone‘
- Wahl einer spezifischen ‚Suchtaktivität‘
- Entwicklung des Suchtverhaltens
- Verfestigung von Konditionierungseffekten durch wiederkehrende, zwanghafte Sportausübung
- Entwicklung eines manifesten Suchtverhaltens; Durchführen der sportlichen Aktivität zur Stimmungsverbesserung und Verhinderung des Auftretens von Entzugserscheinungen (Brown 1997)

Forschungsstand

Obwohl das Phänomen der Sportsucht bereits seit den 70er Jahren beschrieben ist, wird es erst in den letzten 20 Jahren in sportpsychologischen Fachkreisen diskutiert und von einer steigenden Anzahl Betroffener berichtet (Kerr et al. 2007).

Je nachdem, welche wissenschaftliche Quelle zugrunde gelegt wird bzw. welches Instrument bei der Erforschung der Sportsucht angewendet wird, liegt der Anteil der Betroffenen einer Sportsucht zwischen drei und 13 % der sportlich aktiven Personen. Zu unterscheiden ist hierbei allerdings, ob es sich um eine Gefährdung zur Sportsucht oder aber eine manifeste Störung handelt. So weisen 0,1 % der Sportlerinnen und Sportler manifeste Störungsmerkmale auf und nur 0,01 % der Betroffenen zeigen Symptome, die einer Behandlung bedürfen. Dieser Aspekt verdeutlicht, dass es sich bei der Indikation Sportsucht um ein Phänomen mit relativ geringer Prävalenz handelt (Breuer & Kleinert 2009). Als Grund für die große Varianz der Streubreite und z. T. differierenden Angaben wird die definitorische Unschärfe der Sportsucht(-gefährdung) angegeben (Ziemainz et al. 2013).

Bisher lag der Fokus im Rahmen von Forschungsarbeiten zur Thematik zumeist auf der Betrachtung von Ausdauersportarten (insbesondere Laufen). Es ist insofern wenig verwunderlich, dass frühere Begriffsbezeichnungen des Phänomens Sportsucht sich explizit auf die Sportart Laufen beziehen. Die frühen Begriffsbeschreibungen wie ‚running addiction‘ (Glasser 1976) oder ‚running anorectics‘ (Norval 1980) können dabei synonym für das Sportsuchtphänomen verstanden werden. Eine sportartspezifische Betrachtung der Sportsucht(-gefährdung) existiert bislang nicht. Dieses Forschungsdesiderat soll im vorliegenden Beitrag aufgenommen und eine Sportsucht(-gefährdung) im Bereich des studentischen Fitnesstrainings untersucht werden.

3 Methodisches Vorgehen

Im deutschsprachigen Raum liegen bisher nur einige wenige Untersuchungen zur Sportsucht bzw. Sportsuchtgefährdung vor (im Überblick: Ziemainz et al. 2013), die sich fast ausschließlich der Sportart Laufen widmen. Im Rahmen des vorliegenden Beitrages soll mittels einer Querschnittsstudie untersucht werden, inwieweit die Ergebnisse auch für den Bereich des Fitnesssportes zutreffen.

Erhebungsinstrument

Bei den vorliegenden Untersuchungen wurde der aus dem Englischen übersetzte Exercise Addiction Inventory (EAI) verwendet (Terry et al. 2004). Der EAI ist ein psychometrisches Messinstrument, welches sich eignet, Personen mit einer Sportsuchtgefährdung zu identifizieren. Der EAI umfasst die folgenden sechs Items:

1. Training ist das Wichtigste in meinem Leben.
2. Es haben sich bereits Konflikte zwischen mir und meinem Partner bzgl. der Menge meines Trainings ergeben.
3. Ich nutze Training als einen Weg, um meine Stimmung zu ändern (z. B. um mich aufzuputschen, um mich abzureagieren).
4. Mit der Zeit habe ich die Menge meines Trainings pro Tag erhöht.
5. Wenn ich ein Training ausfallen lassen muss, fühle ich mich launisch oder reizbar.
6. Wenn ich die Menge meines Trainings reduziere und dann wieder beginne, ende ich immer wieder bei der Menge, die ich vorher durchgeführt habe.

Da die hier zugrunde liegende Befragung anhand einer Sechs-Punkte-Likert-Skala durchgeführt wurde, wurden die von Terry et al. (2004) ermittelten Punkte ihrer fünfstufigen Skala entsprechend angepasst. Die Skala wurde modifiziert, um klare Positionierungen zu erhalten und so die klassische Mitte als neutralen Wert zu umgehen. Die maximal zu erreichende Punktzahl betrug 36 und die minimale sechs Punkte, da die Antwortmöglichkeiten von eins ‚trifft gar nicht zu‘ bis sechs ‚trifft sehr zu‘ zu wählen waren. Personen mit einem Wert von 29 bis 36 wurden in Anlehnung an Ziemainz et al. (2013) als stark sportsuchtgefährdet eingeordnet, bei 15 bis 28 Punkten gibt es Hinweise auf das Vorliegen sportsuchtspezifischer Symptome und 14 bis null Punkte bedeuten, dass keine Symptome einer Sportsucht(-gefährdung) vorhanden sind.

Ergänzend zu dem EAI wurden die anthropometrischen Daten (Alter und Geschlecht) sowie die Trainingshäufigkeit pro Woche, die Anzahl der Trainingsjahre und die Angabe weiterer Sportarten im Umfang von mehr als 100 min. pro Woche abgefragt.

Stichprobe

Die Stichprobe setzte sich aus Teilnehmerinnen und Teilnehmern von so genannten Group-Fitness-Kursen sowie aktiven Mitgliedern eines universitären Fitness- und Gesundheitszentrums zusammen. Bei den sogenannten Group-Fitness-Kursen handelt es sich um Angebote, die auf klassische Aerobic-Konzepte (Klopf 2000) rekurrieren und zu spezifischen Musikstücken rhythmische Gymnastikformen mit funktionellen Kräftigungs- und Beweglichkeitsübungen verbinden. Das Angebot der Group-Fitness-Kurse ist insofern ein besonders geeignetes Forschungsfeld, als dass die angemeldeten Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus einem wöchentlichen Angebot von mehr 20 Kursen frei wählen können und beliebig viele Angebote pro Woche wahrnehmen können. Die Mitglieder des universitären Fitness- und Gesundheitszentrums trainieren demgegenüber an Kraft- und Ausdauertrainingsgeräten. Die Trainingsdauer, -häufigkeit und -intensität kann dabei von den befragten Probandinnen und Probanden selbstständig festgelegt werden. Da die Öffnungszeiten des Fitnesszentrums mehr als 14 Stunden täglich umfassen (7 Tage pro Woche), existieren hier keinerlei zeitliche oder strukturelle Restriktionen.

Der Rücklauf der Fragebögen betrug 279 Stück ($n = 195$ weiblich und $n = 84$ männlich). Es wurden bei der Auswertung allerdings nur die 271 vollständig beantworteten Bögen einbezogen. Bei den Group-Fitness-Kursen wurden von 186 Fragebögen 173 von Frauen (93 %) und 13 von Männern (7 %) ausgefüllt. Beim Kraft- und Gerätetraining wurden 76 % der Fragebögen von Teilnehmern ($n = 71$) und 24 % von Teilnehmerinnen beantwortet ($n = 22$). Insgesamt 67 % der Fragebögen kamen aus dem Bereich Group-Fitness und 34 % aus dem Kraft- und Gerätetraining.

4 Ergebnisdarstellung

Der Gesamtscore, des in der Antwortskala modifizierten EAI, beträgt 36 Punkte. Es wurden bei der Auswertung nur die 271 vollständig beantworteten Bögen einbezogen. 16,9 % ($n = 44$) der Probandinnen und Probanden lagen im Bereich von null bis 14 Punkten und wiesen somit keine Symptome auf. 199 Probandinnen und Probanden (76,2 %) erreichten einen Score zwischen 15 und 28 und zeigten damit Hinweise auf sportsuchtspezifische Symptome. Manifeste Symptome konnten bei 18 Personen (6,9 %) festgestellt werden, da deren Wert zwischen 29 und 36 lag (Abbildung 1). Der Mittelwert aller Befragten lag bei 19,7 Punkten.

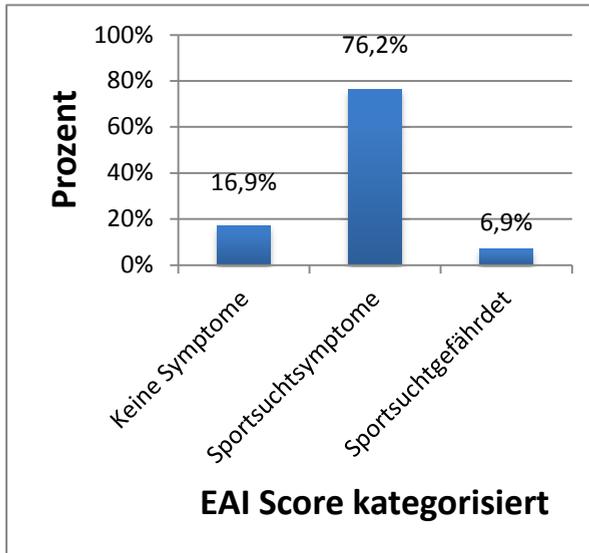


Abbildung 1: Kategorisierter EAI-Score (Quelle: Eigene Darstellung).

In der Varianzanalyse werden die Gruppenunterschiede (Haupteffekte) mittels der Freiheitsgrade (df) und dem F-Wert berechnet. Zusätzlich zeigen partielle Effektstärken mittels η^2 die Varianzerklärung durch die Gruppierungsvariablen an, wobei Effektstärken unter 0,05 als sehr gering gelten. Die Varianzanalyse weist signifikante Haupteffekte für Trainingsjahre, Trainingsstunden pro Woche und Trainingseinheiten aus, die jeweils nur niedrige Effektstärken aufweisen. Das Geschlecht und die Sportaktivität (Fitnessstraining an Geräten vs. Group-Fitness-Training) weisen in der Varianzanalyse keine signifikanten Unterschiede auf.

Bezüglich der Trainingsjahre lassen sich Unterschiede zwischen der zweithöchsten Antwortkategorie (15–19) und der niedrigsten Kategorie (0–4) feststellen. Dabei zeigt sich, dass Personen mit mehr Trainingsjahren einen höheren EAI-Score aufweisen.

Bei den Trainingsstunden gibt es signifikante Unterschiede zwischen der geringsten Kategorie (0–4) und fünf bis acht Trainingsstunden, sowie 13 und mehr Trainingsstunden. Dabei ist dieses Ergebnis anhand der Mittelwerte so zu interpretieren, dass mit höherer Trainingsstundenzahl der EAI-Score höher ausfällt. Allerdings sind Unterschiede zwischen den anderen Kategorien nicht zu bestätigen.

Auch bei den Trainingseinheiten zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Die Gruppe derjenigen mit acht und mehr Trainingseinheiten war zu gering besetzt, so dass sie für den Post-hoc Test ausgeschlossen wurde. Die somit höchste Kategorie ‚5–7‘ zeigt jeweils signifikante Unterschiede zu beiden unteren Kategorien. Dabei gilt auch hier, dass die Differenz zur kleineren Katego-

rie größer wird, also viele Trainingseinheiten mit einem hohen EAI-Score einhergehen.

Die Werte der Varianzanalyse weisen auf Zwischensubjekteffekte bei der Konstellation „Training pro Woche“ und „Trainingsjahre“ auf.

Tabelle 1: Ergebnisse der mehrfaktoriellen Varianzanalyse und prozentuale Verteilung der Variablen.

Variable	%	F	df	p	η^2	Post-hoc Test
Geschlecht		0.343	1	0.558	0.001	
Männlich	30.1					
Weiblich	69.9					
Sportaktivität		2.577	1	0.110	0.010	
Fitness	66.7					
Kraft/Gerätetraining	33.3					
Trainingsjahre		4.768	4	0.001	0.069	
0-4	61.3					
5-9	24.0					
10-14	7.2					
15-19	6.1					15-19>0-4
20+	1.4					
Trainingsstunden		5.454	3	0.001	0.057	
0-4	49.5					
5-8	41.2					5-8>0-4
9-12	7.2					
13+	2.2					13+>0-4
Trainingseinheiten		6.445	3	0.000	0.051	
0-1	12.2					
2-4	71.3					
5-7	15.8					5-7>2-4>0-1
8+	0.7					

5 Diskussion

Der Anteil der Sportlerinnen und Sportler, der manifeste Sportsucht-Symptome aufweist, liegt in unserer Studie mit fast sieben Prozent deutlich über dem Wert, der in anderen Studien zur Thematik bis dato ermittelt wurde. So werden bei Ziemainz et al. (2013) 4,5 % als akut sportsuchtgefährdet beschrieben. Bei Terry et al. (2004) sowie bei Hausenblas und Symons Downs (2002) liegen die Angaben bei ca. 2,5–3 %. Szabo (2010) postuliert einen Wert von 3–4 %, der sich allerdings auf die Gesamtbevölkerung bezieht. Sportsuchtgefährdungen liegen dementsprechend auch im Bereich des Fitnesssports von Studierenden vor.

Es bleibt vor dem Hintergrund der fehlenden Repräsentativität unserer Stichprobe aber offen, inwieweit sich unsere Ergebnisse für die Gruppe der Studierenden grundsätzlich verallgemeinern lassen. Da wir unsere Stichprobe durch direkte Ansprache im Anschluss an die jeweils ausgeführte Sportaktivität gewonnen haben, ist davon auszugehen, dass besonders aktive Personen in unserer Stichprobe überrepräsentiert sind. Da die Angaben von Prozentwerten als relativer Anteil von

sportsuchtgefährdeten Personen in einer spezifischen Gruppierung von der Zusammensetzung der Stichprobe abhängen, ist unser Ergebnis also durchaus vorsichtig zu interpretieren. Eine Überprüfung der Ergebnisse durch eine Vergrößerung der Stichprobe sowie eine Auswertung der Forschungsfrage auf andere Sportartenbereiche wäre diesbezüglich wünschenswert. Um die Zusammenhänge einer Sportsucht im Kontext der Lebensphase ‚Studium‘, vor allem vor dem Hintergrund steigender Leistungsanforderungen besser zu verstehen, wäre es zudem wünschenswert, die bestehenden Erkenntnisse mit qualitativen Forschungsergebnissen zu triangulieren.

Die Ergebnisse der Varianzanalyse sind dementsprechend ebenfalls nur vorsichtig zu interpretieren. Zum einen erscheint es als wenig verwunderlich, dass eine Sportsuchtgefährdung mit der Anzahl an Trainingseinheiten pro Woche steigt. Allerdings verdeutlichen die nicht vorhandenen Unterschiede zwischen den betriebenen Aktivitäten, dass eine Sportsuchtgefährdung aktivitätsübergreifend zu berücksichtigen ist und als grundsätzliches Phänomen aufgefasst werden kann. Auch hier sind weitere und umfassendere Studien notwendig, um diese Annahmen zu verifizieren.

Zum Einsatz des EAI ist zu konstatieren, dass sich der Einsatz dieses Kurzfragebogens im Rahmen der vorliegenden Studie bewährt hat. Durch lediglich sechs Items ist der Fragebogen schnell und einfach durchzuführen, der zudem hinsichtlich der Validität und Reliabilität den Gütekriterien entspricht. Einzig bzgl. der Itemkorrelation weisen Ziemanz et al. (2013) darauf hin, dass die Korrelation zwischen den einzelnen Items gering ist, wodurch angenommen werden kann, dass die Items einer jeweils anderen Komponente des theoretischen Modells von Griffith (1997) repräsentieren. Vor diesem Hintergrund wäre eine Modifizierung bzw. Neuentwicklung des Messinstrumentes auf Grundlage eines prozessorientierten Modells zur Pathogenese einer Sportsucht(-gefährdung) denkbar.

6 Fazit und Ausblick

Sport und Bewegung wird häufig per se ein gesundheitsförderliches Potential zugeschrieben. Die Wirkungsweisen auf die Gesundheit lassen sich auch an physiologischen sowie psychosozialen Parametern feststellen. Meist wird davon ausgegangen, dass zwischen dem Umfang und der Intensität einer sportlichen Aktivität und dem damit verbundenen gesundheitlichen Nutzen ein positiver Zusammenhang besteht (Samitz & Baron 2002). Die Frage nach einem *Zuwiel* an sportlicher Aktivität wird in der Regel nicht berücksichtigt. Dabei ist ein exzessives Sportverhalten, welches sich als Suchterkrankung manifestieren kann, bereits seit den 70er Jahren des vorherigen Jahrhunderts beschrieben. Im vorliegenden Beitrag wurde deshalb die Fragestellung aufgegriffen, inwieweit Sport und Bewegung im Bereich des Fitnesssportes ein suchtgefährdendes Potential besitzen.

Die Ergebnisse unserer Studie verdeutlichen, dass die Sportsuchtgefährdung auch im studentischen Freizeitsport ein Problem darstellt. Zwar ist ein nur relativ geringer Teil der sporttreibenden Menschen davon betroffen. Die Sportsuchtgefährdung sollte aber keinesfalls unterschätzt bzw. negiert werden. Obwohl die primäre Sportsucht bislang nicht als Indikation rechtsgültig und in den internationalen Diagnosesystemen verortet ist, scheint es auch in der Gruppe der Studierenden ein präsenes Problem zu sein. So zeigt sich anhand der vorliegenden Ergebnisse ein Zusammenhang zwischen der sportlichen Aktivität und dem Auftreten von Konflikten oder Entzugserscheinungen, sofern diese nicht wie gewünscht ausgeführt werden kann. Die pathologischen Prozesse, die zur Entwicklung einer Sucht(-gefährdung) führen können, sind dabei sehr individuell. Es bedarf zukünftig weitergehender Forschungsansätze, die darauf ausgerichtet sein könnten, Sportsuchtgefährdung sportartspezifisch und im Kontext der institutionellen Rahmenbedingungen zu betrachten.

Literatur

- Alfermann, D. & Stoll, O. (2010): Nebenwirkungen von Sport. In O. Stoll; I. Pfeffer & D. Alfermann (Hrsg.). *Lehrbuch Sportpsychologie* (S. 329–358). Bern: Huber.
- American Psychiatric Association (2013): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM V*. Washington: American Psychiatric Association.
- Blair, S.N. & Connelly, J.C. (1996): How much physical activity should we do? The case for moderate amounts and intensities of physical activity. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 67, 193–205.
- Breuer, S. & Kleinert, J. (2009): Primäre Sportsucht und bewegungsbezogene Abhängigkeit – Beschreibung, Erklärung und Diagnostik. In D. Batthyany & A. Pritz (Hrsg.). *Rausch ohne Drogen. Substanzungebundene Süchte* (S. 191–218). Wien: Springer.
- Brown, R.I.F (1997): A theoretical model of the behavioural addictions – applied to offending. I J.E. Hodge; M. McMurrin & C.R. Hollin (Eds.) *Addicted to crime?* (Pp. 14–65). Chichester, John Wiley.
- Glasser, W. (1976): *Positive addiction*. New York: Harper & Row.
- Göring, A. & Möllenbeck, D. (2010): Gesundheitspotenziale des Hochschulsports. Sporttreiben als soziale Unterstützung und zur Belastungsbewältigung im Studienalltag. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 10 (3), 238–242.
- Griffith, M. (1997): Exercise Addiction: A Case Study. *Addiction Research and Theory*, 5, 161–168.
- Grüsser, S.M. & Thalemann, C.N. (2006): *Verhaltenssucht: Diagnostik, Therapie, Forschung*. Bern: Hans Huber.

- Hagan, A.L. & Hausenblas, H.A. (2003): The relationship between exercise dependence symptoms and perfectionism. *American Journal of Health Studies*, 18, 133–137.
- Hausenblas, H.A. & Symons Downs, D. (2002): How much is too much? The development and validation of the exercise dependence scale. *Psychology and Health*, 17, 387–404.
- Kerr, J.H. / Lindner, K.J. / Blyden, M. (2007): *Exercise Dependence*. London: Routledge.
- Klopf, S. (2000): *Handbuch des Aerobicsports*. IFAS: Graz.
- Lippke, S. & Vögele C. (2006): Sport und körperliche Aktivität. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.) *Gesundheitspsychologie* (S. 195–216). Wiesbaden: Springer.
- Middendorf, E. / Poskowsky, J. / Isserstedt, W. (2012): Formen der Stresskompensation und Leistungssteigerung bei Studierenden. HISBUS-Befragung zur Verbreitung und zu Mustern von Hirndoping und Medikamentenmissbrauch. HIS: Hannover.
- Norval, J.D. (1980): Running anorexia. *South African Medical Journal*, 58, 1024.
- Paffenbarger, R.S. / Hyde, R.T. / Wing, A.L. / Lee, I.M. / Jung, D.L. / Kampert, J.B. (1993): The association of changes in physical activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. *New England Journal of Medicine*, 328, 538–545.
- Samitz, G. & Baron, R. (2002): Epidemiologie der körperlichen Aktivität. Definitionen, Klassifikationen, Methoden und Konzepte. In G. Samitz & G.B.M. Mensink (Hrsg.) *Körperliche Aktivität in Prävention und Therapie. Evidenzbasierter Leitfaden für Klinik und Praxis* (S. 11–31). München: Hans Marseille Verlag.
- Thalemann, C.N. (2009): Primäre Verhaltenssucht. In D. Batthyany & A. Pritz (Hrsg.). *Rausch ohne Drogen. Substanzungebundene Süchte* (S. 1–14). Wien: Springer-Verlag.
- Terry, A. / Szabo, A. / Griffith, M. (2004): The Exercise Addiction Inventory: A New Brief Screening Tool. *Addiction Research and Theory*, 12, 489–499.
- Stoll, O. & Ziemainz, H. (2012): *Laufen psychotherapeutisch nutzen: Grundlagen, Praxis, Grenzen*. Berlin: Springer-Verlag.
- Szabo, A. (2010): *Addiction to exercise: A symptom or a disorder?* Nova Science Publishers. New York.
- Woll, A. & Bös, K. (2004): Wirkungen von Gesundheitssport. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 20, 1–10.
- World Health Organisation (2010): *ICD-10 – International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Geneva: World Health Organisation.

Ziemanz, H. / Stoll, O. / Drescher, A. / Erath, R. / Schipfer, M. / Zeulner, B.
(2013): Die Gefährdung zur Sportsucht in Ausdauersportarten. Deutsche
Zeitschrift für Sportmedizin, 64, 57–63.

Strukturen der betrieblichen Gesundheitsförderung an Hochschulen

Mechthild Gerdes

1 Hintergrund und Fragestellung

Ausgangssituation

Insgesamt handelt es sich beim Setting Hochschule um eine Zielgruppe von fast 3,2 Millionen Menschen, die Studierende, Beschäftigte in Verwaltung, Technik, Pflegedienst und das wissenschaftliche Personal an insgesamt 428 Hochschulen umfasst. Gesundheitsförderung in Hochschulen hat auch deswegen eine ausgeprägte Public Health-Relevanz, weil Hochschulen für ca. drei bis sechs Jahre als Lern- und Arbeitsumfeld und als Lebensmittelpunkt einen großen Einfluss auf ca. 2,6 Millionen (junge) Menschen haben. Hochschulen verfügen deshalb über ein herausragendes Potential, gesundheitsbezogenes Verhalten und Bewusstsein von Studierenden herauszubilden, die später als Entscheidungsträger, Multiplikatoren, Führungskräfte und in weiteren verantwortlichen Positionen arbeiten werden (Stock & Krämer 2001: 181).

Daneben sind Hochschulen ein von der Größenordnung her nicht zu unterschätzender Arbeitgeber. Ende 2012 waren an deutschen Hochschulen nach Angaben des *Statistischen Bundesamtes* insgesamt 640.021 Personen im wissenschaftlichen und nichtwissenschaftlichen Bereich beschäftigt. Hochschulen haben demnach eine deutliche Größe und Einfluss in ihrer Doppelfunktion als Arbeitgeber und Bildungseinrichtung.

Etablierung von gesundheitsfördernden Strukturen und Prozessen an Hochschulen

Betriebliche Gesundheitsförderung ist in den meisten Hochschulen seit frühestens Mitte der 90er Jahre bis Anfang 2000 ein Thema. Im Arbeitskreis Gesundheitsfördernder Hochschulen (AGH) sind über 300 Personen und 80 Hochschulen in einem E-Mail Verteiler vertreten, d. h. es finden sich in ca. 80 (19 %) von 428 Hochschulen gesundheitsfördernde Aktivitäten. Zudem wurden in den letzten zwei Jahren vermehrt, ca. 40–50 Spezialisten für Gesundheitsförderung, eingestellt (Hartmann & Sonntag 2012: 8). Eine im Jahr 2002 von Hartmann & Siebert (2005) durchgeführte Umfrage des Arbeitskreises Gesundheitsfördernder Hochschulen (AGH) an 60 (16 %) von insgesamt 383 Hochschulen, „die dem AGH durch gemeinsame Aktivitäten oder Interessensbekundungen“ bekannt waren, verdeutlichte, dass „Gesundheitsförderung zumeist in Projektform, aber nicht nachhaltig an Hochschulen durchgeführt wurde“ (Heinichen et al. 2007: 153).

Die Einführung und Etablierung von betrieblicher Gesundheitsförderung an Hochschulen unterliegt bestimmten Besonderheiten. Eine Hochschule unterscheidet sich in Organisation und Struktur zum Teil erheblich von Wirtschaftsunternehmen, aber auch von anderen Einrichtungen des öffentlichen Dienstes. Aufgrund der Komplexität und Größe der Hochschulen, der Vielzahl von Einheiten, zentralen und dezentralen Einrichtungen, der Trennung von Forschung/Lehre und Verwaltung, der Heterogenität der Statusgruppen, der unterschiedlichen Hierarchieebenen und des Selbstverwaltungsprinzips ist eine nachhaltige Etablierung von gesundheitsfördernden Strukturen und Prozessen schwierig zu gestalten (Faller 2007: 126).

Ein zentrales Element für die nachhaltige Integration der hochschulbezogenen Gesundheitsförderung ist die Bildung einer geeigneten Projektorganisation an der Hochschule. Die von Faller (2006: 63) vorgeschlagene gesundheitsfördernde Projektstruktur berücksichtigt die hochschulspezifische Schwierigkeit, eine Vielzahl unterschiedlicher Fachleute, Funktionsvertreter, Entscheidungsträger und Betroffenengruppen zu integrieren und deren unterschiedliche Interessenslagen zu berücksichtigen.

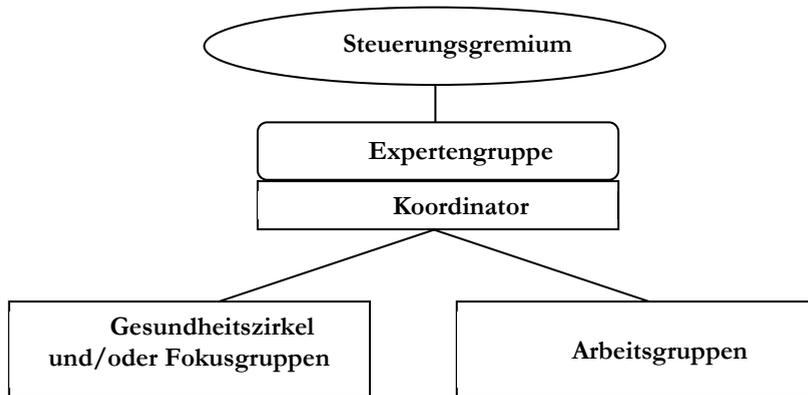


Abbildung 1: Grundmodell einer gesundheitsfördernden Projektstruktur an Hochschulen (Faller 2006: 63)

Das Grundmodell einer gesundheitsfördernden Projektstruktur an der Hochschule besteht aus einem entscheidungsfähigen Steuerungsgremium, einer planungs- und beratungsfähigen Expertengruppe¹, der Einrichtung einer Stelle mit Koordinationsverantwortlichkeit sowie der Einrichtung von Arbeitsgruppen, Gesundheitszirkeln und/oder Fokusgruppen.

Auf der ersten Ebene ist für die hochschulbezogene Gesundheitsförderung eine geeignete Projektstruktur zu schaffen. Die darauf aufbauende zweite Ebene zeichnet sich durch die Integration der Projektstrukturen in die reguläre Settingorganisation aus. Als geeignete Anknüpfungspunkte bieten sich hier beispielsweise der Arbeitsschutz sowie bereits weitere vorhandene Organisationseinheiten der Hochschule an. Die Nachhaltigkeit gesundheitsfördernder Aktivitäten ist am besten gesichert, wenn eine Koordinatorenstelle verbindlich eingeführt wird (Faller 2005: 150).

Zielsetzung

Das Wissen um Aufbau und Ablauf von Settings wie Hochschulen, Betriebe, Kindergärten etc. ist Grundlage für erfolgreiche Gesundheitsförderung. Die Infrastrukturentwicklung für eine betriebliche Gesundheitsförderung ist auch Thema der Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung des 21. Jahrhunderts (*Jakarta Declaration 1997, 5: Sicherstellung einer Infrastruktur der Gesundheitsförderung*).

Schwerpunkt dieser Untersuchung aus dem Jahr 2007 war es, die Praxis vorhandener Strukturen der Gesundheitsförderung an Hochschulen zu untersuchen. Wie sind die Strukturen der Gesundheitsförderung an Hochschulen konkret auf-

¹ In der Literatur und in der Praxis der Gesundheitsförderung sind die Bezeichnungen der hier vorgestellten Gremien „Steuerungsgremium“ und „Expertengruppe“ unterschiedlich. So werden die Begriffe „Arbeitsgruppe oder Arbeitskreis Gesundheitsförderung“, „Steuerkreis“, „Plenum“, „Lenkungs-gremium“, „Steuerungsgremium“, „Steuerungsgruppe“, „Projektgruppe“ etc. zum Teil für dieselben, zum Teil für differierende Gremien verwendet (in Anlehnung an Faller 2006: 64).

gebaut? Wie ist die betriebliche Gesundheitsförderung in die Organisation der Hochschule eingebunden?

2 Methoden

Auswahl der Stichprobe

Die Stichprobe beschränkte sich auf die Hochschulen, die bereits gesundheitsfördernde Strukturen und Aktivitäten entwickelt hatten. Die Recherche erfolgte übers Internet, über die Homepages des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen, der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. und der Landesunfallkasse NRW – Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen NRW.

Aus Kapazitäts- und Ressourcengründen wurden zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht alle ca. 60 Hochschulen angeschrieben, die dem Arbeitskreis Gesundheitsfördernder Hochschulen bekannt waren. In die engere Wahl genommen wurden nur die Hochschulen, die folgende Kriterien erfüllten:

- Die Hochschule widmet sich schwerpunktmäßig der Gesundheitsförderung (und nicht z. B. Sucht oder Nichtraucherschutz).
- Der Internetauftritt der Hochschule lässt gesundheitsfördernde Strukturen erkennen (z. B. Arbeitskreis etc.).

Nicht in die Stichprobe aufgenommen wurden Hochschulen, die z. B. unter dem Label „Betriebliche Gesundheitsförderung“ einen Link zum Hochschulsport setzten. Letztendlich ergab sich eine Stichprobe von 23 Hochschulen (20 Universitäten und drei Fachhochschulen).

Einsatz kombinierter Datenerhebungsmethoden

Für die Datenerhebung wurden folgende drei Methoden kombiniert eingesetzt: Dokumentenanalyse, Fragebogen, Experteninterviews.

Dokumentenanalyse: Die Dokumenten- bzw. Inhaltsanalyse bezog sich im Wesentlichen auf den Internetauftritt der Gesundheitsförderung der jeweiligen Hochschule. Es wurden Dokumente, Unterlagen, Protokolle, Projektbeschreibungen, Berichte, Stellenbeschreibungen etc. der 23 Hochschulen analysiert.

Fragebogen: Der teilstandardisierte Fragebogen wurde per Mail im Juni 2007 an 23 Hochschulen verschickt, um die durch die Dokumentenanalyse gewonnenen Daten zu verifizieren und die fehlenden Daten zu ergänzen.

Experteninterviews: Als Interviewpartnerinnen für die Experteninterviews konnten drei Koordinatorinnen und eine Referentin der Hochschulleitung gewonnen werden. Insgesamt waren dadurch vier Hochschulen vertreten. Aus den Ergebnissen der Dokumentenanalyse und des Fragebogenrücklaufs wurde ein spezifischer Interviewleitfaden entwickelt.

3 Ergebnisse

Darstellung der teilnehmenden Hochschulen

Insgesamt nahmen dreizehn Hochschulen an der empirischen Untersuchung teil, die bereits gesundheitsfördernde Strukturen eingeführt hatten.

Als ein den Steuerungskreis beratendes Gremium empfiehlt Faller (2006: 64) eine mit Experten besetzte Projektgruppe, die Expertengruppe. In der Praxis wird jedoch kaum zwischen diesen beiden Gremien, Steuerungsgremium und Expertengruppe, unterschieden. Es finden sich 11x Arbeitskreise, 1x Steuerkreis und 1x Ausschuss für Arbeitsschutz und Gesundheit (ASAG). In der Regel sind diese Gremien als Expertengruppen anzusehen. An zwei Hochschulen ist dieses anders: Der „Ausschuss für Arbeitsschutz und Gesundheit (ASAG)“ an der Universität Hannover versteht sich eher nur als Steuerungsgremium und der „Arbeitskreis Gesundheit“ der Hochschule Magdeburg-Stendal fungiert als Expertengruppe und Steuerungsgremium zugleich.

Tabelle 1: Darstellung der teilnehmenden Hochschulen (nach Städtenamen)

1	Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule (RWTH) Aachen Arbeitskreis Gesundheitsförderung
2	Universität Augsburg Arbeitskreis Gesundheitszirkel
3	Universität Bremen Plenum Gesundheit
4	Technische Universität Darmstadt Arbeitskreis Gesundheit
5	Leibniz Universität Hannover Ausschuss für Arbeitsschutz und Gesundheit (ASAG)
6	Medizinische Hochschule Hannover Arbeitskreis Gesundheitsförderung
7	Universität Kaiserslautern Arbeitskreis Gesundheitsförderung
8	Universität Karlsruhe Arbeitskreis: Projekt Gesunde Uni
9	Universität Konstanz Steuerkreis Gesunde Universität

10	Hochschule Magdeburg Arbeitskreis Gesundheit
11	Philipps-Universität Marburg Arbeitskreis Gesundheit
12	Technische Universität München Arbeitskreis Gesundheitsförderung/Suchtberatung
13	Universität Paderborn Arbeitskreis Gesunde Hochschule

Gründung und Imitatoren der betrieblichen Gesundheitsförderung

Die betriebliche Gesundheitsförderung ist in den meisten Hochschulen seit frühestens Mitte der 90er Jahre bis Anfang 2000 ein Thema. Dieses kann anhand der Ergebnisse dieser Untersuchung bestätigt werden. In 76 % der Hochschulen erfolgte die Gründung der betrieblichen Gesundheitsförderung in den Jahren 2002 bis 2006. Allein im Jahr 2002 gab es mit 30 % Neugründungen und 2005/2006 mit 38 % einen deutlichen Schub. Vor 2000 wurden nur 24 % der Projektstrukturen an den teilnehmenden Hochschulen gegründet. Die Gründungen liegen insgesamt in einem zeitlichen Bereich von 1997 bis 2006.

An einigen Hochschulen gibt es keinen definierten Startpunkt der Gründung, sondern der jetzige Stand der Gesundheitsförderung ist im Verlauf einer Entwicklung zu betrachten, die beispielsweise bei der Leibniz Universität Hannover im Jahr 1983, bei der TU München 1987 und bei der TU Darmstadt 1994 jeweils mit dem Arbeitskreis Sucht bzw. der Suchtberatung begann.

Die Initiative zur betrieblichen Gesundheitsförderung und zur Gründung eines zentralen Gremiums ging von Akteuren verschiedener Bereiche aus. Einen deutlichen Anteil daran haben Vertreter der Wissenschaft an vier Hochschulen. Dieses waren im Wesentlichen Sportwissenschaftler (3x) und die Sozialwissenschaftler (1x). An drei der Hochschulen initiierte der Personalrat bzw. die Personal- und Schwerbehindertenvertretung Strukturen der Gesundheitsförderung. Der Arbeitskreis Sucht und der Beirat Sucht waren an zwei Hochschulen ursprüngliche Initiatoren. Auch der Betriebsarzt spielte an einer Hochschule eine wesentliche Rolle.

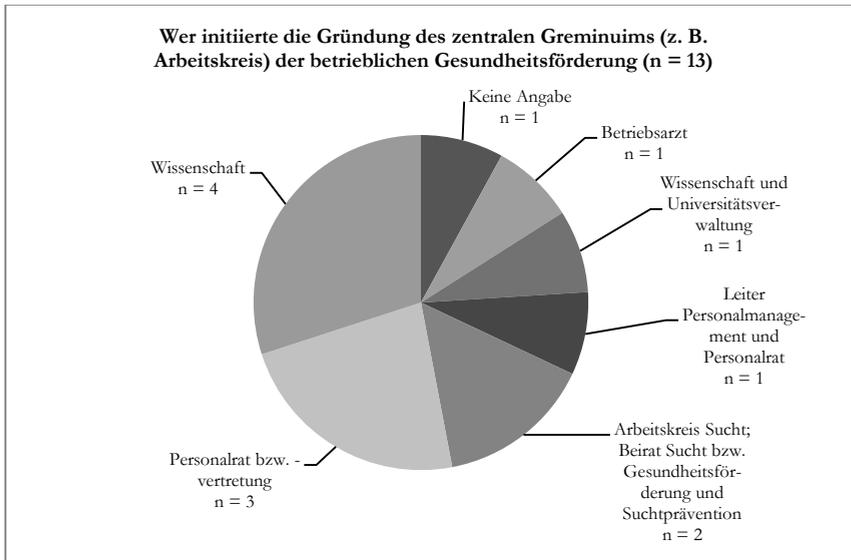


Abbildung 2: Initiatoren der betrieblichen Gesundheitsförderung an Hochschulen

An zwei Hochschulen wurden von jeweils zwei unterschiedlichen Akteuren zeitgleich Bestrebungen in Richtung betriebliche Gesundheitsförderung entwickelt. An der Universität Konstanz durch den Bereich Sportwissenschaften und der Universitätsleitung und an der Medizinischen Hochschule Hannover durch den Leiter des Personalmanagements und dem Personalrat.

Zusammensetzung des zentralen Gremiums der Gesundheitsförderung (z. B. Arbeitskreis)

Insgesamt waren 49 unterschiedliche Funktionsträger und Bereiche in den dreizehn teilnehmenden Hochschulen beteiligt, die durch 193 Nennungen vertreten wurden. Der Bereich Hochschulverwaltung ist mit 44 % (n = 85) am stärksten vertreten. Dem folgt mit 23 % (n = 45) die Personal- und Interessensvertretungen, mit 22 % (n = 42) die Service- und zentralen Einrichtungen, mit 8 % (n = 15) die Vertreter der Wissenschaft und mit 8 % (n = 6) externe Partner.

Die am stärksten vertretenden Bereiche sind der Personalrat (n = 13), der Betriebsarzt (n = 12), der Arbeitsschutz/Arbeitssicherheit (n = 12), die Frauen- bzw. Gleichstellungsbeauftragte (n = 11), der Bereich Personalangelegenheiten, Personalabteilung (n = 10) und der Hochschulsport (n = 10). Der Bereich Personalentwicklung ist mit sechs Nennungen noch deutlich mehr vertreten als die Organisations- und Unternehmensentwicklung (n = 2). Vereinzelt sind auch Bereiche der Hochschulverwaltung, wie Haushalt, Rechtsangelegenheiten, Pressestelle und Gebäudemanagement, vertreten.

Im Bereich der Service- und zentralen Einrichtungen ist der Hochschulsport mit z. T. hochschuleigenen Fitnesscentern sehr stark vertreten ($n = 14$). Den Vorteil, den Hochschulen – im Gegensatz zu privatwirtschaftlichen Unternehmen – mit eigenen Sportangeboten im Rahmen des Hochschulsports für Beschäftigte und Studierende haben, wird also für die betriebliche Gesundheitsförderung genutzt.

Die Sucht- und Sozialberatung und ein Arbeitskreis Sucht wird achtmal genannt. Ein Zeichen, dass Strukturen der Suchtprävention in Hochschulen aktiv sind und sich – auch als Weiterentwicklung – in die Gesundheitsförderung einbinden lassen.

Serviceeinrichtungen, die sich an Studierende richten (Studentenwerk, Zentrale Studienberatung, Psychologische Beratung), werden sechsmal aufgeführt. Weiterhin werden auch vereinzelt Bibliotheken, Hochschulrechenzentren und Weiterbildungszentren in der Zusammensetzung des Gremiums angeben.

Der Bereich der Wissenschaft ist im Vergleich mit den Funktionsträgern aus der Hochschulverwaltung und den Service- und zentralen Einrichtungen mit insgesamt 8 % deutlich unterrepräsentiert. Wissenschaftler sind aus den Bereichen Sportwissenschaften ($n = 5$), Gesundheitswissenschaften ($n = 3$), Arbeitswissenschaften ($n = 2$), Sozialwissenschaften ($n = 2$), Psychologie ($n = 1$), Medizin ($n = 1$) und Biologie ($n = 1$) vertreten. Die hier genannte Expertise ist aber oftmals durch eine Doppelfunktion in dem Gremium etabliert, sei es durch die Koordination oder die Leitung oder beispielsweise durch eine Psychologin, die für die psychosoziale Beratungsstelle in dem Gremium sitzt und für die Gesundheitsförderung Maßnahmen entwickelt. Mit einer ausschließlich wissenschaftlichen Perspektive und Unterstützung ist nur ein geringer Teil vertreten.

Der Bereich Personal- und Interessensvertretung ist ausgesprochen deutlich in der Zusammensetzung der Expertengruppe, wie auch der Steuerungs- bzw. Entscheidungsträgerebene beteiligt. Die Personalvertretung ist in den Gremien aller 13 Hochschulen angegeben. An der Universität Augsburg wird explizit der akademische Mittelbau mit einer eigenen Personalvertretung vertreten.

Nur an vier Hochschulen werden die Studierendenvertreter in das zentrale Gremium der betrieblichen Gesundheitsförderung eingebunden. Die beschriebenen Schwierigkeiten, diese Gruppe zu integrieren, sind aber einleuchtend und verständlich, insbesondere vor dem Hintergrund der oftmals marginalen personellen und finanziellen Ausstattung der betrieblichen Gesundheitsförderung.

„Bei uns muss ich auch schon sagen, dass wir viel für die Zentralverwaltung machen. Aber man muss auch sehen, die Studierenden sind in vielen Bereichen auch sehr ausgelastet. Die haben viel Druck, das Studium durchzukriegen. (...) Wir sind am tüfteln, wie wir die erreichen können. Es ist schon eine relativ schwierige Zielgruppe“.

In der Praxis der an der Untersuchung teilnehmenden Hochschulen zeigt sich, dass die Mitglieder des Arbeitsschutzausschusses (gesetzlich vorgegeben) zugleich auch eine wichtige Rolle in der Organisation der Gesundheitsförderung einnehmen:

Personalrat, Betriebsarzt und ein Vertreter des Arbeitsschutzes/der Arbeitssicherheit.

Koordination

An acht der beteiligten Hochschulen wird eine verantwortliche Person für die Koordination der betrieblichen Gesundheitsförderung angegeben; an fünf Hochschulen ist diese Funktion oder Stelle nicht etabliert.

Das Optimum einer vollen unbefristeten Koordinatorenstelle erreicht die Medizinische Hochschule Hannover. Dem folgt mit einer halben unbefristeten Koordinatorenstelle und einer detaillierten, umfassenden Profil- und Aufgabenbeschreibung die Leibniz-Universität Hannover. Eine halbe befristete Koordinatorenstelle bieten die Universitäten Karlsruhe und Paderborn. Zwei Universitäten haben Koordinatoren als Ansprechpersonen benannt, die diese Tätigkeit aber in ihrer hauptberuflichen Arbeit erledigen: Die Universität Konstanz stellt dafür fünf Stunden/Woche frei, die Universität Augsburg bietet keine Freistellung. Zwei weitere Hochschulen (TU Darmstadt und TU München) regeln die Koordination über externe Strukturen, zum einen über einen betriebsärztlichen Dienstleister (Medical Airport Service GmbH) und über einen freiberuflichen Vertrag mit der psychosozialen Beratungsstelle.

Die Koordinatorenstellen sind zu 49 % in der zentralen Verwaltung der Hochschule eingebunden, d. h. im Bereich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und in der Personal- und Organisationsentwicklung. Nimmt man den betriebsärztlichen Dienst der TU Darmstadt hinzu, der zwar extern organisiert ist, aber deren Betriebsarzt schon langjährig an der TU beschäftigt ist, wären es 62 %. Zwei weitere Koordinatoren (25 %) sind dezentral dem Institut für Sportwissenschaften zugeordnet. Die Koordinatorenstelle der TU München ist der psychosozialen Beratungsstelle also auch eher dezentral zugeordnet.

Die Koordinatoren selbst sehen den Punkt der Anbindung in die Strukturen und Organisation der Hochschule relativ unproblematisch. Wichtig ist, dass diese Stelle überhaupt angebunden ist, und nicht als „*freitotierende Stabsstelle*“ fungiert. Alle drei Varianten – Einbindung in die zentrale Hochschulverwaltung, in den Bereich Organisations- und Personalentwicklung oder im Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie dezentral im Institut für Sportwissenschaften – finden jeweils positive Resonanz.

„Die Koordinatorenstelle ist eine eigene Stelle und das ist letztlich, war auch ein langer Prozess. (...) ist jetzt mal für drei Jahre die Koordinatorenstelle an die Organisation und Personalentwicklung angedockt und das find ich aber auch ganz gut, weil dadurch fällt die nicht so raus. Also wenn man so als freitotierende Stabsstelle, das erleb ich jetzt, da ist man wenig eingebunden“.

Von den Koordinatoren wird deutlich das Problem erkannt, die betriebliche Gesundheitsförderung nachhaltig in die Strukturen und in die Organisation der Hochschule zu etablieren.

„Umso wichtiger ist es Strukturen zu haben, die etabliert sind. Deshalb such ich mir die ganzen zentralen Einrichtungen dazu“.

Ein wichtiger Punkt ist die Unterstützung durch die Hochschulleitung. Die Hochschulleitung hat für die Etablierung und den Prozess der betrieblichen Gesundheitsförderung eine enorme Bedeutung. Das Gelingen der betrieblichen Gesundheitsförderung hängt davon ab, ob diese Personen aktiv mitarbeiten und das Anliegen der betrieblichen Gesundheitsförderung unterstützen.

„Das war für mich eigentlich, das auch muss ich sagen, überraschend, wir haben gedacht, da müssten wir mehr Überzeugungsarbeit leisten, aber da sind wir offene Türen eingelaufen, dass der Vizepräsident dann gesagt hat: ja, er macht das für uns“.

„Doch der Kanzler ist mein direkter Ansprechpartner, der steht sehr dahinter und damit steht und fällt auch alles“.

4 Fazit

Die betriebliche Gesundheitsförderung ist in den meisten Hochschulen seit frühestens Mitte der 90er Jahre bis Anfang 2000 ein Thema. Dieses kann anhand der Ergebnisse dieser Untersuchung bestätigt werden. In 76 % der Hochschulen erfolgte die Gründung der zentralen Strukturen der betrieblichen Gesundheitsförderung in den Jahren 2002 bis 2006. Es finden sich dabei unterschiedliche Stadien und Ansätze der betrieblichen Gesundheitsförderung, angefangen von Gesundheitsmanagementsystemen, wie die der Universität Hannover und der Medizinischen Hochschule Hannover, die mit managementbezogenen Steuerungsinstrumenten arbeiten bis hin zu Hochschulen, in der einzelne Personen neben ihrer hauptberuflichen Tätigkeit Strukturen der betrieblichen Gesundheitsförderung aufbauen.

Die von Faller (Kap. 0: 190) vorgeschlagene hochschulbezogene Projektstruktur der Gesundheitsförderung mit einer beratenden Expertengruppe, einem entscheidungsfähigen Steuerungsgremium und einer Koordinatorenstelle wird annähernd in drei Hochschulen praktiziert (Leibniz Universität Hannover, Universität Konstanz, TU München). Einschränkend muss aber erwähnt werden, dass die inhaltliche Ausgestaltung der Gremien und der Koordinatorenstelle nicht mit den Angaben nach Faller abgeglichen wurde, nur deren strukturelles Vorhandensein.

Die Zusammensetzungen der Expertengruppen (z. B. Arbeitskreis) zeigen sich deutlich heterogener und breiter angelegt, als empfohlen. Insgesamt sind 49 unter-

schiedliche Einrichtungen und Bereiche der befragten Hochschulen beteiligt, welches die Komplexität und Heterogenität der Hochschulen veranschaulicht, andererseits aber auch den enormen Koordinierungs- und Abstimmungsaufwand deutlich macht. Ein Diskussionspunkt wäre an dieser Stelle, warum Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler zunehmend in den Expertengruppen weniger vertreten sind als in der Gründungsphase. Da die Gruppe der Professoren die traditionell durchsetzungsmächtigste darstellt, ist es von Bedeutung, die Experten der Wissenschaft mit in die Gesundheitsförderung zu integrieren. Weiterhin könnten diese ihr fachliches Know-how einbringen und u. a. Themenschwerpunkte bearbeiten, die relevant für die Gesundheitsförderung sind. Als Multiplikatoren könnten sie die Anliegen der betrieblichen Gesundheitsförderung transferieren. Nur an vier Hochschulen werden die Studierendenvertreter in das zentrale Gremium der betrieblichen Gesundheitsförderung eingebunden. Das ist – aufgrund der Größenordnung dieser Gruppe – eher zu wenig. Weiterhin werden auch Beschäftigte anderer Anspruchsgruppen betrieblicher Gesundheitsförderung zu wenig oder kaum eingebunden, die zudem oftmals in prekären Beschäftigungsverhältnissen arbeiten: Lehrbeauftragte, wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (drittmittelfinanzierte Projektstellen) und studentische Hilfskräfte.

Die Koordinatorenfunktion wird als ein zentrales und wichtiges Strukturelement angesehen. Dafür sollte mindestens eine halbe Personalstelle bereitgestellt oder eine zuständige Person verbindlich benannt und freigestellt werden. Dieses war zum Zeitpunkt der Untersuchung nur an vier Hochschulen der Fall.

Auch wenn Gesundheitsförderung als Settingansatz propagiert wird, sind doch in der Regel die Beschäftigten aus Verwaltung und Technik mehr oder weniger bewusst die Zielgruppe. Dieses bezieht sich teilweise sogar vorrangig auf die Beschäftigten der zentralen Hochschulverwaltung, weil dezentrale Einheiten schwerer zu erreichen sind. Die Zentrierung auf die Anspruchsgruppe der Beschäftigten aus Verwaltung und Technik ist aufgrund der personellen und finanziellen Ausstattung der betrieblichen Gesundheitsförderung auch nur allzu verständlich. Das verdeutlicht beispielsweise rein anhand der Zahlen eine Großorganisation, wie die der Rheinisch-Westfälisch Technischen Hochschule (RWTH) Aachen, die 37.959 Studierende (Stand: WS 2012/2013) und 14.684 Beschäftigte (Stand: 2012) aufweist.

Literatur

Monografien

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

Beiträge aus Sammelbänden

Stock, C. & Krämer, A. (2001): Wie gesund leben Studierende. In: Badura, B., Litsch, M., Vetter, C.: Fehlzeiten-Report – Gesundheitsmanagement im öffentlichen Sektor. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag, Volume 2001/2002, 180–194.

Faller, G. (2006): Hochschulgesundheitsmanagement als Projekt. In: Faller, G., Schnabel, P. E. (Hrsg.) (2006): Wege zur gesunden Hochschule. Ein Leitfaden für die Praxis. Forschung aus der Hans-Böckler Stiftung. Berlin: edition sigma, 63.

Faller, G. (2007): Qualitätskriterien für eine gesundheitsfördernde Hochschule. In: Krämer, A., Sonntag, U., Steinke, B., Meier, S., Hildebrand, C. (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Weinheim und München: Juventa-Verlag, 126.

Zeitschriftenartikel

Hartmann, H. & Sonntag, U. (2012): Gesundheitsförderung in Hochschulen – (k)ein Thema für den öffentlichen Gesundheitsdienst In: Blickpunkt öffentliche Gesundheit 1/2012, 8.

Hartmann, T. & Siebert, D. (2005): Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung an Hochschulen in Deutschland. In: HIS-Hochschulinformationssystem GmbH, (Hrsg.) (2005): Gesundheitsförderung in Hochschulen, Kurzinformation Bau und Technik, B1. Hannover: Hochschulinformationssystem.

Heinichen, S. / Hildebrand, C. / Bös, K. (2007): Betriebliche Gesundheitsförderung an baden-württembergischen Hochschulen – eine Umfrage. In: Krämer, A., Sonntag, U., Steinke, B., Meier, S., Hildebrand, C. (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Setting Hochschule. Wissenschaftliche Instrumente, Praxisbeispiele und Perspektiven. Weinheim und München: Juventa-Verlag.

Internetverzeichnis

World Health Organization (WHO) (1997): Fourth International Conference on Health Promotion. Jakarta, Indonesia: Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_german.pdf <Zugriff: 07.12.2013>.

Statistisches Bundesamt Deutschland: Zahlen & Fakten > Gesellschaft & Staat > Bildung, Forschung, Kultur > Hochschulen > Hochschulen insgesamt
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/BildungForschungKultur/Hochschulen/Tabellen/HochschulenHochschularten.html> <Zugriff: 06.12.2013>.

Statistisches Bundesamt Deutschland: Zahlen & Fakten > Gesellschaft & Staat > Bildung, Forschung, Kultur > Hochschulen > Studierende
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/BildungForschungKultur/Hochschulen/Tabellen/StudierendeInsgesamtBundeslaender.html> <Zugriff: 06.12.2013>.

Statistisches Bundesamt Deutschland: Zahlen & Fakten > Gesellschaft & Staat > Bildung, Forschung, Kultur > Hochschulen > Personal an Hochschulen
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/BildungForschungKultur/Hochschulen/Tabellen/PersonalHochschulen.html> <Zugriff: 06.12.2013>.

Statistisches Bundesamt Deutschland: Zahlen & Fakten > Gesellschaft & Staat > Bildung, Forschung, Kultur > Hochschulen > Studierende und Studienanfänger/-innen nach Hochschularten, Ländern und Hochschulen
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Hochschulen/StudierendeHochschulenEndg2110410147004.pdf?__blob=publicationFile <Zugriff: 08.12.2013>.

Statistisches Bundesamt Deutschland: Zahlen & Fakten > Gesellschaft & Staat > Bildung, Forschung, Kultur > Hochschulen > Personal an Hochschulen – Fachserie 11 Reihe 4.4 – 2012
<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Hochschulen/PersonalHochschulen.html> <Zugriff: 08.12.2013>

„10 Gewinnt“ – Laufen als Eckpunkt der betrieblichen Gesundheitsförderung. Eine Fragebogenstudie zu Wohlbefinden und Selbstwertgefühl

Jens Keyßner, Axel Horn & Katrin Knödler

1 Einleitung

Schon im Mittelalter war die positive Wirkung des Sports auf die Gesundheit bekannt. Heute weiß man, dass sportliche Aktivität einen wesentlichen Einfluss auf die Lebensqualität von Menschen hat (vgl. Lampert et. al 2005) und zusätzlich eine Verhaltensweise darstellt, die gesundheitliche Risiken mindert und eine Ressource für Wohlbefinden und Gesundheit darstellt. Hedonistische Ansichten im Bereich des Breiten-, Fitness- und Gesundheitssports haben leistungsbezogene Intentionen zurückgedrängt. Ziele, die heutzutage viele Menschen mit dem Laufen verfolgen, sind mit Spaß, Freude, Entspannung und Gesundheit verbunden: körperliches und seelisches Wohlbefinden stehen in engem Zusammenhang mit dieser Auffassung. Auch Jugendlichkeit, Dynamik und Fitness werden mit dem Laufen assoziiert, gehören zum neuen Lebensstil und gelten als Attribute für Wohlbefinden und Erfolg.

Eine Veränderung des Lebensstils größerer Bevölkerungsgruppen in Richtung gesteigerter körperlicher und sportlicher Aktivität ist für den Erhalt der individuellen und öffentlichen Gesundheit deshalb von großer Bedeutung. Settings wie Gemeinden, Betriebe, Vereine, Schulen, Hochschulen usw. bieten eine gute Möglichkeit auch Menschen zu erreichen, die sonst nicht sportlich aktiv sind.

Das Laufprojekt „10 Gewinnt“ wurde als sportbezogenes und gesundheitsförderndes Projekt im Rahmen einer „gesundheitsfördernden Hochschule“ an der pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd gestaltet und umgesetzt. Es sollte den Teilnehmerinnen und Teilnehmern ermöglichen, innerhalb von elf Wochen einen 10-km-Lauf in individuellem Tempo absolvieren zu können. In der Studie sollte herauskristallisiert werden, ob ein Projekt wie dieses als Eckpunkt einer betrieblichen Gesundheitsförderung angesehen werden kann, deren Schwerpunkte im Bereich des Wohlbefindens und des Selbstwerts der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geht.

Im Folgenden wird das Projekt erläutert, im Anschluss eine kurze theoretische Fundierung gegeben. Dann wird die Untersuchung vorgestellt und abschließend werden die Ergebnisse präsentiert.

2 Vorstellung des Projekts

Der Schwerpunkt des Projekts lag auf dem Aufbau einer besseren Ausdauerfähigkeit sowie der Stärkung der Kollegialität innerhalb der Arbeitsgemeinschaft Hochschule.

Aufbau

Das Projekt „10 Gewinnt“ wurde im Rahmen eines Seminars mit Studierenden ausgearbeitet, die sich mit speziellen Aufgabengebieten näher beschäftigten. In diesem Zuge gab es folgende Gruppen: Erstellen des Trainingsplans, Gestaltung eines Lauftagebuchs, Organisation von Laufshirts, Organisation des Eventtages, Presse und Werbearbeit, Homepagegestaltung, Sponsoring.

Je nach Gruppenzugehörigkeit lag der Schwerpunkt im ersten oder zweiten Abschnitt der Vorbereitung. Zuerst mussten ein Trainingsplan sowie ein Lauftagebuch entwickelt werden, um mit dem Lauftraining beginnen zu können.

Circa sechs Monate nach Beginn der Planung startete das Projekt in die erste Phase: das Lauftraining. Von Montag bis Freitag wurde dreimal täglich von studentischen Lauftrainern, auf der Grundlage des Trainingsplans, ein Lauftraining angeboten, welches sich im Laufe der Wochen in Dauer, Intensität und Umfang steigerte. In das Training waren neben den Laufanforderungen auch Phasen mit Kraft, Stabilisations- und Koordinationstraining eingebaut, die je nach Leistungsvermögen differenziert waren, um den Körper ganzheitlich zu trainieren. Jeder Teilnehmerin und jedem Teilnehmer wurde ein Trainingsplan bereitgestellt, so dass samstags selbstständig trainiert werden konnte. Für bereits fittere Läuferinnen und Läufer war es außerdem möglich zu einem späteren Zeitpunkt in das Training einzusteigen.

Zusätzlich zum Trainingsplan erhielt jede Teilnehmerin und jeder Teilnehmer ein Lauftagebuch, in dem Fortschritte und Erfolge notiert werden konnten. Darüber hinaus enthielt es Ernährungstipps und motivierende Sprüche.

Nach einer elfwöchigen Trainingsphase fand am 11. Juli 2012 der eigentliche Eventtag statt. Jede Teilnehmerin, jeder Teilnehmer und jede sportbegeisterte Person konnte an einem 10-km-Lauf teilnehmen. Die Strecke wurde vorher sorgfältig ausgewählt, abgesteckt und gesichert. Start und Ziel befanden sich auf dem Sportplatz der Hochschule, sodass sich Zuschauer, Presse und Sponsoren dort einfinden konnten.

Ziele

Die Kernpunkte dieses Projekts lagen einerseits im Aufbau einer besseren Ausdauerfähigkeit, andererseits in der Verbesserung der Kollegialität und der Gruppenkohäsion.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Studentinnen und Studenten, die sonst eher körperlich inaktiv waren, sollten zu mehr Bewegung angeregt werden. Das regelmäßige tägliche Training sollte die Fitness, die Körpererfahrung und das körperliche Wohlbefinden steigern. Das erfolgreiche Bewältigen der 10-km-Strecke sollte die Selbstwirksamkeit („Yes, I can!“) sowie die Motivation zu individueller körperlicher Aktivität erhöhen.

Durch das gemeinsame Training werden auch soziale Aspekte integriert. Man unterstützt sich gegenseitig, man spricht sich gegenseitig Mut zu usw. Diese Dinge können für ein stärkeres Zusammengehörigkeitsgefühl sorgen, welches sich auch in der Arbeit der Studentinnen und Studenten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter widerspiegeln sollte und das ein wichtiger Bestandteil für Zufriedenheit am Arbeitsplatz und Wohlbefinden ist. Wichtig war auch die Nachhaltigkeit des Konzeptes. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollen Spaß am Laufen, v.a. am gemeinsamen Laufen finden und dies auch über das Projekt hinaus praktizieren.

3 Theoretische Fundierung

Für viele Menschen wurde Laufen zu einer festen Gewohnheit. Sie stellten bei sich fest, dass der regelmäßige Dauerlauf ihr Wohlbefinden günstig beeinflusst.

Wohlbefinden und Selbstwertgefühl durch Sport

Subjektive Gesundheitstheorien verbinden die Gesundheit oft mit dem Wohlbefinden. Aus diesem Grund wird das Wohlbefinden, welches generell ein psychisches Phänomen darstellt, oft als subjektive Komponente der Gesundheit betrachtet (vgl. Neß 2003). Basierend auf dem Strukturmodell von Becker (1991) wurde

das Wohlbefinden in der Untersuchung in das aktuelle, habituelle, physische und psychische Wohlbefinden aufgeteilt.

Nach Abele et al. (1991: 279) hängt das Wohlbefinden sehr stark mit der Bewegungsaktivität zusammen. Folglich wurde in deren Untersuchungen die Beeinflussungsmöglichkeit des Befindens durch Sport empirisch erforscht. Die Ergebnisse implizieren einen positiven Zusammenhang von Sport und Wohlbefinden. Abhängig sind die Ergebnisse von der Art und Weise des betriebenen Sports. Vor allem im Bereich des Gesundheitssports wurden positive Befindlichkeitsveränderungen nachgewiesen.

In der Sportpsychologie beschäftigt man sich zudem mit den Auswirkungen von Sport auf das Selbstwertgefühl. Nach dem „Exercise and Self-Esteem Modell“ von Sonstroem und Morgan wirken Sport und Bewegung indirekt auf das Selbstwertgefühl, indem sie zunächst auf die physische Selbstwirksamkeit wirken. Das Erleben der eigenen Leistungsfähigkeit steigt und das Erleben der sportlichen Kompetenz wird positiv beeinflusst. Kommt dazu noch die physische Akzeptanz, wird durch das Zusammenwirken dieser Komponenten das Selbstwertgefühl gesteigert (vgl. Hänsel 2008).

Physische und psychische Auswirkungen von Laufen

Ein wesentliches Ziel des Projekts lag in einer positiven Auswirkung für die Gesundheit und dem Ausgleich körperlicher und konditioneller Defizite. Aus diesem Grund sollte das Training im Bereich der aeroben Ausdauer stattfinden. Das Tempo ist dabei mit schnellem Gehen zu vergleichen und so angepasst, dass man sich unterhalten kann (vgl. Bartmann 1993). Ein richtig dosiertes Ausdauertraining im Bereich der allgemeinen aeroben dynamischen Ausdauer hat positive Auswirkungen auf den Organismus und die Psyche. Im physischen Bereich zeigen sich die Effekte vor allem im Bereich des Herz-Kreislaufsystems, des Stoffwechsels und der Muskulatur (vgl. Berbalk et al. 2005). Im Bereich der Psyche sind unter anderem positive Auswirkungen auf den Schlaf, das Wohlbefinden und den Umgang mit Stress zu verzeichnen (vgl. Bartmann 2005).

Gesundheitsförderung im Betrieb

Im Grunde sind alle Maßnahmen von Arbeitgebern und Gesellschaft, die der Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz dienen, Teil einer betrieblichen Gesundheitsförderung (vgl. Luxemburger Deklaration zu der betrieblichen Gesundheitsförderung 1997). Diese Maßnahmen gelten im Betrieb bzw. der Hochschule als besonders wirksam (vgl. IGA-Report 2005), weil sie die Möglichkeit bieten, den Zugang zu gesunden Erwachsenen zu erlangen, die sonst nur sehr schwer zu erreichen sind.

Gesundheit ist eine Ressource, die für den Erfolg eines Unternehmens eine entscheidende Rolle spielt. Gesunde Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich

physisch und psychisch wohl fühlen, zeigen mehr Einsatz, sind motivierter und leistungsfähiger und bleiben dem Unternehmen länger erhalten (vgl. Boese 2010). Da der Gesundheitssport nicht nur Akzente auf die körperliche Fitness, sondern auch auf psychische und soziale Aspekte setzt, ist er ein sehr wichtiges Element im Bereich der Gesundheitsförderung.

Das Laufprojekt „10 Gewinn“ kann unter dem Aspekt des Gesundheitssports gesehen werden, da es als regelmäßige sportliche Maßnahme gilt, welcher das Ziel zugrunde liegt, physische und psychosoziale Gesundheitsressourcen zu stärken, Risikofaktoren zu vermindern und Bewegungsverhältnisse zu verbessern.

4 Untersuchung

Der Fragebogen

Ziel einer Fragebogenerhebung ist es, durch einseitige gesteuerte Kommunikation reliable und valide Erkenntnisse über den Forschungsgegenstand zu bekommen (vgl. Scholl 2003).

Der Fragebogen zur Untersuchung wurde aus vorhandenen standardisierten Fragebögen gebildet. Es wurden ausschließlich geschlossene Fragen gestellt.

Der Fragebogen war, bis auf einen zusätzlichen Teil zur „Arbeitseinstellung“ für Lehrende und Mitarbeitende der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd, für alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer identisch aufgebaut. (Abbildung 1).

Fragebogen zum Wohlbefinden und Selbstwertgefühl				
Liebe Mitarbeiter/Studenten der PH Schwäbisch Gmünd, im Rahmen meiner Zulassungsarbeit zum Sport- und Gesundheitsförderungsprojekt „10 Gewinn“ führe ich eine Fragebogenstudie durch. Es würde mich sehr freuen, wenn sie sich kurz Zeit nehmen würden die Fragen zu beantworten. Die Fragen beziehen sich auf den Zeitraum der letzten 6 Wochen. Kreuzen sie die erste Antwort an die ihnen in den Sinn kommt, seien sie dabei ehrlich. Ich bitte sie immer nur ein Kreuz zu setzen.				
	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
1. Ich bin mit meinem Körperzustand einverstanden				
2. Im Grunde genommen möchte ich mit niemandem tauschen				
Wie fühlen Sie sich jetzt, in diesem Augenblick? Welches Gesicht könnte am besten verdeutlichen, wie Sie sich jetzt, in diesem Moment fühlen? Bitte kreuzen Sie den Buchstaben unter dem betreffenden Gesicht an.				
				
A B C D E F G				

Abbildung 1: Ausschnitt aus dem Fragebogen der Untersuchung

Datenerhebung

Die Untersuchung war als Querschnittstudie angelegt und fand in einem Kontroll-Projektgruppendesign statt. Die Daten wurden von freiwilligen Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Hilfe des dargestellten Fragebogens erhoben.

Zu Beginn des Fragebogens mussten Angaben zur sportlichen Aktivität und zur Teilnahme am Projekt gemacht werden. Dadurch konnten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in drei Hauptgruppen eingeteilt werden:

- **die Projektgruppe:** zugeteilte Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben an dem 11-wöchigen Lauftraining teilgenommen (Interventionsphase) und laufen weiterhin in Laufgruppen oder alleine, mindestens zweimal in der Woche.
- **die Kontrollgruppe:** zugeteilte Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind sportlich inaktiv.
- **die Sportgruppe:** zugeteilte Teilnehmerinnen und Teilnehmer gehen seit mindestens 2 Jahren in ihrer Freizeit oder im Verein laufen.

Tabelle 1: Aufteilung der Gruppen

	Interventionsphase	Folgemonate	Messzeitpunkt t
Projektgruppe Mitarbeiter (PG-M)	Projekt „10 Gewinn“	Regelmäßiges Laufen	X
Projektgruppe Studenten (PG-S)	Projekt „10 Gewinn“	Regelmäßiges Laufen	X
Sportgruppe (SG)	Regelmäßiges Laufen	Regelmäßiges Laufen	X
Kontrollgruppe Mitarbeiter (KG-M)	Keine sportliche Aktivität	Keine sportliche Aktivität	X
Kontrollgruppe Studenten (KG-S)	Keine sportliche Aktivität	Keine sportliche Aktivität	X

Die Untergliederung der Projektgruppe und der Kontrollgruppe in Studierende und Mitarbeitende wurde aufgrund des zusätzlichen Teils zur „Arbeitseinstellung“ durchgeführt, spielt allerdings in allen anderen Bereichen keine gesonderte Rolle.

Mithilfe der Untersuchung sollte herausgefunden werden, ob es im Bereich des Wohlbefindens, des Selbstwertgefühls und der Arbeitseinstellung Unterschiede zwischen den Projektgruppen und den Vergleichsgruppen gibt. Die Daten wurden zum Messzeitpunkt t mit Hilfe des Fragebogens erhoben. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Angestellte wurden persönlich angesprochen. Online konnten die Fragebögen von Studierenden über drei Tage ausgefüllt werden.

Die Basis für die Untersuchung stellte eine Stichprobe von 87 Personen der Hochschule. Darunter waren 35 Männer und 52 Frauen im Alter von 20 bis 55 Jahren. Hinsichtlich der sportlichen Betätigung erfolgte eine Einteilung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in die oben genannten Gruppen.

Tabelle 2: Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer nach Gruppen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Kontrollgruppe_ges	38	43,7	43,7	43,7
	Projektgruppe_ges	16	18,4	18,4	62,1
	Sportgruppe	33	37,9	37,9	100,0
	Gesamt	87	100,0	100,0	

Die Auswertung des Datensatzes fand mit Hilfe des Statistikprogrammes SPSS statt. Die verschiedenen Items wurden mittels einer Reliabilitätsanalyse auf Zusammenhänge untersucht. Die entstandenen übergeordneten Variablen konnten in die Kategorien: psychisches Wohlbefinden, physisches Wohlbefinden, habituelles Wohlbefinden und Selbstwertgefühl eingeteilt werden.

5 Ergebnisse

Bei der Auswertung der Untersuchung wurden die Gruppen, ausgenommen der Bereich der Arbeitseinstellung, stets Gesamtes (Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter + Studentinnen und Studenten) betrachtet.

Interpretation der Ergebnisse zum Wohlbefinden

Die Ergebnisse zum habituellen Wohlbefinden sind für die Fragestellung, ob sich die Gruppen bezüglich ihres Wohlbefindens unterscheiden, am bedeutendsten, da die physischen, psychischen und sozialen Aspekte vereint betrachtet werden.

Erwartungskonform konnte gezeigt werden, dass es einen Zusammenhang zwischen dem habituellen Wohlbefinden und der Zugehörigkeit zu einer Gruppe gibt. Personen, die von einem positiven habituellen Wohlbefinden berichten, zählen anteilig häufiger zu den Probanden der Projekt- und der Sportgruppe. Die Sportgruppe unterscheidet sich in ihrem habituellen Wohlbefinden signifikant von der Projekt- und der Kontrollgruppe. Ebenso ließen sich die Personen der Projektgruppe signifikant von denen der Kontrollgruppe differenzieren. Obwohl hier nicht die Veränderungen, sondern die Unterschiede zwischen den Gruppen betrachtet werden, ist es interessant zu wissen, dass Befindlichkeitsveränderungen durch Gesundheitssport in zahlreichen Studien nachgewiesen wurden. Möglicherweise ist das auch ein Grund für das bessere Wohlbefinden der Projekt- und der Sportgruppe.

Gruppierte Balkendiagramme bestätigen die Annahme, dass das physische Wohlbefinden der Kontrollgruppe geringer ist als das der Projekt- und der Sportgruppe. Die Annahme, dass sich zwischen der Kontroll- und der Projektgruppe signifikante Unterschiede in der Bewertung des physischen Wohlbefindens ergeben, kann ebenso belegt werden. Der erwartete Unterschied zwischen der Projekt-

und der Sportgruppe kann allerdings nicht nachgewiesen werden, da sich für die Gesamtpopulation keine zentralen Tendenzen aufzeigen lassen. Betrachtet man die drei Gruppen gemeinsam, findet eine positive Korrelation statt. Das heißt, die Sportgruppe besitzt das beste physische Wohlbefinden und die Kontrollgruppe das schlechteste.

Laut Frank stellt die „Zufriedenheit mit dem momentanen Körperzustand“ für viele Menschen eine Komponente für das körperliche Wohlbefinden dar (Frank 1991: 75). Veränderungen im Körperbau und in der körperlichen Leistungsfähigkeit ergeben sich bereits frühzeitig im Training. Personen werden schon nach kurzer Zeit des regelmäßigen Lauftrainings mit positiven Erlebnissen im Bereich ihrer Leistungsfähigkeit belohnt. In den allgemeinen Gesetzmäßigkeiten der Trainingslehre ist dieses Phänomen im Gesetz zum „Verlauf der Leistungsentwicklung“ festgeschrieben. Der Leistungszuwachs verläuft, trotz höherer Trainingsreize, bei zunehmender Leistungsfähigkeit nicht linear und gleicht in der Mathematik einem exponentiellen Wachstum, mit der Annäherung an eine Schranke (Friedmann 2009: 11). Der schnelle Leistungszuwachs am Anfang, sowie die körperlichen Veränderungen (z. B. Muskelaufbau, Fettabbau) durch die sportliche Aktivität fördern das körperliche Wohlbefinden. Hat man eine bestimmte Leistung erreicht bzw. sind bestimmte Muskelgruppen aufgebaut, finden keine sofort sichtbaren Veränderungen mehr statt und das körperliche Wohlbefinden wird nicht mehr weiter gesteigert. Eine Vielzahl von medizinischen Studien belegt zudem eindrucksvoll, dass durch ein an der individuellen Situation orientiertes, regelmäßiges Training positive Veränderungen zentraler körperlicher Fähigkeiten (Ausdauer, Kraft, Beweglichkeit) erreichen kann (vgl. Weineck 1988). Auf der Grundlage einer verbesserten Wahrnehmung der körperlichen Fähigkeiten verbessert sich auch das physische Wohlbefinden.

Die Sportgruppe hat ein höheres psychisches Wohlbefinden als die Projektgruppe und diese wiederum ein höheres als die Kontrollgruppe. Die Unterschiede sind im Falle des psychischen Wohlbefindens für alle drei Gruppen signifikant. Die Korrelation ist positiv.

Die Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass das psychische Wohlbefinden vom Zeitraum des Laufens abhängt. Das heißt, je länger der Zeitraum der sportlichen Betätigung ist, desto größer ist das psychische Wohlbefinden. Zum Beispiel kann das Erreichen bestimmter Ziele das psychische Wohlbefinden schon nach zwei-monatigem Lauftraining steigern, aber auch noch nach zwei Jahren. Nahezu alle Auswirkungen auf die Psyche, wie zum Beispiel ein verbesserter Schlaf und ein verbesserter Stressabbau (vgl. Bartmann 1995), sind langfristig und wirken dauerhaft.

Während der Untersuchungen wurde festgestellt, dass das soziale Wohlbefinden, besonders im Zusammenhang mit dem Laufen, sehr schwer zu erheben ist. Ein soziales Wohlbefinden wird generell, wie im Theorieteil beschrieben, durch soziale Unterstützung, soziale Kontakte und sozialen Rückhalt hervorgerufen. Das „10 Gewinnt“ Projekt kann durch das Training in Gruppen die Anzahl der sozia-

len Kontakte erhöhen. Betrachtet man die Ergebnisse, lässt sich feststellen, dass die Sportgruppe zwar das beste soziale Wohlbefinden aufweist, generell aber für alle drei Gruppen ein gutes bis sehr gutes soziales Wohlbefinden festgehalten werden kann. Demnach kann die Hypothese, dass sich das soziale Wohlbefinden von Kontroll-, Projekt- und Sportgruppe signifikant unterscheidet, nicht für die Gesamtbevölkerung geltend gemacht werden. Auch die Korrelation zeigt nur einen sehr geringen Wert. Bisherige Studien in diesem Bereich konnten ebenfalls keine eindeutigen Ergebnisse hervorbringen.

Interpretation der Ergebnisse zum Selbstwertgefühl

Bisher durchgeführte Studien ergaben meist keinen Zusammenhang zwischen sportlicher Aktivität und dem generellen Selbstwertgefühl. Es konnte lediglich ein Zusammenhang zwischen der sportlichen Aktivität und dem körperlichen Selbstwert festgestellt werden (vgl. Stiller und Alfermann 2010; Wagner und Alfermann 2006).

Die Ergebnisse der durchgeführten Untersuchung zeigen, dass generell alle befragten Personen ein mittleres bis hohes Selbstwertgefühl besitzen. Auch Personen der Kontrollgruppe, die weitgehend körperlich inaktiv sind, weisen ein mittleres bis hohes Selbstwertgefühl auf. Diese Tatsache allein kann als Grund interpretiert werden, warum es schwer ist, durch Laufen das Selbstwertgefühl zu steigern, da sich, zumindest in meiner Stichprobe, auch sportlich inaktive Menschen auf einem relativ guten Niveau befinden. Die Möglichkeit zur Verbesserung des Selbstwertgefühls hängt vom Ausgangsniveau ab. Bei einem niedrigeren Ausgangsniveau ist eine Verbesserung leichter zu erreichen als bei, wie hier vorliegend, bereits sehr hohen (vgl. Bartmann 1995).

Die Ergebnisse der Untersuchung weisen allerdings auf einen Zusammenhang zwischen der Gruppenzugehörigkeit und dem Wohlbefinden hin. Teilnehmer der Sportgruppe haben ein deutlich höheres Wohlbefinden als Personen der Kontrollgruppe. Dasselbe gilt auch für die Projektgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe. Kein Unterschied ließ sich allerdings zwischen der Projekt- und der Sportgruppe feststellen.

Dies kann analog zum physischen Wohlbefinden interpretiert werden.

Veränderungen in der Leistungsfähigkeit haben Auswirkungen auf das Vertrauen in die physische Selbstwirksamkeit. Dadurch wird die sportliche Kompetenz gesteigert und das Selbstwertgefühl verbessert. Veränderungen der Leistungsfähigkeit werden schon sehr früh für die Läuferinnen und Läufer sichtbar. Später ist es schwerer weitere Veränderungen hervorzurufen, deshalb stagniert die Zunahme bzw. ist nicht mehr signifikant nachweisbar (Self-Esteem Modell nach Sonstroem und Morgan).

Ergebnisse der Studie zeigen, dass auch das Wohlbefinden und das Selbstwertgefühl zusammenhängen. Das heißt, ein höheres Selbstwertgefühl geht mit einem höheren Wohlbefinden einher. Die Wirkrichtung ist dabei nicht bekannt.

Forschungen von Sonstroem und Morgan (1989) bestätigen diese Erkenntnis. Sie fanden heraus, dass durch die sportliche Betätigung die körperbezogene Selbstachtung gesteigert wird und dies indirekt zu einer Verbesserung des Wohlbefindens führt.

Interpretation der Ergebnisse zur Arbeitseinstellung

Zunächst ließ sich feststellen, dass die Arbeitseinstellung der Kontrollgruppe negativer ist als die der Projektgruppe. Der Unterschied erweist sich zudem als signifikant. Demnach findet eine positive Korrelation zwischen den Gruppen und der Arbeitseinstellung statt.

Es war schwer, konkrete Fragen zum Wohlbefinden bei der Arbeit zu finden, deshalb waren die Fragen eher allgemein auf die Arbeit bezogen und sollten einen generellen Überblick über die Arbeitseinstellung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer liefern. Die Ergebnisse zeigen, dass Teilnehmende der Projektgruppe eine positivere Einstellung zu ihrer Arbeit besitzen als Personen der Kontrollgruppe. Die Ergebnisse korrelieren im Bereich der Arbeitsmotivation, dem Wohlbefinden bei der Arbeit und der Zufriedenheit mit der Arbeit auf mittlerem Niveau.

Es zeigt sich zudem eine Korrelation zwischen dem Wohlbefinden und der Arbeitseinstellung. Theoretische Annahmen, dass das Wohlbefinden bei der Arbeit einen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsmotivation und somit auf die Produktivität hat, können also angenommen werden

6 Fazit

Die Untersuchung lieferte sehr positive und nachvollziehbare Ergebnisse. Größtenteils deckten diese sich mit der Empirie bereits abgeschlossener Forschungen zu denselben Themengebieten. Es hat sich gezeigt, dass das Laufen nicht nur theoretisch fundiert, sondern auch praktisch erprobt und empirisch untersucht, als Eckpunkt der betrieblichen Gesundheitsförderung angesehen werden kann. Betrachtet man alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Untersuchung (Studentinnen und Studenten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Lehrende) zeigt sich, verglichen mit der Kontrollgruppe, ein signifikant höheres habituelles Wohlbefinden der Projektgruppe, sowie ein höheres Selbstwertgefühl der Projektgruppe. Mitarbeiterinnen, Mitarbeiter und Lehrende, die am Projekt teilgenommen haben, zeigen außerdem eine sehr viel positivere Arbeitseinstellung als die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus der Kontrollgruppe.

Alles in allem stellt sich heraus, dass sportlich aktive Personen (Läuferinnen und Läufer) eine stabilere psychische Gesundheit (Wohlbefinden, Selbstwertgefühl) aufweisen als inaktive Personen. Bedenkt man, dass 31 % der Arbeitsunfähigkeitstage auf psychische Belastungen zurückgehen, ist eine Stärkung der psychischen Gesundheit in der heutigen Arbeitswelt unbedingt notwendig und sinnvoll.

Literatur

Monografien

- Bartmann, U. (1993): Laufen und Joggen...und seine positiven Auswirkungen auf die Psyche: Streß, Ängste und Depressionen hinter sich lassen. Mit Schwung zu mehr Ausgeglichenheit und Selbstbewußtsein. Trainingsanleitungen (2. überarbeitete Auflage). Stuttgart: Trias.
- Berbalk, A. / Neumann, G. / Pfützner, A. (2005): Optimiertes Ausdauertraining. (4. überarbeitete Auflage). Aachen: Mayer& Mayer.
- Boese, S. (2010): Sportliche Aktivität als Ressource betrieblicher Gesundheitsförderung. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Friedmann, K.(2009): Trainingslehre. Sporttheorie für die Schule. Pfullingen: promos Verlag.
- Neß, W.(2003): Psychisches Wohlbefinden und Sport. – Empirische Untersuchung an Patienten mit peripheren Durchblutungsstörungen. Kassel: University press GmbH.
- Scholl, A. (2003): Die Befragung. Konstanz. UVK Verlagsgesellschaft.
- Weineck, J. (1988): Sportbiologie. Erlangen: Perimed.

Zeitschriftenartikel

- BKK Bundesverband (Hrsg.)(2005): Vorgehensweise bei der Entwicklung von arbeitsweltbezogenen Präventionszielen. IGA- Report 8. Essen: BKK. Zugriff am 21. Dezember 2012 unter http://www.iga-info.de/fileadmin/Veroeffentlichungen/IGA-Reporte_Projektberichte/iga-Report_8_Praeventionsziele_Methode.pdf

Beiträge in Sammelbänden

- Abele, A. / Brehm, W. / Gall, T.(1991): Sportliche Aktivität und Wohlbefinden. In: A. Abele & P. Becker (Hrsg.): Wohlbefinden. Theorie, Empirie, Diagnostik. Weinheim und München: Juventa.
- Alfermann, D. & Stiller, J.(2010): Inhalte und Struktur des physischen Selbstkonzeptes. In: Conzelmann, A. & Hänsel, F.: Sport und Selbstkonzept. Struktur, Dynamik und Entwicklung. Schorndorf. Hoffmann.
- Becker, P. (1991): Theoretische Grundlagen. In: Abele, A. & Becker, P.(Hrsg.):Wohlbefinden. Theorie, Empirie, Diagnostik. Weinheim und München: Juventa.
- Frank, R.(1991): Körperliches Wohlbefinden. In: Abele, A. & Becker, P.(Hrsg.): Wohlbefinden. Theorie, Empirie, Diagnostik. Weinheim und München: Juventa, 75.

- Hänsel, F. (2010): Kognitive Aspekte. In: A. Conzelmann & F. Hänsel (Hrsg.): Sport und Selbstkonzept. Struktur, Dynamik und Entwicklung. Schorndorf: Hoffmann, 28.
- Lampert, T. / Omar, K. / Rütten / A. Ziese, T. (2005): Körperliche Aktivität. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 26, 3–23. Zugriff am <15. November 2012> unter http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/ren4T3cctjHcA/PDF/29BFVzVHbIM_45.pdf
- Sonstroem, R.J. & Morgan, W.P. (1989): Exercise and self-esteem: Rationale and model. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 21, 329–337.
- Wagner, P. & Alfermann, D.(2006): Allgemeines und Physisches Selbstkonzept. In Bös, K. & Brehm, W. (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitssport* (S. 334–345). 2. überarbeitete Auflage. Schorndorf: Hofmann.

Evaluation und Weiterentwicklung des Pausenexpresses als Maßnahme der aufsuchenden Gesundheitsförderung im Setting Universität

Filip Mess, Julia Theune & Stefanie Schüler

1 Einführung

Bewegung und Sport sind in der heutigen Gesellschaft zentrale Ansatzpunkte gesundheitsfördernder Bemühungen. So ist anhand wissenschaftlicher Studien vielfach belegt, dass chronische Beschwerden und Zivilisationskrankheiten bei Inaktivität vermehrt auftreten und gleichzeitig durch Aktivität reduziert werden können (vgl. Bös, Brehm & Gröben 2004; Bouchard, Blair & Haskell 2012). Darüber hinaus können Bewegung und Sport eine antidepressive, medikamentenähnliche Wirkung entfalten (Fuchs 2003). Bewegungspausen im beruflichen Alltag wiederum können einen positiven Einfluss auf Denk- und Lernprozesse haben (vgl. Dennison & Dennison 2008) und der Wechsel von physischer Spannung und Entspannung kann das Stressempfinden beeinflussen. Bewegungspausen bürgen demnach nicht nur leistungssteigerndes, sondern auch gesundheitsförderliches Potential. Aus diesem Grund empfehlen unter anderem Kanning und Schlicht (2006), das natürliche Erholungsbedürfnis nicht durch Passivität zu befriedigen, sondern durch aktive Pausengestaltung.

Gesundheitssportliche Interventionen scheitern unabhängig vom Setting häufig an der schlechten Erreichbarkeit der Zielgruppe. Es zeigt sich, dass inaktive und chronisch kranke Personen, die für sie konzipierten Bewegungsprogramme selten in Anspruch nehmen (Fuchs 2003). Nach Klein (2009) wirkt sich ein hohes

Bildungsniveau und vor allem bei Frauen zunehmendes Alter positiv auf die Bereitschaft aus, aktiv zu werden. Anstrengende körperliche Arbeit und Kindererziehung bei Frauen gelten hingegen als Barrieren von sportlicher Aktivität (Klein 2009). Im Setting Betrieb wurden schlechte Pausenregelungen, mangelnde Unterstützung der Vorgesetzten, hohes Arbeitspensum, fehlende Schließfächer und Duscmöglichkeiten sowie die Atmosphäre in Treppenhäusern als Barrieren für Aktivität am Arbeitsplatz identifiziert (Phipps, Madison, Pomerantz & Klein 2010). Darüber hinaus scheitern Gesundheitsprogramme oftmals an einer hohen (ca. 50 %) Drop-Out Rate (Fuchs 1997). In Risikogruppen ist die Abbruchquote sogar noch höher (z. B. Pahmeier 1994; 2006).

Bindung an einen aktiven Lebensstil und die Teilnahmebereitschaft verbessern sich wiederum, wenn Maßnahmen einfach in den Alltag integrierbar sind, indem etwa zeitliche oder ökonomische Barrieren reduziert werden. Um krankmachende Verhaltensmuster durch gesundheitsförderliche zu ersetzen, bedarf es folglich barrierefreier und niederschwelliger Programme (Brehm & Bös 2006). Unter dem Terminus *aufsuchende Gesundheitsförderung* subsumieren sich solch niederschwellige Maßnahmen, die sich ohne Mehraufwand in den (Berufs-)Alltag integrieren lassen und daher direkt am Arbeitsplatz oder in der Arbeitsstätte stattfinden.

Im Setting Universität gibt es mit Ausnahme des *Pausenexpresses* (PE) bislang wenig Kenntnis darüber, wie solche aufsuchenden Gesundheitsprogramme zu gestalten sind, welche Zielgruppen sie insbesondere ansprechen und ob sie die selbstgesteckten Ziele erreichen. Aus diesem Grund ist das Ziel des vorliegenden Beitrags zunächst die Durchführung und Evaluation des PE an der Universität Konstanz als Maßnahme der aufsuchenden Gesundheitsförderung darzustellen, um anschließend auf der Grundlage einer systematischen Literaturrecherche mögliche Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung des PE aufzuzeigen.

2 Aufsuchende Gesundheitsförderung an der Universität Konstanz

Im Setting Hochschule erfüllt die Maßnahme *Pausenexpress* des Allgemeinen Deutschen Hochschulsportverbands (adh) die Kriterien aufsuchender Gesundheitsförderung und erhält u. a. deshalb seit 2010 regen Zuspruch. Beim PE handelt es sich um ein meist 10-wöchiges, niederschwelliges Bewegungsprogramm, das sich überwiegend an den Kernzielen von Gesundheitssportprogrammen orientiert (z. B. Brehm 2006): (1) Stärkung psychischer Ressourcen, (2) Prävention von Risikofaktoren, (3) Stärkung psychosozialer Ressourcen, (4) Bewältigung von Beschwerden und Missempfinden, (5) Bindung an gesundheitssportliches Verhalten und (6) Schaffung und Optimierung unterstützender Settings. Der PE ist eine 15-minütige Bewegungspause, die von geschulten Trainerinnen und Trainern direkt am Arbeitsplatz durchgeführt wird und somit einfach in den Arbeitsalltag integrierbar ist. Durch das Aufsuchen am Arbeitsplatz und das Mitbringen von Kleingeräten ent-

fällt für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer jeglicher organisatorischer Aufwand. Die Intervention richtet sich primär an Beschäftigte mit sitzender Tätigkeit. Folglich dominieren Kraft-, Entspannungs-, Mobilisations- und Dehnübungen.

Da gegenwärtig keine Evaluationsstudien zum PE bekannt sind, sollen im Folgenden ausgewählte Evaluationsergebnisse vom Konstanzer PE vorgestellt und diskutiert werden. Die Evaluation richtete sich hierbei unter Berücksichtigung der Kernziele von Gesundheitssportprogrammen u. a. auf folgende Fragestellungen: Initiiert der PE den Einstieg in ein aktives Leben und werden Teilnehmerinnen und Teilnehmer durch positives Erleben nachhaltig für körperlich-sportliche Aktivitäten motiviert? Kann der PE bei den Teilnehmenden zu einer Stärkung des Handlungs- und Effektwissens führen, bei der Bewältigung akuter Beschwerden und Missempfindungen helfen sowie für weitere Sportangebote an der Hochschule sensibilisieren?

Methode

Im Wintersemester 2011/12 wurde die Umsetzung des Konstanzer PE mit einem Ex-Post-Facto-Design analysiert (vgl. Schüler 2012). N = 68 nicht-wissenschaftliche Beschäftigte der Universität (N = 45 Frauen; N = 21 Männer) im Alter von 21 bis 62 Jahre (MW = 44 Jahre; SD = 9,8) nahmen an der Evaluationsstudie teil. Mittels Fragebogen wurden erfasst: sportliche Aktivität (Woll 1996), körperliche Fitness (Bös et al. 2002), bestehende Beschwerden (in Anlehnung an Zerssen 1976), psychosoziale Ressourcen (Abele & Brehm 1990) und programmspezifische Faktoren (in Anlehnung an Tiemann 1997; Wagner 2000).

Ausgewählte Ergebnisse

Den Ergebnissen zu Folge erreichte der PE an der Universität Konstanz vor allem Frauen (ca. 66 %), inaktive (23,5 %) und unfitte Beschäftigte (50,6 %) (vgl. Bös et al. 2002; Pahmeier 1994; Wagner 2000; Woll 1996). Aus der Untersuchung geht ein Anstieg des Effektwissens für Kraft (16,7 %), Entspannung (24,1 %) und rücken-gerechtes Verhalten (19,4 %) hervor und es zeigt sich, dass der PE bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern ein positives Bewegungserleben auslöst. Zudem hatten am Ende der Intervention 53 Prozent der sportlich Inaktiven die Intention, an weiteren Hochschulsportkursen teilzunehmen und sich über den PE hinaus sportlich zu betätigen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren außerdem mit den räumlich-materiellen und inhaltlich-organisatorischen Bedingungen sehr zufrieden. Der geringe Umfang vom PE wurde hingegen kritisch bewertet: Zwei Drittel (66,2 %) der Teilnehmenden äußerten den Wunsch, dass der PE an mehreren Terminen in der Woche angeboten werden sollte. Die Studie zeigt außerdem, dass 56,6 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer über Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen auf die Maßnahme aufmerksam wurden.

Diskussion

Aus der Evaluation geht hervor, dass der PE die gewünschte Zielgruppe (v. a. inaktive, unfitte Beschäftigte) gut anspricht, die übergeordneten Ziele erreicht und folglich den Ansprüchen einer gesundheitssportlichen Maßnahme nach Brehm (2006) gerecht werden kann. Verbesserungspotential besteht jedoch sowohl auf konzeptioneller als auch struktureller Ebene: Konzeptionell muss bemängelt werden, dass Bewegungsumfang und -intensität nicht ausreichen, um trainingswirksame Reize zu setzen und Inaktivität mit ihren gesundheitlichen Folgen vollständig zu kompensieren (Brehm & Bös 2006). Tendenziell waren die Teilnehmerinnen und Teilnehmer allerdings motiviert über den PE hinaus aktiv zu sein. Da in der Gesundheitspsychologie eine Verhaltensänderung wie die Aufnahme der sportlichen Aktivität erst dann als stabil gilt, wenn dieses Verhalten mindestens sechs Monate ohne Unterbrechung aufrechterhalten wird, sind aufgrund des Studiendesigns jedoch keine grundlegenden (positiven) Aussagen möglich.

Hieraus ergibt sich Verbesserungspotential auf struktureller Ebene, da der PE jährlich über zwei zehnwöchige Perioden stattfindet und folglich in 32 Wochen nicht angeboten wird. Um seinen eigenen Ansprüchen als Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung gerecht zu werden, sollte er jedoch Kontinuität haben. Ein weiterer kritischer Aspekt in der Organisation des PE ist die Finanzierung durch zeitlich befristete Sondermittel in einigen Bundesländern. Die Subventionierung erlaubt zwar eine besonders niederschwellige Ausgestaltung, gefährdet aber auch gleichzeitig die Beständigkeit des Angebots.

Aufbauend auf dieser Evaluation gilt es zu überlegen, wie der PE auf konzeptioneller und struktureller Ebene modifiziert und damit weiterentwickelt werden könnte. Möglichkeiten und Anknüpfungspunkte sollen hierfür die gewonnenen Erkenntnisse einer umfassenden Literaturrecherche zu aufsuchender Gesundheitsförderung aufzeigen.

3 Forschungsstand zur aufsuchenden Gesundheitsförderung

Für die systematische Erfassung des Forschungsstands zur aufsuchenden Gesundheitsförderung sind in Anlehnung an den Review von Barr-Anderson et al. (2011) in einem ersten Schritt die Datenbanken *Bio Med Central*, *Web of Science* und *Pubmed* durchsucht worden (Stand: 27.06.2013). Hierfür wurde ein Suchbegriff erarbeitet, der auf jeder der fünf Ebenen verwandte Begriffe berücksichtigt:

1. "Ort": firm OR business* OR concern* OR enterprise OR company OR factory
2. "Wer": staff* OR employee* OR assistant OR colleague OR contributor OR cooperator OR collaborator OR workers
3. "Gesundheit": health* OR physical health OR mental health

4. "Wo": job OR place of work OR employment OR office OR bureau OR desk OR fabrication OR manufacturing OR production
5. "Programme": ergonomics OR stress* OR relax OR balance OR health promotion OR workplace programme OR intervention OR work health promotion programme

Die Literaturrecherche mit dem Suchterm ergab insgesamt 2783 Treffer (Bio Med Central: 127; Web of Science: 1287; Pubmed: 1369). Nach Einschränkung des Publikationszeitraumes auf die letzten 10 Jahren (N = 2527) und dem Entfernen der 2338 Duplikate, wurde anhand der Beitragstitel überprüft, ob die übrigen 189 Artikel folgende Einschlusskriterien erfüllen: (1) Fokussierung auf die Zielgruppe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter; (2) Durchführung im Setting Betrieb; (3) Zeitschriftenbeitrag peer-reviewed und englisch; (4) Durchführung der gesundheitsfördernden Maßnahme am Arbeitsplatz. Von den zutreffenden 20 Studien mussten 18 aussortiert werden, da sie diese Einschlusskriterien nicht erfüllten, so dass zunächst zwei Studien (Macedo et al. 2011; Taylor et al. 2010) für diesen Beitrag übrig blieben.

In diesen beiden Beiträgen wurden in einem zweiten Schritt die Literaturverzeichnisse auf weitere passende Quellen durchsucht. Die so identifizierten Studien wurden mit den beiden von Macedo et al. (2011) und Taylor et al. (2010) wiederum in den oben genannten Datenbanken auf Zitationen durchsucht, so dass insgesamt weitere sechs Artikel gefunden werden konnten, die für eine Darstellung in diesem Beitrag inhaltlich sehr passend sind. Die insgesamt aufgenommenen acht Studien sollen im Folgenden zunächst chronologisch vorgestellt werden, bevor eine Synthese die wesentlichen Erkenntnisse aufzeigt.

Ergebnisse

Eine der ersten Publikationen zur aufsuchenden Gesundheitsförderung wurde im Jahr 1995 von Pronk et al. veröffentlicht, mit der Intention die Wirkung eines zehn-minütigen Fitnessprogramms auf die Kraft, Beweglichkeit, Stimmung (Profile of Mood States – POMS) und den beruflichen Stress (Occupational Stress Scale – OSS) von Fabrikmitarbeitenden zu untersuchen. Im Rahmen dieser Pilotstudie wurde über einen Zeitraum von sechs Wochen zunächst eine Pilotstudie (2 Gruppen; kontrolliertes Pre-Post-Test-Design; N = 19) durchgeführt, bevor die halbjährige Hauptstudie startete (1 Gruppe; Pre-Post-Test-Design; N = 210). Die Intervention bestand aus selbst konzipierten Kräftigungs- und Dehnungsübungen, die täglich über zehn Minuten für die Mitarbeitenden angeleitet wurden. Die Ergebnisse der Pilotstudie zeigen, dass sich die Kontrollgruppe von t_1 zu t_2 lediglich in einer Variable (Selbstwertgefühl) signifikant verbesserte, wohingegen bei der Interventionsgruppe insgesamt bei acht Variablen Verbesserungen auftraten (u. a. bei Kraft, Beweglichkeit, Subskalen der POMS). In der Hauptstudie verbesserten sich bei den

Mitarbeitern vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt alle Beweglichkeitstests und vier der acht Subskalen der POMS. Beim Krafttest und der Stressskala (OSS) deuten sich positive Effekte an, diese waren jedoch nicht statistisch bedeutsam. Die wichtigste Erkenntnis dieser Studie ist daher, dass bei einer täglichen, zehnmütigen Durchführung sowohl Steigerungen in der körperlichen Leistungsfähigkeit als auch der psychischen Gesundheit eintreten können.

Yancey et al. (2004) integrierten ebenfalls ein zehn-minütiges Aktivitätsprogramm in den Berufsalltag von N = 449 Angestellten und untersuchten in einer randomisierten und kontrollierten Studie (nur Posttest) die (1) Teilnahmequote von bislang inaktiven Beschäftigten, (2) subjektive Gesundheit, (3) Zufriedenheit mit gegenwärtiger Fitness und (4) Stimmung (u. a. Depression, Angst, Konzentrationsfähigkeit). Die Intervention bestand entweder aus einer Fitness- oder Aktivitätspause (gymnastische Übungen oder einfache Aerobic-Übungen) und wurde in lange Sitzungen (>1h) integriert. In insgesamt 26 Sitzungen (11 Interventionssitzungen mit N = 189 und 15 Kontrollsitzen mit N = 260) wurden die Effekte der Aktivpause direkt im Anschluss mittels Fragebogen erfasst. Bedeutsam für den vorliegenden Beitrag sind die Ergebnisse der motivationalen und stimmungsbezogenen Effekte. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die inaktiven Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Interventionsgruppe im Vergleich zu den Inaktiven der Kontrollgruppe weniger zufrieden mit ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit und zudem ihre subjektive Gesundheit weniger gut einschätzten. Ein analoges Resultat zeigte sich auch bei der Stimmung, insbesondere beim wahrgenommenen Energielevel: Inaktive der Kontrollgruppe fühlten sich energetischer als ihre inaktiven Kollegen der Interventionsgruppe. Das lässt sich u. a. damit erklären, dass sich die Inaktiven der Interventionsgruppe nach der Aktivpause direkt mit ihren aktiven (und fitten) Kollegen vergleichen konnten und so für ihren eigenen Fitness-, Energie und Gesundheitszustand sensibilisiert wurden. Yancey et al. (2004) deuten das positiv, da inaktive Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aufgrund des Vergleichs in der Aktivpause mit den aktiven Kollegen motiviert werden einen aktiven Lebensstil aufzubauen.

Das Ziel des Beitrags von Taylor (2005) war es, argumentativ mit Hilfe eines Vergleichs zur Wirksamkeit unterschiedlicher Pausengestaltungen (z. B. Raucherpause, Kaffeepause, Aktivpause) zu belegen, dass es gesundheitsförderlich ist, wenn Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihre Pausen im Berufsalltag als aktive Pause (*booster breaks*) gestalten. In diesem theoretischen Beitrag werden von Taylor (2005) die Grundlagen für spätere Studien gelegt (vgl. Taylor et al. 2010; 2013), in denen die Effekte dieses selbst konzipierten *booster break program* untersucht wurden. Taylor (2005: 462) definiert dabei sein Programm als „organized, routine work breaks intended to improve physical and psychosocial health, enhance job satisfaction, and sustain or increase work productivity“. Eine grundlegende Notwendigkeit bei der Implementierung der zehn- bis 15-minütigen *booster breaks* ist es, die Unternehmenskultur zu verändern, so dass folgende Inhalte von eigens geschulten Mitarbeitenden regelmäßig angeboten werden: Kräftigungs- und Dehnungsübungen

für alle großen Muskelgruppen; Yoga; Tai Chi; Obst- und Gemüsesnacks; angeleitete Meditation.

Für Galinsky et al. (2007) stand in ihrer Replikationsstudie die Frage im Vordergrund, ob durch zusätzliche Pausen die Beschwerden und Augenschmerzen von PC-Arbeiterinnen und -Arbeitern (N = 51) reduziert bzw. deren Dateneingabegeschwindigkeit erhöht werden kann. Hierbei wurden über einen Zeitraum von vier Wochen die regulären Pausen (zweimal 15 Minuten) durch vier fünf-minütige Pausen erweitert. Die randomisiert zugeordnete Aktivgruppe (N = 21) sollte in diesen zusätzlichen Kurzpausen Dehnungsübungen durchführen, wohingegen die Passivgruppe (N = 21) keinerlei Instruktion erhielt bzw. keine Dehnungsübungen machte. Die neun zusammengestellten Dehnungsübungen waren vor allem für den Nacken, Rücken, die Schultern und unteren Extremitäten ausgelegt und dauerten nicht länger als zwei Minuten pro Übung. Die Resultate verdeutlichen, dass die zusätzlichen Pausen, unabhängig von einer aktiven oder passiven Gestaltung, zu geringeren Beschwerden und Augenschmerzen bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern führten und mit einer höheren Dateneingabegeschwindigkeit einhergingen. Letzteres ist deshalb bemerkenswert, weil die Beschäftigten durch die zusätzlichen Pausen insgesamt 20 Minuten geringere Arbeitszeiten vorweisen. Positive Effekte der durch die Dehnungsübungen ausgestalteten Pausen konnten nicht nachgewiesen werden, was aber an der sehr geringen Umsetzung lag. So gaben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an, in den Pausen nur selten (25 % bis 39 %) die Dehnungsübungen durchgeführt zu haben. Dennoch offenbart die Studie, dass tägliche Zusatzpausen körperliche Beschwerden reduzieren und die Produktivität erhöhen können.

Ziel der Längsschnittstudie von Lara und Kollegen (2008) war es, die Integration einer täglichen zehn-minütigen Aktivpause zu begleiten und ihre Wirkung auf verschiedene Gesundheitsparameter zu evaluieren. Hierfür sind insgesamt N = 271 Beschäftigte über ein Jahr begleitet und untersucht worden. Die Aktivpausen fanden jeden Vormittag zu einer festgelegten Zeit statt und bestanden überwiegend aus leichten, ständig variierenden Stretching-Übungen und Tanzbewegungen, die mit dem Anstieg des Fitnesslevels der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern intensiver wurden. Zentrale Ergebnisse dieser einjährigen Studie sind, dass sich bei den teilnehmenden Beschäftigten von t_1 zu t_2 das Gewicht, der BMI, der Taillenumfang und der diastolische Blutdruck (nur bei Frauen) signifikant reduzierten, wohingegen beim systolischen Blutdruck diese positiven Effekte nicht auftraten. Obwohl die Studie von Lara et al. (2008) weder randomisiert noch kontrolliert ist, deutet sie an, dass tägliche Aktivpausen gesundheitsfördernde Wirkungen erzielen können, insbesondere auch im physischen Bereich.

In der Interventionsstudie von Taylor et al. (2010) wurde über einen Zeitraum von sechs Monaten im Kleinunternehmen die Implementierung des evaluierten *booster break programs* (vgl. Taylor 2005) analysiert (Pre-Posttest-Design). Das *booster break program* ist eine 15-minütige Bewegungspause, die im Gegensatz zum Pausenexpress täglich von Kollegen für Kollegen angeleitet wird. Ziel ist es, das Bewe-

gungsverhalten der Beschäftigten allgemein positiv zu beeinflussen. Erhoben wurden Daten zu den Gruppenleitenden (u. a. Instruktion, Demonstration, Motivationsfähigkeit), zu körperlicher Aktivität (IPAQ, Pedometer), Determinanten der Verhaltensänderung (Selbstwirksamkeit, Freude, Vorteile, Barrieren und soziale Unterstützung), Lebensqualität (The Quality of Life Scale), Stress (PSS 10) sowie zum BMI und Blutdruck. Im Posttest zeigte sich eine objektiv und subjektiv erfasste Aktivitätssteigerung unter der Woche und am Wochenende. Weiterhin verringerte sich die Sitzzeit von 600 auf 394 Minuten, während sich die soziale Unterstützung (nicht signifikant), das HDL Cholesterin und das Gewicht (-14 Pounds) verbesserten. Es wurde jedoch kein Einfluss auf die Determinanten der Verhaltensänderung beobachtet.

In der Interventionsstudie von Macedo et al. (2011) wurden über einen Zeitraum von acht Monaten die Effekte eines dreimal wöchentlich stattfindenden 15-minütigen Bewegungsprogramms – ähnlich dem Pausenexpress – auf das Schmerzempfinden untersucht. Insgesamt 50 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines kleinen portugiesischen Unternehmens nahmen freiwillig an dem Bewegungsprogramm teil. Während sich in der Interventionsgruppe (N = 29) das Schmerzempfinden signifikant reduzierte, konnten in der Kontrollgruppe (N = 21) keine statistisch bedeutsamen Veränderungen beobachtet werden. Die Analyse zeigte einen Zusammenhang zwischen Teilnahme und vorherrschender Arbeitsplatzunsicherheit. Weiterhin konnte festgestellt werden, dass mehr als 20 % der Angestellten keine Pausen während der Arbeit machen oder diese aus Gewohnheit passiv gestalten. Zudem berichten Macedo et al. (2011), dass sich einige Teilnehmerinnen unwohl fühlten, wenn sie vor Kollegen den Rumpf beugen mussten, Kniebeugen ausführten oder Massagen erhielten. Positive Effekte erzielte das Bewegungsprogramm auf das Arbeitsklima.

In einer weiteren Studie analysierten Taylor et al. (2013) im Unterschied zu ihren früheren Publikationen (Taylor 2005; Taylor et al. 2010) nicht die gesundheitsfördernden Effekte des *booster break program*, sondern dessen Akzeptanz innerhalb der teilnehmenden Belegschaft, die Zufriedenheit mit der Intervention sowie die Identifikation von Vorteilen und Barrieren. Für diese Fragestellung führten Taylor et al. (2013) mit 35 Teilnehmerinnen und Teilnehmern Interviews durch (zwei offene Fragen), die über sechs oder zwölf Monate regelmäßig (76 % bis 86 % Teilnahme) am *booster break program* teilgenommen hatten. Anhand von Inhaltsanalysen konnten drei Vorteile aus den Interviews gewonnen werden: (1) geringerer Stress und Förderung von Spaß, (2) erhöhtes Gesundheitsbewusstsein und Unterstützung bei der Verhaltensänderung, (3) erhöhte soziale Interaktionen am Arbeitsplatz. Die beiden artikulierten Barrieren bezogen sich auf (1) eine größere Variation in den Übungen und (2) mehr Unterstützung seitens der Unternehmensleitung. Taylor et al. (2013) schlussfolgern daher aus ihren Interviewanalysen, dass in zukünftigen Programmen die erzielten Vorteile betont und die genannten Barrieren reduziert werden sollten.

Zusammenfassung und Diskussion

Das primäre Ziel dieses zweiten Teils war es, anhand einer umfassenden Literaturrecherche die wesentlichen Erkenntnisse zur aufsuchenden Gesundheitsförderung aufzuzeigen und für die Weiterentwicklung vom Pausenexpress auf konzeptioneller und struktureller Ebene nutzbar zu machen.

Die Recherche zeigt zunächst, dass in weniger als einem Prozent der Studien die aufsuchende betriebliche Gesundheitsförderung thematisiert wurde und diese geringe Anzahl an Studien überwiegend in Großunternehmen stattfand. Daraus lässt sich jedoch nicht zwangsläufig schlussfolgern, dass aufsuchende Maßnahmen vorwiegend in großen Unternehmen umgesetzt werden. Viel wahrscheinlicher ist die Erklärung, dass in Großunternehmen die Rahmenbedingungen eine Evaluation eher zulassen.

Hinsichtlich der Effekte von Aktivpausen am Arbeitsplatz konnten in den analysierten Studien positive Wirkungen auf die physische als auch die psychosoziale Gesundheit nachgewiesen werden. Im Bereich der physischen Gesundheit können körperliche Leistungsfähigkeit, Blutdruck, BMI, Gewicht, Schmerzen und Beschwerden positiv beeinflusst werden (z. B. Lara et al. 2008; Macedo et al. 2011; Pronk et al. 1995). Bei der psychosozialen Gesundheit scheinen aktive Pausenprogramme vor allem mit Stimmungssteigerungen, geringerem Stressempfinden, höherem Selbstwertgefühl, besserer Lebensqualität und gesteigerten sozialen Interaktionen am Arbeitsplatz assoziiert zu sein (z. B. Pronk et al. 1995; Taylor et al. 2010; 2013).

Übergreifend wurde in den Studien festgestellt, dass der Erfolg aufsuchender Maßnahmen von der Partizipation der Führungskräfte und dem Bewusstsein für eigenverantwortliches Handeln seitens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abhängt. Weiterhin sind der Informationsfluss und die Sensibilisierung der Mitarbeitenden über die Wichtigkeit der Maßnahme wichtige organisationale Erfolgsfaktoren. Unterstützung der Unternehmensleitung in Form von zeitlichen und finanziellen Ressourcen sind für die Implementation solcher Maßnahmen ebenfalls von zentraler Bedeutung. Der Trainer selbst hat nach aktueller Studienlage keinen Einfluss auf den Umsetzungserfolg.

Anhand der Untersuchungen konnten auch bislang unberücksichtigte Barrieren der Sportpartizipation identifiziert werden. Macedo et al. (2011) bspw. fanden heraus, dass die Übungsauswahl für einige Frauen Anlass ist, in Anwesenheit von männlichen Kollegen nicht am Übungsprogramm teilzunehmen. Es scheint also wichtig zu sein, Übungsleiterinnen und Übungsleiter hierfür zu sensibilisieren und in gemischten Gruppen die Übungen mit großer Sorgfalt auszuwählen. Eine weitere Barriere im Rahmen aufsuchender Maßnahmen ist eine schlechte Integrierbarkeit in den Arbeitsablauf, die etwa aus zu langen Aktivpausen (>30 Minuten) resultieren kann. Außerdem können Stress und Zeitdruck sowie eine fehlende Pausenkultur die Inanspruchnahme von Bewegungsangeboten der Beschäftigten limitieren (z. B. Macedo et al. 2011). In diesen Fällen könnte eine explizite Teilnahmebe-

fürwortung der Vorgesetzten die Akzeptanz bestehender Angebote verbessern. Aus der Arbeit von Macedo et al. (2011) ging außerdem hervor, dass besonders Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in unsicheren, befristeten Beschäftigungsverhältnissen unterschwellige hierarchische Bestrafung bei Arbeitszeitanrechnung befürchten. Diese Erkenntnis unterstreicht erneut den großen Einfluss von Führungskräften auf das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Aufsuchende Maßnahmen wie der PE können unterschiedliche Ziele verfolgen, bspw. eine Verhaltensänderung zu einem aktiven Lebensstil, Gesundheitsförderung oder soziale Vernetzung innerhalb der Belegschaft. In Abhängigkeit von solch unterschiedlichen Zielstellungen, sollten die aufsuchenden Maßnahmen sowohl auf konzeptioneller als auch auf struktureller Ebene entsprechend ausgestaltet sein. In diesem Beitrag wurde primär eine gesundheitsfördernde Zielstellung verfolgt, daher soll im Folgenden eine hieraus abgeleitete Gestaltung vorgeschlagen werden.

Die berichteten Studien (z. B. Pronk et al. 1995; Taylor et al. 2010) haben auf *konzeptioneller* Ebene gezeigt, dass gesundheitsfördernde Wirkungen (z. B. Stimmung, körperliche Leistungsfähigkeit, Körpergewicht) eher erreicht werden, wenn aufsuchende Maßnahmen regelmäßig stattfinden. Besonders erfolgsversprechend scheinen tägliche Angebote mit einer Dauer zwischen zehn und 15 Minuten pro Einheit zu sein. Insofern wäre zu überdenken, ob man den PE nicht auch im Rahmen von Pilotprojekten auf ein tägliches Angebot ausweitet und evaluiert. Insbesondere bei sitzenden Tätigkeiten sind solche regelmäßigen Aktivitäten wichtig, da langes Sitzen mit höherer Morbidität und vorzeitiger Mortalität assoziiert zu sein scheint (vgl. Taylor 2011). In diesem Kontext zeigen Studien, dass aktive Pausen bspw. das metabolische Risiko senken können (vgl. Taylor et al. 2013) und die Akkumulation von 30 bis 60 Minuten Aktivität in kurzen Einheiten (acht bis zehn Minuten) weitere gesundheitliche Wirkungen erzielen kann (Taylor 2011). Taylor (2011) konnte zudem in seinen Studien zu *booster breaks* zeigen, dass Teilnehmenden in den 15-minütigen Aktivpausen durchschnittlich 45 Kalorien verbrauchen, während in passiven Pausen (Telefonieren, im Internet surfen etc.) lediglich 16 Kalorien verbraucht werden, so dass zusätzlicher Energieumsatz entsteht, der wiederum zur Gewichtsreduktion beitragen kann. Ein weiterer Vorteil einer regelmäßigen Durchführung von Aktivpausen kann die Reduktion von Stress sein.

Auf *struktureller* Ebene liefern die analysierten Studien den Hinweis, die Dauer von aufsuchenden Maßnahmen nicht nur auf zehn oder zwölf Wochen zu beschränken, sondern mindestens sechs Monate oder sogar dauerhaft den Beschäftigten zur Verfügung zu stellen. Insofern besteht eine Weiterentwicklungsmöglichkeit des Pausenexpresses darin, die vom adh empfohlene und von den meisten Hochschulen praktizierte Dauer des PE (meistens zehn bis zwölf Wochen) zu verlängern, um eine stabile Verhaltensänderungen bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern herbeizuführen. Da die Trainer beim PE jedoch überwiegend Studierende sind, ist es oftmals schwierig diese auch während der vorlesungsfreien Zeit einzusetzen. Diese Herausforderung könnte jedoch durch die Schulung geeigneter

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu PE-Trainern überwunden werden. Die strukturellen Rahmenbedingungen betreffend wird bei befristeten Angeboten zudem empfohlen, direkt im Anschluss Folgeangebote mit möglichst geringen Barrieren zu offerieren. Um dies sicherzustellen, wäre es hilfreich den Kursbeginn von aktivitätsbezogenen Folgeangeboten auf das Kursende des Pausenexpresses abzustimmen oder einen PE-Aufbaukurs zu konzipieren, der ebenfalls in Arbeitsplatznähe und während der Arbeitszeit stattfindet. Weiterhin gilt es bei subventionierten Angeboten die nachhaltige Finanzierung zu sichern. Dies könnte ggf. über eine geringe Teilnahmegebühr erfolgen, die jedoch mit dem Risiko einhergeht, dass dieser Schritt den Organisationsaufwand für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer und somit auch deren Barrierenwahrnehmung erhöhen könnte. Denkbar wäre es daher, einen Pausenexpress *von Kollegen für Kollegen* zu entwickeln und zu organisieren. Dies erfordert die Erarbeitung eines Anreizsystems, das Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Weiterbildung zur Übungsleiterin bzw. zum Übungsleiter und zur Durchführung der Bewegungspause motiviert. Arbeitszeitanrechnung sowie Anerkennung und Unterstützung durch Vorgesetzte sind dabei sicherlich zu berücksichtigende Aspekte.

Ausblick

Zusammenfassend betrachtet besteht noch großer Forschungsbedarf zu konzeptionellen und strukturellen Aspekten aufsuchender Maßnahmen, sowie zu deren gesundheitsbezogenen Wirkungen. So gibt es bspw. keine Untersuchungen, in denen die Partizipation an aufsuchenden Maßnahmen unter Berücksichtigung von Dauer oder Häufigkeit verglichen wurden. Es ist daher derzeit nicht geklärt, wie das optimale Verhältnis von Bewegungsumfang zur Teilnahmequote ist und wie der Wochenumfang am besten auf Wochentage aufzuteilen wäre (Dauer x Häufigkeit). Vergleicht man die Teilnahmequote der Maßnahmen mit unterschiedlicher Dauer, fällt auf, dass bei 60-minütigen Interventionen die Compliance sehr gering ist. Die 15-minütigen Bewegungspausen in der Studie von Macedo et al. (2011) (3 x 15 Minuten: 48 % Compliance) und Taylor (2010) (5 x 15 Minuten: 80 % Compliance) geben Anlass zu der Annahme, dass die Teilnahmequote höher ist, wenn der Wochenumfang auf pausenübliche Einheiten aufgeteilt wird. Sie zeigen außerdem, dass die Teilnahme trotz eines wöchentlichen Umfangs von 75 Minuten pro Woche sehr gesundheitsfördernd und leistungssteigernd sein kann. Eine wichtige Erkenntnis hierbei ist, dass durch zusätzliche Pausen nicht zwingend ein Produktivitätsverlust entstehen muss, sondern sogar mit Produktivitätssteigerungen einhergehen kann (vgl. Galinsky et al. 2007). Es ist außerdem nicht untersucht, ob sich die Akzeptanz und Inanspruchnahme von Bewegungsprogrammen die vor, während oder nach der Arbeit stattfinden, unterscheiden. Weiterhin gibt es keine längsschnittlichen Untersuchungen, die Erkenntnisse über den Return on Investment oder die langfristige Bindung an sportliche Aktivität liefern.

Abschließend sei noch erwähnt, dass aufsuchende Maßnahmen wie der PE mit anderen, aktivitätssteigernden Programmen kombiniert werden können, um die von der WHO empfohlene Empfehlung (activity guideline) für wöchentliche Aktivitätszeiten zu erfüllen. In diesem Kontext haben etwa Gilson et al. (2009) eine zehn-wöchige Intervention zur Erhöhung der täglichen Schrittzahl und Reduzierung der Sitzzeit während der Arbeitszeit konzipiert und evaluiert. Teilnehmende der Experimentalgruppen wurden angeregt ihr tägliches Aktivitätsverhalten im Berufsalltag zu verändern und bspw. Botengänge zu Fuß zu absolvieren. Im Unterschied zur Kontrollgruppe stieg die tägliche Schrittzahl bei den Experimentalgruppen signifikant an, wohingegen sich bei der Sitzzeit keine statistisch bedeutsamen Veränderungen zeigten. Ähnlich Resultate berichten auch Dishman et al. (2009), die es mit ihrem Programm *Move to Improve* schafften, dass teilnehmende Beschäftigte ihr Aktivitätsverhalten im Interventionszeitraum deutlich steigern konnten.

Insgesamt betrachtet gibt es eine Vielzahl an Möglichkeiten, das Aktivitätsverhalten von Beschäftigten positiv zu verändern und so deren Gesundheit zu fördern. Wichtig bei der Konzipierung und Implementierung solcher Maßnahmen ist, dass man die Beschäftigten in diesen Prozess involviert, um deren Interessen und Bedürfnisse bestmöglich zu berücksichtigen. Auf diese Weise kann eine hohe Partizipation und damit auch ein großer Erfolg bei der betrieblichen Gesundheitsförderung erreicht werden.

Literatur

- Abele, A. & Brehm, W. (1990): Gesundheit als Anreiz für freizeitsportliche Aktivitäten im Erwachsenenalter. In H. Körndle, H. Lutter & A. Thomas (Hrsg.), *Der Beitrag der Sportpsychologie zur Zielbestimmung einer modernen Erziehung und Ausbildung im Sport* (S. 193–208). Köln: bps.
- Barr-Anderson, D. J. / AuYoung, M. / Whitt-Glover, M. C. / Glenn, B. A. / Yancey, A. K. (2011): Integration of short bouts of physical activity into organizational routine – a systematic review of the literature. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(1), 76–93.
- Bös, K. / Abel, T. / Woll, A. / Niemann, S. / Tittlbach, S. / Schott, N. (2002): Der Fragebogen zur Erfassung des motorischen Funktionsstatus (FFB-Mot.) *Diagnostica*, 48(2), 101–111.
- Bös, K. / Brehm, W. / Gröben, F. (2004): Sportliche Aktivierung. In G. Steffgen (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitsförderung. Problembezogene psychologische Interventionen* (S. 171–198). Göttingen: Hogrefe.
- Bouchard, C. / Blair, S. N. / Haskell W. L. (Eds.). (2012): *Physical activity and health* (2nd ed.). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Brehm, W. (2006): Gesundheitssport. In H. Haag & B. Strauß (Hrsg.), *Themenfelder der Sportwissenschaft* (S. 91–111). Schorndorf: Hofmann.

- Brehm, W. & Bös, K. (2006): Gesundheitssport: Ein zentrales Element der Prävention und der Gesundheitsförderung. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 9–28). Schorndorf: Hofmann.
- Dennison, P. G. & Dennison, G. E. (1990): *Brain-Gym. Lehrerhandbuch*. Freiburg: VAK.
- Dishman, R. K. / DeJoY, D. M. / Wilson, M. G. / Vandenberg, R. J. (2009): Move to Improve: a randomized workplace trial to increase physical activity. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(2), 33–141.
- Fuchs, R. (2003): *Sport, Gesundheit und Public Health*. Göttingen: Hogrefe.
- Fuchs, R. (1997): *Psychologie und körperliche Bewegung*. Göttingen: Hogrefe.
- Galinsky, T. / Swanson, N. / Sauter, S. / Dunkin, R. / Hurrell, J. / Schleifer, L. (2007): Supplementary breaks and stretching exercises for data entry operators: a follow-up field study. *American Journal of Industrial Medicine*, 50, 519–527.
- Gilson, N. D. / Puig-Ribera, A. / McKenna, J. / Brown, W. J. / Burton, N. W. / Cooke, C. B. (2009): Do walking strategies to increase physical activity reduce reported sitting in workplaces: a randomized control trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6, 43.
- Kanning, M. & Schlicht, W. (2006): Präventive Interventionen in verschiedenen Settings. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 167–180). Schorndorf: Hofmann.
- Klein, T. (2009): Determinanten der Sportaktivität und der Sportart im Lebensverlauf. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 61(1), 1–32.
- Lara, A. / Yancey, A. K. / Tapia-Conyer, R. / Flores, Y. / Kuri-Morales, P. / Mistry, R. / Subirats, E. / McCarthy, W. J. (2008): Pausa para tu Salud: reduction of weight and waistlines by integrating exercise breaks into workplace organizational routine. *Preventing Chronic Disease*, 5(1), 1–9.
- Macedo, A. C. / Trindade, C. S. / Brito, A. P. / Dantas, M. S. (2011): On the effects of a workplace fitness program upon pain perception: a case study encompassing office workers in a Portuguese context. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21, 228–233.
- Pahmeier, I. (1994): *Sportliche Aktivität als Bewältigungshilfe bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen*. Frankfurt am Main: Verlag Harri Deutsch.
- Pahmeier, I. (2006): Barrieren vor und Bindung an gesundheitssportliche Aktivität. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssport* (S. 222–235). Schorndorf: Hofmann.
- Phipps, E. / Madison, N. / Pomerantz, S. C. / Klein, M. G. (2010): Identifying and assessing interests and concerns of priority populations for work-site programs to promote physical activity. *Health Promotion Practice*, 11(1), 71–87.
- Pronk, S. J. / Pronk, N. P. / Sisco, A. / Ingalls, D. S. / Ochoa, C. (1995): Impact of a daily 10-minute strength and flexibility program in a manufacturing plant. *American Journal of Health Promotion*, 9(3), 175–178.

- Schüler, S. (2012): Entwicklung, Implementation und Evaluation einer gesundheitsfördernden Maßnahme – Der Pausenexpress an der Universität Konstanz. Unveröff. Masterarbeit, Universität Konstanz.
- Taylor, W. C. (2005): Transforming work breaks to promote health. *American Journal of Preventive Medicine*, 29(5), 461–465.
- Taylor, W. C. (2011): Booster breaks: an easy-to-implement workplace policy designed to improve employee health, increase productivity, and lower health care costs. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 26(1), 70–84.
- Taylor, W. C. / King, K. E. / Shegog, R. / Paxton, R. J. / Evans-Hudnall, G. L. / Rempel, D. M. / Chen, V. / Yancey, A.K. (2013): Booster Breaks in the workplace: participants' perspectives on health-promoting work breaks. *Health Education Research*, 28(3), 414–425.
- Taylor, W. C. / Shegoga, R. / Chen, V. / Rempel, D. M. / Baun, M. P. / Bush, C. L. / Green, T. / Hare-Everline, N. (2010): The booster break program: description and feasibility test of a worksite physical activity daily practice. *Work*, 37(4), 433–443.
- Tiemann, M. (1997): *Fitnessstraining als Gesundheitstraining*. Hofmann: Schorn-dorf.
- Wagner, P. (2000): *Aussteigen oder Dabeibleiben? Determinanten der Aufrechterhaltung sportlicher Aktivität in gesundheitsorientierten Sportprogrammen*. Darmstadt: Wiss. Buchgesellschaft.
- Woll, A. (1996): *Gesundheitsförderung in der Gemeinde*. Neu-Isenburg: Lingua-Med.
- Yancey, A. K. / MaCarthy, W. J. / Taylor, W. C. / Merlo, A. / Gewa, C. / Weber, M.D. / Fielding, J.E. (2004): The Los Angeles Lift Off: a sociocultural environmental change intervention to integrate physical activity into the workplace. *Preventive Medicine*, 38(6), 848–856.
- Zerssen, D. (1976): *Die Beschwerden-Liste*. Weinheim: Beltz Test.

Vergleich der Effekte einer Bewegungs-Kurzintervention am Arbeitsplatz (BKaA) an der Universität Konstanz und dem Karlsruher Institut für Technologie

Stefanie Schüller, Claudia Hildebrand, Jasmin Barthel & Alexander Woll

1 Einleitung

„Regelmäßige Bewegung und körperliche Aktivität gehören zu den wichtigsten Einflussfaktoren der Lebensqualität und leisten einen wesentlichen Beitrag zur Aufrechterhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden“ heißt es in der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes 2005 (Rütten & Abu-Omar 2005: 7). Diese Effekte sind dem Großteil der Bevölkerung bewusst – doch trotzdem sind nur wenige Menschen regelmäßig körperlich-sportlich aktiv. Laut einer repräsentativen Bewegungsstudie der Techniker Krankenkasse (TK) (2013; N = 1003) verringert sich der Anteil der Sporttreibenden in Deutschland stetig: während 2007 noch 56 % der Befragten angaben, Sport zu treiben, waren dies im Jahr 2013 lediglich noch 46 %.

Gleichzeitig nimmt der Anteil körperlicher Inaktivität am Arbeitsplatz zu. Einhergehend mit dem Technologiewandel der letzten Jahrzehnte treten Tätigkeiten, die eine dynamische Muskelarbeit erfordern, immer mehr in den Hintergrund.

Laut BAuA (2011) verbringen Erwerbstätige 80–85 % ihres Arbeitstages im Sitzen. Die vorwiegend sitzende Tätigkeit am Arbeitsplatz ist verbunden mit den bekannten Folgen, wie Rückenbeschwerden und einer einseitigen Beanspruchung des Schulter-Nacken-Arm-Systems. Im TK-Bericht (2013) äußern 45 %, dass der

Berufsalltag keine körperliche Aktivität zulässt. 90 % der Berufstätigen wünschen sich betriebliche Bewegungsangebote, 52 % sehen den Arbeitgeber sogar in der Pflicht, ein solches Angebot bereitzustellen.

Zwischen den Forderungen zu betrieblichen Bewegungsmaßnahmen und der tatsächlichen Teilnahme durch die Belegschaft besteht allerdings eine große Diskrepanz. Eine Studie von Bös (1994) belegt, dass betriebliche Gesundheitsangebote meist von denjenigen Personen wahrgenommen werden, die bereits über ein gutes Gesundheitsbewusstsein verfügen. Es stellt sich die Frage, warum inaktive Menschen trotz vielfältiger Angebote selten zu sportlicher Aktivität, bspw. im Betrieb motiviert werden können. Fuchs (2006: 221) beschreibt diese Verhaltensweise passend mit den Worten „manche Menschen wird man nur dann zu einem Mehr an Aktivität veranlassen können, wenn diese ohne große technisch-organisatorische Vorbereitung, ohne großen psychischen Aufwand (Sich-Auffaffen-Müssen) und ohne große körperliche Verausgabung in den Alltag integriert werden kann“. Wenninger et al. (2007) empfehlen, betriebliche Bewegungsangebote fest in den Arbeitsalltag zu integrieren, räumlich nah am Arbeitsplatz anzusetzen und die Bedürfnisse der Beschäftigten zu berücksichtigen, um eine annehmbare Akzeptanz zu erreichen.

Es wird ein Konzept benötigt, welches den Einstieg in eine sportliche Aktivität erleichtert und bestehende Hemmschwellen abbaut. Hierfür scheint die Idee eines angeleiteten Bewegungsprogramms am Arbeitsplatz ideal. Laut TK-Bericht (2013) wünschen sich 20 % der Berufstätigen eine organisierte bewegte Arbeitspause sowie mehr Unterstützung und Akzeptanz für die Durchführung sportlicher Aktivitäten am Arbeitsplatz, sowohl von der Führungsebene als auch von Seiten der Kollegen.

Charakteristisch für eine Bewegungspause ist, dass der Arbeitsprozess kurzfristig und organisiert mit dem Ziel einer ausgleichenden Bewegungsaktivität unterbrochen wird. Dabei sollte der Zeitpunkt optimaler Weise in Abhängigkeit vom täglichen Ermüdungsverlauf der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gewählt und Bewegungsinhalte den spezifischen Arbeitsbelastungen angepasst werden (vgl. Mess 2008).

Bewegungspausen im Setting Hochschule blicken auf eine kurze Entwicklung zurück. Anstoß gab das von der Universität Potsdam im Jahr 2009 entwickelte Konzept „Pausen-Express“ (Bischoff-Krenzien & Teickner 2011), welches mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit auf die Universitäten Wuppertal, Paderborn und Aachen ausgeweitet wurde. Neben der deutschlandweiten Verbreitung an immer mehr Hochschulen erfreut sich das Angebot auch bei den Beschäftigten innerhalb der jeweiligen Hochschule einer wachsenden Beliebtheit, wie steigende Kurs- und Teilnehmendenzahlen belegen. Beispielsweise stiegen die Kurszahlen am Karlsruher Institut für Technologie (KIT) von 46 im SS 2012 (222 TN) auf 75 Kurse im SS 2014 (420 TN) an. Dieser Trend unterstützt die Annahme, dass das Konzept der „aufsuchenden Aktivierung“ (WHO 2005) geeignet

ist, um einen hohen Anteil an Beschäftigten zur Nutzung eines präventiven Bewegungsangebots zu motivieren.

In der vorliegenden Untersuchung soll überprüft werden, wer die Nutzerinnen und Nutzer der gesundheitsorientierten Bewegungsintervention am Arbeitsplatz sind und welche Effekte sich hinsichtlich Beschwerden, Wohlbefinden und körperlicher Aktivität erzielen lassen. Hierfür werden die Evaluationen der Universität Konstanz (UKN) und des KIT herangezogen.

Ziele der Bewegungsintervention

Das Programm der Bewegungs-Kurzintervention am Arbeitsplatz (BKaA) wurde an beiden Institutionen in Anlehnung an die Kernziele des Gesundheitssports entwickelt (z. B. Brehm & Bös 2006). Diese sind (1) Stärkung der physischen Ressourcen, (2) Prävention von Risikofaktoren, (3) Stärkung der psychosozialen Ressourcen, (4) Bewältigung von Beschwerden und Missbefinden, (5) Bindung an gesundheitssportliches Verhalten und (6) Schaffung und Optimierung unterstützender Settings¹. Für den Aufbau physischer Gesundheitsressourcen ist eine regelmäßige körperlich-sportliche Aktivität unerlässlich. Laut Bös und Brehm (2006) ist eine Beanspruchung von 90 Minuten pro Woche für das Erreichen trainingswirksamer Reize als absolutes Minimum anzusehen. Da die BKaA dies mit 15 Minuten Training pro Woche allein nicht leisten kann, wurde die Stärkung physischer Ressourcen als Ziel der BKaA ausgeklammert. Präventive Effekte bezüglich der Reduktion des Risikofaktors „Inaktivität“ stehen im Fokus. Körperliche Inaktivität bzw. „sedentary behaviour“ (Pate et al. 2008: 173) zeigt neben körperlich-sportlicher Aktivität einen unabhängigen Einfluss auf das Gesundheits-Krankheitsgeschehen (vgl. Yates 2011: 292)². Langandauernde Inaktivität, wie sie im Arbeitsalltag mehrheitlich auftritt, durch eine Bewegungsintervention gezielt zu unterbrechen, kommt vor diesem Hintergrund eine große Bedeutung zu.

Ein hohes Potential wird weiterhin in der Stärkung psychosozialer Ressourcen sowie der Bewältigung von aktuellen Beschwerden und Missbefinden vermutet. Nach Brehm (2006) hat das emotionale Erleben einer sportlichen Aktivität einen entscheidenden Einfluss auf die Motivation und das Handeln einer Person. Darüber hinaus zielt die BKaA darauf ab, den Folgen einer langanhaltenden Sitzhaltung präventiv entgegen zu wirken. Insbesondere im Hinblick auf die Reduzierung von Nacken- und Schulterschmerzen bzw. Kreuz- und Rückenbeschwerden sind positive Effekte denkbar. Zusammengefasst bedeutet dies, dass die BKaA durch den Abbau von Einstiegsbarrieren intendiert, inaktive Personen an eine körperlich-

¹ Auf Ziel 6 wird nachfolgend nicht näher eingegangen. Es gilt als weitestgehend erfüllt, da die Einführung der BKaA innerhalb der Arbeitszeit prinzipiell nur mit Unterstützung durch die Leitung möglich ist und somit prinzipiell ein unterstützendes Setting gegeben ist.

² Unter „sedentary behaviour“ werden Aktivitäten wie Schlafen, Sitzen, Liegen, Fernsehen und andere bildschirmbasierte Unterhaltungsformen zusammengefasst, die einen Energieverbrauch zwischen 1,0 und 1,5 metabolische Äquivalente (METs) beinhalten.

sportliche Aktivität heranzuführen sowie diese durch den Aufbau von Gesundheitsressourcen für weitere Sport- und Bewegungsangebote zu sensibilisieren. Für die BKaA ergeben sich demnach drei Zielbereiche:

- (1) *Hinführung an körperlich-sportliche Aktivität*
- (2) *Stärkung von Gesundheitsressourcen*
- (3) *Sensibilisierung für Folgeangebote*

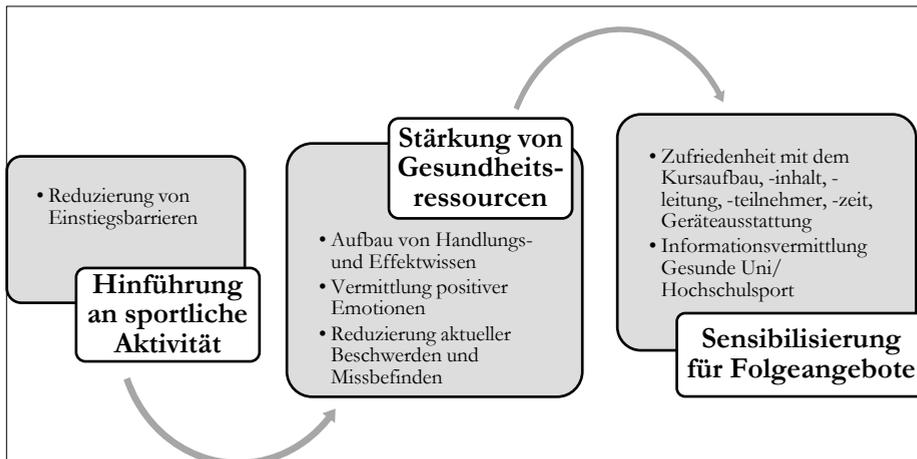


Abbildung 1: Ziele der Bewegungs-Kurzintervention am Arbeitsplatz

Aufbau der Bewegungsintervention

Grundsätzlich ist eine Kurseinheit dreiteilig in eine Einleitung (Warm-Up), einen Hauptteil und einen Schlussteil (Cool-Down) gegliedert und beinhaltet Übungen zu Mobilisation, Kräftigung, Dehnung, Koordination und Entspannung. Mit Ausnahme der Ausdauerfähigkeit werden Aufgaben zu allen physischen Ressourcen einbezogen. Die Übungen werden mit beiden Körperseiten und sowohl statisch als auch dynamisch ausgeführt. Es wird überwiegend im Stand und teilweise im Sitzen gearbeitet. In jeder Kurseinheit wird ein thematischer Schwerpunkt gesetzt, bspw. Training der Schulter- oder Nackenmuskulatur, Übungen zur Ganzkörperstabilisation, Koordination oder Entspannung. Die BKaA wird einmal wöchentlich für 15 Minuten von ausgebildeten Übungsleiterinnen und Übungsleitern für jeweils vier bis sechs Personen einer Arbeitsgemeinschaft angeboten und im Sinne der „aufsuchenden Aktivierung“ (WHO 2005) direkt am Arbeitsplatz oder einem naheliegenden Seminar- bzw. Besprechungsraum durchgeführt. An beiden Institutionen ist die BKaA langfristig angelegt und wird parallel zum Semesterbeginn (im April und Oktober) für jeweils zehn Wochen gestartet.

Tabelle 1: Organisatorische Bausteine der BKaA an der UKN und dem KIT

Kernmerkmale	Ausführung an der UKN und dem KIT	
Kurzbeschreibung	Gesundheitsorientiertes, angeleitetes Bewegungsangebot am Arbeitsplatz	
Ort	arbeitsplatznahe Büro- und Beratungsräume, Flure, Hörsäle, Werkstätten, Labore	
Gruppengröße	4 bis 6 Personen	
Kurszeiten	Montag bis Donnerstag, wählbar zwischen 10 und 14 Uhr, einmal wöchentlich	
Kursdauer	10 Wochen, angeboten jeweils im Winter- und Sommersemester	
	UKN	KIT
Organisation	Gesunde Universität Konstanz	KIT Sport-Club 2010 e. V.
Zielgruppe	Alle Beschäftigte	Alle Beschäftigte und Studierende
Kursgebühr	10€ p. P./Semester	Kostenfreie Teilnahme
Material	Theraband, Sandsäckchen, Igelbälle, Stuhl	Hanteln, Theraband, Igelbälle, Staby, Redondo-Bälle, Sitzkissen, Handtuch
<i>Universität Konstanz (UKN); Karlsruher Institut für Technologie (KIT)</i>		

Alle nötigen Trainingsgeräte werden von den Übungsleitenden mitgebracht, und es kann in Alltags- bzw. Berufskleidung geübt werden, sodass für die Teilnehmenden möglichst kein Aufwand entsteht. Auf Basis der in Abbildung 1 genannten Ziele wurde an beiden Institutionen ein umfangreiches Kursmanual ausgearbeitet, welches den Übungsleiterinnen und Übungsleitern einhergehend mit einer regelmäßigen Schulung ausgehändigt wird. Aufgrund der genannten Aspekte besitzt dieses Programm einen „niedrigschwelligen“ Charakter. In der oben aufgeführten Tabelle sind die organisatorischen Bausteine des Programms überblicksmäßig dargestellt.

2 Methodik

Die hier vorgestellte Untersuchung führt die Auswertungen der Universität Konstanz und dem KIT zusammen, welche im Zeitraum Oktober 2011 bis Juli 2012 durchgeführt wurden.

Fragestellungen

Mit den hier vorgestellten Untersuchungen soll herausgearbeitet werden, welche Zielgruppen mit der BKaA erreichbar sind und welche Gesundheitseffekte erzielt werden können. Die Fragestellungen lauten:

- Wie setzt sich die Teilnehmerstruktur an dem präventiven Angebot zusammen?
- Können über eine Bewegungskurzintervention am Arbeitsplatz verstärkt sportlich inaktive bzw. „unfitte“ Zielgruppen erreicht werden?
- Sind positive Effekte im Hinblick auf Wohlbefinden und Schmerzen erreichbar?
- Wie wird das Programm durch die Teilnehmenden bewertet?
- Sind Effekte hinsichtlich der Steigerung von körperlicher Aktivität möglich?

Untersuchungsdesigns und Messinstrumente

An der Universität Konstanz erfolgte die Untersuchung im WS 2011/12 anhand einer Ex-Post-Facto-Anordnung mittels schriftlicher Befragung. Am KIT wurden im SS 2012 eine Prä-Post-Untersuchung anhand schriftlicher Befragung sowie eine objektive Bewegungserfassung mittels Akzelerometer (Move-II der Firma Movisens) durchgeführt. Anhand dieser Bewegungssensoren wurden die Parameter Bewegungsintensität, Bewegungsklasse und Energieumsatz über den Zeitraum von einer Woche bestimmt. Ergänzend hielten die Probanden ihr Aktivitätsverhalten über ein Bewegungstagebuch fest. Damit konnten auch Zeiträume, an denen der Bewegungssensor abgenommen wurde, festgehalten werden. In die Auswertung fließen Schrittzahl und Energieumsatz (kcal) ein.

Um die formulierten Fragestellungen beantworten zu können, wurden aus beiden Untersuchungen die hierfür relevanten Merkmale herausgegriffen (siehe Tabelle 2). Zusätzlich wurden soziodemographische Angaben, wie bspw. Dienstbereich, Alter und Geschlecht erhoben.

Tabelle 2: Übersicht der erhobenen Merkmale

Merkmal	Inhalt/Operationalisierung	Quelle
Sportliche Aktivität	Regelmäßigkeit und Häufigkeit; Einteilung der Befragten in die Gruppen „Sportler“ und „Nicht-Sportler“ KIT zusätzlich: objektive Messung mittels Bewegungssensor	UKN und KIT: Woll (1996)
Selbsteinschätzung der körperlichen Fitness (FFB-Mot)	20 Items zu Ausdauer, Kraft, Bewegung, Koordination auf einer fünfstufigen Ratingskala Einteilung der Befragten in die Gruppen „Fit“ und „Unfit“ anhand des Vergleichs zu Normwerten	UKN und KIT: Bös et al. (2002)
Beschwerden/Schmerzen	UKN: zwei Items auf einer vierstufigen Ratingskala zu Kreuz-/Rückenbeschwerden, Nacken-/Schulderschmerzen KIT: ein Item zur nominalen Schmerzerfassung, zwei Items auf einer dreistufigen Ratingskala zu Nacken-/Schulderschmerzen, Kreuz-/Rückenbeschwerden	UKN: angelehnt an Zerssen (1976) KIT: Schmerzscore-Diagramm von Brückle, Lautenschläger & Müller (1991)
Wohlbefinden	UKN: nicht erfasst KIT: Drei Items auf einer sechsstufigen Ratingskala zum Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen	KIT: angelehnt an WHO (Fünf-Fragenbogen zum Wohlbefinden (1998)
Programmbezogene Emotionen	UKN: Elf Items auf einer siebenstufigen Ratingskala zu Freude, Stolz, Zufriedenheit, Glück, Überraschung, Langeweile, Selbstbestätigung, Ärger, Enttäuschung, Mutlosigkeit, Unzufriedenheit KIT: nicht erfasst	UKN: Wagner (2000)
Kurszufriedenheit	Teilnahmehäufigkeit, Rahmenbedingungen etc.	UKN und KIT: Eigenentwicklung
<p><i>Universität Konstanz (UKN); Karlsruher Institut für Technologie (KIT)</i></p> <p>Aufgrund unterschiedlicher Erfassungsmodi bezüglich des motorischen Funktionsstatus (FFB-Mot) wird vorliegend lediglich die Teilstichprobe der Universität Konstanz herangezogen. Verwendet wurde die fünfstufige Ratingskala des FFB-Mot, welche ausgezeichnete Werte für die Retest-Reliabilität (Männer: $r = .90$; Frauen: $r = .89$) und den Cronbach $s \alpha$ aufweist (zwischen $.87$ und $.92$ für die einzelnen Subskalen). Um die körperliche Fitness der Teilnehmenden beurteilen zu können, wurden die Summenwerte jeder Person mit der zugehörigen Altersgruppe und dem Geschlecht der vorhandenen repräsentativen Normwerte verglichen (Bös et al. 2002). Hierfür wurde jeder Person ein Prozentrang zugeordnet, welcher angibt, bei wieviel Prozent der Bevölkerung der Fitnesszustand niedriger ausgeprägt ist.</p>		

Tabelle 3: Klassifizierung der Teilnehmenden nach ihrer körperlichen Fitness

sehr unfit	unfit	fit	sehr fit
Prozentrang ≤ 25	Prozentrang ≤ 50	Prozentrang > 50	Prozentrang > 75

Datenerhebung und -auswertung

Um eine hohe Rücklaufquote der Fragebögen zu erhalten, wurde an der Universität Konstanz mündlich durch die Übungsleiterinnen und Übungsleiter sowie per E-Mail über das Untersuchungsvorhaben informiert und die Bögen in der vorletzten Einheit im Januar 2012 ausgegeben. Eingesammelt wurden die Bögen in der letzten Einheit.

Am KIT erfolgte eine Eingangs- und Abschlussbefragung. Die Kontaktpersonen jeden Kurses erhielten für ihre Gruppe vor Beginn der Intervention im April 2012 per E-Mail den Eingangsfragebogen. Über die Kursleiterinnen und Kursleiter erfolgte eine Erinnerung. Nach dem zehnwöchigen Kurs bekamen die Kontaktpersonen ebenfalls elektronisch den Abschlussfragebogen zugesandt. Teilnehmende, die bereits die Eingangsbefragung durchliefen, füllten den Abschlussfragebogen unter Verwendung ihres Codes aus. Die Erfassung der objektiven Daten wurden vor Beginn (t_1 : April/Mai 2012) und nach Abschluss der Intervention (t_2 : Juli/August 2012) an jeweils sieben Tagen erhoben.

Die Erfassung und Auswertung der Befragungen erfolgte an beiden Institutionen mit dem Statistikprogramm SPSS. Bei den zur Auswertung angewendeten Verfahren handelt es sich vorrangig um deskriptive Analysen. Die Auswertung der Längsschnittdaten am KIT erfolgte mittels Wilcoxon-Test und T-Test. Für das Auslesen der Sensordaten wurde die Software Movisens SensorManager verwendet.

3 Ergebnisse

Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt beteiligten sich an der Universität Konstanz 82, am KIT 222 Personen am Pilotprojekt der BKaA. Die Rücklaufquote beträgt an der Universität Konstanz 82,9 % ($n = 68$). Am KIT nahmen am ersten Messzeitpunkt t_1 50,5 % ($n = 112$) Personen teil, am zweitem t_2 44,1 % ($n = 98$). Die Rücklaufquoten sind als gut bis sehr gut zu bewerten. Wie Tabelle 4 zeigt, nahmen deutlich mehr Frauen (UKN: 68,2 %; KIT: $t_1 = 83,8$ %, $t_2 = 81,4$ %) als Männer (UKN: 31,8 %; KIT: $t_1 = 16,2$ %, $t_2 = 18,6$ %) teil. In anderen Untersuchungen zu gesundheitsorientierten Sportprogrammen zeigen sich ähnliche Geschlechterverhältnisse (z. B. Pahmeier 1994; Wagner 2000).

Die Teilnahmequote für die ab 50-Jährigen ist in den beiden Stichproben mit 28 % identisch, alle anderen Altersgruppen weisen deutliche Unterschiede auf. In Konstanz sind die 40 bis 49-Jährigen am stärksten vertreten (43,7 %), während es am KIT die 30 bis 39-Jährigen (35,1 %) sind. Insgesamt wurden die Teilnehmenden an beiden Institutionen überwiegend aus dem Verwaltungsbereich gewonnen (UKN: 56 %; KIT: 67,9 %).

Tabelle 4: Geschlecht, Altersgruppen und Arbeitsbereich der Stichprobe an der UKN und dem KIT

		UKN (N = 82)		KIT (N = 222)					
		t ₁		t ₁		t ₂		t ₁ +t ₂	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Geschlecht	Männlich	21	32	18	16	18	19	8	13
	Weiblich	45	68	93	84	79	81	52	87
	Gesamt	66	100	111	100	97	100	60	100
Alter	< 30 Jahre	4	6,3	29	26	23	24	15	25
	< 40 Jahre	14	22	39	35	36	38	20	33
	< 50 Jahre	28	44	12	11	19	20	6	9,8
	> 50 Jahre	18	28	31	28	18	19	20	33
	Gesamt	64	100	111	100	96	100	61	100
Dienstbereich	Wissenschaft. Angestellte/r	15	25	24	21	18	19	13	21
	Verwaltung	33	56	76	68	69	72	42	69
	Technik, Pflege und Wartung	11	19	12	11	9	9,4	6	9,8
	Gesamt	59	100	112	100	96	100	61	100

Universität Konstanz (UKN); Karlsruher Institut für Technologie (KIT)

Sportliche Aktivität

An der Universität Konstanz geben 76,8 % der Teilnehmenden an, Sport zu treiben (KIT: 92,0 %). Die übrigen 23,2 %, welche laut eigener Angabe weder Sport noch Gymnastikübungen ausüben, wurden als „Nicht-Sportler“ klassifiziert (KIT: 8,0%).

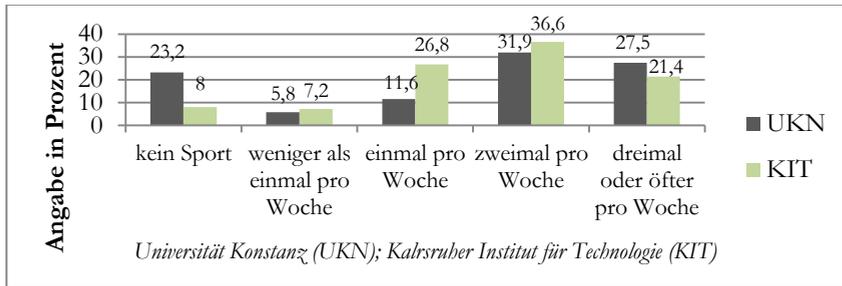


Abbildung 2: Häufigkeit der sportlichen Aktivität (UKN: $n = 68$; KIT: $n = 111$)

Unter den Sporttreibenden befinden sich 5,8 % (UKN) bzw. 7,2 % (KIT), die unregelmäßig, d. h. weniger als einmal wöchentlich Sport treiben. Somit wurden knapp 30 % (UKN) bzw. 15 % (KIT) der intendierten Zielgruppe – nicht bzw. unregelmäßig Sporttreibende – mit dem Angebot der BKaA erreicht. Das Programm findet auch bei denjenigen Zuspruch, die regelmäßig sportlich aktiv sind. Ein wesentlicher Anteil treibt „*einmal*“ pro Woche Sport (UKN: 11,6 %; KIT: 26,8 %). Diejenigen, die „*zweimal*“ wöchentlich Sport treiben (UKN: 31,9 %; KIT: 36,6 %) überwiegen unter den Befragten. „*Dreimal und öfter*“ je Woche sind an der Universität Konstanz 27,5 % und am KIT 21,4 % der Teilnehmenden sportlich aktiv.

Selbsteinschätzung der körperlichen Fitness

An der Universität Konstanz sind laut dem Vergleich zu repräsentativen Normwerten des FFB-Mot (Bös et al. 2002) 34,6 % als „*sehr unfit*“, 16,0 % als „*unfit*“, 14,8 % als „*fit*“ und wiederum 34,6 % als „*sehr fit*“ einzustufen. Über die Hälfte der Teilnehmenden (50,6 %) weist Defizite im Bereich der körperlichen Fitness auf. Auffällig ist das große Leistungsgefälle innerhalb der Teilnehmenden: jeweils 34,6 % sind als „*sehr unfit*“ bzw. „*sehr fit*“ einzuordnen. Dies lässt auf zwei große Zielgruppen der BKaA schließen: a) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einem sehr guten Fitnesszustand, b) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einem unzureichenden Fitnesszustand.

Das Programm hat demnach sowohl für fitte als auch für unfitte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einen hohen Integrationswert.

Aktuelle Beschwerden und Schmerzen

An beiden Institutionen wurde nach der Existenz aktueller Beschwerden im Kreuz- und Rücken- sowie Nacken- und Schulterbereich gefragt. Zunächst fällt eine deutliche Diskrepanz hinsichtlich des Vorhandenseins der Beschwerden auf. Während an der Universität Konstanz lediglich 10,4 % der Befragten von Kreuz- und Rückenschmerzen frei sind und 5,9 % keine Schmerzen im Bereich Na-

cken/Schultern angeben, trifft dies am KIT für 62,2 % (Kreuz-/Rücken) bzw. 41,1 % (Nacken-/Schultern) zu (siehe Abbildung).

Demgegenüber geben an der Universität Konstanz zwei Drittel aller Befragten an, „mittelstark“ (47,8 %) oder „stark“ (20,9 %) unter Kreuz- und Rückenschmerzen zu leiden (KIT: 15,3 % bzw. 1,8 %). Übereinstimmend treten an beiden Institutionen bei jeder oder jedem Fünften (21 %) „geringe“ Schmerzen auf.

Im Bereich der Nacken- und Schulterschmerzen ergibt sich ein ähnliches Bild: Beschäftigte der Universität Konstanz sind stärker von Nacken- und Schulterschmerzen betroffen. Knapp drei Viertel geben an, unter „mittelstarken“ (UKN: 42,6 %) bzw. „starken“ Schmerzen (UKN: 30,9 %) zu leiden. Am KIT sind es demgegenüber 2,7 % mit „starken“ und 20,5 % mit „mittelstarken“ Schmerzen. „Geringe“ Schmerzen treten an beiden Institutionen bei jeder oder jedem Fünften auf.

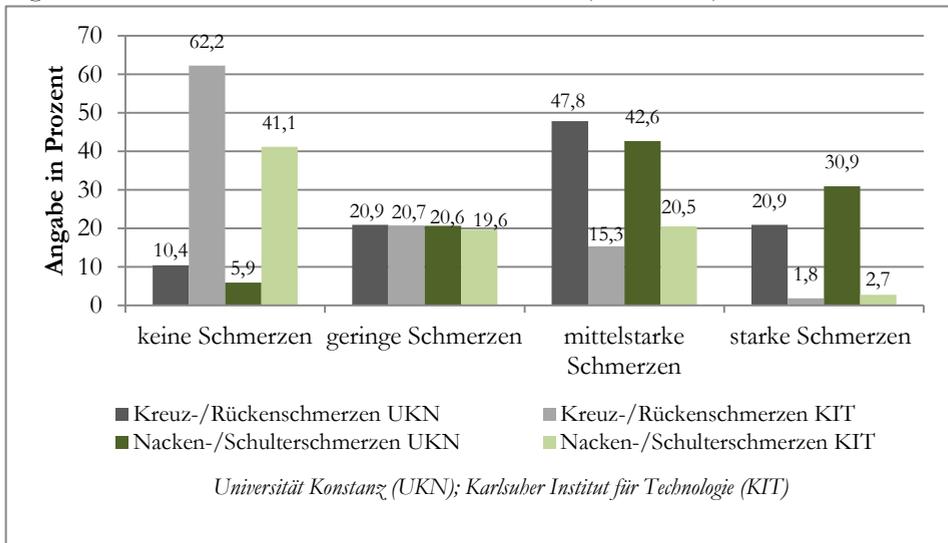


Abbildung 3: Wahrnehmung aktueller Beschwerden im Kreuz- und Rücken- sowie Nacken- und Schulterbereich an der UKN ($n = 67$) und dem KIT ($n = 111$)

Nach ihrer subjektiven Einschätzung gefragt, ob die BKaA hilfreich „bei der Bewältigung dieser Beschwerden“ sei, bejaht dies mehr als drei Viertel der Befragten (77,8 %) an der Universität Konstanz. In einer zweiten Frage sollte beantwortet werden, als wie hilfreich das Programm zur Reduzierung von Kreuz- und Rücken- bzw. Nacken- und Schulterschmerzen wahrgenommen wurde. Für beide Bereiche empfindet jeweils ein Viertel die BKaA als „sehr hilfreich“.

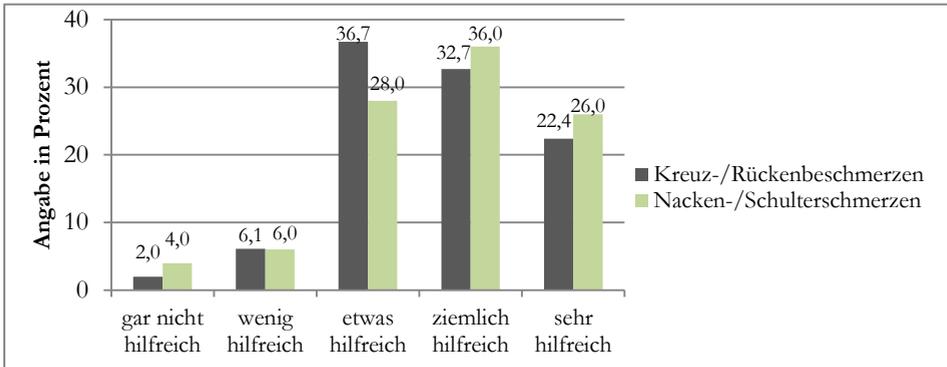


Abbildung 4: Subjektive Einschätzung über die Reduzierung von aktuellen Beschwerden durch die BKA an der Universität Konstanz ($n = 66$)

Am KIT zeigt sich deskriptiv, dass von t_1 zu t_2 die Beschwerdeausprägung abnimmt und der Anteil derer, die keine Schmerzen haben, jeweils um nahezu 10 % zunimmt. Die Überprüfung, in wie weit signifikante Effekte vorliegen, die diese subjektive Einschätzung untermauern, wurde mittels Wilcoxon-Test bei der KIT-Stichprobe vorgenommen (siehe Abbildung 5,6). Die inferenzstatistische Auswertung ergibt keine signifikanten Unterschiede.

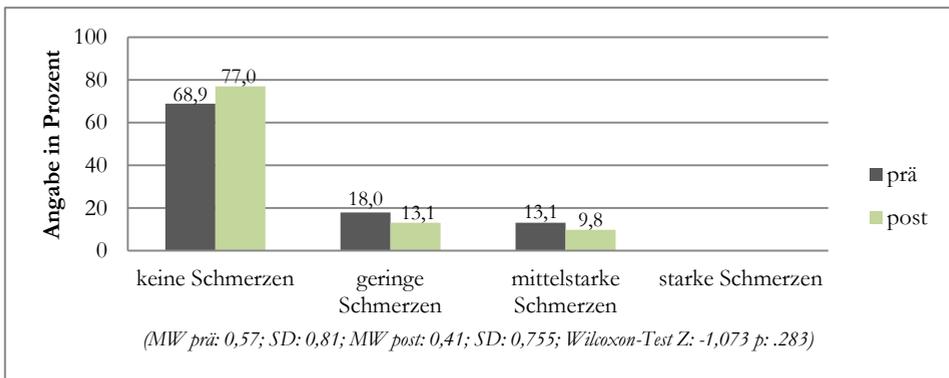


Abbildung 5: Ausprägung der Nacken- und Schulterschmerzen vor und nach dem 10-Wochen-Kurs am KIT ($n = 61$)

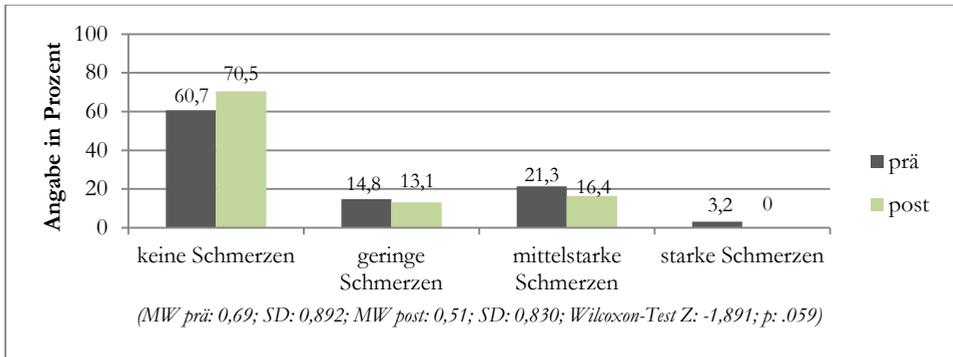


Abbildung 6: Ausprägung der Kreuz- und Rückenschmerzen vor und nach dem 10-Wochen-Kurs am KIT (n = 61)

Die Analyse des Einflusses von Geschlecht, Alter oder Dienstbereich auf das Schmerzgeschehen zeigt keine signifikanten Ergebnisse.

Wohlbefinden

Die Auswirkungen der BKaA auf das Wohlbefinden wurden am KIT untersucht – zum einen mittels Prä-Post-Vergleich des „Wohlbefindens in den letzten zwei Wochen“ und zum anderen als aktuelle Befindlichkeit direkt im Anschluss an die BKaA. Das Wohlbefinden nach der BKaA wird insgesamt positiv bewertet: die Teilnehmenden fühlen sich überwiegend „entspannt“ (MW:4,01; SD: 0,669), „gut“ (MW:4,25; SD:0,778) und „munter“ (MW:4,08; SD: 0,876). Selten fühlt sich jemand „ruhelos“ (MW:1,25; SD:0,592), „müde“ (MW:1,67; SD:0,9), „schlecht“ (MW:1,08; SD:0,306) oder gar „unwohl“ (MW:1,15; SD:0,456).

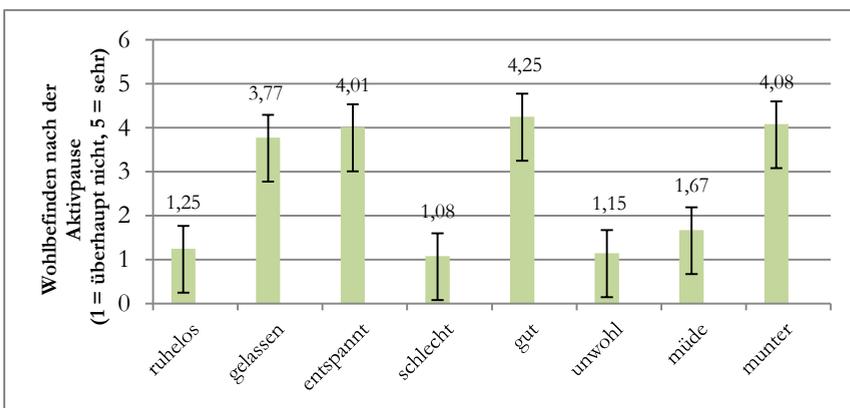


Abbildung 7: Aktuelles Wohlbefinden nach der Aktivpause am KIT (n t2 = 100)

Die Analyse der Häufigkeiten offenbart, dass sich die negativen Effekte bei durchschnittlich weniger als 5 % der Befragten einstellen, wohingegen die positiven Effekte je nach Item bei 66–88 % der Befragten auftreten. Die Frage, ob sie von der „Wirksamkeit der BKaA“ überzeugt sind, bejahen 98 % der Teilnehmenden (N = 109).

Zusätzlich wurden die überdauernden Effekte auf das Wohlbefinden zu t_1 und t_2 erfasst. „Froh und guter Laune“ waren in den vergangenen zwei Wochen die Befragten mehr als die Hälfte der Zeit. Hingegen „ruhig und entspannt“ und „energisch und aktiv“ fühlten sich die Teilnehmenden weniger als die Hälfte der Zeit. Tendenzziell fallen die Werte zu t_2 besser aus als zu t_1 .

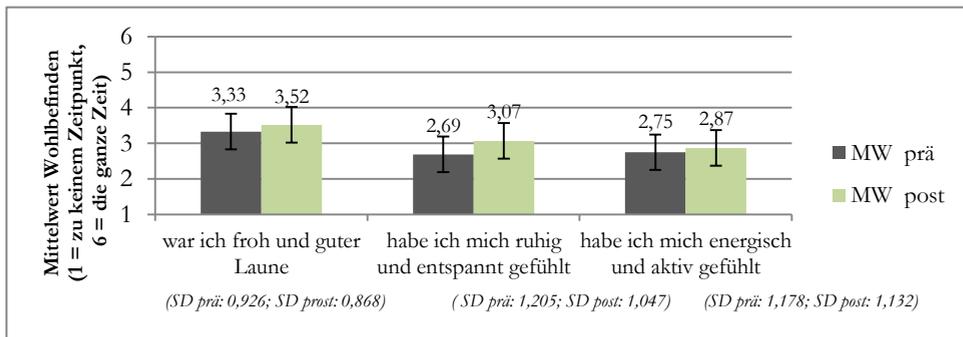


Abbildung 8: Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen am KIT (t_1 und t_2 ; $n = 61$)

Die inferenzstatische Überprüfung mittels T-Test zeigt, dass die Veränderung lediglich hinsichtlich dem Item „In den letzten zwei Wochen habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt“ signifikant ist ($T = -2,760$; $df = 60$; $p = .008$).

Programmbezogene Emotionen

Die Ergebnisse der Universität Konstanz zeigen ein äußerst positives Bild im Hinblick auf das Erleben positiver programmbezogener Emotionen. Über 90 % geben an, „immer“ oder „häufig“ Freude (MW:2,39; SD:0,68) und Zufriedenheit (MW:2,26; SD:0,79) während der Kurseinheiten zu erleben. Auch Glück (MW:1,56; SD:1,07), Überraschung (MW:1,31; SD:0,85) und Selbstbestätigung (MW:1,21; SD:0,67) werden „manchmal“ bis „häufig“ erfahren. Ärger (MW: 0,05; SD:0,21), Enttäuschung (MW:0,11; SD:0,31), Mutlosigkeit (MW:0,02; SD:0,12) und Unzufriedenheit (MW:0,06; SD:0,24) hingegen werden „nie“ oder nur „selten“ erlebt.

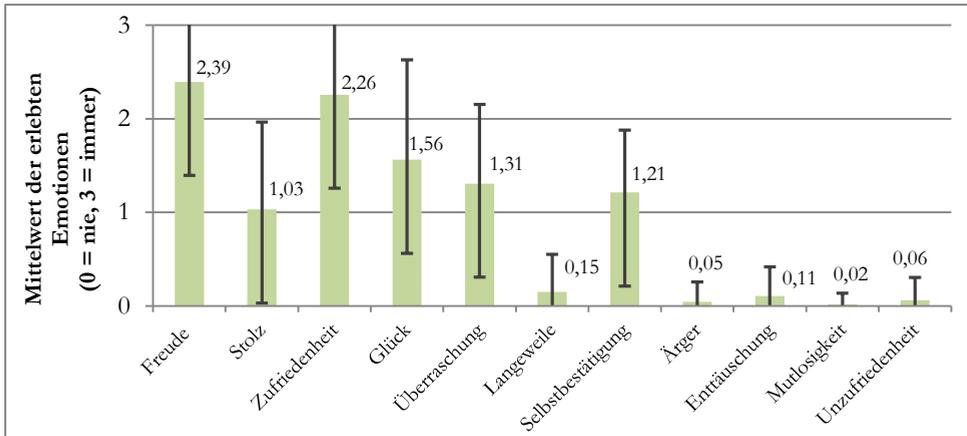


Abbildung 9: Erlebte Emotionen während der Einheiten an der UKN ($n = 66$)

Die hohe Bedeutung der Übungsleiterinnen und Übungsleiter und deren Einfluss auf das Erleben positiver programmbezogener Emotionen (vgl. Wagner 2000) bestätigt sich in dieser Studie: zwischen der Bewertung der Übungsleitenden und dem Erleben positiver Emotionen während der Kurseinheiten besteht eine Korrelation ($r = .552$), welche als hochsignifikant eingestuft werden kann ($p < .01$).

Mit den Übungsleiterinnen und Übungsleitern sind die Teilnehmenden sehr zufrieden (UKN). Allerdings wurde das Item „*der Übungsleiter motiviert mich zu regelmäßigem Sporttreiben*“ vergleichsweise schlecht bewertet. Es gilt deshalb im Hinblick auf die eingangs formulierte Zielstellung zu überdenken, wie die Übungsleiterinnen und Übungsleiter die Teilnehmenden zu einer regelmäßigen Sportaktivität motivieren könnten.

Kurszufriedenheit

An beiden Institutionen werden die inhaltlich-organisatorischen und räumlich-materiellen Bedingungen des Kursprogramms als sehr gut bewertet.

In Bezug auf die Teilnahmehäufigkeit zeigt sich ein erfreuliches Ergebnis: 39 % der Konstanzer Probanden waren „*immer*“ und 44 % „*fast immer*“ bei den Kurseinheiten anwesend. „*Ab und zu*“ nahmen 15 % und „*kaum*“ 2 % der Befragten teil. Am KIT geben 10 % an, „*gar nicht*“ gefehlt zu haben. 58 % der KIT-Probanden haben „*ein bis zweimal*“ nicht teilgenommen, weitere 25 % haben „*dreimal*“ gefehlt und 5 % „*mehr als dreimal*“. Außerdem wurde an beiden Institutionen gefragt, ob die Teilnehmenden an den Folgekursen zur BKaA mitmachen würden. An der Universität Konstanz geben 63,8 % an, dabeizubleiben, 27,5 % kreuzten „*eben ja*“ an. Am KIT bejahen 96,3 % die Frage einer erneuten Teilnahme an der BKaA (siehe Tabelle 2). Wie die Auswertung der Teilnehmerstatistik der Aktivpause zeigt, meldet sich auch ein Großteil tatsächlich zu Folgekursen an. Von insge-

samt 703 Teilnehmenden in drei Durchgängen (ca. 230 Teilnehmende pro Durchgang) meldeten sich 155 Personen mehrmals an.

Tabelle 2: Erneute Teilnahme an der BKaA?

	UKN		KIT	
	(n)	(%)	(n)	(%)
ja	37	63,8	105	96,3
eher ja	16	27,6	k. A.	k. A.
eher nein	4	6,9	k. A.	k. A.
nein	1	1,7	4	3,7
Gesamt	58	100	109	100

Universität Konstanz (UKN); Karlsruher Institut für Technologie (KIT)

Dass sich 68,4 % der Konstanzer Probandinnen und Probanden eine häufigere Aktivierung durch die BKaA wünschen (KIT: 96 %), unterstreicht die Akzeptanz des Konzepts.

Eigenständige Übungsdurchführung

Am KIT wurde zu t_2 nach der selbstständigen Durchführung von Ausgleichsübungen im Arbeitsalltag gefragt, und ob diese auch bereits vor der Einführung der BKaA integriert waren. Vor Teilnahme an der BKaA kommt das eigenständige Ausführen von Ausgleichsübungen am Arbeitsplatz bei mehr als drei Viertel (78,4 %) der Befragten nicht vor. Immerhin führen 20,7 % „*ab und zu*“ Übungen durch, „*regelmäßig*“ üben 0,9 % der Befragten. Erfreulicherweise geben nach der BKaA 31,5 % der Befragten an, „*ab und zu*“ selbstständig Übungen auszuführen. 2,7 % trainieren sogar „*regelmäßig*“ an kursfreien Tagen. Der Anteil derjenigen, die „*keine*“ Übungen durchführen, verringerte sich auf zwei Drittel.

Aktivitätssteigerung durch die BKaA

Gefragt, ob sich bei KIT-Beschäftigten ($n = 103$) durch die Teilnahme am Bewegungsprogramm ihre sportliche Aktivität verändert hat, bestätigen dies 7 % der Befragten. Bei 88 % der Befragten ist sie gleichgeblieben und 5 % treiben wie bisher keinen Sport. Neben der subjektiven Einschätzung mittels Befragung wurden am KIT bei 30 Probanden an sieben aufeinanderfolgenden Tagen mittels Akzelerometer die Parameter Schrittzahl und Energieverbrauch (kcal) erfasst.

In die Auswertung flossen nur vollständige Datensätze (7-Tage-Messung) ein, somit reduzierte sich die Anzahl auf 26 Probanden zu t_1 und 20 zu t_2 . Von den Probanden sind 14,3 % Männer und 85,7 % Frauen. Das durchschnittliche Alter liegt bei 40 Jahren. Der BMI beträgt bei beiden Geschlechtern im Durchschnitt 24

(Min.: 19,6; Max.: 29,9). Unter den Probanden befinden sich weder untergewichtige noch adipöse Personen.

Die durchschnittliche tägliche Schrittzahl vor der Intervention (April 2012) betrug 7.574 bei einem durchschnittlichen täglichen Energieverbrauch von 2.440 kcal. Die Anzahl liegt somit durchweg unterhalb der Empfehlung von 10.000 Schritte/Tag (Brehm et al. 2013). Der Energieumsatz mit 2.440 kcal liegt – wie der BMI schon vermuten ließ – über dem Grundumsatz. Am zweiten Messzeitpunkt, konnte bei beiden Parametern insgesamt eine leichte Reduktion festgestellt werden.

Die Überprüfung, inwieweit sich die körperliche Aktivität von t_1 zu t_2 signifikant veränderte, wurde anhand des Wilcoxon-Tests für abhängige Stichproben vorgenommen. Insgesamt konnte weder für die Schrittzahl ($Z = -1,755$; $p = .079$) noch für den Energieumsatz ($Z = -,608$; $p = .543$) von t_1 zu t_2 eine signifikante Veränderung festgestellt werden. Eine Erklärung für die tendenzielle Abnahme der Schrittzahl und des Energieverbrauchs könnte an der erhöhten Außentemperatur von durchschnittlich über 25 Grad Celsius im Juli liegen.

4 Zusammenfassung der Ergebnisse und Fazit

Die hier vorgestellten Ergebnisse zweier Untersuchungen an der Universität Konstanz und am Karlsruher Institut für Technologie haben ihren Ausgangspunkt in der – zeitlich und inhaltlich voneinander unabhängigen – Einführung einer Bewegungs-Kurzintervention am Arbeitsplatz in Anlehnung an das evaluierte Konzept des „PausenExpress“. Von Interesse für die vorliegende Studie ist zum einen, welche Zielgruppen mit der BKaA erreichbar sind und zum anderen ob bzw. welche Gesundheitseffekte erzielt werden können.

Festgestellt werden kann, dass die Zusammensetzung des Teilnehmerfeldes an der BKaA an beiden Einrichtungen in Bezug auf die soziodemographischen Merkmale Geschlecht, Dienstbereich und Altersstruktur ähnlich ausfällt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer rekrutieren sich in beiden Organisationen aus allen Altersgruppen. Es zeigt sich keine Präferenz einer Altersgruppe. Das Angebot erfährt größere Akzeptanz bei Beschäftigten aus dem Verwaltungsbereich (UKN: 56 %; KIT: 68 %) und dem wissenschaftlichen Dienst (UKN: 25 %; KIT: 21 %) als aus dem technischen Dienstbereich. Es handelt sich um Arbeitsbereiche, die durch überwiegend sitzende, mit geringem körperlichen Anstrengungsgrad verbundene Tätigkeiten geprägt sind. Die BKaA wird überwiegend von weiblichen Beschäftigten (UKN: 68,2 %; KIT: 83,8 %) genutzt, wobei das Konstanzer Angebot in der Pilotphase erfreulicherweise verstärkt männliche Beschäftigte zur Teilnahme gewinnen konnte.

Die Verbreitung von körperlich-sportlicher Aktivität und das Vorhandensein von Schmerzen im Nacken-/Schulterbereich oder Lenden-/Rückenbereich fallen unterschiedlich aus. Während an der Universität Konstanz unter den Teilnehmenden 23,5 % „nicht“ (KIT: 8,0 %) und 5,8 % „unregelmäßig körperlich-sportlich aktive“

Personen (KIT: 7,2 %) sind, existieren am KIT insgesamt knapp 16 % nicht bzw. unregelmäßig Sporttreibende. Bei der Konstanzer Untersuchung geben 90 % der Teilnehmenden an, dass sie unter Schulter-/Nacken- oder Kreuz-/Rückenschmerzen leiden, bei den Karlsruhern sind es ca. die Hälfte der Befragten.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass das Konzept in Bezug auf die Erreichbarkeit der gewünschten Zielgruppe von Nichtsportlerinnen und -sportlern bzw. unregelmäßig Sporttreibenden als geeignet bewertet werden kann. Einstiegsbarrieren, wie fehlende Motivation oder Akzeptanz, welche die Aufnahme einer sportlichen Aktivität verhindern oder erschweren, sind scheinbar durch das niederschwellige „aufsuchende“ Konzept reduzierbar. Zudem wird das Angebot von sportlich Aktiven genutzt, was dafür spricht, dass die BKaA verschiedene Zielgruppen mit einem Konzept integrieren kann.

Ferner interessierte an der Universität Konstanz, ob das Programm attraktiv für Beschäftigte mit einem geringen Fitnesszustand ist. Über den Vergleich zu Normwerten des FFB-Mot (Bös et al. 2002) wurden 50,6 % der Teilnehmenden als „unfit“ identifiziert.

Das Wohlbefinden direkt nach der BKaA (KIT) und die programmbezogenen Emotionen (UKN) während des Trainings werden insgesamt positiv bewertet: An der Universität Konstanz geben über 90 % der Teilnehmenden an, „immer“ oder „häufig“ Freude und Zufriedenheit während der Kurseinheiten zu erleben. Negative Emotionen wie Ärger, Enttäuschung, Mutlosigkeit und Unzufriedenheit hingegen werden „nie“ oder „selten“ erlebt.

Die Teilnehmenden am KIT fühlen sich im Anschluss an das Training überwiegend „entspannt“, „gut“ und „munter“. Negative Befindlichkeiten wie Ruhelosigkeit, Müdigkeit und Unwohlsein werden selten berichtet. Insgesamt sind 98 % der Teilnehmenden von der Wirksamkeit der BKaA überzeugt und würden mehrheitlich erneut teilnehmen (KIT: 96 %).

Der Prä-Post-Vergleich am KIT zum erlebten Wohlbefinden in den vorausgegangenen zwei Wochen zeigt keine signifikanten Einflüsse der BKaA auf ausgewählte Aspekte des habituellen Wohlbefindens.

Im Bereich Schmerzreduktion scheint das Training trotz seines geringen Umfangs von 15 Minuten ein Gesundheitspotential zu besitzen. 77,8 % der Konstanzer Probanden schätzen die Bewegungs-Kurzintervention als sehr hilfreich zur Bewältigung ihrer aktuellen Beschwerden im Bereich Nacken/Schulter sowie Rücken/Kreuz ein. Die deskriptiven Ergebnisse am KIT unterstützen dies. Im Prä-Post-Vergleich am KIT ($n = 61$) zeigen sich keine signifikanten Verbesserungen. Neben der geringen Anzahl an Personen mit Schmerzen, könnte die Ursache auch in der methodischen Erfassung liegen.

Ob die BKaA Auswirkungen auf die Ausübung körperlicher Aktivität hat, wurde am KIT anhand einer freiwilligen Stichprobe ($N = 30$) untersucht. Die objektive Messung ($N = 30$) mittels Akzelerometer zeigt keine signifikante Veränderungen bezüglich Schrittzahl und Energieverbrauch. Dies unterstreicht die An-

nahme, dass kurzfristige Interventionen per se nicht zu einer Verhaltensänderung führen.

Die Anzahl derer, die eigenständig Ausgleichsübungen auch an anderen Arbeitstagen durchführen, ist von 22 % auf 34 % gestiegen. Das Konzept, Übungen zu wiederholen und damit eine Vertrautheit für die Teilnehmenden zu schaffen, scheint sich bewährt zu haben.

Evaluationen des KIT zeigen, dass Teilnehmende „dabeibleiben“, d. h. Folgekurse der BKaA buchen. Zunehmend lassen sich männliche Teilnehmer rekrutieren. Ihr Anteil wuchs am KIT von 20 % im Jahr 2012 auf 32 % im Jahr 2014.

Anzumerken ist, dass die Ergebnisse aufgrund methodischer Schwächen eingeschränkte Aussagekraft haben. Aussagen über individuelle Veränderungen sind bisher nur zum Teil möglich. Um hierüber dezidierten Aufschluss zu bekommen, sind weitere Untersuchungen mit randomisiertem Kontrollgruppendesign notwendig. Der präventive Nutzen müsste durch Langzeitstudien untersucht werden.

5 Fazit für die Praxis

Die BKaA könnte Inaktivität reduzieren und darüber hinaus einen Zugang zu körperlich-sportlicher Aktivität bieten, wenn Maßnahmen zur Hinführung und Bindung an Sportaktivität explizit bei der Kurskonzeption berücksichtigt würden. Es gilt Überlegungen anzustellen, wie die Bindung an körperlich-sportliche Aktivität durch die BKaA weiter erhöht und langfristig mehr Aktivität in den Arbeitsalltag integriert werden kann.

Eine Möglichkeit bestünde darin, die BKaA mehrmalig pro Woche anzubieten. Allerdings sind dieser Option personell, finanziell und organisatorisch schnell Grenzen gesetzt. Eine zweite Möglichkeit ist, die Kursdauer zu verlängern. Eine Ausweitung auf 20 Minuten mag sinnvoll sein, eine Dauer von 30 Minuten ist hinsichtlich des wesentlichen Programmbestandteils „*Niederschwelligkeit*“ sicherlich fraglich.

Eine weitere Chance könnte sein, Optionen zur individuellen Pausennutzung zu schaffen. Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern sollte Spielraum gegeben werden, die Bewegungspause dann zu nutzen, wenn sie aufgrund individueller Beanspruchungserscheinungen notwendig ist. Um diesen Prozess zu unterstützen, könnten Plakate bzw. Übungskarten in den Büros angebracht werden oder über Möglichkeiten einer bewegten Computeranimation nachgedacht werden. Erste Hinweise auf einen erfolgreichen Einsatz von Übungskarten liefert die Untersuchung von Walcher (2014) am KIT. Die Interventionsgruppe, welche zusätzlich Übungskarten einmal wöchentlich erhielt, führte signifikant häufiger Ausgleichsübungen durch als die Kontrollgruppe ($N = 245$; Mann-Whitney-U-Test: $Z = -7.862$, $p = .000$).

Außerdem liegt ein weiteres Nutzenpotential darin, Multiplikatoren auszubilden, welche die Übungen an den trainingsfreien Tagen mit ihren Arbeitskolleginnen und -kollegen durchführen.

Es ist denkbar, die BKaA in ein Bonussystem, wie den „Gesundheitspass“ einzugliedern, um auch die Motivation an anderen Angeboten der betrieblichen Gesundheitsförderung (z. B. Gesundheits- und Entspannungskurse) zu erhöhen. Zum Ende jedes zehnwöchigen Programms sollte mittels Übungsleiterinnen und Übungsleitern eine aktive Ansprache auf Folgeangebote (bspw. Rückenschule, Yoga) der betrieblichen Gesundheitsförderung stattfinden.

Als wichtige Voraussetzungen für die Bindung an eine Sportaktivität wurde der Aufbau von psychosozialen Ressourcen, insbesondere das Erleben positiver Emotionen während der Kurseinheiten, eine Steigerung des Wohlbefindens sowie die Reduktion von Schmerzen betrachtet. In allen drei Bereichen scheint mit der BKaA ein hohes Potential gegeben zu sein, wie die Ergebnisse beider Untersuchungen zeigen. Dieses Potential muss genutzt werden, um „inaktive“ Personengruppen für Folgeangebote der betrieblichen Gesundheitsförderung zu begeistern.

Literatur

- Bischoff-Krenzien, P. & Teickner, A. (2011): Konzept PausenExpress. Vortrag am 27.5.2011 auf der ADH-Tagung in Stuttgart.
- Bös, K. (1994): Akzeptanz und Effektivität von Gesundheitsförderungsprogrammen im Betrieb. Abschlussbericht. Bad Schönborn: Institut für präventive Diagnostik.
- Bös, K. / Abel, T. / Woll, A. / Niemann, S. / Tittlbach, S. / Schott, N. (2002): Der Fragebogen zur Erfassung des motorischen Funktionsstatus (FFB-Mot). *Diagnostica*, 48 (2), 101–111.
- Brehm, W. (2006): Stimmung und Stimmungsmanagement. In: K. Bös / W. Brehm (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitssport*. Schorndorf: Hofmann, 321–333.
- Brehm, W. & Bös, K. (2006): Gesundheitssport: Ein zentrales Element der Prävention und der Gesundheitsförderung. In: K. Bös / W. Brehm (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitssport*. Schorndorf: Hofmann, 9–28.
- Brehm, W. / Bös, K. / Graf, C. / Hartmann, H. / Pahmeier, I. / Pfeifer, K. / Rütten, A. / Sygusch, R. / Tiemann, M. / Tittlbach, S. / Vogt, L. / Wagner, P. (2013): Sport als Mittel in Prävention, Rehabilitation und Gesundheitsförderung. In: *Bundesgesundheitsblatt* 2013. Berlin und Heidelberg: Springer Verlag, 1385–1389.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2011): *Sitzlust statt Sitzfrust*. Dortmund: Bonifatius.

- Fuchs, R. (2006): Verhaltensänderungsmodelle und Konsequenzen für Interventionen zur sportlichen Aktivierung. In: K. Bös/W. Brehm (Hrsg.): Handbuch Gesundheitssport (2. vollst. überarb. Aufl.). Schorndorf: Hofmann-Verlag, 211–221.
- Mess, F. (2008): Sport und Sozialisation. Wege zur Integration neuer Beschäftigter in Betrieben. Schorndorf: Hofmann-Verlag.
- Pahmeier, I. (1994): Sportliche Aktivität als Bewältigungshilfe bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Frankfurt am Main: Verlag Harri Deutsch.
- Pate, R. / O'Neill, J. / Lobelo, F. (2008): The Evolving Definition of Sedentary. In: *Exerc. Sport Sci. Rev.*, 36 (4), 173–178.
- Rütten, A. & Abu-Omar, K. (2005): Körperliche Aktivität. In: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 26. Letzter Zugriff am <31.01.2014> unter (http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=9590&p_sprache=d&p_uid=gast&p_aid=6528250&p_lfd_nr=1).
- Wagner, P. (2000): Aussteigen oder Dabeibleiben? Determinanten der Aufrechterhaltung sportlicher Aktivität in gesundheitsorientierten Sportprogrammen. Darmstadt: Wiss. Buchges.
- Walcher, N. (2014): Evaluation der Aktivpause. Unveröffentlichte Bachelor-Abschlussarbeit. Karlsruhe: KIT
- Wenninger, S. / Gröben, F. / Bös, K. (2007): Betriebliche Sport- und Bewegungsförderung. In: R. Fuchs / W. Göhner / H. Seelig (Hrsg.): Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils. Göttingen: Hogrefe.
- WHO (2002): Move for Health. Zugriff unter: <http://www.who.int/moveforhealth/en> am <5.12.2013>.
- WHO (2005): Gesundes Altern – Aufsuchende Aktivierung älterer Menschen. Zugriff unter https://www.soz.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/inst_soziologie/Personen/Institutsmitglieder/Reinprecht/Reinprecht_Aktiv_ins_Alter__WHO.pdf am <5.12.2013>.
- Woll, A. (1996): Gesundheitsförderung in der Gemeinde – eine empirische Untersuchung zum Zusammenhang von sportlicher Aktivität, Fitneß und Gesundheit bei Personen im mittleren und späten Erwachsenenalter. Neu-Isenburg: Lingua-Med.
- Yates, T. / Wilmot, E.G. / Khunti, K. / Biddle, S. / Gorely, T. / Davies, M.J. (2011): Stand up for your health: Is it time to rethink the physical activity paradigm? In: *Diabetes Research and clinical Practice*, 93, 292–294.
- Zerssen, D.V. (1976): Die Beschwerden – Liste. Manual. Weinheim: Beltz.

Körperlich-sportliche Aktivität und subjektiver Gesundheitszustand sowie studiumsspezifisches Stressempfinden bei Studierenden

Astrid Kämpfe, Carolin Köster & Hans Peter Brandl-Bredenbeck

1 Hintergrund und Konkretisierung der Problemstellung

„Studium macht krank!“ (Dreisbach 2008) titelte Focus-Online fast ein Jahrzehnt nach dem viel und zumeist kritisch diskutierten Bologna-Prozess, der 1999 im Rahmen einer umfassenden Hochschulreform die Einführung des zweistufigen Systems berufsqualifizierender Studienabschlüsse einläutete. Glaubt man den Medien, haben nicht zuletzt die damit einher gegangenen Veränderungen zu einem besorgniserregenden Gesundheitszustand bei Studierenden geführt. Die mediale Berichterstattung weist seit einigen Jahren – zum Teil stark pointiert – vor allem auf die hohe, durch Stress und Leistungsdruck verursachte, psychische Belastung dieser vergleichsweise jungen und vermeintlich gesunden Bevölkerungsgruppe hin (vgl. Abbildung. 1). Die Zahl der Studierenden an deutschen Universitäten steigt in den letzten Jahren stetig, so dass einerseits die Studiensituation darunter leidet und andererseits auch die berufliche Perspektive von vielen jungen Leuten als eher unsicher eingeschätzt wird. Jüngste Berichte titeln vor dem Hintergrund dieser Entwicklung gar: „Studentensorgen – Das ist die neue German Angst“ (Greiner & Kleinhubbert 2013)

Insofern ist es nicht sonderlich überraschend, dass die Gesundheit von Studierenden nun auch Gegenstand wissenschaftlichen Interesses geworden ist; erste empirische Studien belegen zum Teil die in den Medien genannten gesundheitli-

chen Problembereiche der Studierendenpopulation. So kommt beispielsweise das Gesundheitssurvey für Studierende in NRW zu der Erkenntnis, dass bis zu 40 % der Befragten über unterschiedliche Beschwerden, angefangen bei Konzentrationschwierigkeiten, über Rückenschmerzen und Schlafstörungen, bis hin zu Ängsten und Phobien, klagen (vgl. Meier, Milz & Krämer 2007). Holm-Hadulla, Hoffmann, Sperth und Funke (2009) untersuchten psychische Beschwerden und Störungen von Studierenden und stellten fest, dass sich ein Fünftel aller Befragten als psychisch stark belastet einschätzt. Dieses Ergebnis wird auch durch den jährlich erscheinenden Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse unterstützt, dessen Schwerpunkt im Jahr 2011 auf der Gesundheit von jungen Erwerbspersonen und Studierenden lag. Die Ergebnisse verweisen insgesamt auf einen „vergleichsweise hohen Behandlungsbedarf von Studierenden im Bereich psychischer Erkrankungen“ (Techniker Krankenkasse 2011: 11) und zeigen auf, dass die Verordnung von Antidepressiva vor allem bei Studierenden in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen hat. In eine ähnliche Richtung hinsichtlich der psychosozialen Situation von Studierenden weisen u. a. auch die Befunde von Wolf, Pfister, Schmicker und Vanja (2007), Ackermann und Schumann (2010) oder Pflieger und Gerhardt (2013). Studierende scheinen somit – vor allem im psychischen Bereich – gesundheitliche Defizite aufzuweisen, die für diese junge Bevölkerungsgruppe untypisch sind.

<p>„Vom Studenten zum Patienten: Die Anforderungen an der Uni steigen – oft bleibt dabei die Gesundheit auf der Strecke.“ (Spiegel Online 2013)</p>	<p>„Finanzierung, Zeitmanagement, Zweifel und andere Probleme. Studierende haben hohen Beratungsbedarf.“ (Deutsches Studentenwerk 2007)</p>
<p>„Schlafstörungen, Magenkrämpfe, Beruhigungsmittel: Viele Hochschüler fühlen sich gestresst und überfordert, die Zahl der Hilfesuchenden wächst.“ (Meyer 2010)</p>	<p>„Leistungsdruck und Prüfungsängste machen immer mehr deutschen Studenten zu schaffen: Manchen so sehr, dass sie seelisch krank werden. Zehntausende brauchen Hilfe.“ (Nassoufis 2012)</p>
<p>„Gerade in den ersten Semestern leiden Studenten unter Leistungsdruck. Bei manchen führt das zur totalen Erschöpfung.“ (Elsing 2010)</p>	<p>„Zwischen Hörsaal, Bibliothek und Nebenjob kämpfen Bachelor- und Masterstudenten heute gegen Stress und Überforderung.“ (Konieczny 2011)</p>

Abbildung 1: Die Situation von Studierenden in der medialen Berichterstattung

Hochschulen stehen bereits seit gut einem Jahrzehnt im Fokus der Gesundheitsförderung. Mittlerweile existieren vielerorts entsprechende Strukturen des betrieblichen Gesundheitsmanagements für eine gesundheitsfördernde Hochschule sowie zahlreiche etablierte Praxismodelle (im Überblick z. B. Steinke & Sonntag 2013). Aufgrund der oben skizzierten gesundheitlichen Problemlage sowie der Tatsache, dass Studierende mit über 80 % die weitaus größte Statusgruppe an Universitäten

bilden (vgl. Meier 2008: 38), ist es überraschend, dass bisher nur wenige Angebote und Programme der Gesundheitsförderung an Hochschulen für die Studierenden entwickelt wurden und vorhanden sind. Dieser Zielgruppe muss zukünftig gesteigerte Aufmerksamkeit entgegengebracht werden – damit sind große Chancen verbunden: Studierende verbringen während ihres Studiums in der Regel sehr viel Zeit in der Universität, zudem können gesundheitsförderliche Maßnahmen hier eine große Anzahl junger Menschen erreichen, die in dieser für sie neuen Lebensphase noch einmal gezielt Bildungsangebote wahrnehmen und sich damit u. a. auch Ressourcen für einen gesunden Lebensstil aneignen können.

Gusy (2010: 256) fasst die Situation treffend zusammen und nimmt gleichzeitig die Hochschulen in die Pflicht: „Empirische Studien der letzten Jahre verweisen auf gesundheitliche Fehlentwicklungen bei Studierenden, die sich sowohl in der Nachfrage an Beratungsangeboten, einem vergleichsweise hohen Anteil an psychischen Störungen, aber auch an riskantem Gesundheitsverhalten zeigen. Da diese Fehlentwicklungen die Studierbarkeit und damit den Studienerfolg beeinträchtigen, sind Hochschulen gefordert, korrigierend bzw. vorbeugend einzugreifen.“

Gesundheitsförderung kann auf zahlreiche unterschiedliche Bereiche gerichtet sein; körperliche Aktivität im Allgemeinen und sportliche Aktivität im Speziellen spielen – neben weiteren Verhaltensweisen wie z. B. der Verzicht auf Tabak und Alkohol, die Aufnahme gesunder Lebensmittel oder das Wahrnehmen von Vorsorgeuntersuchungen – eine bedeutsame Rolle für einen gesunden Lebensstil. Die gesundheitsprotektive Wirkung eines körperlich aktiven Lebensstils ist vielfach empirisch belegt. Dies gilt sowohl für die physische als auch die psychische Gesundheit (im Überblick z. B. Hänsel 2007). Auch Rütten, Abu-Omar, Lampert und Ziese (2005: 7) betonen: „Regelmäßige Bewegung und körperliche Aktivität gehören zu den wichtigsten Einflussfaktoren der Lebensqualität und leisten einen wesentlichen Beitrag zur Aufrechterhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden. Durch gezielte Förderung der körperlichen Aktivität lässt sich in jedem Alter der Entwicklung von Krankheiten und Beschwerden entgegenwirken“. Noch nicht ausreichend geklärt sind allerdings Fragen bezogen auf die möglichen Inhalte solcher gesundheitspräventiven Maßnahmen und hinsichtlich der *dose-response*, also der Frequenz, Dauer und Intensität solcher bewegungsbezogener Angebote. Auch fehlen aus methodischer Sicht vor allem längsschnittlich angelegte Studien.

Vor dem Hintergrund der hier skizzierten Problemlage wurde am Hochschulstandort Paderborn die Studierendengesundheit zum Gegenstand eines Projekts unter dem Motto *Gesund und erfolgreich in Paderborn studieren* gemacht (GriPs; vgl. Brandl-Bredenbeck, Kämpfe & Köster 2013a; Brandl-Bredenbeck, Kämpfe & Köster 2013b). Dieses orientiert sich am vierphasigen *Public Health Action Cycle* (PHAC; vgl. Abbildung 2), der die Notwendigkeit einer Planung und Systematik gesundheitsbezogener bzw. gesundheitspolitischer Interventionsansätze betont (vgl. Rosenbrock & Hartung 2011). Im Zentrum des vorliegenden Beitrags steht die Ausprägung körperlich-sportlicher Aktivität als eine wichtige Gesundheitsverhaltensweise sowie die Frage nach einem möglichen Zusammenhang mit dem

subjektiven Gesundheitszustand und mit dem Stressempfinden bei einer Studierendenpopulation.

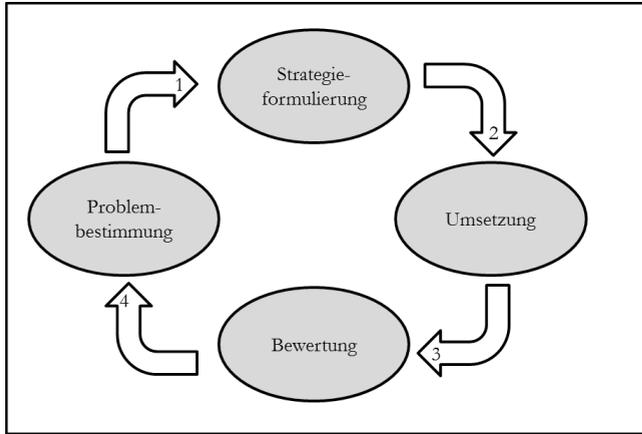


Abbildung 2: Public Health Action Cycle (Rosenbrock 1995)

Die im Folgenden dargestellten theoretischen Grundlagen sowie die in Kapitel 3 präsentierte empirische Studie sind Teil der Problembestimmung im PHAC. Die aus den Befunden abgeleiteten Strategien zur Gesundheitsförderung Studierender im Bereich der körperlich-sportlichen Aktivität werden im Rahmen der sich anschließenden Diskussion in Kapitel 4 dargestellt. Für die dritte und vierte Phase des PHAC sei bereits hier auf den Beitrag von Carolin Köster und Kollegen in diesem Sammelband verwiesen, in dem die Phasen der Umsetzung und der Evaluation des Gesamtprojekts ausführlich beschrieben werden.

2 Theoretischer Bezugsrahmen: Gesundheitskonzept und Lebensstilansatz

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) legte bereits kurz nach dem Zweiten Weltkrieg ihre bis heute weit verbreitete Definition von Gesundheit vor: „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (WHO 1948: 100). Hieraus wird bereits deutlich, dass Gesundheit nicht ausschließlich als Counterpart zum Krankheitsbegriff zu verstehen ist und dass neben dem körperlichen auch das geistige und soziale Wohlbefinden von zentraler Bedeutung sind. Im Rahmen der Ottawa-Charta ergänzt die WHO, dass Gesundheit einerseits als dynamischer Prozess und andererseits als auf einem Kontinuum zwischen den Polen „völlige Gesundheit“ und „völlige Krankheit“ oszillierend zu verstehen ist. Zu-

gleich sei Gesundheit als wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel (vgl. WHO 1986).

Ohne die Bedeutung dieser gängigen Definition der WHO schmälern zu wollen, orientiert sich das hier vorgestellte Projekt an einer für den gesundheitswissenschaftlichen Kontext erarbeiteten Erweiterung des Begriffsverständnisses: „Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung der inneren (körperlichen und psychischen) und äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist gegeben, wenn eine Person sich psychisch und sozial im Einklang mit den Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Sie ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt“ (Hurrelmann & Franzkowiak 2011: 103). Damit wird deutlich, dass Gesundheit in einem Spannungsverhältnis zwischen Anforderungen auf der einen Seite und Ressourcen auf der anderen Seite zu sehen ist. Nur wenn ausreichend Ressourcen bzw. Schutzfaktoren vorhanden sind, um risikobehaftete Situationen angemessen bewältigen zu können, wird ein Individuum Wohlbefinden erfahren.

In ähnlicher Weise hat Antonovsky (1997) sein salutogenetisches Gesundheitsverständnis entwickelt, in dessen Rahmen Gesundheit als Prozess und nicht als Zustand verstanden wird. Dieses bedarf eines aktiven Verhaltens seitens des Individuums, welches nicht auf pathogenetische Vermeidungsstrategien, sondern auf attraktive Gesundheitsziele und auf die Erschließung entsprechender Ressourcen fokussiert ist. Zentral ist die Frage „Was hält den Menschen gesund?“ und in diesem Zusammenhang gewinnt der Kohärenzsinn mit den drei Dimensionen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit (vgl. Abbildung 3) besonderes Gewicht. Eine Person mit stark ausgeprägtem Kohärenzsinn empfindet ein Gefühl des Vertrauens, dass Dinge sich so entwickeln, wie sie es erwartet, dass sie über ausreichend Ressourcen zur Bewältigung verfügt und dass die an sie gerichteten Anforderungen lohnende Herausforderungen darstellen (Antonovsky 1997: 33–36).

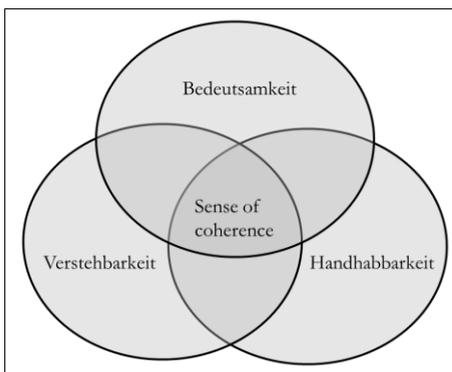


Abbildung 3: Der Kohärenzsinn im Konzept der Salutogenese (in Anlehnung an Antonovsky 1997)

Eine Integration des beschriebenen Gesundheitsverständnisses in ein theoretisches Lebensstilkonzept legt den Rückgriff auf das Konzept gesundheitsrelevanter Lebensstile nach Abel (1992) nahe. Zunächst einmal ist davon auszugehen, dass Individuen relativ stabile, wiederkehrende Muster der alltäglichen Lebensführung aufweisen und dass sich der individuelle Lebensstil im Zusammenspiel zwischen der Lebensführung und den vorhandenen Lebenschancen konstituiert (Abel, Buddenberg & Deutz 2004: 298). Eine zentrale Rolle spielen in diesem Zusammenhang die drei Dimensionen *gesundheitsrelevantes Verhalten*, *gesundheitsbezogene Orientierungen* und *Ressourcen* (vgl. Abbildung 4), welche in einer dynamischen Wechselbeziehung zueinander stehen. Der Lebensstil einer Person entwickelt sich über einen längeren Zeitraum in diesem skizzierten Spannungsfeld. Er ist einerseits als relativ stabiles Muster zu begreifen, andererseits aber auch modifizierbar, wenngleich eine Modifizierung und Veränderung im Alltag nicht immer ein leichtes Unterfangen darstellt. Theoretisch wird angenommen, dass es drei Stadien der Lebensstilentwicklung gibt, die jeweils an bestimmte Lebensabschnitte gekoppelt sind. In einem ersten Abschnitt wird ein *proto-typischer Lebensstil* entworfen, der noch durch große Flexibilität und Variantenreichtum beschrieben werden kann und eher in der Kindheit und frühen Jugend zu verorten ist. Ein *transitorischer Lebensstil* wird der Jugend und dem jungen Erwachsenenalter zugeordnet – neben einigen stabilen Merkmalen sind in anderen Bereichen noch Entwicklungsprozesse zu erkennen. Der *manifeste Lebensstil* wird schließlich mit dem Erwachsenenalter assoziiert und ist weitgehend in stabilen Mustern ausgeprägt (vgl. Bünemann 2008).

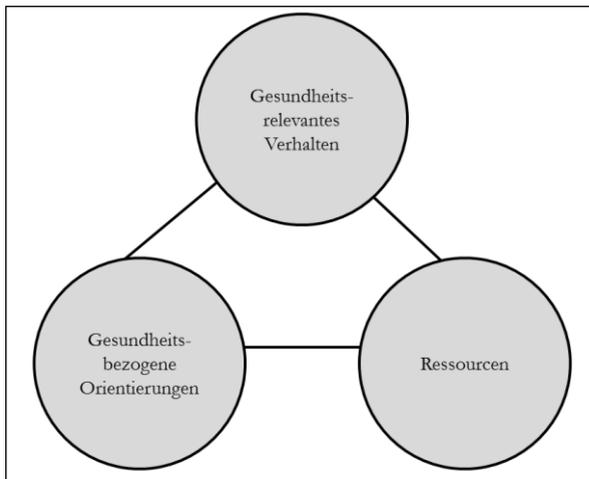


Abbildung 4: Konzept gesundheitsrelevanter Lebensstile (in Anlehnung an Abel, Buddenberg & Deutz 2004)

Die im Folgenden dargestellte empirische Studie wurde sowohl unter Berücksichtigung des beschriebenen salutogenetischen Gesundheitsverständnisses und des

Ressourcen-Anforderungs-Gedankens als auch unter Rückgriff auf das Konzept gesundheitsrelevanter Lebensstil entworfen und durchgeführt.

3 Empirische Studie zur körperlich-sportlichen Aktivität, zum Gesundheits- und Stressempfinden bei Studierenden

Mit der Zielstellung, Studierende hinsichtlich gesundheitsrelevanter Lebensstilaspekte zu untersuchen und dabei sowohl wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn zu erzielen als auch über praktische Maßnahmen zur nachhaltigen Förderung der Studierendengesundheit im Setting Hochschule beizutragen, wurde an der Universität Paderborn ein interdisziplinäres Projekt initiiert (vgl. Brandl-Bredenbeck, Kämpfe & Köster 2013a). Um der Komplexität studentischer Lebensstile gerecht zu werden, wurden im Sinne einer Methodentriangulation bei der empirischen Bearbeitung der Problemstellung quantitative *und* qualitative Methoden eingesetzt sowie zahlreiche gesundheitsrelevante Aspekte erhoben (z. B. subjektiver Gesundheitszustand, Ernährungsverhalten, Mediennutzung, Substanzkonsum, körperliche Aktivität, etc.). Der vorliegende Beitrag beschränkt sich auf die Darstellung von Ergebnissen aus der quantitativen Teilstudie. Zusätzlich wird – in Anlehnung an die oben skizzierte Problemstellung – der Fokus ausschließlich auf Befunde gelegt, die Aufschluss über die körperlich-sportliche Aktivität von Studierenden geben und diese in einen Zusammenhang mit dem subjektiven Gesundheitszustand sowie mit dem studienspezifischen Stressempfinden bringen. Konkret werden die folgenden Fragestellungen bearbeitet:

1. Wie aktiv sind Studierende im Alltag? Wie hoch ist das Sportengagement?
2. Welche Sportarten werden betrieben? Welche Settings des Sporttreibens werden präferiert?
3. Wie schätzen Studierende ihren allgemeinen Gesundheitszustand ein? Wie stark fühlen sich Studierende belastet?
4. Welche Rolle spielen Geschlecht und sportliche Aktivität bei der Einschätzung von Gesundheitszustand und Belastungen?

Methode

Die Befragung der Studierenden erfolgte im Sommersemester 2010 über einen Online-Fragebogen. Den Link erhielten die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer u. a. in Vorlesungen und Seminaren oder via E-Mail.

Als Indiz für das große Interesse an der Thematik ist zu werten, dass 3.264 Studierende den Befragungslink aufriefen. Insgesamt konnten 1.884 vollständige Datensätze für die Analyse herangezogen werden, was gemessen an den Linkaufrufen einer Rücklaufquote von 57.7 % entspricht. In der Stichprobe sind mit 58.5 % gegenüber 41.5 % etwas mehr Frauen als Männer vertreten. Das durchschnittliche Alter der befragten Studierenden liegt bei $M = 23.0$ Jahren ($SD = 3.18$); hinsicht-

lich der Anzahl absolvierter Hochschulsemeister zeigt sich, dass ein Großteil der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer Studienanfänger sind (39.1 %) oder sich im 3.–6. Semester befindet (35.5 %).

Die diesem Beitrag zugrundeliegende Merkmalsstichprobe umfasst neben den bereits beschriebenen soziodemografischen Daten die Alltags- und Sportaktivität (Fuchs 2009), den subjektiven Gesundheitszustand (Bullinger & Kirchberger 1998) sowie das subjektive Stressempfinden im Studienalltag (eigene Skalenkonstruktion).

Die Datenauswertung erfolgt in einem ersten Schritt auf deskriptiver Ebene, zusätzlich werden auf Basis von inferenzstatistischen Verfahren Unterschiedsprüfungen hinsichtlich der Merkmale Geschlecht und Sportaktivität vorgenommen. Sofern ein Gruppenunterschied signifikant ist (** $p < .01$ und * $p < .05$), wird darüber hinaus die Effektstärke ES zur Einschätzung der Bedeutsamkeit der Ergebnisse angegeben.

Ergebnisse

Die in der Studie erfasste Alltagsaktivität wurde in Minuten pro Tag erhoben und umfasst Aktivitäten, wie z. B. Hausarbeit, Gartenarbeit, Transport oder Nebenjobs. Die Gesamtstichprobe bewegt sich im Alltag $M = 63.83$ Minuten, wobei in diesem Zusammenhang auf die große Streuung in den Ergebnissen hinzuweisen ist ($SD = 57.08$). Ferner zeigt der Geschlechtervergleich, dass Studentinnen im Alltag signifikant aktiver sind als ihre männlichen Kommilitonen (vgl. Abbildung 5).

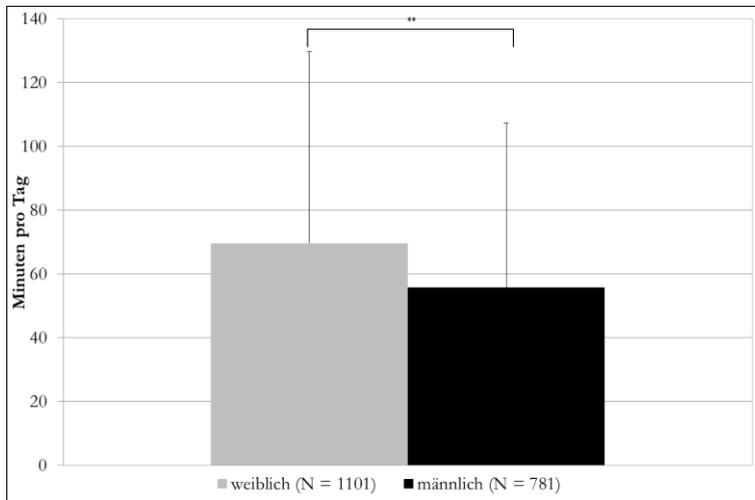


Abbildung 5: Alltagsaktivität der Studierenden in Abhängigkeit vom Geschlecht

Hinsichtlich der sportlichen Aktivität ist festzustellen, dass sich dreiviertel der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer ($N = 1.379$) als aktive Sportler bezeichnen, wohingegen 505 Personen sportlich inaktiv sind. Der Anteil Inaktiver ist bei

Studentinnen wie Studenten in etwa gleich groß (28 % bzw. 25.1 %). Eine differenziertere Betrachtung ergibt, dass mit N = 518 die meisten der Sportaktiven ihr Engagement mit einem mittleren Umfang betreiben. Gut 400 weitere Versuchspersonen weisen sogar ein hohes bzw. sehr hohes Sportengagement auf (vgl. Tab. 1).

Tabelle 1: Sportengagement Paderborner Studierender

Ausprägungsgrad des Sportengagements	N
Kein Sportengagement	505
Wenig Sportengagement (bis ca. 25 Minuten/Tag)	441
Mittleres Sportengagement (bis ca. 50 Minuten/Tag)	518
Hohes Sportengagement (bis ca. 90 Minuten/Tag)	336
Sehr hohes Sportengagement (über 90 Minuten/Tag)	84

Das Sportartenspektrum der Studierenden zeichnet ein breitgefächertes Bild: Von Aikido bis Zumba werden zahlreiche unterschiedliche Sportarten genannt. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die am häufigsten betriebenen Sportarten.

Tabelle 2: Top 10 der am häufigsten betriebenen Sportarten

	Sportart	Nennungen
1.	Laufen	604
2.	Fitnesssport	429
3.	Schwimmen	283
4.	Fußball	234
5.	Radfahren	183
6.	Kampfsport	168
7.	Krafttraining	138
8.	Volleyball	121
9.	Tennis	117
10.	Tanzen	108

Mit Laufen, Fitnesssport und Schwimmen stehen gleich drei Individualsportarten an der Spitze, erst an Position vier taucht mit dem Fußball eine Mannschaftssportart auf. Auch in der weiteren Rangfolge dominieren die Individualsportarten – lediglich die Mannschaftssportart Volleyball schafft es noch in die „Top 10“. Die

meisten der Befragten üben ihre sportliche Aktivität selbstorganisiert, d. h. ohne einen spezifischen institutionellen Rahmen, aus (63.3 %). Der Sportverein (45.0 %) und das Fitnessstudio (32.1 %) spielen ebenfalls eine wichtige, aber eher nachgeordnete Rolle.

Der subjektive Gesundheitszustand weist sowohl eine körperliche als auch eine psychische Facette auf, die getrennt voneinander analysiert werden. Im Vergleich mit einer Normstichprobe gleichen Alters ist festzustellen, dass die Studierenden ihren körperlichen Gesundheitszustand in ähnlicher Weise einschätzen. Der ermittelte Summenscore von 52.35 lässt sich auf der Werteskala von 0–100 weder als deutlich positive noch als deutlich negative Einschätzung bezeichnen. Ein gravierender Unterschied ergibt sich jedoch für den psychischen Gesundheitszustand, der von den Studierenden deutlich schlechter beurteilt wird als von der Normstichprobe (Summenscore 42.14 vs. 51.92).

Im Geschlechtervergleich ergibt sich für beide Facetten ein signifikanter Gruppenunterschied zu Ungunsten der Studentinnen. Sportlich Aktive schätzen ihren körperlichen wie psychischen Gesundheitszustand signifikant positiver ein als die nicht sportlich aktiven Kommilitonen (vgl. Abbildung 6). Für beide Unterschiedsprüfungen ergeben sich lediglich kleine Effektstärken ($ES = 0.19$ bzw. 0.32).

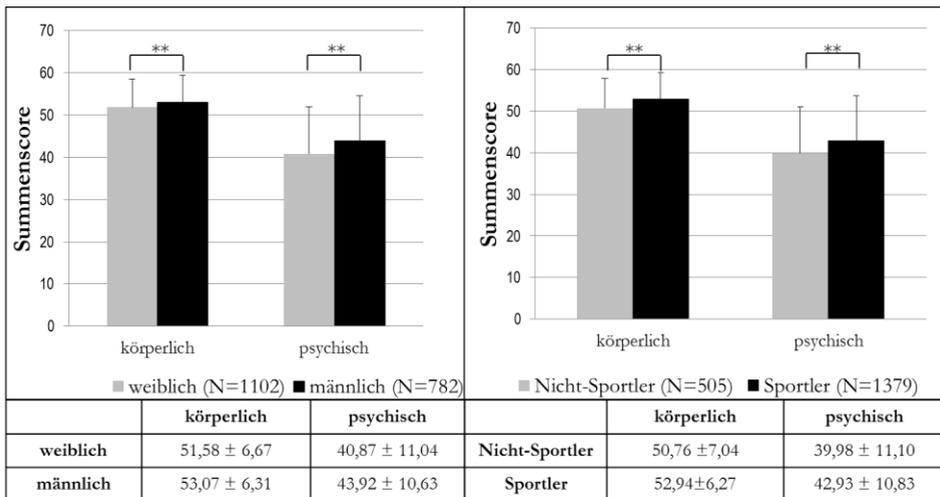


Abbildung 6: Subjektiver Gesundheitszustand differenziert nach Geschlecht und Sportaktivität

Die Befunde zum Stressempfinden zeigen, dass vor allem Situationen, die in direktem Zusammenhang mit einer Prüfung stehen, Studierende belasten. Organisatorische Aspekte werden hingegen als weniger stressreich empfunden. Der Vergleich zwischen Studentinnen und Studenten deutet auf ein stärkeres Stressempfinden der Frauen hin. Alle aufgeführten Situationen werden von Studentinnen signifikant belastender erlebt. Während in fast allen Fällen die Effektstärken zwischen $ES =$

0.10 und $ES = 0.33$ als niedrig einzuschätzen, liegt beim Ablegen mündlicher Prüfungen ein signifikanter Gruppenunterschied mit einer etwas höher einzuordnenden Bedeutsamkeit vor ($ES = 0.42$) (vgl. Abbildung 7).

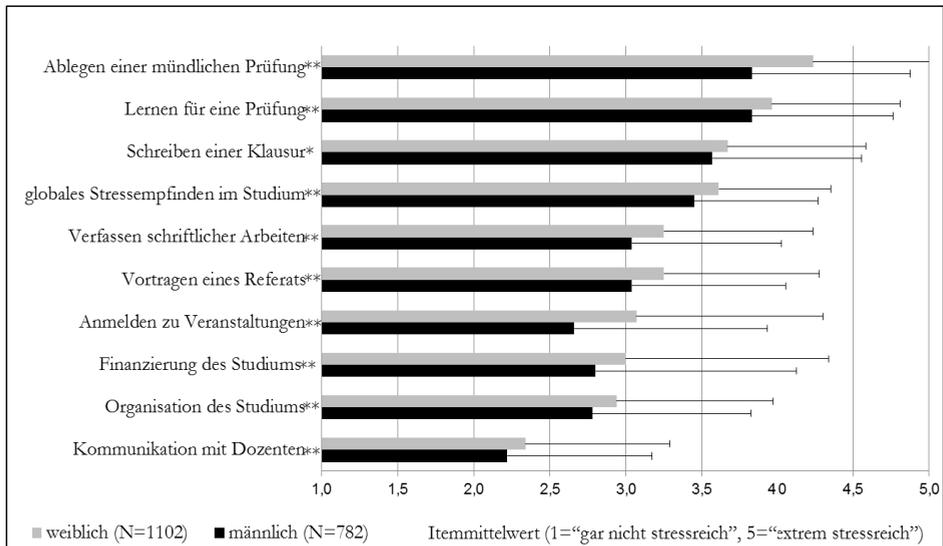


Abbildung 7: Stressempfinden im Studium differenziert nach Geschlecht

Im Vergleich zwischen Sportlern und Nicht-Sportlern zeigen sich der Tendenz nach Unterschiede in der Form, dass Nicht-Sportler mit einer Ausnahme („Kommunikation mit Dozenten“) alle Situationen als stressreicher erleben. Signifikant sind diese Unterschiede allerdings nur im Hinblick auf das globale Stressempfinden im Studium, mündliche Prüfungen, Klausuren, Referate und die Finanzierung des Studiums. Die Bedeutsamkeit der Unterschiede ist aufgrund der Effektstärken, die zwischen $ES = 0.11$ und $ES = 0.18$ liegen, ebenfalls als gering einzuschätzen (vgl. Abbildung 8).

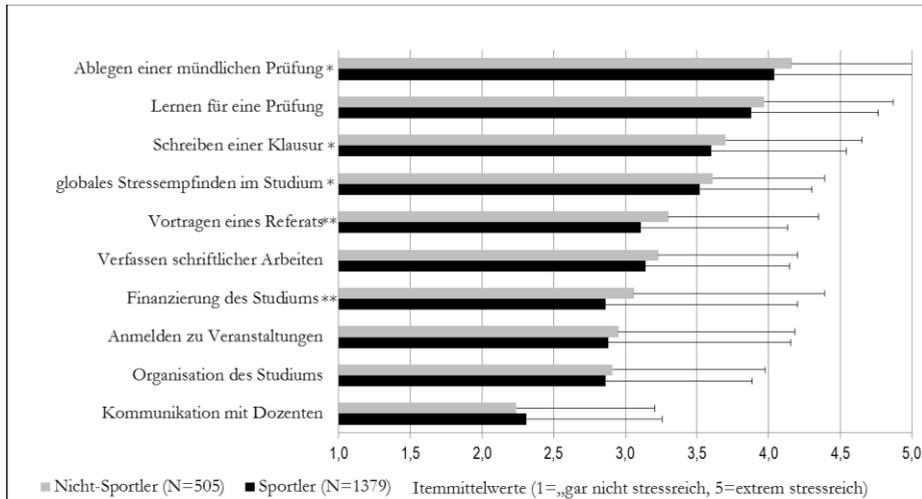


Abbildung 8: Stressempfinden im Studium differenziert nach Sportaktivität

4 Diskussion und Ausblick

Studierende standen bisher vergleichsweise selten im Fokus gesundheitsfördernder Maßnahmen – erst seit wenigen Jahren rückt die Gesundheit dieser jungen und vermeintlich gesunden Bevölkerungsgruppe stärker in das öffentliche wie wissenschaftliche Interesse. So auch im Rahmen eines vielschichtigen Projekts zur Studiendengrundheit an der Universität Paderborn, welches einem salutogenetischen Ansatz folgend nicht ausschließlich auf Krankheitsaspekte, sondern vor allem auf aktives Gesundheitsverhalten gerichtet ist. Ein solches Verhalten ist u. a. die körperlich-sportliche Aktivität der Studierenden, die im vorliegenden Beitrag zum einen differenziert in Bezug auf Ausmaß, Sportartenpräferenzen und Sportsettings betrachtet wurde und die zum anderen hinsichtlich ihres Zusammenhangs mit dem subjektiven Gesundheitszustand sowie Stressempfinden analysiert wurde.

Die Befunde zusammenfassend ist festzuhalten, dass die befragten Studierenden im Mittel ein ausreichendes Maß an Alltagsaktivität aufweisen. Diese Aussage wird jedoch durch die hohe Streuung relativiert: Es ist davon auszugehen, dass zwar viele Studierende sehr aktiv im Alltag sind, demgegenüber aber auch ein Großteil kaum Alltagsaktivität ausübt. Viele Studierende gehen zusätzlich einer sportlichen Aktivität nach. Selbst die Gruppe, die in Tabelle 1 durch „wenig Sport-Engagement“ charakterisiert wurde, erreicht ein Wochenpensum, welches von der WHO (2011) als Minimum für einen körperlich aktiven Lebensstil empfohlen wird. Die vom Umfang her darüber liegenden Personen (50 und mehr Minuten pro Tag – d. h. 350 und mehr Minuten pro Woche) und damit der überwiegende Teil der Stichprobe kann laut WHO sogar „additional health benefits“ durch das Sportengagement erwarten. Bei den präferierten Sportarten zeichnet sich eine

Dominanz von zeitlich und räumlich flexibel durchführbaren Sportarten ab, was als Indiz auf ein zeitlich anspruchsvolles Studium gewertet werden kann. Mannschaftssportarten, die zu festgelegten Zeiten an festgelegten Orten stattfinden, werden vergleichsweise wenig betrieben. Dieses Bild bestätigt sich, wenn man die Sportsettings betrachtet: Die Studierenden treiben eher in einem selbstorganisierten Setting Sport als auf festere und verbindlichere Strukturen im Sportverein und z. T. auch im Fitnessstudio zurückzugreifen.

Die Daten zum subjektiven Gesundheitszustand und zum studiumsbedingten Stressempfinden belegen zum einen den in anderen Studien gefundenen bedenklichen Gesundheitsstatus, der vor allem im psychischen Bereich nicht der Norm junger Menschen entspricht, sondern als subjektiv schlechter empfunden einzustufen ist (vgl. z. B. Wolf et al. 2007; Holm-Hadulla et al. 2009; Ackermann & Schumann 2010; Pflöging & Gerhardt 2013). Die Gruppenvergleiche weisen auf eine stärkere Gefährdung von Studentinnen sowie von sportlich inaktiven Studierenden hin – damit sind Studentinnen, die keinen Sport treiben, die am stärksten gefährdete Gruppe unter den Studierenden. Zum anderen wird deutlich, dass viele Anforderungen im Rahmen des Studiums als stressreich empfunden werden. Wie bereits einleitend angedeutet, werden hierfür oftmals die veränderten Studienbedingungen nach Bologna verantwortlich gemacht. Ein solcher Zusammenhang wäre nur über entsprechende Längsschnittdaten bzw. über einen Kohortenvergleich einwandfrei nachzuweisen, so dass an dieser Stelle darüber lediglich spekuliert werden kann. Dem vorne beschriebenen, für das vorliegende Projekt grundlegenden Gedanken eines Anforderungs-Ressourcen-Modells folgend, muss neben der Annahme gesteigerter Anforderungen aber auch die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, dass Studienanfänger heute unter Umständen weniger gut ausgeprägte Ressourcen mitbringen. Auch hierüber können an dieser Stelle keine empirisch fundierten Aussagen getroffen werden. Als Ursachenerklärung könnten z. B. veränderte Familienstrukturen oder auch die Einführung des Abiturs schon nach acht Jahren (G8) in Frage kommen – die Verkürzung der Schulzeit ist ohne Frage gleichbedeutend mit einer Verkürzung der Zeit, in der junge Menschen geeignete Ressourcen für ein eigenverantwortliches, gesundes Leben aufbauen können.

Was bedeuten diese Ergebnisse nun für die Hochschulen? Mit Blick auf diese zentrale Frage soll abschließend noch einmal die Aufforderung Burkhard Gusys aufgegriffen werden, dass Hochschulen sich aktiv der Studierendengesundheit zuwenden sollten. Unter Rückgriff auf den Public Health Action Cycle (vgl. Kapitel 1) hatte das hier vorgestellte Projekt nicht nur das Ziel, einen wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn zu erzielen (*Problembestimmung*), sondern wurde über die Phasen *Strategieformulierung* und *Umsetzung* bis hin zur vorerst abschließenden Phase der *Evaluation* weiter entwickelt. Im Rahmen der Strategieformulierung entstand auf Basis der empirischen Befunde ein Gesundheitspass für Studierende, der mit dem Folgeprojekts „mein beneFIT@upb.de“ im Wintersemester 2013/14 an der Universität Paderborn implementiert wurde (vgl. Abbildung 9). Studierende erhalten diesen Pass zu Studienbeginn, können im weiteren Studienverlauf an unterschiedli-

chen gesundheitsförderlichen Maßnahmen teilnehmen und sich diese in dem Pass bescheinigen lassen. Als Anreiz dient ein Gesundheitszertifikat, welches am Ende des Studiums von der Hochschule ausgestellt wird. Neben weiteren Gesundheitsverhaltensweisen enthält der Pass auch eine Rubrik zur Steigerung der körperlichen Aktivität. Unter dem Motto „Entspannt & Fit – Mach mit!“ können Studierende aus zahlreichen – federführend vom Hochschulsport der Universität Paderborn koordinierten – Angeboten wählen. Weiterhin kann der Hochschulsport aus den hier vorliegenden empirischen Erkenntnissen wichtige Schlüsse hinsichtlich des zukünftigen Sportangebots ziehen; grundsätzlich sollten Überlegungen auch in Richtung struktureller Veränderungen gehen, die vor allem ein zeitlich wie räumlich unabhängiges Sporttreiben der Studierenden unter dem (symbolischen) Dach der Universität ermöglichen – sicherlich eine große Herausforderung für die Verantwortlichen.

Fragen?
Servicebüro: Raum SP2 1.223
E-Mail: meinbeneFIT@upb.de
Internet: upb.de/beneFIT

QR Code

meine beneFIT @upb.de

UNIVERSITÄT PADERBORN
Die Universität der Informationsgesellschaft

Studienjahr 1: _____

Meine Gesundheitsinspektion:

Entspannt & fit – mach mit:

Name: _____
Studiengang: _____
Geburtsdatum: _____
E-Mail: _____
Es erfolgt keine Weitergabe der Daten an Dritte!

Techniker Krankenkasse © www.rfs.de

Abbildung 9: Ausschnitt des Gesundheitspasses für Studierende an der Universität Paderborn

Literatur

- Abel, T. (1992): Konzept und Messung gesundheitsrelevanter Lebensstile. In: Prävention: Zeitschrift für Gesundheitsförderung 4/1992, 123–128.
- Abel, T. / Buddeberg, C. / Duetz, M. (2004): Gesundheitsrelevante Lebensstile. In Buddeberg, C. (Hrsg.): Psychosoziale Medizin. Berlin: Springer, 295–306.
- Ackermann, E. & Schuhmann, W. (2010): Die Uni ist kein Ponyhof. In: Prävention und Gesundheitsförderung 3/2010, 231–237.
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT-Verlag.

- Brandl-Bredenbeck, H. P. / Kämpfe, A. / Köster, C. (2013a): Studium heute – Gesundheitsfördernd oder gesundheitsgefährdend? Eine Lebensstilanalyse. Aachen: Meyer & Meyer.
- Brandl-Bredenbeck, H.P. / Kämpfe, A. / Köster, C. (2013b): Gesundheit von Lehramtsstudierenden – Ausgewählte Ergebnisse einer empirischen Untersuchung an der Universität Paderborn. In: Marchwacka, M. A. (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Setting Schule. Wiesbaden: Springer VS, 329–345.
- Bünemann, A. (2008): Energiebilanzrelevante Lebensstile von Heranwachsenden. Ein multivariater Erklärungsansatz für Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Norderstedt: GRIN Verlag.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998): SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Deutsches Studentenwerk (2007): Pressemitteilung. Finanzierung, Zeitmanagement, Zweifel und andere Probleme: Studierende haben hohen Beratungsbedarf. Zugriff am <21. Januar 2010> unter <http://www.studentenwerke.de/presse/2007/131107a.pdf>
- Dreisbach, S. (2008): Studium macht krank. Zugriff am <21. Januar 2010> unter http://www.focus.de/wissen/campus/tid-8919/studium_aid_237676.html
- Fuchs, R. (2009): Messung körperlicher Aktivität: Indices zur Bewegungs- und Sportaktivität. Freiburg: Institut für Sport und Sportwissenschaft.
- Greiner, L. & Kleinhubbert, G. (2013): Studentensorgen: Das ist die neue German Angst. Zugriff am <17. Dezember 2013> unter <http://www.spiegel.de/unispiegel/studium/german-angst-deutschlands-studenten-geht-es-gut-a-938466.html>
- Gusy, B. (2010): Gesundheitsberichterstattung bei Studierenden. In: Prävention und Gesundheitsförderung 3/2010, 250–256.
- Hänsel, F. (2007): Körperliche Aktivität und Gesundheit. In: R. Fuchs / W. Göhner / H. Seelig (Hrsg.): Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils. Göttingen: Hogrefe, 23–44.
- Holm-Hadulla, R. / Hofmann, F.-H. / Sperth, M. / Funke, J. (2009): Psychische Beschwerden von Studierenden. In: Psychotherapeut, 346–356.
- Hurrelmann, K. & Franzkowiak, P. (2011): Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Hamburg: Verlag für Gesundheitsförderung, 100–105.
- Meier, S. (2008): Gesundheitsfördernde Hochschulen. Neue Wege im Setting Hochschule am Beispiel des Modellprojekts "Gesundheitszirkel für Studierende". Universität Bielefeld: Dissertation.

- Meier, S. / Milz, S. / Krämer, A. (2007): Gesundheitssurvey für Studierende in NRW. Projektbericht: Universität Bielefeld. Zugriff am <26. September 2010> unter http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/F_Gesundheitssurvey_NRW/Projektbericht_GesSur_NRW.pdf.
- Meyer, F. (2010): Stress in der Uni. Studieren bis zur Erschöpfung. Zugriff am <21. Januar 2010> unter <http://www.sueddeutsche.de/jobkarriere/150/500416/text/>.
- Pfleging, S. & Gerhardt, C. (2013): Ausgebrannte Studierende: Burnout-Gefährdung nach dem Bologna-Prozess. In: *Journal of Business and Media Psychology* 1/2013, 1–12.
- Rosenbrock, R. (1995): Public Health als Soziale Innovation. In: *Das Gesundheitswesen* 3/1995, 140–144.
- Rosenbrock, R. & Hartung, S. (2011): Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Hamburg: Verlag für Gesundheitsförderung, 469–471.
- Rütten, A. / Abu-Omar, K. / Lampert, T. / Ziese, T. (2005): Körperliche Aktivität. In: Robert-Koch-Institut (Hrsg.): *Gesundheitsberichterstattung des Bundes 26/2005*, 1–26.
- Spiegel Online (2013): Tipps für Studenten: Gesund durchs Semester. Zugriff am <04. November 2013> unter <http://www.spiegel.de/gesundheit/psychologie/tipps-fuer-studenten-gesund-durchs-semester-a-910396.htm>.
- Steinke, B. & Sonntag, U. (2013): *Gesundheitsfördernde Hochschulen. Modelle aus der Praxis*. Berlin: Josef Raabe Verlags-GmbH.
- Techniker Krankenkasse (2011): *Gesundheitsreport 2011. Gesundheitliche Veränderungen bei jungen Erwachsenen und Studierenden*. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- WHO (1948): Preamble to the Constitution of the World Health Organization. In: *Official Records of the World Health Organization* 2/1948, 1–144.
- WHO (1986): *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Zugriff am <5. September 2012> unter <http://www.euro.who.int/>.
- WHO (2011): *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. Zugriff am <12. Dezember 2013> unter <http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-18-64years.pdf>.
- Wolf, S. / Pfister, A. / Schmicker, S. / Vanja, S. (2007): Gesundheitszustand und Gesundheitsförderung von Studierenden. In: *Praktische Arbeitsmedizin* 9/2007, 6–11

Bewegungspausen in der Hochschullehre: Evaluationsergebnisse des Pilotprojektes „FiduS – Fit durchs Studium“ an der Hochschule Fulda

Gianna König, Johanna Parthey & Anja Kroke

1 Hintergrund und Fragestellung

Studierende verbringen viele Stunden täglich im Sitzen. Sie sitzen im Hörsaal, Seminarraum oder in der Bibliothek, hören zu, lesen, arbeiten in Gruppen oder am Computer. Ständiges Sitzen ist ein Kennzeichen der heutigen, postindustriellen Arbeits- und Lebensweise und wird schon sehr früh (i. d. R. ab der Grundschule) gelernt. Dieses strukturell bedingte Verhalten – an dieser Stelle sei hinzugefügt, dass der menschliche Körper keineswegs für ständiges Sitzen konstituiert ist (Oertel et al. 2009) – trägt sich meist bis in das Berufsleben fort (Garber et al. 2011).

Ein von der Deutschen Krankenversicherung (DKV) in Auftrag gegebener Bericht mit repräsentativen Daten zum Gesundheitsverhalten in Deutschland weist darauf hin, dass die Sitzzeiten mit der Höhe des Bildungsabschlusses steigen. So sitzen Akademiker sechs Stunden täglich, während Menschen mit Hauptschulabschluss nur vier Stunden pro Tag sitzen (Froböse & Wallmann 2012). Nahezu 60 % der Studierenden verfehlen die derzeitige Empfehlung von mindestens 20 Minuten körperlicher Aktivität an mindestens 3 Tagen die Woche (Meier et al. 2010). Zusätzlich geben Studierende an, unter folgenden Belastungen zu leiden (Meier et al. 2007): Konzentrationsschwierigkeiten, Nervosität / Unruhe, Nacken- / Schulterschmerzen, Kreuz- / Rückenschmerzen, Kopfschmerzen und Stim-

mungsschwankungen. Ursache können ständiges Sitzen und Bewegungsmangel sein (Meier et al. 2010).

Körperliche Bewegung kann auf unterschiedliche Weise die Lernfähigkeit von jungen Erwachsenen beeinflussen. Sie aktiviert die für das Lernen relevante Gehirnareale (Budde et al. 2008), fördert die Synapsenbildung und unterstützt die Neubildung und das Wachstum von Nervenzellen (Ashby et al. 1999). Nicht zuletzt regt Bewegung den Kreislauf an und steigert so die Sauerstoffversorgung des Gehirns (Hollmann & Strüder 2003). Untersuchungen von Löffler und Kollegen (2011) ergaben, dass die physiologische Aktivierung von Studierenden, gemessen über die Herzfrequenz, im Laufe einer 90-minütigen Lehrveranstaltung stetig abnimmt und erst am Ende wieder ansteigt. Je geringer die Herzfrequenz, desto höher die Müdigkeit. Bewegungspausen können diesen Kreislauf unterbrechen und negativen Effekten vorbeugen (Löffler et al. 2011; Barr-Anderson et al. 2011b).

Während es bisher noch größtenteils beim individualorientierten Appell zur Integration von Bewegungspausen in den Alltag geblieben ist, gibt es vereinzelt Ansätze, die Bewegungspausen gemäß dem Settingansatz der Gesundheitsförderung in die Organisationsstruktur integrieren. Ansätze, die bereits evaluiert wurden, lassen sich aufgrund intransparenter Vorgehensweisen jedoch kaum übertragen (Barr-Anderson et al. 2011b). An der Hochschule Fulda wurde daher eine Maßnahme ins Leben gerufen, die Bewegungspausen in Lehrveranstaltungen nach den Grundsätzen der Gesundheitsförderung unterstützt: FiduS – Fit durchs Studium. Dem Motto folgend „von Studierenden für Studierende“ gestalten und leiten die Studierenden selbst – nach professioneller Ausbildung – fünfminütige Bewegungspausen in Seminaren und Vorlesungen an. Sie können von den Lehrenden über ein benutzerfreundliches elektronisches Buchungssystem zu gewünschten Zeiten (z. B. zur Halbzeit einer Lehrveranstaltung) kostenlos gebucht werden. Die Intervention wurde im Rahmen eines interdisziplinären Forschungs- und Entwicklungsprojekts gemäß dem Public Health Action Cycle, einem Entwicklungszyklus für gesundheitsfördernde Interventionen, entwickelt und liegt nun in den Händen des Fuldaer Hochschulsports.

Die Evaluation gehört zu den Kernkomponenten des Public Health Action Cycles (Kolip et al. 2012). Dieser Beitrag greift Ergebnisse der formativen Evaluation von FiduS – Fit durchs Studium – auf und geht den Fragen nach, welche Wirkungen die teilnehmenden Studierenden auf ihr physisches und psychisches Wohlbefinden sowie ihre kognitive Leistungsfähigkeit wahrnahmen und wie die Akzeptanz zu bewerten ist. Abschließend werden die Ergebnisse und deren Auswirkungen diskutiert.

2 Untersuchungsmethoden

Datenerhebung

Die Evaluation von FiduS – Fit durchs Studium – diente der Weiterentwicklung der Maßnahme sowie der Optimierung der Projektsteuerung und ist somit der formativen Evaluation zuzuordnen (Kolip 2012). Die Erhebungen erfolgten am Ende der Pilotphase und ersten Einführung der Bewegungspausen im März und April 2012. Im Sinne der Methodentriangulation (Flick 2006) bestand sie aus leitfadengestützten Interviews mit Lehrenden, die das Angebot in Anspruch genommen hatten, sowie aus einer retrospektiven Onlinebefragung an Studierende, dessen Ergebnisse Bestandteil dieses Beitrags sind. Die Befragung erfolgte über EvaSys, einer Software zur Durchführung von Online-Erhebungen, und richtete sich an Studierende aus den Fachbereichen Oecotrophologie, Pflege & Gesundheit und Wirtschaft, die während der Pilotphase an der Maßnahme teilgenommen hatten. Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurde deren Erlaubnis eingeholt, sie zwecks Befragung per E-Mail anschreiben zu dürfen.

Fragebogen

Die Fragebogenkonstruktion erfolgte hypothesengeleitet, basierend auf den Erkenntnissen möglicher kurzfristiger Wirkungen durch Bewegungspausen auf Gesundheit, Kognition und Wohlbefinden. Er erhob die subjektiv empfundenen Wirkungen der Teilnehmenden. Ergänzt wurde er durch Fragen zur praktischen Umsetzung. Der entwickelte Fragebogen umfasste letztendlich 41 Fragen aus den vier Bereichen *Nutzung*, *Wirkungen*, *Durchführung der Bewegungspausen* und *Fragen zur Person*.

Der erste Frageblock zur „*Nutzung*“ bestand aus fünf Items, die sich auf den Interventionszeitraum bezogen und nach der Anzahl der Lehrveranstaltungen mit Bewegungspausen, der Gesamtanzahl angebotener Bewegungspausen, der regelmäßigen Teilnahme an Bewegungspausen, Gründen für die Nichtteilnahme sowie nach der Teilnahme der Lehrenden an Bewegungspausen fragten. Im Falle der ersten vier Items konnten sich die Studierenden vorgegebenen Bezugsgrößen zuordnen bzw. zwischen Antwortmöglichkeiten wählen. Die fünfte Frage wurde anhand einer 4-stufigen Likert-Skala (1 = sehr oft, 4 = nie) gemessen.

Unter „*Wirkungen*“ wurde nach unmittelbaren Wirkungen, Wirkungen nach der Bewegungspause im Vergleich zu vorher und den beobachteten Wirkungen auf Kommilitoninnen und Kommilitonen gefragt. Den jeweiligen Fragen waren Items untergeordnet (z. B. „*Lockerung der Muskulatur*“), die wiederum über die 4-stufige Likert-Skala (1 = trifft gar nicht zu, 4 = trifft voll zu) beantwortet werden konnten. Eine vierte Frage, „*Würden Sie gerne häufiger in Veranstaltungen Bewegungspausen wahrnehmen?*“ konnte mit *Ja*, *Nein* oder *Weiß nicht* beantwortet werden.

Der dritte Block „Durchführung der Bewegungspausen“ beschäftigte sich mit Details der Praxis. Die Studierenden konnten bspw. per Auswahl angeben, wann sie eine Bewegungspause im Tagesverlauf platzieren würden oder ob das Angebot abwechslungsreich war. An dieser Stelle konnten auch Vorlieben für die Art der Übungen ausgewählt werden und Verbesserungsvorschläge frei formuliert werden.

Abschließend folgte die Erhebung von Geschlecht, Alter, Fachbereich und Nationalität.

Statistische Analyse

Aus den online ausgefüllten Fragebögen wurden mittels EvaSys die Datensätze zur weiteren Auswertung generiert. Zur Erstellung der deskriptiven Statistik inklusive Mittelwerten wurde SPSS 21.0 herangezogen. Die Darstellung der Häufigkeitsverteilungen erfolgte in gültigen Prozenten. Auf Grund der ungleichen Geschlechterverteilung wurde bei Fragen mit mehr als vier Antwortmöglichkeiten auf eine geschlechtsstratifizierte Analyse verzichtet.

3 Ergebnisse

Stichprobe

Die Stichprobe umfasste 134 Studierende (Rücklaufquote 49 %). 81 % der Befragten waren weiblich und 15,5 % männlich, wobei vier Befragte keine Angaben zum Geschlecht machten. Die Mehrheit war zum Erhebungszeitpunkt zwischen 20 und 25 Jahre alt. 3 % waren jünger, 31 % älter (Hochschule Fulda 2012).

Teilnahme an Bewegungspausen

97 % der befragten Studierenden nahmen nach eigenen Angaben regelmäßig an den angebotenen Bewegungspausen teil. Die Gesamtzahl der jeweils angebotenen Bewegungspausen im Laufe des Referenzsemesters ist in Abbildung 1 aufgeführt. Diejenigen drei Prozent ($n = 4$), die nicht regelmäßig an den angebotenen Bewegungspausen teilnahmen, gaben als Gründe dafür an: *Ich nutze die Pause für andere Dinge* ($n = 1$), *Kein Interesse* ($n = 3$), *Keine Lust* ($n = 2$). Mehrfachnennungen waren möglich.

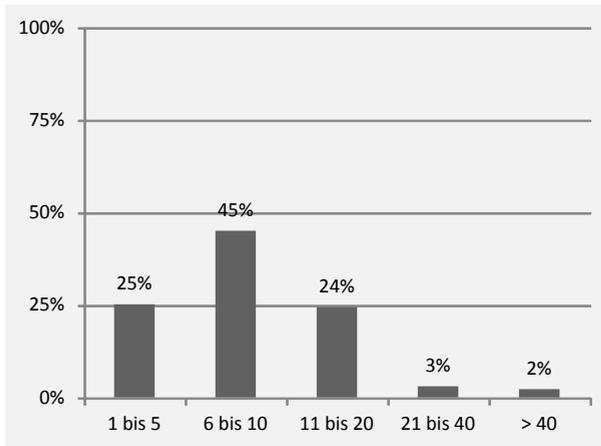


Abbildung 1: Verteilung der Antworten zur Frage: *Wie viele Bewegungspausen wurden Ihnen insgesamt im Wintersemester 2011/12 angeboten?*

Subjektive Wirkungen

Im Folgenden sind die Ergebnisse der Fragen „*Welche Wirkungen konnten Sie durch die Bewegungspausen für sich feststellen?*“ und „*Wie haben Sie sich nach einer Bewegungspause gefühlt, im Gegensatz zu vorher?*“ des Frageblocks „*Wirkungen*“ dargestellt (Abbildung 2). Zur besseren Nachvollziehbarkeit sind physische, psychische und kognitive Wirkungen jeweils gebündelt beschrieben. Wenn nicht differenziert angegeben, sind die Antworten „trifft voll zu“ und „trifft zu“ zusammengefasst.

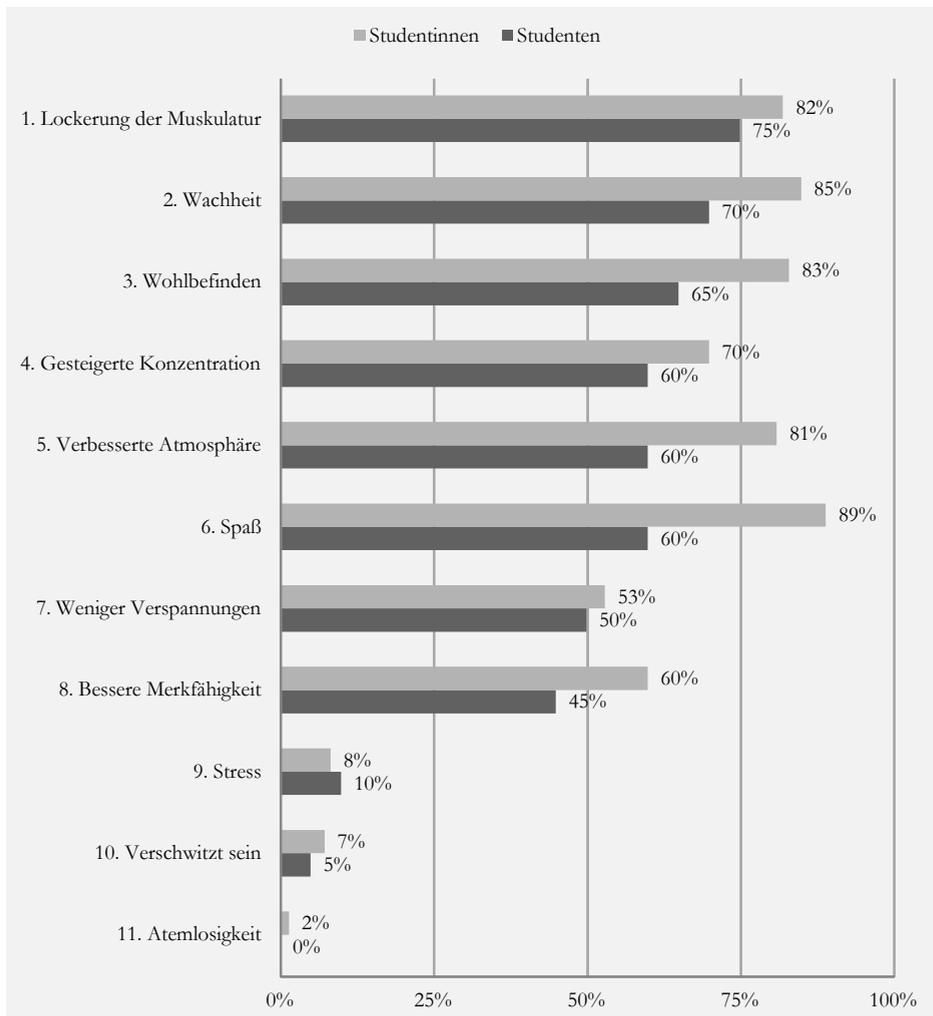


Abbildung 2: Verteilung der Antworten „trifft voll zu“ und „trifft zu“ auf die Frage: Welche Wirkungen konnten Sie durch die Bewegungspausen für sich feststellen?

Wirkungen auf das physische Wohlbefinden

79,5 % der befragten Studierenden gaben an, unmittelbar nach der Bewegungspause sei ihre Rücken- und Nackenmuskulatur spürbar gelockert, während 20,5 % keinen oder eher keinen Einfluss auf die Muskulatur spürten. Weniger deutlich war ein Rückgang von Verspannungen nach Bewegungspausen. Eine knappe Mehrheit von 52 % gab an weniger Verspannungen mit der Durchführung von Bewegungspausen zu verbinden. Bei einem Viertel der Teilnehmenden führten Bewegungs-

pausen zu Atemlosigkeit und fast ebenso viele gerieten dabei ins Schwitzen. Diese Effekte traten bei Männern und Frauen gleichermaßen auf.

Wirkungen auf das psychische Wohlbefinden

Die meisten Studierenden (80 %) empfanden Spaß bei den FiduS-Bewegungspausen, wobei deutlich mehr Frauen (89 %), als Männer (60 %) dieser Frage mit „trifft eher zu“ oder „trifft voll zu“ zustimmten. Bei dem Item „Wohlbefinden“ fiel der Geschlechterunterschied geringer aus. Zwei Drittel der Männer gaben an, dass Bewegungspausen zu ihrem Wohlbefinden beitrugen, während diese Antwort auf 83 % der Frauen zutraf.

Wirkungen auf die kognitive Leistungsfähigkeit

Wie Abbildung 2 zeigt, bewerteten die befragten Studenten die Wirkung der Bewegungspausen auf ihre kognitiven Fähigkeiten grundsätzlich geringer als ihre Kommilitoninnen. Den größten Unterschied weist die Frage nach der Merkfähigkeit im Anschluss an die Bewegungspause im Gegensatz zu vorher auf. Hier stimmten 60 % der Frauen und nur 45 % der Männer zu.

Gefühlszustände nach einer Bewegungspause

Im subjektiven Vorher-Nachher-Vergleich fühlten sich 80 % der befragten Studierenden nach absolvierter Bewegungspause erfrischer, 76 % besser gelaunt und 70 % entspannter als zuvor.

Gut 10 % oder weniger fühlten sich nach der Bewegungspause genervter, gestresster oder unruhiger im Vergleich zu vor der Bewegungspause. Diese Einschätzungen unterschieden sich zwischen den Geschlechtern geringfügig. Insbesondere waren Studentinnen seltener genervt, als ihre Kommilitonen und fühlten sich deutlich aufnahmefähiger im Anschluss an die Bewegungspause (Abbildung 3).

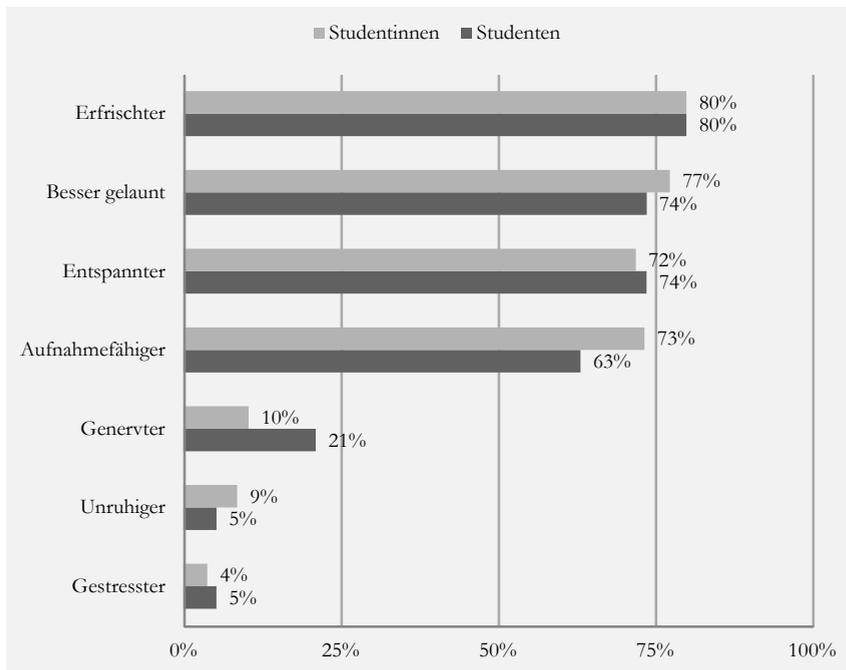


Abbildung 3: Verteilung der Antworten „trifft voll zu“ und „trifft zu“ auf die Frage: Wie haben Sie sich nach einer Bewegungspause gefühlt, im Gegensatz zu vorher?

Einstellungen zur Durchführung der Bewegungspausen

Auffallend war der Geschlechterunterschied bei der Frage nach dem Wunsch, häufiger Bewegungspausen wahrnehmen zu wollen. Dem stimmten 70 % der Frauen und 50 % der Männer zu. Insgesamt gaben 65 % an, gerne häufiger Bewegungspausen wahrnehmen zu wollen, wobei 15 % gegen eine Ausweitung waren und sich der Rest enthielt. Mehr als die Hälfte der Studierenden empfand die Bewegungspausen *nie* als störend (Abbildung 4). 36 % der Befragten hatten den Eindruck, dass die Bewegungspausen *selten* einen störenden Einfluss auf den Veranstaltungsverlauf nahmen (Abbildung 4). Als abwechslungsreich empfanden 57 % (m) bzw. 77 % (w) die Auswahl der Übungen während der Bewegungspausen und nahezu alle Befragten konnten den Anweisungen der FiduS-Übungsleitenden gut folgen (Abbildung 4).

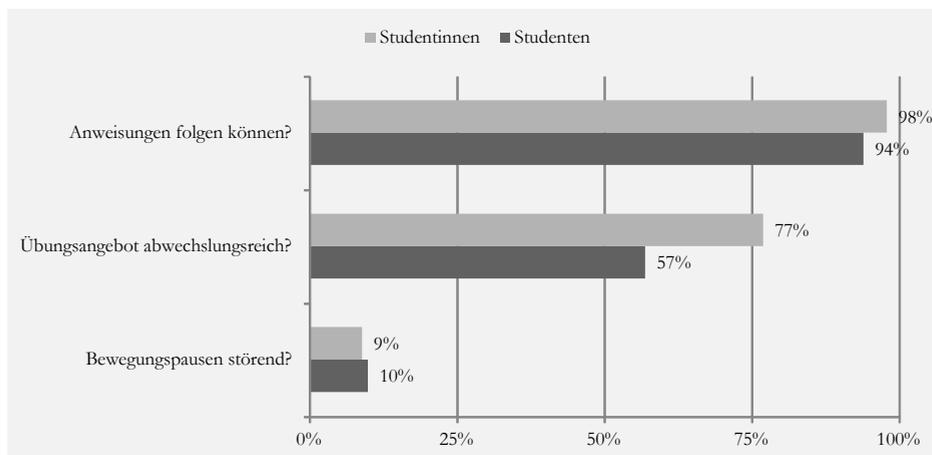


Abbildung 4: Verteilung der Antworten „sehr oft“ und „oft“ auf die Fragen: Haben Sie den Anweisungen der Übungsleiter gut folgen können?; War das Angebot abwechslungsreich?; Hat die Bewegungspause den Verlauf der Veranstaltung gestört?

4 Diskussion

Die in diesem Beitrag vorgestellten Evaluationsergebnisse der Pilotphase von Fi-duS – Fit durchs Studium, einer Maßnahme zur Unterstützung von Bewegungspausen, konzentrieren sich auf die wahrgenommenen Wirkungen der teilnehmenden Studierenden und der Akzeptanz für die Maßnahme.

Während intendierte Wirkungen auf den Körper (z. B. Lockerung der Muskulatur), die Psyche (z. B. Spaß) und die Kognition (z. B. bessere Merkfähigkeit) rückblickend von 50 bis 80 Prozent der teilnehmenden Studierenden mit „trifft eher zu“ oder „trifft voll zu“ bewertet wurden, berichteten weniger als zehn Prozent der Befragten von Stress, verschwitzt sein oder Atemlosigkeit durch Bewegungspausen. Ähnlich fielen die Ergebnisse zu den Gefühlszuständen nach einer Bewegungspause im Gegensatz zu vorher aus. Mindestens 65 Prozent fühlten sich im Anschluss an eine Bewegungspause erfrischter, besser gelaunt, entspannter und aufnahmefähiger. Gut zehn Prozent oder weniger gaben an, nach einer Bewegungspause genervt, unruhig oder gestresst zu sein.

Es fallen jedoch deutliche Geschlechterunterschiede bei der persönlichen Bewertung von psychischen und kognitiven Wirkungen der Bewegungspausen auf. Die befragten Männer bewerteten die Wirkungen grundsätzlich weniger deutlich als die Frauen. Diese unterschiedlichen Präferenzen scheinen zwar keinen Einfluss auf die Teilnahmebereitschaft zu haben, denn fast alle Befragten nahmen an den ihnen angebotenen Bewegungspausen teil, jedoch wollten deutlich weniger Studenten als Studentinnen häufiger an Bewegungspausen teilnehmen (Diketmüller 2012). Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass Männer – so die Datenlage – tendenziell Sport- oder Bewegungsarten bevorzugen, die in Verbindung mit Kraft,

Kampf, Mut und Wettbewerb stehen, während Frauen affin gegenüber ästhetisch-kompensatorischen Sportarten oder Figurtraining sind (Diketmüller 2012). Der Fokus der analysierten Bewegungspausen lag auf Übungen, die einerseits einen Ausgleich zum ständigen Sitzen boten (Dehnen, moderate Kräftigung), die Durchblutung steigerten (Aktivierung) und Entspannungselemente (Atmung, Yoga) beinhalteten. Damit entsprachen sie eher den Präferenzen von Frauen als von Männern. Eine andere Erklärung könnte in der Häufigkeit des Sporttreibens liegen. Männer in der beobachteten Altersgruppe bewegen sich deutlich häufiger als Frauen. Die Schere zwischen beiden Geschlechtern öffnet sich während der Pubertät und fängt ab einem Alter von 40 wieder an sich allmählich zu schließen. Die größte Kluft besteht gerade im Alter von 18 bis 29, den hier Befragten. In dieser Altersgruppe erreichten gut 42 % der Männer und nur 18,5 % der Frauen die Mindestanforderung von 2,5 Stunden körperlicher Aktivität pro Woche (Krug et al. 2013). Dies lässt den Interpretationsspielraum zu, dass Männer den kurzen Bewegungseinheiten von FiduS eine geringere Bedeutung beimessen und daher die Wirkung im Gegensatz zu der ansonsten ausgeführten Sport- und Bewegungstätigkeit konservativer einschätzten.

Die deutlich geringere Bewertung der Wirkung „Spaß“ von männlichen Studienteilnehmern könnte kritisch betrachtet werden, wenn der Geschlechterunterschied sich nicht bei der Frage zu den Gefühlszuständen wieder relativierte. Hier fühlten sich nahezu gleich viele Männer (74 %) und Frauen (77 %) nach der Bewegungspause besser gelaunt als zuvor. Trotzdem sollte dieses Ergebnis insofern ernst genommen werden, als dass sich das Fehlen von Freudeerleben bei den restlichen 20 bis 25 % auf die Akzeptanz der Maßnahme auswirken kann. Denn während „Gesundheit“ häufig ein Einsteigermotiv ist, sich zu bewegen, müssen doch letztendlich der Spaß und die Freude gewährleistet sein, damit ein Angebot dauerhaft Bestand haben kann (Hofmeister 2008). Zudem sind positive Emotionen wichtige Lernförderer. Sie erhöhen die Fähigkeit, Ideen auf unterschiedlichen Wegen zu organisieren, zu realisieren und alternative kognitive Perspektiven zu eröffnen. Personen weisen eine bessere Sprachkompetenz auf, wenn sie in besserer Stimmung sind (Ashby et al. 1999). Entwicklungsspielraum scheint in dieser Frage im Abwechslungsreichtum der Übungen zu liegen, denn Monotonieempfinden ist weder guter Laune noch guter Konzentration zuträglich (Löffler et al. 2011). Entsprechend dieser Ergebnisse sollten die Inhalte der Maßnahme auf die Präferenzen von Männern hin kritisch überprüft werden. Andererseits muss penibel darauf geachtet werden, dass die von Frauen präferierten Elemente bei einer möglichen Überarbeitung nicht verloren gehen. Es ist möglicherweise von großem Vorteil mit den Bewegungspausen eine bewegungsfördernde Maßnahme geschaffen zu haben, die Frauen mit Freude und Motivation ausführen.

Doch auch für Männer ist es von Bedeutung, regelmäßig sitzende Tätigkeiten zu unterbrechen. Denn tägliches, ununterbrochenes und lange Sitzen ist inzwischen als eigenständiger Risikofaktor für die Entstehung von Zivilisationskrankheiten hinreichend untersucht und anerkannt. Körperliche Aktivitäten in der Freizeit

können diese Effekte demnach nicht kompensieren (Garber et al. 2011). Kausale Zusammenhänge bestehen kurzfristig mit muskulären Dysbalancen, die häufig Verspannungen und Rückenschmerzen zur Folge haben, dem Gewichtsstatus, mittelfristig mit Bluthochdruck, der ungünstigen Veränderung von Stoffwechselfparametern (z. B. Blutglucose, Insulin), die der Entwicklung chronischer Erkrankungen (z. B. Diabetes mellitus Typ 2) vorausgehen und längerfristig mit einem erhöhten Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen, Krebs, Osteoporose sowie der Mortalität an Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. durch Herzinfarkt) (Garber et al. 2011; Dreger & Huber 2013).

Die vorgestellten Ergebnisse werden durch prospektiv erhobene Daten von Löffler et al. (2011) unterstützt. Die Karlsruher Kollegen verglichen subjektiv empfundene Wirkungen von Bewegungseinheiten zu sechs Messzeitpunkten während universitären Lehrveranstaltungen. Die Bewegungspausen fanden in der Mitte der jeweiligen Veranstaltung statt. Es zeigten sich signifikant positive Effekte hinsichtlich subjektiver Konzentriertheit, geringerer Müdigkeit und besserer Stimmung durch Bewegungspausen bei den Interventionsgruppen im Vergleich zu den Kontrollen. Die Ergebnisse fielen am deutlichsten bei Yoga-Interventionen aus. Geschlechterspezifische Betrachtungen wurden nicht angestellt (Löffler et al. 2011).

Barr-Anderson und Kollegen (Barr-Anderson et al. 2011a) fanden in ihrem systematischen Review zu den Effekten von kurzen Bewegungseinheiten in den Settings (Grund-)Schule, Arbeitsplatz und karitativen Einrichtungen der englischsprachigen Literatur, dass solch strukturell orientierte Interventionen zu noch weitreichenderen Effekten führen können. Übereinstimmend waren die positiven Effekte auf kognitive Fähigkeiten und Leistungsbereitschaft sowie auf eine Bandbreite psychosozialer Faktoren wie „gute Laune“. Die Ergebnisse bzgl. physiologischer Endpunkte (BMI, Blutdruck, Hüftumfang) fielen inkonsistent aus. Eine besonders deutliche Übereinstimmung fanden die Autoren jedoch bei den Auswirkungen von Bewegungspausen auf die in Bewegung verbrachte Gesamtzeit. Mit mittlerer bis großer Effektgröße wurden die Bewegungseinheiten zusätzlich zu der ansonsten verbrachten Bewegungszeit ausgeübt. Diese Effekte traten bei Schulkindern und Erwachsenen gleichermaßen auf.

Dass sich selbst kurze Bewegungseinheiten auch langfristig positiv auf die Gesundheit auswirken können, wurde anhand einer prospektiven Kohortenstudie deutlich ($n = 416.175$). Die Autoren fanden eine signifikante Senkung der Sterblichkeit durch alle Ursachen und eine Steigerung der Lebenserwartung um drei Jahre bei bereits 15 Minuten moderater körperlicher Aktivität täglich oder 90 Minuten wöchentlich (Wen et al. 2011). Auf Grundlage aktueller Studienergebnisse nehmen zudem die Forderungen nach einer Auflösung der häufig geforderten Mindestdauer von Bewegungseinheiten à zehn Minuten zu (Garber et al. 2011). Bereits kürzere Bewegungseinheiten haben einen gesundheitlichen Nutzen und sind leichter in den Alltag zu integrieren als längere Einheiten (Garber et al. 2011). Bewegungspausen können hierbei einen wichtigen Beitrag leisten.

Die eingesetzte Methode eignet sich zur Erfassung der wahrgenommenen Wirkungen und Sammlung konstruktiver Anregungen zur Weiterentwicklung einer Maßnahme in der Bewegungsförderung. Kausale Ursache-Wirkungs-Beziehungen – wie so oft bei der Evaluation von Gesundheitsförderungsprojekten gefordert – können hiermit jedoch nicht hergestellt werden und sind auch nicht Ziel einer solchen Erhebung. Aufgrund der „Komplexität des Feldes, der Langfristigkeit der Wirkungen und der vielfältigen Einflussfaktoren“ ist der Nachweis objektiver Wirkungen kaum leistbar und auch nicht zielführend (Kolip et al. 2012). Vielmehr ging es darum, plausible Zusammenhänge herzustellen und die subjektive Sicht der Teilnehmenden auf Bewegungspausen einzufangen. Für die Akzeptanz und Weiterentwicklung der Maßnahme ist dies von großer Bedeutung.

Die überdurchschnittliche Rücklaufquote von nahezu 50 % wird relativiert durch Selektionseffekte, die beim Einholen des Einverständnisses entstanden sein können. Möglicherweise gaben hauptsächlich diejenigen ihr Einverständnis, die positiv gegenüber der Intervention eingestellt waren oder ein Interesse daran hatten, ihre Meinung zu äußern (Bortz & Döring 2009). Die genauere Betrachtung der Studienteilnehmenden kann darüber Aufschluss geben. Die Geschlechterverteilung der Studienpopulation entsprach der damaligen Zusammensetzung der Fachbereiche Oecotrophologie und Pflege & Gesundheit, denen insgesamt 87 % der Befragten angehörten. Die Teilnehmenden aus dem Fachbereich Wirtschaft waren zu knapp 39 % Männer und zu 61 % Frauen, während die Geschlechterverteilung in diesem Fachbereich zum Erhebungszeitpunkt weitgehend ausgeglichen war. Die externe Validität der Ergebnisse den letzteren Fachbereich betreffend ist demnach limitiert (Hochschule Fulda 2012).

5 Schlussfolgerungen

Formative Evaluationen, wie die hier präsentierten, sind von großer Bedeutung für die Akzeptanz und Weiterentwicklung einer Maßnahme. Das Erfragen von Effekten, sowohl intendierter als auch nicht-intendierter, trägt dazu bei, ein Projekt zielorientiert weiter zu entwickeln und somit den Bedürfnissen der Zielgruppe anzupassen.

Wie die vorgestellten Untersuchungsergebnisse zeigen, sind positive Effekte von Bewegungspausen auf das physische und psychische Wohlbefinden sowie die kognitiven Fähigkeiten für die Teilnehmenden wahrnehmbar und können so zur beständigen Teilnahme motivieren. Negative Effekte spielen in der Wahrnehmung kaum eine Rolle. Hervorzuheben ist, dass hier eine Maßnahme geschaffen wurde, die insbesondere bei jungen Frauen auf Akzeptanz stößt – einer Gruppe, die von Bewegungsarmut besonders betroffen sind. Um die langfristige Akzeptanz zu sichern, sind jedoch die Präferenzen beider Geschlechter mit einzubeziehen und bei der Weiterentwicklung zu berücksichtigen.

Im Rahmen einer solchen Projektevaluation sollen alle Personengruppen einbezogen werden. Während in diesem Beitrag der Fokus auf den Studierenden lag, wurde im Kontext einer Masterarbeit auch die Sichtweise der Lehrenden untersucht (Springer 2012). Eine abschließende Publikation zu den Ergebnissen der dazu durchgeführten leitfadengestützten Interviews ist in Vorbereitung. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass eine nahezu hundertprozentige Teilnahme und insbesondere Effekte auf die Aufmerksamkeit der Studierenden beobachtet wurde. Dies äußerte sich laut der Lehrenden darin, dass Studierende besser zuhörten und die gestellten Aufgaben besser bewältigen konnten. Sie wurden als „aktiver“, „frischer“ und „erholter“ beschrieben und die Lehrenden spürten diese Wirkungen auch bei sich selbst. Vor diesem Hintergrund wünschten sich die Befragten eine Ausweitung der Maßnahme innerhalb der Hochschule (Springer 2012). Ständiges und ununterbrochenes Sitzen während des Lernens erscheint vor dem Hintergrund der beschriebenen Erkenntnisse nicht mehr akzeptabel.

Auch wenn bezüglich der objektiven Wirkungen von Bewegungspausen auf die Gesundheit im Detail noch Forschungsbedarf besteht, reichen die bisherigen Erkenntnisse dazu aus, Empfehlungen für die regelmäßige Unterbrechung des Sitzens durch Steh- und Bewegungspausen auszusprechen (Garber et al. 2011; LZG). Die Verantwortung für die Umsetzung dieser Empfehlungen liegt im Sinne der Gesundheitsförderung bei den Institutionen des alltäglichen Lebens. Gerade an Bildungseinrichtungen gibt es zwei zusätzliche Aspekte, die zum Einhalten dieser Empfehlungen animieren sollten: Ihre Funktion als Sozialisationsinstanz und das Potenzial, das Lernen durch Bewegung zu fördern.

Es gilt eine Lernumgebung zu schaffen, in der körperliche Aktivität selbstverständlich ist. Bewegungspausen können dabei einen wichtigen Beitrag leisten.

Danksagung

Wir danken dem Hochschulsport der Hochschule Fulda, insbesondere Dr. Jan Ries und Anita Schleicher, und dem gesamten FiduS-Team, inklusive den studentischen FiduS-Übungsleitenden, für die aktive Mitarbeit und immerwährende Unterstützung, die den Erfolg des Projektes FiduS maßgeblich mitbestimmt haben.

Literatur

- Ashby, F. G. / Isen, A. M. / Turken, U. (1999): A Neuropsychological Theory of Positive Affect and Its Influence on Cognition. In: *Psychological Review* 106 (3), 529–550, Stand: 26/02/2012.
- Barr-Anderson, D. J. / AuYoung, M. / Whitt-Glover, M. C. / Glenn, B. A. / Yancey, A. K. (2011a): Integration of Short Bouts of Physical Activity Into Organizational Routine. A Systematic Review of the Literature. In: *Am J Prev Med* 40 (1), 76–93.
- Barr-Anderson, D. J. / AuYoung, M. / Whitt-Glover, M. C. / Glenn, B. A. / Yancey, A. K. (2011b): Integration of Short Bouts of Physical Activity Into Organizational Routine. A Systematic Review of the Literature. In: *Am J Prev Med* 40 (1), 76–93.
- Bortz, J. & Döring, N. (2009): *Forschungsmethoden und Evaluation. Für Human- und Sozialwissenschaftler; mit 87 Tabellen*. 4. Aufl. Heidelberg: Springer-Medizin-Verl. (Springer-Lehrbuch Bachelor, Master).
- Budde, H. / Voelcker-Rehage, C. / Pletrassyk-Kendziorra, S. / Ribeiro, P. / Tidow, G. (2008): Acute coordinative exercise improves attentional performance in adolescents. In: *Neuroscience Letters* 441 (2), 219–223.
- Diketmüller, R. (2012): Gender Mainstreaming in der Bewegungsförderung. In: G. GeuterA. Holleder (Hrsg.): *Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit*. 1. Aufl. Bern: Hans Huber, 195–209.
- Dreger, S. & Huber, G. (2013): "Generation S" – Sitzender Lebensstil bei Kindern und Jugendlichen. In: *peb-Transfer Wissen für die Praxis* (1), 1–6.
- Flick, U. (Hrsg.) (2006): *Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte – Methoden – Umsetzung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Froböse, I. & Wallmann, B. (2012): DKV-Report "Wie gesund lebt Deutschland?" 2012. Hg. v. DKV Deutsche Krankenversicherung. Düsseldorf.
- Garber, D. E. / Blissmer, B. / Deschenes, M. R. et al. (2011): Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Cardiorespiratory, Musculoskeletal, and Neuromotor Fitness in Apparently Healthy Adults: Guidance for Prescribing Exercise. Position Stand. In: *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 1334–1359.
- Hochschule Fulda (2012): Semesterstatistik. Online verfügbar unter http://www.hs-fulda.de/fileadmin/PS/statistiken/SemStat_2011_2.pdf, Stand: 05/12/2013.
- Hofmeister, M. (2008): Medikament "Bewegung" in der Ernährungsberatung. In: *Ernährung & Medizin* (23), 191–199.
- Hollmann, W. & Strüder, W. (2003): Gehirngesundheit, -leistungsfähigkeit und körperliche Aktivität. In: *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin* 54 (9), 265–266.

- Kolip, P. (2012): Qualität und Evaluation in der Bewegungsförderung. In: G. Geuter & A. Holleder (Hrsg.): Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit. 1. Aufl. Bern: Hans Huber, 115–127.
- Kolip, P. / Ackermann, G. / Ruckstuhl, B. / Studer, H. (2012): Gesundheitsförderung mit System. Quintessenz – Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention. 1. Aufl. Bern: Huber (Verlag Hans Huber: Programmbereich Gesundheit).
- Krug, S. / Jordan, S. / Mensink, G. / Müters, S. / Finger, J. / Lampert, T. (2013): Körperliche Aktivität. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsbl. 56 (5–6), 765–771, Stand: 19/12/2013.
- Löffler, S. N. / Dominok, E. / Haaren, B. von / Schellhorn, R. / Gidion, G. (2011): Aktivierung, Konzentration, Entspannung : Interventionsmöglichkeiten zur Förderung fitnessrelevanter Kompetenzen im Studium. Karlsruhe: KIT Scientific Publishing, Stand: 24/02/2012.
- LZG: Bewegungsempfehlungen für die Gesundheit von Erwachsenen. Hg. v. Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen. Online verfügbar unter http://www.lzg.gc.nrw.de/_media/pdf/gesundheitschuetzen/praevention/bewegungsfoerderung/bewegungsempfehlungen_erwachsene_wochenplan_lzg_derung/bewegungsempfehlungen_erwachsene_wochenplan_lzg_nrw.pdf, Stand: 05/12/2013.
- Meier, S. / Mikolajczyk, S. / Helmer, M. K. / Steinke, B. / Krämer, A. (2010): Prävalenz von Erkrankungen und Beschwerden bei Studierenden in NRW. Ergebnisse des Gesundheitssurveys NRW. In: Prävention 5 (3), 257–264.
- Meier, S. / Milz, S. / Krämer, A. (2007): Gesund studieren. Befragungsergebnisse des Gesundheitssurveys für Studierende in NRW. In: Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK (16).
- Oertel, R. / Walther, A. / Kirch, W. (2009): Sport als Gesundheitsprävention und Gesundheitsrisiko. In: Prävention 4 (4), 240–244.
- Springer, C. (2012): Qualitative Evaluation von gesundheitsfördernden Projekten am Beispiel von „FiduS – Fit durchs Studium“ – Bewegungspausen in Vorlesungen an der Hochschule Fulda. Masterthesis. Hochschule Fulda, Fulda.
- Wen, C. P. / Man Wai, J. P. / Tsai, M. K. (2011): Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. In: Lancet 378, 1244–1253.

The Role of Sport Professionals in the Health-Related Promotion of Physical Activity: the Perspective of the Health System

Enrico Michellini & Ansgar Thiel

1 Introduction

Relatively recent but deeply established changes in ways of life such as urbanisation and technologisation (Astrand 1994: 101) are causing the decrease of everyday physical activity (PA)¹ in the world population. Physical inactivity is regarded as one of the principal causes for the escalation of noncommunicable chronic diseases (NCDs), which are today's leading causes of death (Kohl et al. 2012: 294; WHO 2006: 3; Yach, Hawkes, Gould & Hofman 2004: 2616). For these reasons, the promotion of PA has become one of the most pressing health issues and a leading topic of health policies (Biddle & Mutrie 2008: 3).

The political discussion about PA as a major medium of preventing NCDs started more than 40 years ago. However, the question of the role of sport² in the health-related promotion of PA is experiencing a turning point (Michellini 2013; Michellini & Thiel 2013): while over a long period sport has generally been considered healthy, nowadays most health organisations principally recommend moderate exercise as being conducive to good health (British Medical Association 1992;

¹ PA is here defined as 'any bodily movement produced by the skeletal muscles and resulting in a substantial increase over the resting energy expenditure' (Bouchard & Shephard 1994: 77).

² Sport is a mode of physical activity characterised by being recreational, governed by rules and orientated towards performance (Heinemann 2007: 56).

Haskell 2004; Oja 2004; WHO 2004). For this reason, the role of sport is becoming rather ambiguous in the political agenda concerning the promotion of a healthy lifestyle: on the one hand, sport – as an abstract term – is still semantically connected to health; on the other hand, it is – in its classical competitive form – increasingly marginalised as a medium of health.

This phenomenon has relevant consequences for sport organisations and sport professionals. For instance, sport organisations are still the most relevant providers of health promotion programs through PA. Furthermore, the mandatory curricula for a university degree in sport science contain – at least in some countries – many health-related contents. In this sense, sport professionals, understood as people who have completed a formal sport scientific education and/or training at a university and have a sport-related main or side profession, could be employed as experts in the field of health promotion through PA. Nevertheless, studies carried out by Cachay and Thiel (1999a, 1999b, 2000; 2004) about the acceptance of sport professionals and the job opportunities available to sport scientists within health organisations in Germany draw an unclear picture. On the one hand, the number of study courses in the field of sport science orientated towards the professional field of health progressively increased in the 1980s and '90s. On the other hand, the chances to create stable occupations for sport scientists within health system's organisations were limited (Cachay & Thiel 1999b: 152–153).

However, these analyses have been done more than ten years ago, after a height of new study programs in sport science with a health promotion profile. Therefore we turn our attention again towards the role of sport professionals in the health system. Unlike the foregoing studies we will not focus on job opportunities, hierarchies or autonomy, but instead on the role which sport professionals play in health-strategies for the promotion of PA. By 'health-strategies' we understand official documents issued by health organisations, which entail either a plan or an action for the promotion of health. Such documents are the basis for health promotion programs in general, and they can therefore provide crucial information about the relevance that is attributed to sport professionals as health experts in health policies.

Thus, we will start by explaining the theoretical background of our analysis before we go on to describe our methodological approach. In the subsequent result section we focus on selected aspects of the health system's rhetoric about the role of sport professionals. This, in turn, will furnish further empirically-based information about a process of medicalization³ of PA promotion which has the potential to re-shape the societal function of the sport system to a certain extent.

³ Medicalization 'consists of defining a problem in medical terms, using medical language to describe a problem, adopting a medical framework to understand a problem, or using a medical intervention to "treat" it' (Conrad 1992: 211)

2 Theoretical Background

This article argues from a constructivist epistemological position and has a theoretical framework based on Luhmann's systems theory. It aims to describe the role assigned to sport professionals in health-strategies issued by central health organisations through the particular perspective of the systems theory. This will help to provide a different and new perspective, and thus shed new light upon the blind spots typical of the common societal viewpoint.

From the perspective of systems theory, the health system is a function system which coexists in the modern society along with many other systems responsible for sport, economy, law, family, politics, etc. Each function system is specialised in a particular task and is autopoietic, which means that it is operationally closed and tends to ignore other function systems. The function of a system is to contribute to the reproduction of the society. Basically, there has to be a social problem or problems that a function system is able to solve. A founding purpose is a basic condition of birth, persistence and stability for a function system and allows the creation of its own identity and differentiation (Cachay 1988: 31–34). The health system is therefore the function system responsible for health matters (Bauch 1996; 1997; 2000; 2004; Luhmann 1983a; 1983b; 1990).

For instance, the health system's core function is 'to fix the body' (Luhmann 1983b: 169–170; translation EM). More specifically, Luhmann theorises a normal condition of indifference between body and psyche which can be altered by illness and pain (Luhmann 1983b: 174). The medical system has the function to re-establish this balance by healing ill people who become patients when they are treated in health organisations (Vogd 2005: 238). However, this function is representative of only a part of health system's operations and particularly that of curative medicine. In fact, the health system has extended its functions beyond that of fighting illnesses and nowadays regularly implements programmes orientated towards the prevention and the promotion of health (Bauch 2004: 43). This increasing interest of the health system in the promotion of health and prevention of illnesses represents the background against which the phenomenon of the medicalization of PA-promotion is set in our analysis, and we will thus return to it below.

Particularly in the 1970s, internal and external critics raised concerns over the fact that the medicine system mainly focused on curing illnesses (Bauch 1996).⁴ These pressures forced the health system to extend its traditional canon of established medical-curative operations by integrating activities and programmes for the prevention of illness and the promotion of health (Bauch 1996: 111; 2004: 66; Cachay & Thiel 1999b: 151–152). Over the subsequent decades, this has triggered

⁴ The internal critics originated within the health system and they railed against (Cachay & Thiel 1999b: 150–151): the excessive reductionism of considering bodies as an ensemble of separated segments, the change of priorities within the illness panorama and the augmenting interest in the origin and maintenance of health. The external critics, by contrast, came particularly from the economic and political systems, and they started to question the costs and the sustainability of a model orientated mainly towards curative interventions.

an enormous expansion of the health system which has had an equally positive impact on the health status of world population. Nevertheless, several negative consequences of this phenomenon have been observed in the sociology of health and illness. Most critics argue against (Conrad 1992; Crawford 1980; Skrabanek 1994; Zola 1983): the coercive features of some health-programmes; the blaming of individuals for their health status; and the unnecessary medicalization of conditions which were considered to be normal beforehand.

These tendencies characterise also the way in which the health system included the health-orientated promotion of PA within its functions. In particular, recent studies (Michelini 2011; 2013; Michelini & Thiel 2013)⁵ have shown that this development has had consequences for the health political discussion about sport and health promotion. Until the end of the 1990s, the idea that sport is a healthy activity and that practicing sport for a lifetime protects one from illnesses was almost undisputed. This has changed drastically, however. The most recent strategies for the health-related promotion of PA, by contrast, only advise moderate activities as conducive of health. In other words, the health system's growth of responsibility in the area of PA promotion is combined with tendencies to redefine what is good for maintaining health, which PAs are recommendable and which PAs are not advisable promoting health.

The implications of this disqualification of sport as a health-medium are also discernible at the organisational level. The health system fulfils its functions through ad hoc organisations (Luhmann 1999: 39–53; Schimank 1988: 85) like hospitals, medical practices, surgeries and other forms of supply devices (Pelikan 2007: 88; 2009: 40; Vogd 2005: 240). Moreover, the health system possesses a hierarchical structure of governing bodies which unifies health organisations into a global system for health-matters (Dodgson, Lee & Drager 2002: 7; Karns & Mingst 2004: 55; Schneider 2009: 7). On the national level, health governing bodies like health ministries are responsible for steering the agenda setting and for organising comprehensive health-programs.

Usually, the operations and programs of one function system do not overlap with those of other systems (Badura & Feuerstein 1994; Vogd 2005: 245). However, in the case of the promotion of PA, the health system has progressively occupied an area which has been historically a core function of the sport system. As a consequence, both the programs and organisation charts of sport and health organisations increasingly involved contents and personnel of the other system. The contents of the curricula and the training programs of the respective systems adapted themselves to this change, as well: students of sport science and medicine are today expected to be experts in mutually shared areas. Interestingly, the health system has been more capable in creating positions in sport organisations for medical staff than *vice versa*. In fact, even though the study courses orientated towards the professional

⁵ These studies have been conceived within the doctoral programme 'International and Comparative Research on Education and Education Policy in the Welfare State' between 2009 and 2012 at Eberhard Karls University in Tübingen.

field of health strongly increased in the curricula of sport science degrees, this did not lead to the creation of many stable occupations for sport scientists within health system's organisations (Cachay & Thiel 1999b: 152–153; Thiel & Cachay 2004: 115).

Against this background, the following question arises: which role do sport professionals play in strategic documents of central health organisations on health promotion and prevention through PA? This will be the leading question of our subsequent empirical analysis.

3 Methodology

In order to examine the role of sport professionals in the health-related promotion of PA, this essay analyses the contents of health-strategies issued by French, German and Italian health ministries.⁶ These ministries of health have been chosen as issuing bodies of the documents because they are the highest governmental departments responsible for health.

Using a semi-standardised procedure, five documents have been selected for each case study.⁷ These documents were issued by the national health ministries,⁸ are related to the topic of PA promotion and assess the role of sport in this context. In this way, we have created a catalogue of documents which is representative for the analysed topic, offers the chance to compare the discourses of different countries⁹ and is suitable for answering the underlying research question. The following table lists for each document its nation of origin, translated title, year of publication, scope and number of pages:

⁶ The row data has been retrieved from a study by Michelini (2013).

⁷ The full references of the documents are listed in the bibliography.

⁸ Some documents have been issued by cooperation from other ministries.

⁹ However, a comparison of the case studies was not performed in this essay.

Table 1: Documents' Catalogue

Nation	Document Title	Year	Scope	Pages
France	National Diet and Health Plan 2001–2005	2001	Policy	40
	National Diet and Health Plan 2006–2010	2006	Policy	51
	National Diet and Health Plan 2011–2015	2011	Policy	66
	Health Comes by Moving	2004	Information	36
	Physical Activity and Health	2005	Information	58
Germany	Advisor on Health Care	2010	Information	120
	IN FORM	2008	Information	52
	National Health Objective	2010	Information	72
	Mentally Fit in Old Age	2010	Information	40
	Active for Myself	2010	Information	52
Italy	National Health Plan 2006–2008	2003	Policy	100
	National Health Plan 2011–2013	2011	Policy	123
	Pages of Health	2009	Information	16
	Make Gains in Health	2008	Policy	44
	Gaining Health in 4 moves	2009	Information	24

To explore these health-strategies, we have used a design based on general methodological guidelines for document analysis retrieved in particular from the works of Lamnek (1989, 1995, 2010), Mayring (2000, 2001, 2002, 2003, 2007) and Flick (2011, 2007). More specifically, the passages to be examined have been identified and analysed in depth with the interpretative technique of content structuring analysis. This technique treats systematically the pieces of texts in order to extract information towards selected sub-topics which are useful for answering the respective research question (Mayring 2003: 89). To avoid distortions of the results, the documents have been analysed in their original language (Craig & Douglas 2005: 43).

4 Results

Only passages which are clearly referred to one or more sport professionals have been considered for the analysis, as in the example below (Italian Ministry of Health 2007: 24; Translation of the author):

‘The constant and widespread presence of qualified instructors inside of every structure for sport and PA should be ensured, so that the spread of sports culture is accompanied by an adequate protection of health practitioners at all levels’

Such pieces of text have been identified twelve times in six of the 15 health-strategies analysed. The distribution of these sentences is illustrated in the following tab:

Table 2: Distribution of Sentences About the Role of Sport Professionals

Nation	Document	Recording Unit
France	PNNS 2001–2005	0
	PNNS 2006–2010	6
	PNNS 2011–2015	1
	Health Comes by Moving	0
	Physical Activity and Health	1
Germany	Mentally Fit in Old Age	0
	IN FORM	1
	Active for Myself	1
	Advisor on Health Care	0
	National Health Objective	0
Italy	PSN 2006–2008	0
	PSN 2011–2013	0
	Pages of Health	0
	Make Gains in Health	2
	Gaining Health in 4 Moves	0
Total		12

The scarce quantity of relevant sentences cannot be considered *per se* a sufficient basis for deeply discussing the role of sport professionals in the health-related promotion of PA. Nevertheless, this is already a first result of the empirical analysis: the fact that sport professionals are only rarely mentioned indicates that they are dispensable from programmes concerning health-strategies.

The following section analyses and extracts selected information from the twelve segments concerning sport professionals in the health-strategies. These will permit to assess a modified version of the ‘Five Ws’¹⁰ (Hart 1996): Which sport professionals are mentioned? In which networks are they mentioned? In which settings are they mentioned? What is the target of their actions? What are their tasks?

Which sport professionals are mentioned?

This question assesses which kind of sport professionals are mentioned in the documents. This is important for understanding their background and educational institutions of reference. The following sport professionals are mentioned within the documents: physical education (PE) teachers (7), sports coaches/instructors (5), sport scientists (2), adapted physical education (APE) coaches/instructors (1).¹¹ The

¹⁰ In journalism, research and police investigations, the ‘Five Ws’ (classically: Who is it about? What happened? When did it take place? Where did it take place? Why did it happen?) are questions whose answers are considered basic in information-gathering.

¹¹ The number of sport professionals mentioned is bigger than the sentences regarding sport professionals, because in some of the sentences more sport professionals are mentioned together.

most frequently mentioned sport professionals (PE teachers and sport scientists) are supposed to be educated at (sport) universities. In the case of sports coach/instructor and APE coach/instructor, it is not possible to establish which kind of formal education and/or training they had. This is due to a general problem of ambiguity of terms referred to sport-related professions but also to the imprecision of the documents.

In which networks are sport professionals mentioned?

This question explores the professional networks in which sport professionals are mentioned in the context of health-related promotion of PA. This is relevant for understanding whether sport professionals are supposed to fulfil tasks independently or not. Within the documents sport professionals are mentioned three times on their own, five times together with a further professional group, and four times together with more professional groups of other systems. The most frequently mentioned group in association with sport professionals are professionals of the health system (7), followed by the ones of the education system (5), political system (5) and family system (1). On the one hand, the cooperative background of the strategies analysed implies the attempt to involve more systems in the fight against physical inactivity. On the other hand, the fact that sport professionals are almost always mentioned together with other professionals diminishes their relevance, undermines their professional independence, and makes ambiguous their roles.

In which settings are sport professionals mentioned?

This question assesses in which organisations sport professionals are expected to promote and/or to implement health-related PA. This is relevant for understanding in which settings sport professionals are expected to cooperate in order to fight against physical inactivity. Within the documents, three settings are mentioned: school, sport clubs and the community.¹² In detail, sport professionals are expected to operate in schools (3), in sport clubs (4), in both schools and sport clubs (2) or in schools, sport clubs and the community in general (3). Interestingly, the sport professionals are expected to operate in their traditional organisations, are less mentioned in general settings and never mentioned for cooperation in health organisations.

Who are the targets of sport professionals?

This question examines the target of the actions of sport professionals in health-related promotion of PA. This is relevant in order to understand what segments of the population sport professionals are expected to deal with. Within the documents,

¹² Community is broadly understood as the civil society in general.

the targets of the action of sport professionals are not specified in four cases. In the remaining cases, the segments mentioned are: schoolchild (3), obese (2), disabled persons (2) and sport active people (1). In the documents analysed, half of the mentioned segments are healthy people and the other half are at a health risk or disabled people.

Which are the tasks of sport professionals?

The final question investigates the tasks which sport professionals are expected to carry out in the context of health-related PA. This is relevant for understanding the objectives sport professionals are expected to achieve in the fight against physical inactivity. Within the documents the tasks of sport professionals are: the promotion of PA and of a healthy diet (4), the promotion of a healthy diet (2), the implementing of APA (2), the promotion of an active lifestyle (1), advising PA (1) advising PA and dieting (1) the promotion of sport culture and protection of health (1). Sport professionals are mentioned with different tasks in the health system's strategies for the promotion of PA. However, a closer look reveals some contradictions within the health system's perspective. Firstly, the tasks mentioned are never referred to basic functions of sport organisations such as the implementation and promotion of sport; instead they are always health-orientated. Secondly, in seven of the twelve segments, the promotion of PA is assessed together with the encouragement of a healthy diet¹³ but sport professionals can offer solutions mostly suitable only for the problem of physical inactivity. Thirdly, the word 'sport' is avoided and substituted with the broader concept of 'PA'.

5 Conclusion and Discussion

In summary, sport professionals are mentioned twelve times in six of the 15 analysed strategies for the health-related promotion of PA. Furthermore, the expected tasks are mostly health-orientated and the number of their application areas is limited. These results confirm the following observation discussed by Cachay and Thiel (1999a, 1999b, 2000; 2004):¹⁴ the acceptance of sport professionals by the health system is limited. Moreover, the health system's vagueness, its tendency of

¹³ This phenomenon has been detected also in WHO's 'Global Strategies on Diet, Physical Activity and Health' (2004), and it is in general a typical feature of the political discourse on the promotion of PA. For instance, the health consequences of a poor diet and physical inactivity largely overlap, but the programmes and the strategic implementations for the promotion of PA and healthy diet rely on different approaches (Bauman & Craig 2005: 3).

¹⁴ Other studies (Cachay & Kastrup 2006; Cachay, Thiel & Kastrup 2010) focussed on the topic of the acceptance of sport professionals in the education system. In this context, physical education teachers are formally fully integrated in schools but are still socially less valued than the teachers of other subjects. For this reason they face the danger of a reduction of hours dedicated to the subject or of being substituted by other professionals who, even if less trained, could be considered enough skilled for teaching physical education (Cachay & Kastrup 2006: 169-170).

assuming constantly broader responsibilities in the field of PA promotion and its exclusive reference toward an illness-orientated logic (Bauch 1996) weaken the role of sport professionals in the health-related promotion of PA.

The fact that sport professionals are only marginally mentioned in the discourse of the health system on health promotion while, at the same time, PA is always recommended for combating the epidemic spread of sedentariness is contradictory. This contradiction can be explained by a fundamental non-acceptance of sport professionals in the operations of the health system. For instance, employers in health organisations often expect that sport professionals' educations and trainings are predominantly focused on fitness and athletic performance to be reached through training principles¹⁵ and not on preventing diseases (Cachay & Thiel 1999a). This assumption casts into doubt that the know-how of sport professionals is adaptable to the logic of the health system. This applies particularly against the background that the discourse on PA promotion in the health system does not refer to a broad definition of health but instead clearly refers to a health/illness model (Bauch 1996).

All in all, these tendencies further endanger the legitimisation of sport professionals in the context of health promotion. This apparent deligitimisation is surprising since in some countries sport professionals are specifically educated/trained for implementing activities which are health-orientated, and they are in many social settings one of the most acknowledged professionals for advising about fitness, lifestyle and PA. Moreover, recent studies are revaluing the effect of traditional sport disciplines on health.¹⁶ In the best case, this could also lead to a better acknowledgement of sport professionals' expertise in advising about fitness, lifestyle and PA.

¹⁵ The metabolic principles of specificity, overload, adaptation, progression, individualisation, maintenance, regression, plateau, warm-up and cool-down are totally absent from the health system's discourse on PA promotion (Michelini 2013).

¹⁶ For example, the effects of the high-intensity interval training (HIIT) in patients with coronary artery disease, heart failure, and persons with high cardiovascular risk have been after years reconsidered. Recent findings even conclude that patients with coronary artery disease and heart failure tolerate better HIIT than moderate-intensity continuous exercise (Guiraud et al. 2012).

Bibliography

- Astrand, P.-O. (1994): Physical Activity and Fitness: Evolutionary Perspective and Trends for the Future. In: C. Bouchard, R. J. Shephard & T. Stephens (Eds.): Physical Activity, Fitness, and Health: International Proceedings and Consensus Statement (pp. 98–105). Champaign: Human Kinetics.
- Badura, B. & Feuerstein, G. (1994): Systemgestaltung im Gesundheitswesen : zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Weinheim: Juventa-Verlag.
- Bauch, J. (1996): Gesundheit als sozialer Code: von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft. Weinheim: Juventa-Verlag.
- Bauch, J. (1997): Was heißt Saluto Correctness? Zur Dialektik von Sozialabbau und Verhaltensdisziplinierung im Gesundheitswesen. In: G. Hörnemann (Ed.): Freiheit und Solidarität im Sozialstaat (pp. 29–42). Konstanz: Festschrift für Horst Baier.
- Bauch, J. (2000): Medizinsoziologie. München: Oldenbourg.
- Bauch, J. (2004): Krankheit und Gesundheit als gesellschaftliche Konstruktion: Gesundheits- und medizinsoziologische Schriften 1979–2003 (1st ed.). Konstanz: Hartung-Gorre.
- Bauman, A. & Craig, C. (2005): The place of physical activity in the WHO Global Strategy on Diet and Physical Activity. In: International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 2(1), 10.
<http://www.ijbnpa.org/content/2/1/10>.
- Biddle, S. J. H. & Mutrie, N. (2008): Psychology of physical activity: Determinants, well-being, and interventions (2nd ed.). London and New York: Routledge.
- Bouchard, C. & Shephard, R. J. (1994): Physical activity, fitness, and health: The model and key concepts. In: C. Bouchard, R. J. Shephard & T. Stephens (Eds.): Physical activity, fitness, and health. International proceedings and consensus statement (pp. 77–88). Champaign: Human Kinetics.
- British Medical Association. (1992): Cycling: Towards health and safety. Oxford: Oxford University Press.
- Cachay, K. (1988): Sport und Gesellschaft: Zur Ausdifferenzierung einer Funktion und ihrer Folgen. Schorndorf: Hofmann.
- Cachay, K. & Kastrup, V. (2006): Professionalisierung und De-Professionalisierung der Sportlehrerrolle. [Professionalisation and de-professionalisation of physical education teacher's role]. In: Sport und Gesellschaft 3(2).
- Cachay, K. & Thiel, A. (1999a): Ausbildung ins Ungewisse? Beschäftigungschancen für Sportwissenschaftlerinnen und Sportwissenschaftler im Gesundheitssystem. Aachen: Meyer&Meyer.

- Cachay, K. & Thiel, A. (1999b): Vom Medizin- zum Gesundheitssystem – Professionalisierungschance für Sportwissenschaftlerinnen und Sportwissenschaftler. [From the medicinal to the health care system – Professionalisation opportunities for sport scientists]. In: *Sportwissenschaft* 29(2), 143–157.
- Cachay, K. & Thiel, A. (2000): *Soziologie des Sports: Zur Ausdifferenzierung und Entwicklungsdynamik des Sports der modernen Gesellschaft*. Weinheim: Juventa-Verlag.
- Cachay, K. / Thiel, A. / Kastrup, V. (2010): Professionalisierung des Sportlehrerberufs. In: N. Fessler, A. Hummel & G. Stibbe (Eds.): *Handbuch Schulsport* (pp. 245–255). Schorndorf: Hofmann.
- Conrad, P. (1992): Medicalization and social control. In: *Annual Review of Sociology* 18, 209–232.
- Craig, C. S. & Douglas, S. P. (2005): *International marketing research* (3rd ed.). Chichester: John Wiley & Sons.
- Crawford, R. (1980): Healthism and the medicalization of everyday life. In: *International Journal of Health Services* 10(3), 365–388.
- Dodgson, R. / Lee, K. / Drager, N. (2002): Global health governance: a conceptual review. In: *Key Issues in Global Health Governance* 1, 1–27.
- Flick, U. (2011): *Qualitative Sozialforschung: eine Einführung* (4th ed.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Flick, U. (Ed.). (2007): *Qualitative Forschung: ein Handbuch* (5th ed.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.
- French Ministry for Employment and Welfare & French Ministry of Health. (2011): National programme for nutrition and health 2011–2015. Retrieved from http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf.
- French Ministry of Health. (2001): National programme for nutrition and health 2001–2005. Retrieved from <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/1n1.pdf>.
- French Ministry of Health and Solidarity. (2005): Physical activity and health. Scientific arguments, practical tracks. Retrieved from www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/actions42_activite.pdf.
- French Ministry of Health and Solidarity. (2006): National programme for nutrition and health 2006–2010. Retrieved from <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan.pdf>.
- French Ministry of Health, Youth, Sports and Community. (2004): Health comes by moving. The nutrition guide for all. Retrieved from www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/715.pdf.
- German Ministry of Health. (2010a): Advisor on health care. Retrieved from http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/BMG-V-09053-Ratgeber-Zur-Gesundheitlichen-Praevention_201005.pdf.

- German Ministry of Health. (2010b): Being active for myself. Retrieved from https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/BMG-V-07008-Aktiv-sein-fuer-mich_201003.pdf.
- German Ministry of Health. (2010c): Mentally fit in old age. Retrieved from http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_broschueren/geistig-fit-im-alter.pdf.
- German Ministry of Health. (2010d): National health objective. Retrieved from http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/BMG-G-07014-NationalesGesundheitsziel_Internet.pdf.
- German Ministry of Health, & German Ministry of Nutrition, Agriculture and Consumer Protection. (2008): IN FORM Retrieved from http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_pressemeldungen/2008/081202_PM_Nationaler-Aktionsplan-In-Form.pdf.
- Guiraud, T. / Nigam, A. / Gremeaux, V. / Meyer, P. / Juneau, M. / Bosquet, L. (2012): High-intensity interval training in cardiac rehabilitation. In: *Sports Medicine* 42(7), 587–605.
- Hart, G. (1996): The Five W's: An Old Tool for the New Task of Task Analysis. In: *Technical Communication* 43(2), 139–145.
- Haskell, W. L. (2004): General Dose Response Issues Concerning Physical Activity and Health. In: P. Oja (Ed.): *Health enhancing physical activity* (Vol. 6, pp. 149–168). Adelaide: Meyer & Meyer Sport.
- Heinemann, K. (2007): *Einführung in die Soziologie des Sports* (5th ed.). Schorn-dorf: Hofmann.
- Italian Ministry of Employment, Health and Social Policies. (2009): Pages of Health. Milan: *Pagine Bianche* Retrieved from <http://www.salute.gov.it/imgs/volume.pdf>.
- Italian Ministry of Health. (2006): National Health Plan 2006–2008. Retrieved from http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_655_allegato.pdf.
- Italian Ministry of Health. (2007): Make Gains in Health. Retrieved from http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf.
- Italian Ministry of Health. (2009): Gaining Health in 4 Moves. Retrieved from http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_68_allegato.pdf.
- Italian Ministry of Health. (2011): National Health Plan 2011–2013. Retrieved from http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1454_allegato.pdf.
- Karns, M. P. & Mingst, K. A. (2004): *International organizations : the politics and processes of global governance*. Boulder: Lynne Rienner.
- Kohl, H. W., III / Craig, C. L. / Lambert, E. V. / Inoue, S. / Alkandari, J. R. / Leetongin, G. / Kahlmeier, S. (2012): The pandemic of physical inactivity: Global action for public health. In: *The Lancet* 380, 294–305.

- Lamnek, S. (1989): *Qualitative Sozialforschung. Methodologie* (Vol. 1). München: Psychologie-Verlag-Union.
- Lamnek, S. (1995): *Qualitative Sozialforschung. Methoden und Techniken* (2nd ed. Vol. 2). München. Psychologie-Verlag-Union.
- Lamnek, S. (2010): *Qualitative Sozialforschung* (5th ed.). Weinheim: Beltz.
- Luhmann, N. (1983a): Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht. In: P. Herder-Dorneich & A. Schuller (Eds.): *Die Anspruchsspirale: Schicksal oder Systemdefekt?* (Vol. Köllner Kolloquium, pp. 28–49). Stuttgart: Kohlhammer.
- Luhmann, N. (1983b): *Medizin und Gesellschaftstheorie*. [Medicine and social theory]. In: *Medizin, Mensch, Gesellschaft* 8, 168–175.
- Luhmann, N. (1990): *Soziologische Aufklärung: Konstruktivistische Perspektiven* (1th ed. Vol. 5). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Luhmann, N. (1999): *Funktionen und Folgen formaler Organisation* (5th ed.). Berlin: Duncker & Humblot.
- Mayring, P. (2000): *Qualitative Content Analysis*. In: *Qualitative Social Research*, 1(2). <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002204>
- Mayring, P. (2001): *Combination and integration of qualitative and quantitative analysis*. In: *Forum: Qualitative Social Research*, 2(1). <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/967/2110>
- Mayring, P. (2002): *Einführung in die qualitative Sozialforschung : eine Anleitung zu qualitativem Denken* (5th ed.). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2003): *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (8th ed.). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (Ed.). (2007): *Mixed methodology in psychological research*. Rotterdam: Sense Publishers.
- Michelini, E. (2011): *Cooperation in the promotion of physical activity. The function of the WHO and the role of sports in the Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. In: J. Schmid, K. Amos, J. Schrader & A. Thiel (Eds.): *Welten der Bildung? Vergleichende Analysen von Bildungspolitik und Bildungssystemen* (pp. 299–327). Baden-Baden: Nomos.
- Michelini, E. (2013): *The Role of Sport in Health-Related Promotion of Physical Activity. The Perspective of the Health System*. (PhD), Universitätsbibliothek Tübingen, Tübingen. Retrieved from <http://tobias-lib.uni-tuebingen.de/volltexte/2013/7119>
- Michelini, E. & Thiel, A. (2013): *The acceptance of “sport” in the communication of the health system. A sociological analysis*. In: *European Journal for Sport and Society* 10(4).

- Oja, P. (2004): Frequency, duration intensity and total volume of physical activity as determinants of health outcomes. In: P. Oja (Ed.): Health enhancing physical activity (Vol. 6, pp. 169–208). Adelaide: Meyer & Meyer Sport.
- Pelikan, J. M. (2007): Understanding differentiation of health in late modernity by use of sociological systems theory. In: D. V. McQueen, I. Kickbusch, L. Potvin, J. M. Pelikan, L. Balbo & T. Abel (Eds.): The role of theory in health promotion (pp. 74–102). New York: Springer.
- Pelikan, J. M. (2009): Ausdifferenzierung von spezifischen Funktionssystemen für Krankenbehandlung und Gesundheitsförderung oder: Leben wir in der „Gesundheitsgesellschaft“? [Differentiation of specific function systems for medical treatment and health promotion or: Are we living in a "health society"?]. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 34(2), 28–47. doi: 10.1007/s11614-009-0011-x.
- Schimank, U. (1988): Die Entwicklung des Sports zum gesellschaftlichen Teilsystem. In: R. Mayntz (Ed.): Differenzierung und Verselbständigung: Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme (pp. 181–232). Frankfurt am Main: Campus.
- Schneider, C. H. (2009): Legitimacy and global governance in managing global public health. (PhD), Eberhard-Karls-Universität Tübingen, Tübingen. Retrieved from <http://tobias-lib.uni-tuebingen.de/volltexte/2010/4526/pdf/HuckelSchneiderTobiasLib.pdf>
- Skrabanek, P. (1994): The death of humane medicine and the rise of coercive healthism. London: Crowley Esmonde Ltd.
- Thiel, A. & Cachay, K. (2004): Vom Sportstudium zum Beruf. Eine Absolventenstudie zum Bielefelder Diplomstudiengang "Prävention/Rehabilitation". Hohengehren: Schneider Verlag.
- Vogd, W. (2005): Medizinsystem und Gesundheitswissenschaften – Rekonstruktion einer schwierigen Beziehung. [Medicine system and health sciences – Reconstruction of a difficult relationship]. In: Soziale Systeme 11(2), 236–270.
- WHO (2004): Global strategy on diet, physical activity and health. In: WHA57.17.
- WHO (2006): Addressing the socioeconomic determinants of healthy eating habits and physical activity levels among adolescents. In: A. Mathieson & T. Koller (Eds.): WHO/HBSC Forum 2006. Geneva: WHO.
- Yach, D. / Hawkes, C. / Gould, L. C. / Hofman, K. J. (2004): The global burden of chronic diseases: Overcoming impediments to prevention and control. In: Journal of the American Medical Association 291(21), 2616–2622. doi: 10.1001/jama.291.21.2616.
- Zola, I. K. (1983): Socio-medical inquiries. Philadelphia: Temple University Press.

Gesundheit als Schlüsselkompetenz? Theoretische Grundlagen und konzeptionelle Anregungen zur Gesundheit als Bildungsinhalt an Hochschulen

Arne Göring

1 Einleitung

Die Gesundheitsförderung steht vor großen Herausforderungen. Nicht nur der demografische Wandel und die damit einhergehende Veränderung gesellschaftlicher Gesundheitserwartungen verlangt nach neuen gesundheitsfördernden Konzepten und Maßnahmen. Auch die sukzessive Transformation der Arbeitswelt, die durch eine quantitative Abnahme zeit- und ortsgebundenen Beschäftigungsverhältnissen gekennzeichnet ist, erfordert neue Ansätze für eine nachhaltige Förderung der Gesundheit. Insbesondere der auf konkrete und langfristig beständige Lebens- und Arbeitswelten ausgerichtete Settingansatz, der die Gesundheitsförderung derzeit dominiert, wird sich an die veränderten Arbeitsbedingungen und Lebenszusammenhänge von flexiblen, projekt- und netzwerkartig aufgebauten Arbeitsstrukturen anpassen müssen.

Es ist insofern wenig verwunderlich, dass in der gegenwärtigen gesundheitspolitischen Diskussion insbesondere die vorbeugende Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen sowie die betriebliche Gesundheitsförderung ein besonderes Gewicht bekommt. Wenn – so die Ausgangsthese der Gesundheitserziehung – Menschen schon früh für gesundheitliche Fragen sensibilisiert würden und einen verantwortungsvollen Umgang mit der eigenen Gesundheit erlernten, könnten damit sowohl auf einer individuellen als auch auf einer kollektiven Ebene ge-

sundheitlich relevante Effekte provoziert werden, die über die gesamte Lebensspanne hinweg anhalten könnten. Gerade in schulischen Kontexten spielt die Gesundheitserziehung bereits seit vielen Jahren eine bedeutende Rolle. Für unterschiedliche Institutionen, Schulformen und Zielgruppen liegen zahlreiche didaktisch begründete und methodisch aufbereitete Konzepte vor.

In den Institutionen des höheren Bildungswesens, vor allem im Hochschulbereich sind auf Gesundheit bezogene Bildungsansätze allerdings immer noch selten. Obwohl die Bedeutung der Hochschulen für die berufliche Sozialisation, die Persönlichkeitsentwicklung und die gesellschaftliche Integration von Jugendlichen von den Sozialwissenschaften erforscht wurde (u. a. Zimmermann et al. 2008; Gregeresen 2011) und politisch anerkannt ist, spielt die Gesundheitserziehung und ihre konzeptionelle Schwester, die Gesundheitsbildung, in gesundheitspolitischen Ansätzen der Gesundheitsförderung bislang keine Rolle (vgl. Pusch & Biendarra 2006). Dies ist insofern erstaunlich, als dass die Hochschule die letzte institutionelle Bildungsphase im Leben vieler Menschen darstellt. Sie bietet damit eine sozialisationstheoretisch späte Möglichkeit, auf das Verhalten, die Einstellungen und die Werteentwicklung von adoleszenten Jugendlichen Einfluss zu nehmen und gleichzeitig große Populationen eines Jahrgangs zu erreichen.

Im folgenden Beitrag wird diese Problemstellung aufgegriffen und nach den Anschlussmöglichkeiten zwischen institutionellen Theorien zur Hochschulbildung und den Ansätzen und Erkenntnissen der Gesundheitserziehung gesucht. Das Ziel des Beitrages ist es dabei weniger ein fertiges Konzept zur Gesundheitsbildung und -Erziehung an Hochschulen vorzulegen, als vielmehr theoretische Grundlagen zu schaffen, die einen wissenschaftlich orientierten Diskurs ermöglichen können.

2 Die Hochschule als Bildungsinstitution

Kaum eine andere Institution des deutschen Bildungswesens steht in gleichem Maße für Tradition und Beständigkeit wie die deutsche Hochschule. Auf Humboldt rekurrierend besitzt sie ein über 200 Jahre altes bildungstheoretisches Fundament. Und doch hat sich keine andere Bildungseinrichtung in der letzten Dekade derart stark verändert, wie die Hochschule. Die letztjährigen Reformen haben dabei nicht nur das Bildungsverständnis der Hochschulen transformiert sondern auch ein auf marktwirtschaftlichen Prinzipien aufbauendes Regulierungssystem etabliert (Erhardt 2011). Die Hochschule als nachgeordnete Behörde (Müller-Böling 2000: 20ff) ist dabei sukzessiv einer autonom agierenden Organisation gewichen, in der die Entscheidungsstrukturen und -prozesse mit dem Ziel einer verstärkten institutionellen Hochschulautonomie an Hochschulräte und Präsidien delegiert werden.

Wenngleich auch die Liberalisierung des Hochschulwesens interessante Anschlussöffnungen für die Gesundheitsförderung an Hochschulen offeriert (Bloch

2009), ist der unter der Begrifflichkeit des „Bologna-Prozesses“ mittlerweile zum Topos der hochschulpolitischen Diskussion avancierte Reformprozess der hochschulspezifischen Bildungsmodalitäten für die Gesundheitswissenschaften wesentlich bedeutender. Neben der Einführung konsekutiver, international vergleichbarer Studiengänge steht diesbezüglich vor allem ein bildungstheoretischer Perspektivwechsel im Zentrum des Diskurses. Die einstmals auf Humboldt rekurrierende Studienfreiheit, die eine Abgrenzung der Hochschulbildung von wirtschaftlichen und arbeitsmarktpolitischen Forderungen vorsah, ist dabei einer auf die Beschäftigungsfähigkeit von Studierenden ausgerichteten Hochschulbildung gewichen. Studierende sollen demnach durch ein Studium befähigt werden, sich in eine immer komplexer werdende Arbeitswelt einzufügen und die dafür notwendigen Fähigkeiten und Fertigkeiten auch unter sich verändernden Arbeitsbedingungen selbstständig anzupassen. Das Konzept der Employability („Beschäftigungsfähigkeit“) wird im Kontext dieser Diskussion definiert als „[...] die Fähigkeit einer Person, auf der Grundlage ihrer fachlichen, sozialen und methodischen Kompetenzen, Wertschöpfungen und Leistungsfähigkeiten und unter sich wandelnden Rahmenbedingungen ihre Arbeitskraft zielgerichtet und eigenverantwortlich anzupassen und einzusetzen, um damit eine Erwerbsfähigkeit zu erlangen oder sich, wenn nötig, eine neue Erwerbsbeschäftigung zu suchen“ (Blancke et al. 2000: 9). Auch wenn die Mehrheit der deutschen Studiengänge bereits vor dem Bologna Prozess auf eine Beschäftigungsfähigkeit von Studierenden ausgerichtet sein konnte, repräsentiert die konsequente Orientierung der Bildungsinhalte und -ziele von Hochschulen am akademischen Arbeitsmarkt eine hochschulpolitische Wende (Müller-Böling 2000). Denn was vorher unausgesprochen und implizit stattfand, wird nun zentraler Inhalt eines jeden Hochschulstudiums.

Die zum Bildungsziel erhobene Beschäftigungsfähigkeit baut dabei auf einer Funktionslogik auf, die sich an den derzeit gültigen Kompetenzkonzepten der Bildungswissenschaften orientieren (Schaper et al. 2012). Die Basis der Employability bilden diesbezüglich fachliche Kompetenzen, die während des Studiums erworben und anschließend im Verlauf der Berufstätigkeit vertieft werden. Darüber hinaus sind überfachliche Kompetenzen, so genannte Schlüsselkompetenzen, im neuen System der Hochschulbildung verankert. Als Schlüsselkompetenzen werden Fähigkeiten, Einstellungen und Wissens Elemente bezeichnet, die bei der Lösung von Problemen in unterschiedlichsten Inhaltsbereichen von Nutzen sind, so dass eine Handlungsfähigkeit entsteht, die es ermöglicht, sowohl individuellen als auch gesellschaftlichen Anforderungen gerecht zu werden. Die in den Bildungswissenschaften gängige Unterscheidung in Methoden-, Sozial- und Selbstkompetenz wird dabei zum kategorialen Kern der Konzeption, die in Veranstaltungen mit unterschiedlichen Inhalten – von Sprachkursen bis hin zu Führungskräfte trainings – operationalisiert werden.

Wenngleich der Transformationsprozess der Hochschulen bis dato noch nicht umfassend evaluiert wurde, wird die konsequente Orientierung der Hochschulen

am Arbeitsmarkt gegenwärtig stark kritisiert. Neben normativen Einwänden, wonach die Hochschule die von Humboldt gelobte und über lange Zeit prägende Freiheit von Forschung und Lehre den ganzheitlichen Bildungsprozess von Studierenden behindere, fokussieren die Kritiker vor allem die gegenwärtigen Studienbedingungen, die nicht nur als verschult gelten sondern die auch die psychosoziale Belastungssituation der Studierenden massiv verschärft hat (Kurth et al. 2007). So wird in den regelmäßigen Sozialerhebungen des Studentenwerks zwar keine gravierende Zunahme des so genannten studienbezogenen Workloads in den neuen Bachelor- und Masterstudiengängen festgestellt; allerdings wird eine Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustands sowie des subjektiven Wohlbefindens von Studierenden diagnostiziert (Isserstedt et al. 2007; Middendorf et al. 2012). Auch liegen die Abbruchquoten in den Bachelor-Studiengängen höher als in vergleichbaren Studiengängen des alten Studiensystems (Heublein et al. 2012). Huber (2008: 300) weist im Bezug auf die Verdichtung von Studienanforderungen darauf hin, dass sich vor allem der Anteil der Pflichtveranstaltungen im neuen zweistufigen Studiensystem um ein Viertel erhöht hat und eine gesteigerte inhaltliche und formale Verbindlichkeit der Lehrveranstaltungen, insbesondere durch eine hohe Prüfungslast zu beobachten ist. Nicht der Umfang der Lehrveranstaltungen sei die bedeutendste lebensweltliche Veränderung des Bologna-Prozesses, „[...] sondern der Druck der Pflichten“ (ebd.) und die starre Festlegung von Zeitstrukturen und Inhalten des Studiums (Multrus et al. 2011).

Bloch (2009), der auf der Basis umfangreicher qualitativer Verfahren die gegenwärtige Studiensituation untersucht hat, kommt zu dem Schluss, dass sich insbesondere die Effizienzansprüche der heutigen Studierenden verändert haben. Die strategische Ausrichtung auf Arbeitsmarkt- und Karrierechancen werde demnach zu einer handlungsleitenden Grundprämisse vieler Studierender (Bloch 2009: 303ff.)

3 Employability und Gesundheitsförderung

Im internationalen Vergleich ist die konzeptionelle Umsetzung und politische Unterstützung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in den deutschen Hochschulen bislang nur wenig vorangeschritten (vgl. Gusy 2006; Möllenbeck 2011: 113f). Und das obwohl das gesundheitsfördernde Potenzial des Settings Hochschule international anerkannt ist und mit dem WHO-Projekt „Health Promoting Universities“ auch gesundheitspolitisch verankert ist. Zwar finden sich immer mehr Studien, die den Gesundheitsstatus, das Gesundheitsverhalten, die Stresswahrnehmung und den Substanzkonsum von Studierenden untersuchen (vgl. u. a. Middendorf et al. 2012). Eine systematische, auf Hochschulen bezogene Gesundheitsforschung findet derzeit aber noch nicht statt (Gusy 2010). Dies gilt insbesondere für Fragestellungen und Ansätze, die in den Bereich der Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung fallen. Dies ist insofern verwunderlich, als dass die

Gesundheitsförderung an Hochschulen mit der bildungstheoretischen Fokussierung auf die Beschäftigungsfähigkeit von Studierenden und der konsequenten Ausrichtung der Hochschulbildung auf in der Arbeitswelt geforderten Kompetenzen einen gänzlich neuen Referenzrahmen erhält. Denn ohne Gesundheit – so die zentrale Begründungsebene für eine bildungsorientierte Gesundheitsförderung an Hochschulen – entwerfen sich alle anderen Kompetenzstrukturen von selbst. Gesundheit ist gewissermaßen die Grundlage einer nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit, die nicht nur das Setting der Hochschule betrifft sondern – im Sinne einer Vorbereitung auf die Arbeitswelt – nachhaltig auf die Lebens- und Arbeitswelten zukünftiger Lebensphasen ausstrahlt.

Eine effektive Beschäftigungsfähigkeit, die die gesamte berufliche Sozialisation von Studierenden in den Blick nimmt, bedarf zwangsläufig der systematischen Verknüpfung von Beschäftigungsfähigkeit im engeren Sinne und der individuellen sowie der systemischen Gesundheitsförderung. Nur dann wird es möglich sein, die erworbenen beruflichen und fachübergreifenden Kompetenzen zu erhalten und langfristig in Arbeitskontexten zur Entfaltung zu bringen. Die Befähigung zu einem kompetenten Umgang mit der eigenen Gesundheit wird damit zu einer Art Metakompetenz, zu der alle anderen Kompetenzbereiche in Abhängigkeit stehen. Aus dieser Perspektive sollte es das Ziel der universitären Ausbildung sein, die bereits etablierten Ansätze der beruflichen Kompetenzentwicklung um solche zu erweitern, die Studierende zu einem gesundheitskompetenten Umgang befähigen und die Bedeutung der Gesundheitsförderung in den Mittelpunkt konzeptioneller Bildungsansätze rückt. Die Verknüpfung der Gesundheitsförderung mit dem kompetenzorientierten Bildungskonzept der Hochschule erfordert dabei nicht nur die Fokussierung der aktuellen Studiensituation, sondern – im Sinne eines setting-übergreifenden Prozesses – die Berücksichtigung der gesamten Lebensspanne der zukünftigen Erwerbstätigen.

Gesundheit wird damit zum Inhalt und Ziel der Hochschulbildung: Nur wenn eine Ausweitung des derzeitigen Kompetenz-Verständnisses auf den Erwerb zusätzlicher Kompetenzen zur Gesundheit (Inhaltsdimension) erfolgt, kann die angestrebte berufliche Beschäftigungsfähigkeit unter sich wandelnden Rahmenbedingungen auch optimal entfaltet werden (Zieldimension).

Die Idee einer kompetenzorientierten Gesundheitsförderung ist dabei nicht neu. Sie basiert auf dem von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) formulierten Ziel, „[...] allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO: 1). Die Entwicklung gesundheitsfördernder Kompetenzen wird von der WHO sogar als eine von fünf Handlungsebenen der Gesundheitsförderung genannt und im Rahmen der Handlungsstrategie „befähigen und ermöglichen“ hervorgehoben.

Betrachtet man eine so charakterisierte Gesundheitskompetenz als Grundlage einer umfassenden Berufsbefähigung und als Option zur individuellen Gesund-

heitsförderung, so kommt der Hochschule eine Art Schlüsselfunktion im Zuge der Gesundheitsbildung zu. Denn kaum eine andere Institution in Deutschland bietet die Möglichkeit, die (gesundheitsbezogenen) Einstellungen und Verhaltensweisen zukünftiger Meinungsführer und Entscheidungsträger so konkret beeinflussen zu können, wie dies die Hochschulen vermögen (vgl. Leslie et al. 1999: 21; Tsouros et al. 1998: 112; Keeling 2001: 54). Die Hochschule als Bildungsinstitution hat das „[...]Potenzial, ein gesundheitsbezogenes Bewusstsein herauszubilden, das durch die Absolventen in andere Gesellschaftsbereiche multiplikativ hineingetragen wird“ (Stock et al. 2002: 173).

Allerdings ist ein solcher kompetenzorientierter Ansatz der Gesundheitsförderung nicht bedingungslos. Er basiert auf der grundsätzlichen Annahme, dass sich die individuelle Gesundheit prinzipiell durch Bildungsmaßnahmen beeinflussen lässt. Dafür bedarf es einer zeitgemäßen Definition von Gesundheit, die dem Individuum einen grundsätzlichen Einfluss auf die Gesundheitsförderung zubilligt und von einem verhaltens- und sozialisationsabhängigen Gesundheitsmodell ausgeht (Hurrelmann et al. 2008). Im Sinne einer salutogenetisch orientierten Denkweise wird Gesundheit dabei als dynamischer Prozess begriffen, der eigenverantwortlich vom Individuum beeinflusst werden kann. Nur eine solche Konzeptspezifikation lässt eine Verbindung der Kategorien ‚Gesundheit‘ und ‚Kompetenz‘ überhaupt zu, da es die aktuelle Befindlichkeit einer Person u. a. auf die individuelle Lebensweise zurückführt und nicht, wie beim pathogenetischen Paradigma, naturwissenschaftlich als ein Ereignis für sich definiert.

4 Konzeptspezifikation: Gesundheitskompetenz

Das Konzept der Kompetenzorientierung ist zweifelsfrei das gegenwärtig dominierende Bildungskonzept der westlichen Welt. Es hat mittlerweile die Bildungsziele aller deutschen Bildungsinstitutionen beeinflusst und gilt – trotz eines kritisch geführten Diskurses (im Überblick: Schaper et al. 2012) – weitestgehend als etabliert. Kompetenzen werden dabei in Abgrenzung zum Konzept der Qualifikation über den situativen Lernstand einer Person hinaus als übergreifende Handlungsdispositionen verstanden, die es erlauben, die erlernten Inhalte variabel und flexibel einzusetzen. Während Qualifikationen eher berufs- und fachbezogene Fähigkeiten und Fertigkeiten beschreiben, umfassen Kompetenzen darüber hinaus Persönlichkeitsmerkmale und Handlungsdispositionen, die in lebenslangen Lern- und Entwicklungsprozessen aufgebaut werden und sich gleichsam auf die gesamte Lebenszeit eines Menschen beziehen (vgl. Arnold 2002). Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung beschreibt Kompetenz als die Fähigkeit zur erfolgreichen Bewältigung komplexer Anforderungen in spezifischen Situationen und umfasst den Einsatz von Wissen, von praktischen, sozialen und kognitiven Fähigkeiten sowie Verhaltenskomponenten wie beispielsweise Haltungen, Werten, Motivationen und Gefühlen (OECD 2005: 6).

Da auch in Gesundheitszusammenhängen permanente Entscheidungen getroffen werden müssen, Handlungen vollzogen werden und Interaktionen stattfinden, lässt sich auch der eigenverantwortliche Umgang mit der eigenen Gesundheit als Kompetenz beschreiben und konzeptionell deduzieren. So müssen Menschen beispielweise die Kompetenz besitzen, Informationen über Gesundheit und Krankheit zu verstehen und für die eigene Handlungssituation zu interpretieren. Sie müssen Produkte und Dienstleistungen eines wachsenden Gesundheitsmarktes bewerten und selektieren, körperliche Symptome einschätzen sowie über Gesundheit und darauf bezogene Handlungen sprechen können. Auf dem Prinzip der Eigenverantwortlichkeit bezogen, wird Gesundheitskompetenz damit zu einem Teil einer umfassenden Lebenskompetenz, die es dem Individuum erlaubt „[...] durch reflektiertes und eigenverantwortliches Handeln im Alltag mündige Gesundheitsentscheidungen zu fällen und kompetent mit der eigenen Gesundheit umzugehen“ (Maag 2007: 103). Eine gesundheitskompetente Person ist „[...] in ihrer Selbstbestimmung und in ihrer Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit zu Gesundheitsfragen gestärkt und hat die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen“ (Kickbusch et al. 2006: 10). Gesundheitskompetente Menschen können darüber hinaus Spannungszustände durch geeignete Maßnahmen reduzieren und unterschiedliche Bewältigungsstrategien für verschiedene Belastungssituationen anwenden.

Obgleich die Relevanz der Gesundheitskompetenz für eine nachhaltige Gesundheitsförderung kaum mehr bestritten wird, ist die auf Gesundheitskompetenz bezogene Forschung noch vergleichsweise jung (vgl. Soellner et al. 2009: 111). Zwar gibt es Hinweise, dass ein bewusster und reflektierter Umgang mit der eigenen Gesundheit im Sinne eine Lebensstilmodifikation zu einem Aufbau von Ressourcen als Puffer für aktuelle und zukünftige Belastungen beitragen kann (Lauterbach & Stock 2003), längsschnittliche Kausalitätsstudien liegen aber nicht vor.

Auch konzeptionell ist die Gesundheitskompetenz noch wenig entwickelt: Wurden zu Beginn der Forschungsaktivitäten – mit Bezug auf das englischsprachige Konzept der Health-Literacy – vor allem kognitive Grundfertigkeiten fokussiert, bezieht die auf Gesundheit bezogene Kompetenzforschung heute auch kommunikative, reflektorische, affektive sowie andere funktionale Handlungssysteme mit ein (vgl. Maag 2007). Erst um die Jahrtausendwende wurde das Konzept aus dem klinischen Kontext herausgelöst und „[...] im Sinne einer Lebenskompetenz, bezogen auf die Gesundheit, neu konzipiert“ (Lenartz 2012: 14). Kickbusch (2006: 69) definiert Gesundheitskompetenz in diesem Sinne als „die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – Zuhause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft ganz allgemein“. Sie ermächtigt die Menschen einerseits zur Selbstbestimmung und andererseits zur Übernahme von Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit hinsichtlich ihrer Gesundheit.

Gesundheitskompetenz entsteht durch lebenslange Sozialisations- und Lernprozesse und zielt sowohl auf die körperliche als auch auf die psychische Gesundheit eines Individuums (Sommerhalder & Abel 2007: 4; Lenartz 2012). Durch die Beeinflussung der gesellschaftlichen und politischen Umwelt erhält die Gesundheitskompetenz zusätzlich eine bedeutende Public Health Dimension (Soellner et al. 2009: 106).

Modelltheoretisch liegen unterschiedliche Ansätze vor: Nutbeam (2000), der das prominenteste Modell der Gesundheitskompetenz vorgelegt hat, konzipiert Gesundheitskompetenz als Stufenmodell, in dem eine funktionale Form (wie Lesen und Verstehen von gesundheitsrelevanten Informationen) von einer kommunikativ-interaktiven Form sowie einer kritischen Form der Gesundheitskompetenz unterschieden wird. Die drei Stufen lassen sich also als kognitive und soziale Fähigkeiten und Fertigkeiten zusammenfassen, die es dem Individuum erlauben, Informationen zu analysieren, zu reflektieren und schließlich Sinne einer Lebensbewältigungskompetenz optimal zu nutzen. Dies beinhaltet auch ein gesellschaftliches Handeln sowie „[...] die bewusste und gezielte Einflussnahme auf soziale, ökonomische und weltbezogene Determinanten der Gesundheit“ (Lenartz 2011: 22f).

Ein eher handlungsorientiertes Gesundheitskompetenzmodell ist von Kriegesmann et al. (2005) entwickelt worden. Es thematisiert explizit die Diskrepanz zwischen vorhandenem Wissen, existierenden Fertigkeiten und Fähigkeiten (Handlungsfähigkeit) auf der einen, und dem konkreten Handeln (Handlungsbereitschaft) auf der anderen Seite. Neben kognitiven Fertigkeiten, die auf die Informationsverarbeitung von Gesundheit ausgerichtet sind, richtet das Modell damit ein besonderes Augenmerk auf motivationale Aspekte der Gesundheit, die als Bindeglied zwischen den spezifischen Fertigkeiten und dem tatsächlichen gesundheitsförderlichen Handeln fungieren (vgl. auch Soellner et al. 2009: 108).

Kickbusch (2006) greift auf das Konzept von Nutbeam (2000) zurück und stellt ein Modell der Gesundheitskompetenz vor, welches auf konkrete Kompetenzbereiche (Arbeitswelt, Konsum, Politik, persönliche Gesundheit, Gesundheitssystem) ausgerichtet ist und die zunehmende Ausdifferenzierung gesellschaftlicher Teilsysteme berücksichtigt. Die Systematik der unterschiedlichen Kompetenzen folgt damit einer Systematik, „[...] die sich aus der Anwendung von Nutbeams Stufenmodell auf Handlungsbereiche des täglichen Lebens ergibt“ (Lenartz 2011: 25). Im Mittelpunkt der Konzeption steht bei allen Kompetenzbereichen der kritische und reflektierte Umgang mit Gesundheitsinformationen, die in eine bewusste Entscheidung für gesundheitsbewusstes Handeln mündet.

Soellner et al. (2009) legen ein Modell der Gesundheitskompetenz vor, welches keine hermeneutische Basis besitzt sondern einen empirischen Ausgangspunkt aufweist. Die mit Hilfe von Expertenbefragungen gewonnenen Erkenntnisse weisen acht Kompetenzdimensionen auf, die die Autoren schließlich zu einem hypothetischen Strukturmodell verbinden. Gesundheitskompetenz wird dabei als ein

Netz aus grundlegenden Fertigkeiten (Lesen, Schreiben, Rechnen), Handlungskompetenz, Wissen über Gesundheitszusammenhänge und motivationalen Komponenten (v.a. die Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme) beschrieben. Die Handlungskompetenz wird in die vier Kompetenzbereiche (1) Navigieren und Handeln im Gesundheitssystem, (2) Kommunikation und Kooperation, (3) Informationsbeschaffung und -verarbeitung sowie (4) Selbstwahrnehmung und Selbstregulation unterteilt. Der Erkenntnisgewinn des Modells ist insofern als hoch einzuordnen, als dass es eine Erweiterung der bisherigen Modellvorstellungen von Gesundheitskompetenz um die Kompetenzbereiche Selbstregulation und Selbstwahrnehmung sowie um die Bereitschaft und Fähigkeit zur Verantwortungsübernahme darstellt.

Zusammenfassend lassen sich – bei aller Unterschiedlichkeit der vorgestellten Modelle – drei übereinstimmende Kernelemente der Gesundheitskompetenz identifizieren. Gesundheitskompetenzen beinhalten demnach (1) den kritischen und reflektierten Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen, (2) eine auf diese Informationsbewertung aufbauende Entscheidungssituation, die in konkrete gesundheitsbewusste Handlungen mündet sowie die soziale Kompetenz über Gesundheitszusammenhänge kommunizieren zu können und (3) schließlich die eigene Rolle in Interaktionsprozessen hinsichtlich der Gesundheit von Anderen bewusst zu machen.

5 Gesundheitskompetenz als Bildungsinhalt von Hochschulen – eine erste didaktische Annäherung

Die bisherigen Ausführungen machen deutlich, dass die Gesundheitskompetenz eine bedeutende Schlüsselfunktion hinsichtlich des Ziels, eine nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit von Studierenden zu ermöglichen, repräsentiert. Angesichts der zunehmenden psychosozialen Belastungssituation von Studierenden erhält die Gesundheitskompetenz sogar eine doppelte Relevanz. Denn eine Förderung der Gesundheitskompetenz(en) von Studierenden ist nicht nur auf eine spätere Arbeitssituation bezogen, sondern kann auch für die individuelle Studiensituation konstruktiv genutzt werden und die Gesundheit von Studierenden während der Ausbildung an Hochschulen fördern.

Aus diesen Vorüberlegungen ergibt sich die Notwendigkeit, hochschuldidaktische Konzepte zu entwickeln, die den Studierenden beim Aufbau, Erhalt und bei der lebenslangen Weiterentwicklung einer umfassenden Gesundheitskompetenz behilflich sein können. Zielvision potentieller Hochschulinterventionen sollte es sein, die Entwicklung von Kritikfähigkeit und Selbstbestimmung der Studierenden zu forcieren, um sie zu eigenverantwortlichen, gesundheitskompetenten Entscheidungen und Handlungen zu befähigen. Sie sollten neben ihrer fachlichen und überfachlichen berufsbezogenen Ausbildung dazu befähigt werden, ‚Gesundheitsmanager ihrer selbst‘ (vgl. auch Kriegesmann et al. 2005) zu werden, um auf diese Weise

die Studiensituation besser bewältigen zu können und eine nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit aufzubauen und diese die gesamte Erwerbsspanne hinweg aufrechtzuerhalten.

Dabei sollte sich ein hochschuldidaktisches Veranstaltungsformat nicht auf die Vermittlung funktionaler Kompetenzen wie Lesen, Bearbeiten und Verstehen gesundheitlicher Informationen, reduzieren lassen sondern vielmehr auf kritische, selbstreflektive sowie soziale Fähigkeiten und Fertigkeiten ausgerichtet sein. Eine geeignete Grundlage einer solchen, auf Gesundheitskompetenz ausgerichteten Bildungsmaßnahme an Hochschulen stellt das hypothetische Strukturmodell von Soellner et al. (2009) dar, welches situationsübergreifend konzipiert ist, die Komplexität des Konstrukts angemessen berücksichtigt und gleichzeitig empirisch begründet ist. Legt man die bisherigen Ergebnisse der auf Hochschulen bezogenen Gesundheitswissenschaften zu Grunde, so sollten vor allem die Kompetenzbereiche der (1) Selbstwahrnehmung, der (2) Selbstregulation, (3) der Verantwortungsübernahme und der (4) Kommunikation und Kooperation in den Mittelpunkt einer Bildungskonzeption gestellt werden.

(1) Unter *Selbstwahrnehmung* wird eine gezielte Körper- und Belastungswahrnehmung verstanden. Die Studierenden sollten dazu befähigt werden, ihre eigenen Bedürfnisse, Belastungen und Gefühle wahrzunehmen und lernen, diese hinsichtlich ihres Einflusses auf die persönliche Gesundheit angemessen zu deuten. Dazu gehört auch eine Schulung einer auf den Körper und sein Rückmeldesystem ausgerichteten Sensibilität im Sinne einer „gesundheitsbewussten Selbstfürsorglichkeit“. Akute als auch potentielle zukünftige Belastungen bzw. Belastungssituationen sollen dadurch antizipiert werden und entsprechende Ausgleichs- bzw. Anpassungsmaßnahmen prospektiv ausgewählt werden. Eine derart ausgeprägte Selbstwahrnehmung hilft bei der Analyse von Alltagssituationen, welche die Gesundheit potenziell beeinflussen sowie bei der Wahrnehmung körperlicher, geistiger oder emotionaler Äußerungen, die damit einhergehen. Auf diese Weise wird es den Studierenden erleichtert, ihre Arbeits- und Lebensbedingungen gesundheitsbewusster zu gestalten. Leitfragen wie: „Wann und warum fühle ich mich wohl / unwohl?“, „Wo liegen meine individuellen Stärken und Schwächen?“, „Welche Herausforderungen kann ich mir zumuten und welche nicht?“ bieten in diesem Zusammenhang hilfreiche Orientierungspunkte.

Indem die Studierenden ihre körperlichen Signale als womöglich beste Indikatoren für gesundheitsförderndes oder -schädigendes Verhalten adäquat zu interpretieren lernen, können sie überzogene interne und externe Leistungsansprüche leichter erkennen und angemessen analysieren. Bereits im Vorfeld kann von ihnen auf diese Weise ein optimales Verhältnis von gestellten Anforderungen und persönlichen Fähigkeiten bestimmt werden, um so chronischer Über- oder Unterforderung vorzubeugen und Beeinträchtigungen der Gesundheit zu vermeiden. Mit Hilfe ihrer erworbenen Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung können sie schließlich

verantwortungsvoll über den Einsatz regulativer oder präventiver Strategien verfügen, um eventuellen Beanspruchungen effektiv zu begegnen und vorzubeugen.

(2) Im Kompetenzbereich der *Selbstregulation und Selbstdisziplin* sollen die Studierenden eine umfangreiche „Selbstregulationskompetenz“ erwerben, die Schröder als Sammelbegriff für relativ stabile und generalisierte Selbstmanagement- und Stressbewältigungsfähigkeiten definiert. Sie repräsentieren „[...] ein Repertoire an Fertigkeiten, Gewohnheiten und Strategien, das eine Person zur Verfügung hat und gewöhnlich einsetzt, um Ziele zu verwirklichen und schwierige Situationen zu meistern“ (Schröder 1997: 71). Hauptziel einer möglichen hochschulspezifischen Bildungsveranstaltung in diesem Kompetenzfeld sollte es demnach sein, die Studierenden bei einem effektiven und eigenverantwortlichen Selbstmanagement ihres Verhaltens zu unterstützen.

In diesem Zusammenhang sollte insbesondere die Fähigkeit zu einem konstruktiven Umgang mit Stress und Belastungssituationen eine wichtige Rolle spielen. Stressbedingten Gesundheitsrisiken wie Burn-out oder chronische Erschöpfung, welche neben der Gesundheit auch die nachhaltige Employability gefährden können, könnten so bereits während des Studiums aktiv entgegengesteuert werden. Insbesondere Strategien für ein effektiveres Zeitmanagement (vor allem im Hinblick auf die zunehmende Entgrenzung von Studium und Privatleben) wären hier sinnvoll. Neben stressbezogenen Beanspruchungen sollten aber auch solche Belastungen thematisiert werden, welche aus sozialen Kontakten resultieren können (bspw. Streit mit Kommilitoninnen und Kommilitonen / Kolleginnen und Kollegen, Ärger, aufgestaute Aggressionen oder Mobbing). Zum Kompetenzbereich der Selbstregulation gehört auch die Fähigkeit, sich angemessen zu erholen und entspannen zu können. Lernen Studierende es frühzeitig, auch unter Zeitdruck angemessene Pausen in ihren Studienalltag einzubauen und diese trotz empfundenen Zeitmangels adäquat zu nutzen, so können sie von diesen erworbenen Techniken auch im späteren Arbeitsalltag profitieren.

(3) Die Kompetenzdimension *Verantwortungsübernahme* für die eigene Gesundheit spielt eine wichtige, wenn nicht sogar die entscheidende Rolle für die Gesundheitskompetenz, da sämtliche Interventionen der Gesundheitsförderung ohne Wirkung bleiben, wenn den Studentinnen und Studenten ihre prospektive Eigenverantwortung zum Erhalt der individuellen Gesundheit nicht bewusst ist. Weil die Verantwortungsübernahme ein durch einen normativen Bezug gekennzeichnetes Handlungsprinzip darstellt, sollten die Studierenden Gesundheit als eigenständigen Wert anerkennen und als aktiv herzustellendes Ziel verinnerlichen. Je höher die Gesundheit in der individuellen Werthierarchie der Studierenden verankert werden kann, desto deutlicher ist auch ihr Einfluss auf die konkrete Handlungsebene (vgl. Hamacher & Wittmann 2005: 93). Aus diesem Grund wird es in den Lehrveranstaltungen als notwendig erachtet, zunächst ein Grundverständnis von Gesundheit im Sinne eines salutogenetischen Positivverständnisses aufzubauen. Auf diese Weise können die Studierenden lernen, dass sie ihre Gesundheit eigenverantwortlich

herstellen bzw. erhalten können. Denkbar wäre die Erlangung von Wissen und dessen subjektive Bewertung im Bereich der Ernährung, von Bewegung und körperlicher Aktivität bzw. von Kompetenzen zur Ausführung sportlicher Aktivitäten, Strategiewissen über einen angemessenen Ausgleich von Arbeit und Freizeit und der verantwortungsvolle Umgang mit Genussmitteln. Damit lebensstilbezogene Verhaltensänderungen von den Studentinnen und Studenten nicht nur initiiert, sondern auch auf lange Sicht beibehalten werden, sollte ihnen darüber hinaus ein breites Repertoire an Techniken und Strategien vermittelt werden, die effektiv zu mehr Eigenmotivation und Selbstdisziplin führen. Auf diese Weise kann eine langfristig wirksame, gesundheitskompetente Verantwortungsübernahme auch über das Studium hinaus gewährleistet werden.

(4) Die Kompetenzentwicklung im Bereich der *Kommunikation und Kooperation* sollte sich in diesem Zusammenhang auf den Erwerb von Techniken und Strategien zum adäquaten Ausdruck eigener Gefühle und Empfindungen beziehen. Vor allem die Fähigkeit, mit anderen Personen über gesundheitliche Probleme sprechen zu können und dies nicht als Belastung zu empfinden, sollte bei den Studierenden in besonderem Maße ausgeprägt werden. Sind sie dazu in der Lage, anderen gegenüber ihre Gefühle offen zu äußern, kann dies zum Aufbau vertrauensvoller sozial-kommunikativer Beziehungen beitragen, die wiederum zur Stärkung bestimmter Ressourcen als Belastungspuffer hilfreich sein können. Um für eigene Gesundheitsbelange eintreten und diese auch durchzusetzen zu können, sollten die Studierenden außerdem eine Kooperationskompetenz erwerben. Diese ermöglicht es, Hilfe von Experten oder anderen Personen anzunehmen, indem mit diesen kooperiert und deren Anweisungen Folge geleistet wird. Eine gelungene Kooperation setzt voraus, die eigenen Kompetenzen und Handlungsmöglichkeiten realistisch zu beurteilen und den Bedarf an Unterstützung einzuschätzen.

6 Schlussbetrachtung: Gesundheitskompetenz als hochschuldidaktische Herausforderung?

Zugegeben: Die bisherigen Ausführungen und Anregungen zur bildungsorientierten Vermittlung von Gesundheitskompetenz repräsentieren einen ersten, noch unvollständigen Entwurf. Insbesondere die konkreten Inhalte und Kontextbedingungen einer auf Studierende ausgerichteten Konzeption zur Vermittlung von Gesundheitskompetenz müssen in Zukunft weiter geschärft und durch empirische Studien fundiert werden. Ungeachtet dieser interdisziplinär zu führenden Diskussion, steht eine hochschuldidaktische Konzeption zur Vermittlung und Förderung von Gesundheitskompetenz vor relevanten Herausforderungen. Zum einen muss berücksichtigt werden, dass die Entwicklung von Gesundheitskompetenz nur in konstruktivistischen Lernkulturen möglich erscheint. Der hier skizzierte gesundheitsbildende Lernprozess darf und kann nicht über die Anhäufung von Fakten konzipiert werden, sondern repräsentiert einen aktiven, konstruktiven Prozess, in

welchem neue Kompetenzen durch vielfältige Anregungen angeeignet werden müssen. Anders ausgedrückt: Der hier skizzierte Ansatz der Vermittlung und Förderung von Gesundheitskompetenz kann nicht über die Vermittlung reiner Wissensstrukturen oder Belehrungen erfolgen, sondern bedarf reflexiver, prozessorientierter und selbstgesteuerter Lernformen. Insbesondere die Fähigkeit, sich selbst wahrzunehmen, zu erkennen und zu reflektieren, kann ausschließlich über aktivierende und gleichsam in den Alltag der Studierenden eingebettete methodische Zugänge erfolgen. Da es dabei um einen intuitiv-ganzheitlichen und emotionalen Informationsverarbeitungsprozess geht, erscheinen auch etablierte, aus der Lern- und Selbstmanagementforschung bekannte Ansätze zur Selbstreflexion (Moon 2004) nicht optimal geeignet, um den Selbstzugang (Quirin 2006) von Studierenden zu fördern. Trotz intensiver Bemühungen der Hochschuldidaktik hat sich eine solche Lernkultur an den deutschen Hochschulen bis dato nicht durchgesetzt.

Es kommt hinzu, dass eine Gesundheitskompetenz sich nur in Alltagssituationen und damit in der konkreten Anwendung realisiert. Der Transfer von, auf die individuelle Gesundheit bezogenen, Kompetenzen in den Studien- und Berufsalltag stellt eine weitere große Herausforderung für die praktische Ausgestaltung von Vermittlungsformen zur Gesundheitskompetenz dar. Der für Einzelpersonen und Gruppen entwickelte Ansatz des Coachings (Greif 2008) ermöglicht zwar den gezielten Transfer von erworbenen Fähigkeiten in den Alltag, für den Hochschulkontext ist dieser Ansatz allerdings noch wenig entwickelt und mit hohen ökonomischen Kosten verbunden.

Es ist zudem zu hinterfragen, welche Organisationen innerhalb der Hochschulen für Konzepte der Gesundheitsbildung sensibilisiert und gewonnen werden können. Zwar finden sich an den Hochschulen bereits einzelne Akteure, die gesundheitsfördernde Ziele verfolgen (z. B. der Hochschulsport, psychosoziale Beratungsstellen, fachübergreifende Kompetenzzentren). Eine integrative Vermittlung von Gesundheitskompetenz bedarf allerdings über die bestehenden Strukturen hinaus, spezifische Organisationsformen, Ressourcen und Kapazitäten, die die Gesundheitsförderung und -Bildung von Studierenden als ihren konkreten Bildungsauftrag verstehen. Auch wenn sich die Hochschule in den letzten zehn Jahren so rasant verändert hat wie kaum eine andere gesellschaftliche Institution, bleibt es ungewiss, ob es gelingen wird, eine derartige Einrichtung dauerhaft zu etablieren.

Literatur

- Arnold, R. (2002): Von der Bildung zur Kompetenzentwicklung. Anmerkungen zu einem erwachsenenpädagogischen Perspektivwechsel. *Zeitschrift für Weiterbildungsforschung*, Report 49, S. 26–29.
- Blancke S. / Roth C. / Schmid, J. (2000): Employability als Herausforderung für den Arbeitsmarkt. Eine Konzept – und Literaturstudie. Arbeitsbericht Nr. 157. Akademie für Technikfolgeabschätzung: Stuttgart.
- Bloch, R. (2009): Flexible Studierende? Studienreform und studentische Praxis. Akad. Verl. Anst.: Leipzig.
- Erhardt, D. (2011): Hochschulen im strategischen Wettbewerb. Empirische Analyse der horizontalen Differenzierung deutscher Hochschulen. Gabler: Wiesbaden.
- Gregersen, J. (2011): Hochschule@Zukunft 2030. Ergebnisse und Diskussionen des Hochschuldelphis. VS Verlag: Wiesbaden.
- Greif, S. (2008): Coaching und ergebnisorientierte Selbstreflexion: Theorie, Forschung und Praxis des Einzel- und Gruppencoachings. Hogrefe: Göttingen.
- Gusy, B. (2006): Bestandsaufnahme und Entwicklungsperspektiven der Gesundheitsberichterstattung am Beispiel von Studierenden. In: G. Faller & P.E. Schnabel (Hrsg.): Wege zur gesunden Hochschule. S. 83–94. Edition Sigma.
- Gusy, B. (2010): Gesundheitsberichterstattung bei Studierenden. *Prävention und Gesundheitsförderung* 3(5), S. 250–256.
- Heublein, U. / Richter, J. / Schmelzer, R. / Sommer, D. (2012): Die Entwicklung der Schwund und Studienabbruchquoten an den deutschen Hochschulen. Statistische Berechnung auf der Basis des Absolventenjahrgangs 2010. HIS: Hannover.
- Huber, L. (2008): Wie studiert man in „Bologna“? Vorüberlegungen für eine notwendige Untersuchung. In: B. Kehm & U. Teichler (Hrsg.): Hochschule im Wandel. S. 295–308. Campus Verlag: Frankfurt/Main.
- Hurrelmann, K. / Grundmann, M. / Walper, S. (2008): Zum Stand der Sozialisationsforschung. In: *Handbuch Sozialisationsforschung*, S. 14–31.
- Isserstedt, W. / Middendorf, E. / Fabian, G. / Wolter, A. (2007): Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2006. 18. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt durch HIS Hochschul-Informationssystem. HIS: Berlin.
- Keeling, Richard P. (2001): Is College Dangerous? *Journal of American College Health*, Vol. 50, 53–56.
- Kickbusch, I. (2006): Gesundheitskompetenz. *Public Health News*, 3(1), 10.
- Kriegesmann, B. / Kottmann, M. / Masurek, L. / Nowak, U. (2005): Kompetenz für eine nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

- Kurth, R.A. / Klier, S. / Pokorny, D. / Jurkat, H. / Reimer, C. (2007): Studienbezogene Belastungen, Lebensqualität und Beziehungserleben von Medizinstudenten. *Psychotherapeut* 5(52), S. 355–361.
- Lauterbach, K.W. & Stock, S. (2003): Kosten sparen durch Prävention – was ist realistisch? In: S. Höfling & Gieseke, O. (Hrsg.): *Gesundheit im Alltag*. S. 8–19, Sonderausgabe Politische Studien durch die Hanns-Seidel-Stiftung: München.
- Lenartz, N. (2012): *Gesundheitskompetenz und Selbstregulation*. Göttingen: V&R unipress GmbH.
- Leslie, E. / Owen, N. / Salmon, J. / Baumann, A. / Sallis, J.F. / Lo, S.K. (1999): Insufficiently Active Australian College Students: Perceived Personal, Social, and Environmental Influences. *Preventive Medicine*, 28, S. 20–27.
- Maag, D. (2007): *Gesundheitskompetenz bezüglich Ernährung, Bewegung Gewicht*. Lugano: Università della Svizzera italiana.
- Middendorf, E. / Poskowsky, J. / Isserstedt, W. (2012): Formen der Stresskompensation und Leistungssteigerung bei Studierenden. HISBUS-Befragung zur Verbreitung und zu Mustern von Hirndoping und Medikamentenmissbrauch. HIS: Hannover.
- Möllenbeck, D. (2011): *Gesundheitsförderung im Setting Universität: Verbreitung und Effekte sportlicher Aktivität bei Studierenden*. Hofmann: Schorndorf.
- Moon, J.A. (2004): *A Handbook of Reflective and Experiential Learning, Theory and Practice*. Routledge: Abingdon / New York.
- Müller-Böling D. (2000): *Die entfesselte Hochschule*. Verlag Bertelsmann Stiftung: Gütersloh.
- Multrus, F. / Bargel, T. / Ramm, M. (2011): *Studiensituation und studentische Orientierungen*. 11. Studierendensurvey an Universitäten und Fachhochschulen. Bundesministerium für Bildung und Forschung (Wissenschaft): Bonn.
- Nutbeam, D. (2000): Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 15, S. 259–267.
- OECD (2005): *Definition und Auswahl von Schlüsselkompetenzen*. Zusammenfassung. OECD.: <http://www.oecd.org/pisa/35693281.pdf>.
- Pusch, H.J. & Biendarra, I. (2006) (Hrsg.): *Gesundheitsbildung im Lebenslauf*. Königshausen & Neumann: Würzburg.
- Schaper, N. / Schlömer, T. / Paechter, M. (2012): Kompetenzen, Kompetenzorientierung und Employability in der Hochschule. *Zeitschrift für Hochschulentwicklung*, 7(4). S. I–X.
- Schröder, K. E. E. (1997): *Self-regulation competence in coping with chronic disease*. Münster: Waxmann.

- Soellner, R. / Huber, S. / Lenartz, N. / Rudinger, G. (2009): Gesundheitskompetenz – ein vielschichtiger Begriff. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 17, 105–113.
- Sommerhalder, K. & Abel, T. (2007): Gesundheitskompetenz: eine konzeptuelle Einordnung. Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit: Bern.
- Stock C. / Meier, S. / Krämer, A. (2002): Wie nehmen Studierende ihren Arbeitsplatz wahr? Perspektiven der Gesundheitsförderung an der Hochschule. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 10 (2), S. 170–180.
- Tsouros, A.D. / Dowding, G. / Thompson, J. / Dooris, M. (1998): *Health Promoting Universities. Concept, Experience and Framework for Action*. Kopenhagen: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) (1986): *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. World Health Organization: Genf.
- Zimmermann, K. / Kamphans, M. / Metz-Göckel, S. (2008) (Hrsg.): *Perspektiven der Hochschulforschung*. VS Verlag: Wiesbaden.

Bewegungsorientierte Gesundheitsförderung an einer Universität mit hohem Anteil internationaler Studierender: Exemplarische Begleitung einer Verhältnisförderung und gesundheitspsychologischen Evaluation

Sonia Lippke, Vera Storm, Amanda Whittal & Juliane Paech

1 Einleitung

An Hochschulen gibt es unterschiedliche Zielgruppen, die alle von bewegungsorientierten Gesundheitsförderungsmaßnahmen profitieren können, insbesondere wenn sie zu wenig körperlich aktiv sind. Es hat sich in bisherigen Studien gezeigt, dass *Studierende* vor allem in Belastungsphasen im Zusammenhang mit dem Studium weniger körperlich aktiv sind, als sie es sein sollten und auch, als sie es selbst beabsichtigen (Cruz et al. 2013: 44–50; Rao et al. 2012: 365–369).

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an Hochschulen sind gleichermaßen gefährdet, nicht so aktiv zu sein, wie es empfohlen wird. Gängige Empfehlungen z. B. der Weltgesundheitsorganisation sind, dass alle Menschen an fünf Tagen pro Woche jeweils mindestens 30 Minuten körperliche Aktivitäten ausüben sollten bzw. 150 Minuten pro Woche mit mindestens zehn Minuten pro Einheit (WHO, Robert-Koch-Institut 2012: 1–2; American Heart Association 2013). Genaue Zahlen liegen jedoch zu Hochschulbeschäftigten nicht vor, von daher sollten hierzu neue Daten erhoben werden. Betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen an Hochschulen gleichen denen in anderen öffentlichen Einrichtungen und privaten Betrieben: Förderliche Verhältnisse müssen geschaffen werden und die Motivation der Mitar-

beiterinnen und Mitarbeiter wie auch der Studierenden muss hoch sein oder sollte erhöht werden (Fuchs 2003: 185–196). Eine Theorie, die dies erklärt und zu unterstützen hilft, wird im Folgenden (s. Abschnitt 2.2) beschrieben.

Darüber hinaus gibt es hochschulassoziierte Personen wie *Angehörige und Nachbarn*. Sie stellen eine Gruppe dar, die die Integration der Einrichtung in den Stadtteil unterstützen kann. Darüber hinaus können diese Personen auch als mögliche Nutzer von Hochschulsportangeboten gesehen werden.

Insbesondere, wenn Studierende aus anderen (Bundes-)Ländern oder aus anderen Kulturkreisen kommen, ist die *Integration von internationalen Studierenden* wichtig: Die soziale Einbindung durch Kommilitoninnen und Kommilitonen, Hochschulangehörige und -assoziierte ist ein zentraler Faktor für das Wohlbefinden und die Gesundheit (z. B. Halim, Yoshikawa & Amodio 2013: 203–210) – insbesondere von Studierenden aus fernen Kulturkreisen. In diesem Zusammenhang ist *Akkulturation* als wichtiger Faktor der Gesundheitsförderung zu sehen (s. Abschnitt 2.3). Inwiefern Sport und Bewegungsangebote hierbei einen bedeutsamen Beitrag leisten können, ist jedoch bisher kaum untersucht worden. Diese Desiderata greift die aktuelle Studie auf.

Im Zuge einer Verbesserung der Angebote zur bewegungsorientierten Gesundheitsförderung wurde eine *Verhältnisförderung* wissenschaftlich begleitet: Die Bereitstellung eines neuen Sport- und Tagungsgebäudes schuf die Möglichkeit, bestehende Angebote zu verbessern und neue Angebote zur Verfügung zu stellen. Um dies evidenzbasiert realisieren zu können, wurden die verschiedenen Zielgruppen befragt. Das Ganze kann als ein Baustein innerhalb des *Intervention Mappings* (s. im Folgenden, Abschnitt 2.1) gesehen werden: Bei der Bedarfsanalyse geht es um die Feststellung des bisherigen Verhaltens sowie der Wünsche und Absichten.

2 Theoretischer Hintergrund

Als Grundlage der Studie wurden insbesondere das *Transtheoretische Modell* (Prochaska & DiClemente 1982: 276–287) sowie die *Akkulturations-Theorie* von Berry (1997: 5–68) hinzugezogen. Darüber hinaus wurde zur Evaluation der Verhältnisintervention das Konzept des *Intervention Mappings* (Bartholomew et al. 2006) berücksichtigt. Alle drei Ansätze werden im Folgenden genauer dargestellt.

Intervention Mapping

Intervention Mapping (IM) hat sich als wirksames Instrument in der *Planung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen* (z. B. einer Verhältnisförderung, s. Abbildung 1) erwiesen. Insbesondere theorie- und evidenzbasierte Interventionen profitieren von dem schrittweisen Vorgehen, da IM die Entwicklung gesundheitsförderlicher Maßnahmen mit der Bedarfsanalyse und Implementation und bis hin zur Evaluation vorsieht (Bartholomew et al. 2006).

Zentrales Charakteristikum des IM Ansatzes ist die differenzierte Beschreibung der einzelnen Schritte der Interventionsentwicklung und der Ziele für jeden Schritt (siehe Bartholomew et al. 2006). Den Ausgangspunkt bildet die *Bedarfsanalyse* (*Vorerhebung*, t_1 ; s. Abbildung 1). Hier sollten Informationen über die Zielgruppe und deren Gesundheitsverhaltensweisen erhoben werden. Auf dieser Grundlage werden die Ziele der Intervention formuliert. Anschließend werden Theorien des Gesundheitsverhaltens einbezogen (z. B. das Transtheoretische Modell) und Strategien der Verhaltensänderung bzw. Interventionsmethoden und Evaluationsmaße abgeleitet (z. B. Verhalten und Motivation). Nach Fertigstellung der Intervention wird deren Implementierung und Evaluation geplant.

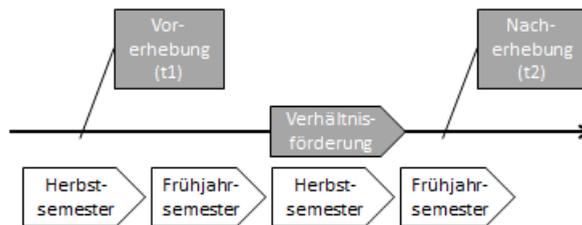


Abbildung 1: Logik der Evaluation der bewegungsorientierten Gesundheitsförderung

Nach der tatsächlichen Durchführung der Intervention erfolgt eine *weitere Erhebung von Daten* (*Nacherhebung*, t_2 ; s. Abbildung 1), die eine Auswertung der Effektivität der Intervention zulässt: Ein Vergleich der Daten aus der Bedarfsanalyse und der Daten nach der erfolgten Intervention lassen Schlüsse auf die Wirksamkeit der Intervention zu. Entsprechend haben wir unsere Studie durchgeführt. Die zugrunde gelegte Theorie wird im Folgenden beschrieben.

Das Transtheoretische Modell

Das bekannteste und am weitesten verbreitete Stadienmodell ist das *Transtheoretische Modell* (TTM; Prochaska & DiClemente 1982: 276–287), das fünf Stadien differenziert. In den Stadien haben Menschen charakteristische Gedanken und Gefühle, sog. „Mindsets“. Die zentrale Annahme von Stadienmodellen ist, dass Menschen nicht einfach immer mehr Intention entwickeln, sondern dass sie eine Entwicklung durchmachen, bei der sie die Stadien nacheinander durchlaufen (wie ein Schmetterling: Ei \rightarrow Raupe \rightarrow Puppe \rightarrow Schmetterling).

Auf den unterschiedlichen Stufen wirken unterschiedliche Einflüsse. So ist zum Beispiel der Anstoß durch einen Zeitungsartikel, der Informationen vermittelt, im *Präkontemplation* (PC) Stadium hilfreich, um sich bewusst zu werden, dass es überhaupt ein Zielverhalten gibt, das gesundheitlich wichtig ist. Im *Kontemplation* (C) Stadium kann die Information aus der Zeitung das Treffen einer Entscheidung unterstützen. Danach, also im *Präparation* (P) Stadium, geht es um die konkrete

Planung und Vorbereitung. Wenn die Zeitung nur Informationen zu den Vorteilen des Zielverhaltens anbietet, kann sie bei der Planung und Vorbereitung nicht helfen und wird damit unwichtig. Wird das Verhalten initiiert (*Aufnahme, A; Maintenance/Aufrechterhaltung, M*), sind Kontrollmechanismen wichtiger, die helfen, Schwierigkeiten bei der Handlungsausführung zu bewältigen. Die beiden handelnden Stadien (Aufnahme und Aufrechterhaltung) sind durch Überwindung und Kontrolle des Individuums gekennzeichnet (Lippke & Renneberg 2006: 47–55).

Das TTM wurde bereits vielfach empirisch untermauert (für einen Überblick siehe z. B. Dray & Wade 2012: 558–565; Hutchison, Breckon & Johnston 2009: 829–845; Tuah et al. 2011: 1–27). Da die ursprüngliche Operationalisierung der Stadien anhand zeitlicher Kriterien (z. B. im *Kontemplation* Stadium ein Verhalten in den nächsten sechs Monaten zu verändern) als problematisch angesehen werden kann, wird ein Stadienalgorithmus ohne Zeitangaben zugunsten der Unterscheidung psychologischer Merkmale in den Stadien empfohlen und in dieser Studie verwendet (Lippke et al. 2009: 183–193).

Akkulturation

Wenn Menschen in eine neue Umgebung kommen, dann ist es wichtig, dass sie sich zunehmend in ihrer neuen Umgebung wohl fühlen und in die neue Umgebung hineinwachsen. Dieses Hineinwachsen, auch *Akkulturation* genannt, hat sich als förderlich erwiesen, um soziale Unterstützung zu erhalten (Solberg 1997: 182–201) und sich aufgrund des sozialen Anschlusses wohler zu fühlen (Magnet de Saissy 2009: 291–300; Torres & Solberg 2001: 53–63). Eine internationale Universität bietet genau diese Situation: Junge Menschen kommen aus aller Welt in eine neue Umgebung, die für sie zunächst ungewohnt und durch unterschiedlichste Kulturen geprägt ist.

Berry (1997: 5–68) beschreibt in seinem Akkulturationsmodell Strategien der Akkulturation. In verschiedenen Studien wurden der subjektive Gesundheitszustand und diverse Gesundheitsverhaltensweisen von Immigrantinnen und Immigranten mit deren Akkulturation in das neue Heimatland untersucht. Die Ergebnisse bestätigen dabei überwiegend die positive Beziehung zwischen Akkulturation und körperlicher Bewegung sowie dem allgemeinen Wohlbefinden (z. B. Sieberer et al. 2009: 170–179; Wolin et al. 2006: 266–272) der Immigrantinnen und Immigranten. Positive Gesundheitseffekte durch Akkulturation zeigen sich insbesondere, wenn der sozioökonomische Status der Immigrierenden berücksichtigt wird. So berichten Forscher in den USA (Fuller Thomson et al. 2013; Aqtash & van Servellen 2013: 466–477), Kanada (Ng 2011: 1–5) und Deutschland (Kreft & Doblhammer 2012: 1046–1055), dass ein hohes Maß an Akkulturation bei gleichzeitig hoher Bildung mit einem Anstieg von körperlicher Aktivität einhergeht.

Gerber et al. (2012: 313–341) fanden in einer Meta-Analyse mit 44 Studien, dass in lediglich 57 % dieser Untersuchungen Akkulturation mit gesteigerter körperlicher Aktivität assoziiert ist und dass Alter, Geschlecht und Herkunftsland der

Migrantinnen und Migranten keinen Einfluss zu nehmen scheinen. Es bleibt also die Frage, ob dieser generelle Trend sich auch an einer deutschen internationalen Universität wiederfinden lässt. Entsprechend wurde eine Studie geplant, in der der Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Akkulturation der Studierenden untersucht werden sollte. Zur Einschätzung der eigenen Akkulturation wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der vorliegenden Studie gebeten einzuschätzen, wie sehr sie sich an der Universität zu Hause und wie sehr sie sich als Deutsche fühlen (vgl. SOEP Fragebogen, DIW Berlin 2012: 107).

Forschungsfragen

Die beiden folgenden Forschungsfragen sollten untersucht werden:

1. *Bedarfsanalyse zu Prämessung:* Wer ist noch nicht ausreichend körperlich aktiv und in welchen Bereichen sollten Angebote optimiert werden? *Oder anders ausgedrückt:*
Wie sind die (a) Bereitschaft und das bisherige Verhalten bzgl. der Nutzung von (b) verschiedenen universitären Sportstätten ausgeprägt und gibt es jeweils Unterschiede zwischen Studierenden, Beschäftigten und Externen?
2. *Prozessevaluation zu Nacherhebung:* Wer ist ausreichend körperlich aktiv und welche Gewinne hinsichtlich Akkulturation und subjektiver Gesundheit gehen mit der Aufnahme und Aufrechterhaltung von körperlicher Aktivität einher? *Oder anders ausgedrückt:*
Wie sind die (a) Bereitschaft und das bisherige Verhalten bzgl. körperlicher Aktivität nach erfolgter Verhältnisintervention ausgeprägt und (b) sind Personen in aktiven Sportstadien besser akkulturiert und gesünder?

3 Methode

Studiendesign

Die Studie wurde mit zwei Befragungsmesszeitpunkten durchgeführt. Der erste Messzeitpunkt (*Prämessung*) erfolgte im Herbst 2011 (s. Abbildung 1), knapp ein halbes Jahr vor der Fertigstellung und Eröffnung des Sportzentrums und fand als Online-Befragung statt. Die Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer wurden durch E-Mails, die an verschiedene E-Mail-Verteiler verschickt wurden, rekrutiert: Studierende, Mitarbeitende und Hochschulassozierte wurden angeschrieben und gebeten, an der Befragung im Internet teilzunehmen. Das Ausfüllen des Fragebogens dauerte ca. zehn Minuten. Als Anreiz zur Befragung wurde die Teilnahme an einer Lotterie in Aussicht gestellt, bei denen drei Gewinner ausgelost wurden, die

jeweils einen 30 Euro Gutschein für den Campus-Shop erhielten (zum Kauf von z. B. T-Shirts, Sportbekleidung oder Tassen).

Ungefähr 18 Monate später wurde eine *Nacherhebung* durchgeführt: Im Frühjahr 2013, als das Sportzentrum im zweiten Semester in Betrieb war, wurde eine schriftliche Befragung durchgeführt (s. Abbildung 1). Dazu rekrutierten studentische Forschungsassistentinnen und -assistenten Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer auf dem Campus und in der Nachbarschaft (z. B. am nahegelegenen S-Bahnhof und vor einem Einkaufszentrum). Es wurde ein zweiseitiger Fragebogen ausgegeben. Die Beantwortung dauerte fünf bis zehn Minuten.

Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer

Prämessung

An der Prämessung nahmen 417 Personen teil, darunter 257 Studierende (62 %), 73 Beschäftigte (18 %) und 87 Externe (21 %). 103 Männer (25 %) und 129 Frauen (25 %) nahmen an der Befragung teil, 185 Personen machten keine Angabe zu ihrem Geschlecht (44 %). Die Befragten waren zwischen 17 und 78 Jahre alt, im Durchschnitt 27,2 Jahre (SD = 11,40).

Die rekrutierten Studierenden waren im Durchschnitt 22,1 Jahre alt (SD = 3,61), Beschäftigte/Externe 41,59 Jahre (SD = 13,35). In der Gruppe der Studierenden waren annähernd gleich viele Männer, Frauen und Personen, die ihr Geschlecht nicht angaben. In der Gruppe der Beschäftigten/Externen machten 62 % keine Angabe zu ihrem Geschlecht, weitere 24 % waren Frauen und 14 % waren Männer. Von den Beschäftigten/Externen bezeichneten sich 26 % als Single, bei den Studierenden waren dies 61 %. Von den Beschäftigten und Externen gaben 6 % das Abitur als ihren höchsten Schul-/Studienabschluss an, 6 % den Bachelor- und 26 % einen Masterabschluss, 62 % berichteten einen anderen Abschluss. 26 % der Studierenden gaben an, bisher nur das Abitur zu haben, 23 % einen Bachelor- und 16 % einen Masterabschluss, 35 % machten keine Angaben. Alle Unterschiede zwischen den Beschäftigten/Externen und Studierenden waren statistisch bedeutsam ($p < .01$).

Nacherhebung

An der Nacherhebung nahmen 289 Personen teil, davon 169 Beschäftigte oder Externe (58 %) und 120 Studierende (42 %). 142 Männer (50 %) und 140 Frauen (48 %) nahmen an der zweiten Befragung teil, sechs Personen machten keine Angabe zu ihrem Geschlecht (2 %). Die Befragten waren zwischen 10 und 84 Jahre alt, im Durchschnitt 33,5 Jahre (SD = 19,88).

Die teilnehmenden Studierenden waren im Durchschnitt 21,3 Jahre alt (SD = 3,27), Beschäftigte/Externe 42,4 Jahre alt (SD = 22,07). In der Gruppe der Studierenden waren mehr Männer als Frauen (59 % Männer). In der Gruppe der Beschäftigten/Externen war dies umgekehrt: die Gruppe bestand aus 56 % Frauen.

Von den Beschäftigten/Externen gaben 52 % als aktuellen Beziehungsstatus „Single“ an, bei den Studierenden waren dies 73 %.

Von den Beschäftigten und Externen gaben 43 % das Abitur als höchsten Schul-/Studienabschluss an, 12 % einen Bachelor- und 12 % einen Masterabschluss, 33 % berichteten einen anderen Abschluss. 61 % der Studierenden gaben an, bisher nur das Abitur zu haben, 30 % einen Bachelor- und 8 % einen Masterabschluss, 2 % machten keine Angaben. Alle Unterschiede zwischen den Beschäftigten/Externen und Studierenden waren signifikant ($p < .01$).

Messinstrumente

Prämessung

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden zunächst gebeten, sich einer der folgenden Gruppen zuzuordnen: „Ich bin derzeit... (1) ein Studierender an der Jacobs University (Bachelor, Master, PhD), (2) ein Angestellter an der Jacobs University oder (3) ein anderweitig Hochschulassoziierter der Jacobs University (z. B. Familienmitglied eines Angestellten).“

Zur Erfassung des *psychologischen Stadiums* für körperliche Aktivität wurde ein validierter Stadienalgorithmus von Lippke et al. (2009) verwendet. Die Teilnehmenden wurden gefragt, ob sie sich im vergangenen Monat an mindestens fünf Tagen pro Woche 30 Minuten oder länger (oder mehr als 2,5 Stunden in der Woche) intensiv bewegt hatten. Die Zuordnung zu Stadien erfolgte anhand der Einschätzung des Befragungsteilnehmers, welche der Aussagen auf ihn/sie am besten zutreffen würde: „Nein, und ich habe es auch nicht vor.“ (PC), „Nein, aber ich denke darüber nach.“ (C), „Nein, aber ich habe die feste Absicht dazu.“ (P), Ja, aber es fällt mir sehr schwer.“ (A) oder „Ja, und es fällt mir gar nicht schwer.“ (M).

Das gegenwärtige *Verhalten* wurde mit der Aussage „Derzeit nutze ich die Sportanlagen auf dem/zugehörig zum Campus (wöchentlich)...“ erfasst, die im Folgenden durch spezifische Angebote ergänzt wurde: (1) „Sporthalle“, (2) „Fitnesscenter“, (3) „Außensportanlagen (Fußballfeld)“ und (4) „Schwimmhalle in der Nähe des Campus“. Das Antwortformat war sechsstufig und reichte von „stimmt überhaupt nicht“ (1) bis „stimmt ganz genau“ (6).

Zur Erfassung der *Intention* wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gebeten, die Aussage „Ich habe die Absicht, folgende Angebote wöchentlich zu nutzen...“ hinsichtlich der Optionen (1) „Sporthalle“, (2) „Fitnesscenter“, (3) „Außensportanlagen (z. B. Fußballfeld)“ und (4) „Schwimmhalle in der Nähe des Campus“ zu bewerten. Das Antwortformat war ebenfalls sechsstufig und reichte von „stimmt überhaupt nicht“ (1) bis „stimmt ganz genau“ (6).

Nacherhebung

Zur Erfassung des *psychologischen Stadiums* für körperliche Aktivität wurde das gleiche Instrument (Lippke et al. 2009: 183–193) wie in der Prämessung verwendet (s. oben). Der *subjektive Gesundheitszustand* wurde mit der Frage „Wie würden Sie Ihren

gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?“ erfasst. Das Antwortformat war fünfstufig und reichte von „schlecht“ (1) bis „sehr gut“ (5). *Akkulturation* wurde mit zwei Items erfasst: „Wie sehr fühlen Sie sich als Deutscher?“ (diw Berlin 2012: 107) und „Wie sehr fühlen Sie sich an der Jacobs University zu Hause?“ Das Antwortformat war fünfstufig und reichte von „überhaupt nicht“ (1) bis „ganz“ (5).

4 Ergebnisse

Prävalenzen Bewegungsstadien zur Prämessung

Von den Personen, die zur Prämessung befragt wurden, antworteten 228 auf die Frage zum Sportstadium. Von diesen gaben 16 % an, bisher nicht 5x30 Minuten körperliche Aktivitäten ausgeübt zu haben und dies auch nicht vorzuhaben (PC Stadium, vgl. Tabelle 1). Ebenfalls nicht aktiv zu sein aber darüber nachzudenken, damit zu starten, gaben 14 % der Befragten an (C Stadium). 12 % berichteten, dass sie zwar noch nicht aktiv seien, aber die feste Absicht dazu hätten (P Stadium). Bereits aktiv zu sein, gaben insgesamt 58 % der Befragten an, von diesen wiederum berichtete jeder Dritte, dass ihm dies sehr schwerfallen würde (A Stadium), und die übrigen gaben an, dass es ihnen gar nicht schwer fiel (M Stadium).

Tabelle 1: Prävalenzen körperliche Aktivität 5x30 min vor der Verhältnisintervention (Prämessung)

	PC	C	P	A	M	Gesamt
Studierende	11,1 % (19)	12,3 % (21)	12,3 % (21)	26,3 % (45)	38,0 % (65)	100,0 % (171)
Beschäftigte	27,8 % (10)	25,0 % (9)	11,1 % (4)	16,7 % (6)	19,4 % (7)	100,0 % (36)
Externe	38,1 % (8)	4,8 % (1)	9,5 % (2)	19,0 % (4)	28,6 % (6)	100,0 % (21)
Gesamt	16,2 % (37)	13,6 % (31)	11,8 % (27)	24,1 % (55)	34,2 % (78)	100,0 % (228)

Anmerkung. In Klammern die Anzahl von Personen. PC, Präkontemplation, C, Kontemplation, P, Präparation, A, Aufnahme, M, Aufrechterhaltung/Maintenance.

Unterschiede zwischen Studierenden, Beschäftigten und Externen fallen hinsichtlich der Anteile von aktiven Personen auf (Tabelle 1): Während bei den Studierenden zwei von drei der Befragten im A und M Stadium waren (64 %), war dies bei den befragten Externen nur jeder Zweite (48 %) und bei den Beschäftigten nur jeder Dritte (35 %).

Wurden die Externen und Beschäftigten zusammengefasst (um genügend große Zellgrößen zu erreichen), ergaben sich bedeutsame Unterschiede auch in einem signifikanten Chi²-Wert (Chi²(4) = 14,04; $p = .01$). Die Bedarfsanalyse zeigte also, dass vor allem bei den Hochschulbeschäftigten (und Externen) Bedarf bestand, körperliche Aktivität zu fördern. Um genauer festzustellen, in welchen Bereichen Angebote optimiert werden sollten, wurden Nutzung (Verhalten) und Wünsche (Intentionen) anschließend genauer betrachtet.

Nutzung und Wünsche: In welchen Bereichen besteht Änderungsbedarf?

Alle Befragten wurden nach ihrer bisherigen Nutzung von Sporthalle, Fitnesscenter, Außensportanlagen und der Schwimmhalle auf dem bzw. in der Nähe des Campus‘ befragt. Dabei zeigte sich, dass Studierende alle Sport-Einrichtungen schon sehr viel häufiger nutzen und dies auch in Zukunft beabsichtigten als Beschäftigte und Externe (Tabelle 2; $F(16) = 4,98$; $p < .01$).

Alle Unterschiede zwischen den Studierenden mit den anderen beiden Gruppen waren statistisch bedeutsam ($p \leq .01$). Die Unterschiede zwischen Beschäftigten und Externen waren nicht statistisch bedeutsam bei der Betrachtung des Verhaltens und der Intention ($p > .33$) mit einer Ausnahme: Die Intention zur Benutzung der Schwimmhalle unterschied sich bei den drei Gruppen nicht ($F = 1,94$; $p = .15$).

Tabelle 2: Verhalten und Intention von den drei Gruppen hinsichtlich verschiedener Sporteinrichtungen auf dem bzw. in der Nähe des Campus⁶

	Studierende n ≤ 228	Beschäftigte n ≤ 58	Externe n ≤ 62	Gesamt n ≤ 348
<i>Sporthalle</i>				
Verhalten	2,93 (2,01)	1,33 (,96)	1,38 (1,18)	2,40 (1,90)
Intention	4,37 (1,74)	3,52 (1,72)	2,86 (2,13)	4,05 (1,86)
<i>Fitnesscenter</i>				
Verhalten	2,61 (1,90)	1,15 (0,61)	1,26 (,97)	2,13 (1,78)
Intention	4,31 (1,81)	3,39 (1,73)	2,89 (1,92)	3,98 (1,88)
<i>Außensportanlagen</i>				
Verhalten	2,70 (1,78)	1,33 (0,89)	1,26 (1,04)	2,22 (1,69)
Intention	3,89 (1,82)	2,18 (1,60)	1,97 (1,84)	3,42 (1,95)
<i>Schwimmhalle</i>				
Verhalten	1,81 (1,53)	1,14 (0,58)	1,50 (1,34)	1,64 (1,40)
Intention	3,10 (1,87)	2,63 (1,77)	2,59 (1,95)	2,97 (1,87)

Anmerkung. Alle Bereiche wurden mittels Zustimmungsskalen erhoben, bei denen die Befragten ihre Antwort auf einer Skala mit den Ankern von "stimmt überhaupt nicht" (1) bis "vollkommen richtig" (6) geben konnten.

Wurden die drei Gruppen nach ihren Intentionen befragt, verschiedene Sportangebote zu nutzen, zeigte sich, dass diese Intentionen sehr viel höher waren als die Angaben zum Verhalten (ca. 1,5 Punkte auf der Skala) – und dies bei allen drei Gruppen gleichermaßen. Die Gruppe der Studierenden berichtete die höchsten Intentionen innerhalb der drei Gruppen (alle Intention zu Campus-Anlagen über dem Skalenmittelpunkt von 3,5), gefolgt von den Beschäftigten, die bei allen Angeboten auf dem Campus jedoch noch höhere Intentionen berichteten (Sporthalle und Fitnesscenter annähernd am Skalenmittelpunkt) als Externe (deutlich unter dem Skalenmittelpunkt). Nur bei der Befragung bezüglich des Schwimmbades in der Nähe des Campus⁶ gaben Beschäftigte und Externe gleichermaßen an, dass sie „eher nicht“ bis „mittelmäßig“ intendierten, dieses auch in Zukunft zu nutzen.

Die *Bedarfsanalyse* mittels dieser Maße zeigte also, dass viel Potential bestand, vor allem bei den Angeboten auf dem Campus die Qualität und die Verfügbarkeit zu optimieren, um insbesondere Beschäftigte darin zu unterstützen, körperlich aktiver zu werden. Dies wurde entsprechend im Anschluss realisiert: Mit der Fertigstellung des Sportgebäudes wurde das Fitnesscenter eingerichtet, die Sporthal-

lenbenutzung optimiert und im Außenbereich ein Beachvolleyballfeld neu eingerichtet sowie Fußballfelder, Tennis- und Basketballfelder instand gesetzt. Anschließend wurden niederschwellige Maßnahmen für Studierende und Beschäftigte durchgeführt, die die Verfügbarkeit salient machen sollten (Vorträge, Workshops, Rund-E-Mails zu Öffnungszeiten und zum Erwerb von Nutzerkarten). Nach einigen Monaten wurde das Bewegungsverhalten erneut erhoben (Nacherhebung, s. im Folgenden).

Prävalenzen Bewegungsstadien zur *Nacherhebung*

Von den Personen, die an der Nachbefragung teilnahmen, antworteten 276 auf die Frage zum Sportstadium. Von diesen gaben 15 % an, bisher nicht 5x30 Minuten körperliche Aktivitäten pro Woche auszuüben und dies auch nicht vorzuhaben (PC Stadium, vgl. Tabelle 3). Ebenfalls nicht aktiv zu sein aber darüber nachzudenken, damit zu starten, gaben 14 % der Befragten an (C Stadium). Lediglich 5 % berichteten, dass sie zwar noch nicht aktiv seien, aber die feste Absicht dazu hätten (P Stadium).

Bereits aktiv zu sein gaben insgesamt 62 % der Befragten an, von diesen wiederum berichtete jeder Dritte, dass ihm dies sehr schwer fiel (*A Stadium*), und die Übrigen gaben an, dass es ihnen gar nicht schwer fallen würde (*M Stadium*). Damit sind die Prävalenzen der Gruppen (Studierende, Beschäftigte und Externe) annähernd gleich mit denen zur Prämessung. Unterschiede zwischen den Gruppen zeigten sich ähnlich wie zur Prämessung ($\chi^2(4) = 16,89$; $p < .01$).

Tabelle 3: Prävalenzen körperliche Aktivität 5x30 min *nach* der Verhältnisintervention

	PC	C	P	A	M	Gesamt
Studierende	25,8 % (31)	20,0 % (24)	7,5 % (9)	35,0 % (42)	11,7 % (14)	100,0 % (120)
Beschäftigte/Externe	6,4 % (10)	9,6 % (15)	3,2 % (5)	16,0 % (25)	64,7 % (101)	100,0 % (156)
Gesamt	14,9 % (41)	14,1 % (39)	5,1 % (14)	24,3 % (67)	41,7 % (115)	100,0 % (276)

Jedoch zeigten sich deutliche Unterschiede, wenn die Gruppen differenziert wurden: Bei den Studierenden gab es zum Nacherhebungszeitpunkt mehr Befragte, die nicht darüber nachdachten, aktiv zu werden (PC, 14 % mehr als Prä; s. Abbildung 2), oder darüber nachdachten, aber nicht entschieden waren, ob sie es werden sollten (C, 8 % mehr als Prä).

Positiv war, dass jede(r) dritte Studierende aktiv war, auch wenn ihr oder ihm dies sehr schwer fiel (A, 9 % mehr als Prä). Auch wenn immer noch ca. jede(r) zehnte Studierende aktiv war und ihr oder ihm dies keine Schwierigkeiten bereitete, war diese Anzahl deutlich niedriger als zur Prämessung (M, 26 % vs. 12 %). Die Beschäftigten und Externen hingegen schienen aktiver geworden zu sein und damit auch wenig Schwierigkeiten zu haben (M, ca. 40 % mehr als Prä, s. Abbildung 2).

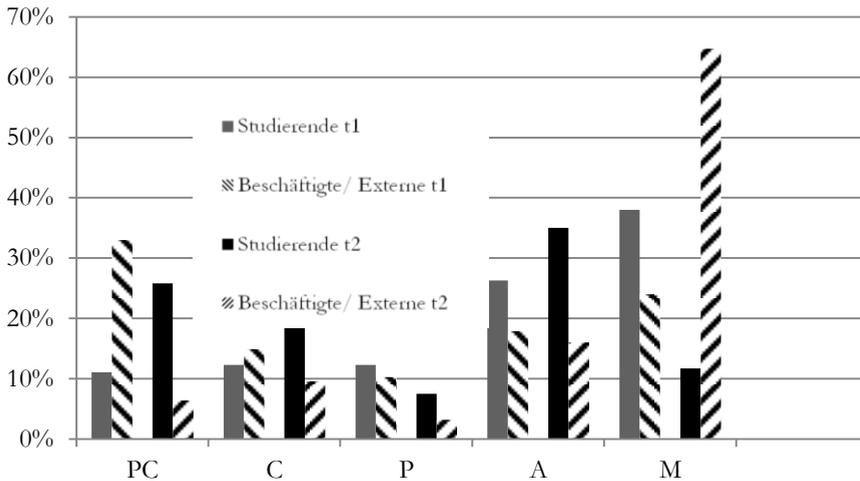
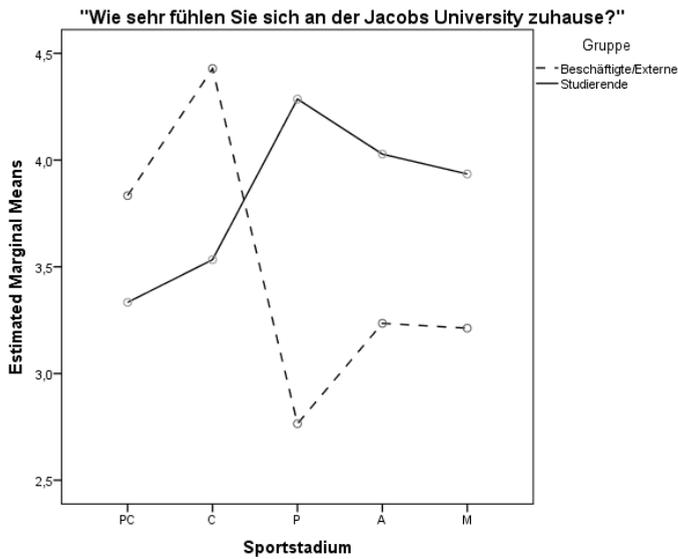
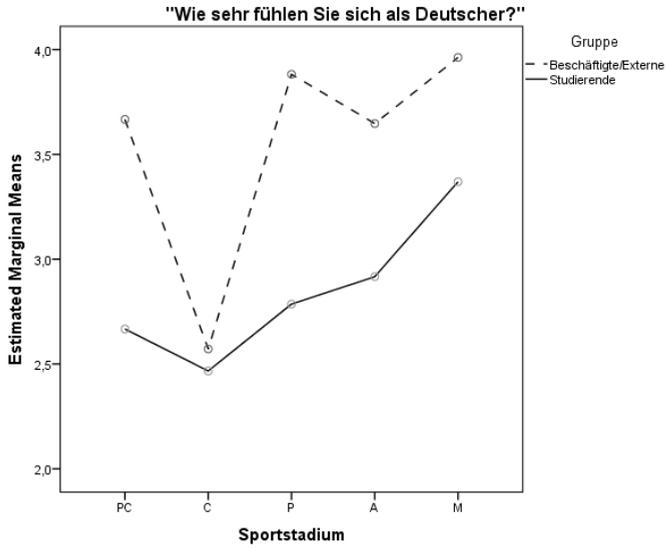


Abbildung 2: Personen, die in den verschiedenen Stadien sind (prozentuale Anteile) zu t1 und t2

Bewegungsstadien, Akkulturation und subjektive Gesundheit

Um festzustellen, ob bei der Gruppe der Studierenden und der der Externen/Beschäftigten Akkulturation und subjektive Gesundheit mit der Bereitschaft bzw. dem tatsächlichen Bewegungsverhalten zusammenhing, wurde eine zweifaktorielle MANOVA gerechnet. Als erster Faktor wurde bestätigt, dass sich die Bewegungsgruppen signifikant hinsichtlich Akkulturation und subjektiver Gesundheit unterscheiden ($F = 3,52$, $p < .01$; $\text{Eta}^2 = .06$). Auch der Faktor Gruppeklärte signifikant Varianz auf ($F = 10,23$, $p < .01$; $\text{Eta}^2 = .12$) und die Interaktion der beiden Faktoren war bedeutsam ($F = 2,44$, $p < .01$; $\text{Eta}^2 = .04$).



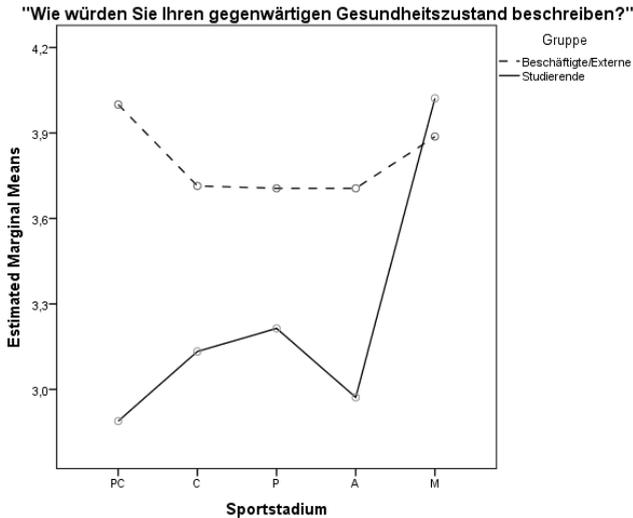


Abbildung 3: Mittelwerte der verschiedenen Sportstadien und Gruppen für die Akkulturations-Items und der subjektiven Gesundheit.

Die Mittelwerte der einzelnen Variablen sind in der Abbildung 3 wiedergegeben. Anhand der Zwischensubjekteffekte wird deutlich, dass sich Studierende von allen anderen nur hinsichtlich des ersten Akkulturations-Items ($F = 12,42$, $p < .01$; $\text{Eta}^2 = .05$) und der Gesundheit ($F = 12,85$, $p < .01$; $\text{Eta}^2 = .05$) unterschieden. Gleiches galt für das Bewegungsverhalten: Personen in den unterschiedlichen Bewegungsstadien unterschieden sich bedeutsam hinsichtlich der Angabe, wie sehr sie sich in Deutschland integriert fühlen ($F = 4,54$, $p < .01$; $\text{Eta}^2 = .07$) und wie gut sie ihre Gesundheit einschätzen ($F = 5,43$, $p < .01$; $\text{Eta}^2 = .08$).

Das Item zur Integration an der Universität wurde nur hinsichtlich der Interaktion signifikant: Hier schienen bei den Studierenden das Bewegungsverhalten (inkl. der konkreten Entscheidung dazu) mit einer besseren Integration einherzugehen. Bei den Externen/Beschäftigten schienen eher die inaktiven Befragten besser in die Universität integriert zu sein ($F = 3,45$, $p = .01$; $\text{Eta}^2 = .06$).

5 Diskussion

Diese Studie hatte als Ziel, den Bedarf für bewegungsorientierte Gesundheitsförderung an einer Universität mit internationalen Studierenden zu erheben, eine Verhältnisförderung zu begleiten und das Bewegungsverhalten von Studierenden, Beschäftigten und Hochschulassoziierten zu erfragen. Dazu wurde eine Bedarfsanalyse zur Prämessung mit 417 Personen und eine Prozessevaluation zur Nacherhebung mit 289 Personen durchgeführt.

Zusammengefasst können die beiden Forschungsfragen wie folgt beantwortet werden. Die *Bereitschaft und das bisherige Verhalten bezüglich regelmäßiger Bewegung* zeigte deutlich Potential für Maßnahmen: Zwar übte mehr als jede(r) zweite Befragte schon körperliche Aktivitäten aus, aber nur jedem Dritten fiel dies leicht (alle anderen sind noch nicht ausreichend körperlich aktiv). Die übrigen Befragten könnten von Maßnahmen profitieren, die ihnen die Aufnahme (mehr als jede(r) dritte Befragte) bzw. die Aufrechterhaltung (jede(r) vierte Befragte) erleichtern würde. Die Bereitschaft für Bewegung war nur bei einem von sechs der Befragten nicht zu erkennen (PC). Dieser Anteil war bei den Externen besonders ausgeprägt und bei den Beschäftigten deutlich höher als bei den Studierenden.

Die *Bereitschaft und das bisherige Verhalten bzgl. der Nutzung von verschiedenen universitären Sportstätten* waren deutlich unterschiedlich ausgeprägt: Die Bereitschaft, die auch als Wunsch gewertet werden kann, war bei allen drei Befragungsgruppen deutlich höher als das bisherige Nutzungsverhalten. Bedarf gab es vor allem bei der Sporthalle, dem Fitnesscenter und den Außensportanlagen. Weniger Bedarf ließ sich bezüglich der Schwimmhalle erkennen.

Mit Ausnahme der Schwimmhalle waren die Unterschiede zwischen den Gruppen alle bedeutsam. Es lässt sich also darauf schließen, dass die Studierenden am meisten Bedarf für eine bewegungsorientierte Gesundheitsförderung haben, gefolgt von den Beschäftigten.

Nach der *Verhältnisförderung* in Form von Inbetriebnahme des neuen Sportzentrums inkl. Fitnesscenter und Sporthalle wurden wiederum die Bereitschaft und das Verhalten der Studierenden und Beschäftigten/Externen erhoben, indem die Stadien zur körperlichen Aktivität gemessen wurden. Während nun fast vier von fünf der Beschäftigten/Externen angaben, ausreichend körperlich aktiv zu sein, war es bei den Studierenden nur noch weniger als jeder Zweite. Dies ist zwar noch der Großteil der Befragten, jedoch scheint der Anteil bei den Studierenden weniger geworden zu sein gegenüber der Prämessung. Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass dies *keine Messwiederholung* war sondern zufällig Personen befragt wurden und sich die beiden Gruppen wahrscheinlich auch durch ihre persönlichen Charakteristika unterscheiden, ohne dass dies primär mit der Verhältnisförderung im Zusammenhang steht.

Um zu ermitteln, welche Gewinne hinsichtlich *Akkulturation* und subjektiver Gesundheit mit der Aufnahme und Aufrechterhaltung von körperlicher Aktivität einhergehen, wurden zwei Akkulturations-Items und ein Item zur Messung der subjektiven Gesundheit evaluiert. Dabei zeigte sich, dass sich Beschäftigte/Externe von Studierenden unterscheiden: Beschäftigte/Externe scheinen stärker akkulturiert (was wenig verwunderlich ist, da die Studierenden größtenteils internationale Studierende aus dem Ausland sind). Beschäftigte/Externe schätzen ihre subjektive Gesundheit auch besser ein als Studierende. Hier gibt es jedoch einen Interaktionseffekt: Während bei Beschäftigten/Externen kein Zusammenhang zwischen Akkulturation oder Gesundheit und Bewegungsstadien zu beobachten ist, zeigten die Studierenden einen deutlichen Zusammenhang. Mit steigender Bereitschaft bzw.

Aufnahme des Bewegungsverhaltens stieg auch die Akkulturation bzw. die Gesundheit. Es scheint also auch ein förderlicher Aspekt hinsichtlich der Akkulturation bei den internationalen Studierenden vorzuliegen. Dies ist ein wichtiger Befund, weil damit deutlich wird, dass Bewegung nicht nur direkt gesundheitsförderlich ist, sondern auch zu Integration/Akkulturation beitragen und dadurch langfristig das Wohlbefinden und den Erfolg im Studium an einem fremden Ort fördern kann.

Einschränkungen und Empfehlungen für weitere Studien

Wie oben schon angemerkt, ist zu beachten, dass die vorliegende Studie verschiedene Einschränkungen aufweist. Dazu zählt insbesondere das *Studiendesign*: Idealerweise wären die gleichen Personen zur Prä- und Postmessung befragt worden und ihre Daten so zusammengefügt worden, dass eine tatsächliche Messwiederholung vorliegen würde. Diese Zusammenfügung der Daten war aus verschiedenen Gründen nicht möglich, insbesondere da während der Bedarfsanalyse nicht vorgesehen war, eine Nachbefragung durchzuführen. Entsprechend wurden keine IDs, Namen bzw. E-Mails erfragt. Die Entscheidung, eine Nacherhebung durchzuführen wurde getroffen, da ein Querschnitt erhoben werden und die Frage nach dem Zusammenhang von Bewegungsverhalten und subjektiver Gesundheit bzw. Akkulturation untersucht werden sollte. Demnach sollten zukünftige Studien individuelle Längsschnitts-Daten erheben (vgl. Abbildung 1) und damit möglicherweise auch Kausalmodelle untersuchen lassen, z. B. ob diejenigen, die die Angebote außerhalb des Campus nutzen, möglicherweise leichter akkulturieren und ob Angebote auf dem Campus stärker integrierend gestaltet werden müssten. Auch wäre es wichtig, die gefundenen Zusammenhänge zwischen Bewegungsbereitschaft/-verhalten und Akkulturation experimentell zu überprüfen: Wirkt sich die Förderung des Bewegungsverhaltens auch direkt auf die Akkulturation aus oder gibt es noch andere Faktoren, die dies erklären? Es könnte auch der entgegengesetzte Kausalzusammenhang vorliegen, dass diejenigen, die besser akkulturiert sind, mit größerer Wahrscheinlichkeit körperlich aktiv sind und bleiben (Gerber, Barker & Pühse 2012: 313–341).

Ferner unterliegen die Messzeitpunkte möglicherweise *saisonalen Effekten*: Die Prämessung wurde im Herbst durchgeführt, möglicherweise hatten die Studierenden zu diesem Zeitpunkt weniger Zeiteinschränkungen durch ihr Studium und waren deswegen körperlich aktiver als zur Nacherhebung im Frühjahr kurz vor Ende des Studienjahres. Entsprechend sollten zukünftige Studien möglichst gleiche Jahreszeiten für die Erhebungen vorsehen oder über längere Zeiträume die Erhebung laufen lassen.

Auch wenn die Messungen reine *Selbsteinschätzungen* waren, kann davon ausgegangen werden, dass die Angaben zuverlässig sind. Insbesondere subjektive Gesundheit, Akkulturation und Wünsche/Intentionen lassen sich nur in dieser Form erheben. Verhalten hätte jedoch auch zusätzlich noch objektiv erhoben, z. B. durch Beobachtungen an den verschiedenen Sportangeboten oder durch Registrierungen,

bei der die Sportstättennutzungen gemessen werden können. Dies kann als Empfehlung für zukünftige Studien gegeben werden, um die Zuverlässigkeit der Ergebnisse zu erhöhen.

Darüber hinaus ist unklar, ob durch die unterschiedlichen *Erhebungsmodi* (Online vs. Papierversion) Verzerrungen der Ergebnisse eingetreten sind. Sicherlich wäre es sinnvoll, nur eine der beiden Varianten einzusetzen bzw. zu jedem Messzeitpunkt beide Methoden zum Einsatz zu bringen und die Unterschiede zu ermitteln. In zukünftigen Studien sollte mithilfe der gleichen Erhebungsmethode gearbeitet werden. Es sollte erhoben werden, ob sich Unterschiede zwischen Personen zeigen, die die neuen Maßnahmen nutzen oder ob sich zumindest ein Zusammenhang zwischen der Nutzungsfrequenz und den Angeboten auf dem Campus herstellen lässt. Hinsichtlich der *Externen* ist fraglich, ob alle von den Nutzungsmöglichkeiten für sie auf dem Campus wissen. In zukünftigen Studien sollte expliziter gefragt werden, ob Angebote auf dem Campus und in der Umgebung bekannt sind oder als nutzbar wahrgenommen werden.

Insbesondere in Bezug auf *Akkulturationspotentiale* durch Bewegungsangebote könnte dies weiter eruiert werden. Gleichzeitig erscheint es notwendig, die gefundenen Effekte auch bei unterschiedlichen Migrantinnen- und Migrantengruppen zu replizieren: Die positiven Zusammenhänge von Akkulturation und körperlicher Aktivität sind möglicherweise nicht für jede Gruppe gleichermaßen zu erwarten. Die Teilnahme an sportlichen Aktivitäten kann durch kulturspezifische Überzeugungen motiviert sein. So zeigte sich in einer Untersuchung aus den Niederlanden, dass Akkulturation für türkische Migrantinnen mit gesteigerter Teilnahme an Bewegungsaktivitäten assoziiert war, nicht aber für marokkanische Migrantinnen (Hosper et al. 2008: 95–100). Es muss zudem berücksichtigt werden, dass die in dieser Studie gefundenen Akkulturationseffekte gegebenenfalls auf das relativ hohe Bildungsniveau in der Stichprobe zurückzuführen sind. Andererseits sind dies wichtige Befunde für Hochschulen oder andere Bildungseinrichtungen mit einem zunehmenden Anteil von Studierenden aus fremden Kulturkreisen.

Implikationen für weitere bewegungsorientierte Gesundheitsförderungsmaßnahmen

Die Ergebnisse zeigen *Potentiale von körperlicher Aktivität als Medium zur Steigerung der sozialen Integration von Menschen mit Migrationshintergrund*. Diese sollten anerkannt und gesellschaftspolitisch gefördert werden. Dem präventiven Charakter von Bewegung und Sport bei seelischen Störungen und psychischen Beeinträchtigungen, die bei Migrantinnen und Migranten gehäuft zu beobachten sind (Claassen et al. 2005: 540–549), sollte zusätzlich mehr Beachtung geschenkt werden.

Dazu bietet es sich an, Sportkurse in Sprachkurse oder andere interkulturelle Aktivitäten an Hochschuleinrichtungen zu integrieren. Mögliche Zugangsbarrieren wie Informationsdefizite über bestehende Angebote, zeitliche oder finanzielle Ressourcen oder kulturell abweichende Interpretationen des Gesundheitswertes der

körperlichen Aktivität sollten antizipiert werden (Crespo 2000:36–51; Wolin et al. 2006: 266–272; Hosper et al. 2008: 95–100). Beispielsweise sollten Informationen zur Förderung körperlicher Aktivität und deren präventiver Charakter auf weniger akkulturierte Immigrantinnen und Immigranten zugeschnitten werden und dabei auf Zeitungen und Magazine, TV und Radio zurückgegriffen werden (Pichon et al. 2007: 295–303).

Eine weitere wichtige Ressource sowohl für körperliche Aktivität (da Silva, Azevedo & Gonçalves 2013: 871–879, Schwarzer 2008: 1–29) als auch im Hinblick auf Akkulturationsprozesse (Vidal de Haymes et al. 2011: 403–426) stellt soziale Unterstützung dar. Vor diesem Hintergrund erscheint es gewinnbringend, die Verhältnisförderung durch eine Verhaltensförderungsmaßnahme zu ergänzen: Motivierte Personen können bei der Umsetzung ihrer Absichten von einer dyadischen Planungsintervention (Burkert & Knoll 2012: 525) profitieren. Die Planung körperlicher Aktivitäten erfolgt dabei mit einem Partner. Im Kontext einer internationalen Hochschule könnte dies die Schnittstelle zwischen Nachbarschaft und Hochschule darstellen, indem z. B. Studierende und Anwohner gemeinsam Aktivitäten planen. Durch die Kombination dieser zentralen Wirkfaktoren können sowohl Akkulturations- und Nachbarschaftsprozesse unterstützt als auch ein gesundheitsförderliches Verhalten angestoßen werden.

Neben den *Gewinnen durch die Verhältnisförderung* sollte dieser Beitrag Möglichkeiten aufzeigen, eine *Bedarfsanalyse und eine Evaluation* mit mehreren Messzeitpunkten durchzuführen, um die Qualität und Potentiale für Verbesserungen zu identifizieren. Dies sollte in Zukunft in der Praxis häufiger systematisch und theoriebasiert erfolgen. Zu Praxiseinrichtungen zählen neben Betrieben, öffentlichen Einrichtungen und Schulen (die schon relativ häufig entsprechend begleitet wurden) auch Hochschuleinrichtungen oder gemeindebezogene Ansätze. Die hier vorgestellte und mit einigen Verbesserungsmöglichkeiten diskutierte Methode zur Evaluation kann dabei als beispielhaft angesehen werden.

Literatur

- American Heart Association (2013): American heart association recommendations for physical activity in adults. In: American Heart Association. http://www.heart.org/HEARTORG/GettingHealthy/PhysicalActivity/StartWalking/American-Heart-Association-Guidelines_UCM_307976_Article.jsp.
- Aqtash, S. & Van Servellen, G. (2013): Determinants of health-promoting lifestyle behaviours among arab immigrants from the region of levant. In: Research in nursing and health 5/2013, 466–477.
- Bartholomew, L. K. / Parcel, G. S. / Kok, G. / Gottlieb, N. H. (2006): Planning health promotion programs : Intervention mapping (2nd Edition). John Wiley & Sons: San Francisco.

- Bartholomew, L. / Parcel, G. S. / Kok, G. / Gottlieb, N. H. / Schaalma, H. / Markham, C. / (...) Partida, S. (2006): Planning health promotion programs: An intervention mapping approach (2nd ed.). San Francisco, CA US: Jossey-Bass.
- Berry, J.W. (1997): Immigration, acculturation and adaptation. In: Applied Psychology: An International Review 1/1997, 5–68.
- Burkert, S. & Knoll, N. (2012): Dyadische Planungsintervention nach Prostatektomie. In: Psychotherapeut 6/2012, 525–230. doi:10.1007/s00278-012-0910-3.
- Claassen D. / Ascoli, M. / Berhe, T. / Priebe, S. (2005): Research on mental disorders and their care in immigrant populations: a review of publications from Germany, Italy and the UK. In: European Psychiatry 8/2005, 540–549.
- Crespo, C. J. (2000): Encouraging physical activity in minorities: eliminating disparities by 2010. In: Physician and Sports Medicine 10/2000, 36–51.
- Cruz, S. / Fabián, C. / Pagán, I. / Ríos, J. / González, A. / Betancourt, J. / (...) Palacios, C. (2013): Physical activity and its associations with sociodemographic characteristics, dietary patterns, and perceived academic stress in students attending college in Puerto Rico. In: Puerto Rico Health Sciences Journal 1/2013, 44–50.
- Da Silva, I. / Azevedo, M. / Gonçalves, H. (2013): Leisure-time physical activity and social support among Brazilian adults. In: Journal Of Physical Activity & Health 6/2013, 871–879.
- DIW Berlin/ SOEP (Ed.) (2012): SOEP 2010 – Erhebungsinstrumente 2010 (Welle 27) des Sozio-oekonomischen Panels. In: SOEP Survey Papers, 107/2012.
- Dray, J. & Wade, T. (2012): Is the transtheoretical model and motivational interviewing approach applicable to the treatment of eating disorders? A review. In: Clinical Psychology Review 6/2012, 558–565. doi:10.1016/j.cpr.2012.06.005.
- Fuchs, R. (2003): Sport, Gesundheit und Public Health. Göttingen: Hogrefe.
- Fuller-Thomson, E. / Nuru-Jeter, A. / Richardson, D. / Raza, F. / Minkler, M. (2013): The Hispanic Paradox and older adults' disabilities: is there a healthy migrant effect? In: International Journal of Environmental Research and Public Health 5/2013, 1786–1814.
- Gerber, M. / Barker, D. / Pühse, U. (2012): Acculturation and physical activity among immigrants: a systematic review. In: Journal of Public Health 3/2012, 313–341.
- Halim, M. L. / Yoshikawa, H. / Amodio, D. M. (2013): Cross-generational effects of discrimination among immigrant mothers: perceived discrimination predicts child's healthcare visits for illness. In: Health Psychology 2/2013, 203–211.

- Hosper K. / Nierkens, V. / van Valkengoed, I. / Stronks, K. (2008): Motivational factors mediating the association between acculturation and participation in sport among young Turkish and Moroccan women in the Netherlands. In: *Journal of Preventive Medicine* 1/2008, 95–100.
- Hutchison, A. J. / Breckon, J. D. / Johnston, L. H. (2009): Physical activity behavior change interventions based on the transtheoretical model: A systematic review. In: *Health Education & Behavior* 5/2009, 829–845. doi:10.1177/1090198108318491.
- Kreft, D. & Doblhammer, G. (2012): Contextual and individual determinants of health among Aussiedler and native Germans. In: *Health & Place* 5/2012, 1046–1055.
- Lippke, S. & Renneberg, B. (2006): Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens. In: B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie* (S. 35–60). Berlin: Springer.
- Lippke, S. / Ziegelmann, J. P. / Schwarzer, R. / Velicer, W. F. (2009): Validity of stage assessment in the adoption and maintenance of physical activity and fruit and vegetable consumption. In: *Health Psychology* 2/2009, 183–193. doi:10.1037/a001298.
- Magnet de Saissy, C.K. (2009): Acculturation, self-efficacy and social support among Chinese immigrants in Northern Ireland. In: *International Journal of Intercultural Relations* 4/2009, 291–300.
- Ng, E. (2011): The healthy immigrant effect and mortality rates. In: *Health Reports* 4/2011, 1–5.
- Pichon, L.C. / Arredondo, E.M. / Roesch, S. / Sallis, J.F. / Ayala, G.X. / Elder, J.P. (2007): The relation of acculturation to Latinas' perceived neighborhood safety and physical activity: a structural equation analysis. In: *Annals of Behavioral Medicine* 3/2007, 295–303.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982): Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. In: *Psychotherapy* 19/1982, 276–287.
- Rao, C. / Darshan, B. / Das, N. / Rajan, V. / Bhogun, M. / Gupta, A. (2012): Practice of Physical Activity among Future Doctors: A Cross Sectional Analysis. In: *International Journal Of Preventive Medicine* 5/2012, 365–369.
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2012): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id = 15266&p_sprache = d&p_uid = gastg&p_aid = 81619523&p_lfd_nr = 4#SEARCH = %22k %C3 %B6rperliche %20aktivit %C3 %A4t %22.

- Schwarzer, R. (2008): Modeling health behavior change: how to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. In: *Applied Psychology: An International Review* 1/2008, 1–29. doi:10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x.
- Sieberer, M. / Ziegenbein, M. / Clark, D. / Ersöz, B. / Calliess, I.T. (2009): Gesundheit und Akkulturation durch Bewegung? Ergebnisse einer Querschnittsstudie zur körperlichen Aktivität von Migranten. In: *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* (3–4)/2009, 170–179.
- Solberg, V.S. (1997): Examination of self-efficacy, social support, and stress as predictors of psychological and physical distress among Hispanic college students. In: *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 2/1997, 182–201.
- Torres, J.B. & Solberg, V.S. (2001): Role of self-efficacy, stress, social integration, and family support in Latino college student persistence and health. In: *Journal of Vocational Behavior* 1/2001, 53–63.
- Tuah, N. / Amiel, C. / Qureshi, S. / Car, J. / Kaur, B. / Majeed, A. (2011): Transtheoretical model for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults. In: *The Cochrane Database Of Systematic Reviews* 10/2011, CD008066. doi:10.1002/14651858.CD008066.pub2.
- Vidal de Haymes, M. / Martone, J. / Vidal de Haymes, M. / Martone, J. / Muñoz, L. / Grossman, S. (2011): Family Cohesion and Social Support: Protective Factors for Acculturation Stress Among Low-Acculturated Mexican Migrants. In: *Journal Of Poverty* 4/2011, 403–426. doi:10.1080/10875549.2011.615608.
- Wolin, K.Y. / Colditz, G. / Stoddard, A.M. / Emmons, K.M. / Sorensen, G. (2006): Acculturation and physical activity in a working class multiethnic population. In: *Preventive Medicine* 4/2006, 266–272.
- World Health Organization (WHO), Robert Koch Institute (2012): Global recommendations on physical activity for health. In: WHO Leaflet. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/leaflet-physical-activity-recommendations.pdf>.

Bewegungs- und Sportverhalten von Hochschulmitarbeiterinnen und -mitarbeitern

Petra Wagner, Klaus Beier & Heike Streicher

1 Betriebliches Gesundheitsmanagement an Hochschulen

In den Industrienationen befindet sich die Arbeitswelt derzeit in einem tiefgreifenden Umbruch. Die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) soll hier helfen, die Gesundheit am Arbeitsplatz zu verbessern. In der Luxemburger Deklaration vom November 1997 zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union wird dies so beschrieben: „Betriebliche Gesundheitsförderung ist eine moderne Unternehmensstrategie, die Erkrankungen am Arbeitsplatz verbessert“. Modernes betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) geht noch über die traditionellen Gesundheitsförderungsaktivitäten hinaus. Es verbindet dabei die klassischen Felder der Verhältnis- und der Verhaltensprävention mit dem Blick auf die Ressourcen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und nutzt darüber hinaus aktiv die vorhandenen modernen Managementinstrumente. Erfolgreiches BGM bezieht hierbei insbesondere auch die Führung eines Betriebes mit ein, beispielsweise über die Vorbildfunktion. Als wichtige Handlungsfelder im BGM gelten deshalb neben den klassischen gesundheitsfördernden Aktivitäten auch Maßnahmen im Bereich der Personal- und Organisationsentwicklung. Hierbei kommt der Unternehmenskultur eine wachsende Bedeutung zu (vgl. Egger & Razum 2014).

Ein Setting des betrieblichen Gesundheitsmanagements mit immenssem Potential stellen die Hochschulen dar, welche in der Wissensgesellschaft des 21. Jahrhunderts eine wesentliche Rolle spielen. Hochschulen setzen sich auf der Ebene der Forschung (und z. T. Lehre) mit dem Thema Gesundheitsförderung und Ge-

sundheitsmanagement auseinander, scheinen allerdings die gewonnenen Erkenntnisse noch kaum auf ihr hochschuleigenes Arbeitsumfeld zu übertragen (vgl. Panovsky 2009: 306). Nehmen Hochschulen die Prinzipien einer Gesundheitsfördernden Hochschule ernst, dann tragen sie nicht nur zum Wohlbefinden und zur Leistungsfähigkeit ihres wissenschaftlichen und administrativen Personals bei, sondern wirken langfristig und umfassend in die Gesellschaft hinein, indem sie künftige Führungskräfte ausbilden, die in ihrem späteren Berufsleben über die Arbeits- und Lebensbedingungen von Menschen entscheiden. In dieser Hinsicht kommt dem wissenschaftlichen und administrativen Personal einer Hochschule im Sinne einer Vorbildfunktion, einer Ethik der Beteiligung und Befähigung sowie einer gesundheitsfördernden Unternehmenskultur eine zentrale Rolle zu. Der nachfolgende Beitrag legt das Augenmerk deshalb auf die Gruppe der universitär Beschäftigten, nicht auf die Gruppe der Studierenden.

2 Gesundheit der Zielgruppe Universitätsbeschäftigte

Die „one fits it all“ Maßnahme zur Herstellung von Gesundheit kann es im BGM nicht geben, vielmehr müssen die Maßnahmen bedarfsgerecht aufgebaut sein. Hierzu ist die Kenntnis der gesundheitlichen Situation und der Lebenslagen Voraussetzung (Faller 2006: 35). Dabei sollte es gemäß einer salutogenetischen Perspektive insbesondere um die Stärkung der Kompetenzen und Ressourcen gehen (Schnabel 2006: 141). Es wurden bereits verschiedene Studien durchgeführt, die sich mit der Gesundheit der Statusgruppen an Hochschulen beschäftigen (Allgöwer, Stock & Krämer 1998; Hildebrand, Michel & Surkemper 2007). Die Studien kommen übergreifend zu dem Ergebnis, dass der allgemeine Gesundheitszustand von ca. 70 % der Beschäftigten als gut oder sehr gut bezeichnet werden kann. Zwischen den unterschiedlichen sozialen Statusgruppen sowie zwischen den Geschlechtern und Altersgruppen gab es keine signifikanten Unterschiede. Trotz des allgemein guten Gesundheitszustandes liegen physische und psychosomatische Beschwerden vor. Die am häufigsten genannten Beschwerden sind Schmerzen im Bereich des Rückens/Nackens. Das psychische Beschwerdebild „Innere Unruhe“ lag unter den ersten drei genannten Beschwerdebildern. Trotzdem bleibt für die Hochschulmitarbeiterinnen und -mitarbeiter festzustellen: „Obwohl sie bei Befragungen körperliche und seelische Beschwerden angeben, fühlen sich die Beschäftigten subjektiv nicht ‚krank‘, weil ‚krank sein‘ möglicherweise mit ‚nicht arbeitsfähig‘ ... gleichgesetzt wird“ (Hildebrand, Michel & Surkemper 2007: 23f.).

Dafür, dass es sich bei dem vermeintlich guten Gesundheitszustand von Universitätsmitarbeiterinnen und -mitarbeitern um ein reines Oberflächenphänomen handeln könnte, spricht einiges. Die überdurchschnittliche Bedeutung von Leistungsorientierung, der extrem hohe Leistungsdruck, die hohen Durchhalterwartungen und das hohe Identifikationspotential führen zu einer vermehrten Verschiebung gesundheitlich kritischer Belastungen in das Privatleben. Weiterhin ver-

stehen etwa ein Drittel der Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler unter Gesundheit die Abwesenheit von Krankheit. Häufige Coping-Strategien bestehen darin, mit den Problemen zurechtzukommen (Schnabel 2007: 42ff; Faller 2005, 2012). Diese Erkenntnisse sind vor allem für Konzepte wichtig, die Gesundheit fördern und nicht nur Krankheit verhindern wollen. Gesundheitsrelevante Negativfolgen einer entsprechenden Tendenz zur Selbstausschöpfung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern können neben langfristigen körperlichen und psychischen Erschöpfungsfolgen in einer gestörten Erholungsfähigkeit des Organismus und in einem Burnout bestehen (vgl. Faller 2006: 44f). Entsprechend sind nach Faller (2005) unter Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern die Symptome des vorzeitigen körperlich-seelischen Verschleißes, vegetativen Dystonien, chronischen Rückenbeschwerden und Psychopathien verbreitet.

3 Bewegungsverhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Universität Leipzig

Zu den Umfängen körperlich-sportlicher Aktivität von Hochschulmitarbeiterinnen und -mitarbeitern bestehen in der deutschsprachigen Literatur bisher kaum Daten (Wagner 2007). Die meisten Untersuchungen, die sich der körperlichen Aktivität von Hochschulangehörigen widmen, beschäftigen sich mit der Aktivität von Studierenden (Möllenbeck & Göring 2014). Das Aktivitätsverhalten von Hochschulmitarbeiterinnen und -mitarbeitern wird demgegenüber nur als Ausgangsbasis verschiedener Interventionen im Hochschulkontext, d. h. zur Überprüfung von Veränderungen durch eine entsprechende Intervention in den Blick genommen (Ainsworth et al. 2012; Soroush et al. 2013). Für die Gruppe der Erwachsenen in Deutschland liegen aktuelle Daten zur körperlich-sportlichen Aktivität aus dem Survey zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland vom Robert-Koch-Institut (RKI) vor (Krug et al. 2012). Für die Förderung der körperlichen Aktivität von Hochschulmitarbeiterinnen und -mitarbeitern und für die optimale Nutzung der Potentiale des Sports sind jedoch Daten zum Aktivitätsverhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter grundlegend.

Im Rahmen der körperlichen Aktivität kommt der sportlichen Aktivität auf Grund ihrer Intensität eine besondere Bedeutung für den gesundheitlichen Nutzen zu. Der Sport ist mit gesundheitsförderlichen Potentialen verbunden, die sich nicht nur über physiologische Prozesse, sondern ebenso im Zusammenhang mit psychischem Wohlbefinden, Stressregulation oder der Ausbildung sozialer Kompetenzen entfalten können (Fuchs & Schlicht 2012).

Die WHO geht davon aus, dass mindestens zwei Stunden sportliche Aktivität pro Woche notwendig sind, um gesundheitsfördernde Wirkungen zu erreichen. Dieser Wert liegt auch den Auswertungen der Gesundheitssurveys des Robert-Koch-Instituts (RKI) zugrunde. In deren Analysen werden die Kategorien „mehr

als 4 Std./Woche“, „2 bis 4 Std./Woche“ und „weniger als 2 Std./Woche“ verwendet.

Die vorliegende Analyse untersucht den Umfang des Aktivitätsverhaltens aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Universität Leipzig. Sie zielt dabei auf die Alltags- und Freizeitaktivitäten, die sportlichen Aktivitäten als auch auf die körperliche Belastung während der beruflichen Tätigkeit ab. Aus der Untersuchung wird ein Bild über das aktuelle Aktivitätsverhalten entwickelt und die Ausgangssituation für ein BGM mit dem Schwerpunkt Förderung der körperlich-sportlichen Aktivität im Setting Hochschule beschrieben. Dies umfasst die Aufdeckung ungenutzter Potentiale der körperlich-sportlichen Aktivität für die Erhaltung und Förderung der Gesundheit ebenso wie die Charakterisierung von Zielgruppen, um bedarfsorientiert vorgehen zu können. Mit der im Folgenden beschriebenen Online-Befragung wird ein Instrument zur Bedarfsanalyse für die Initiierung von Maßnahmen zur Förderung körperlich-sportlicher Aktivität aufgezeigt.

Untersuchungsdurchführung

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine Fragebogenerhebung, welche im Sommersemester 2011 an der Universität Leipzig durchgeführt wurde. Die Befragung erfolgte durch das Institut für Gesundheitssport und Public Health und das Fachgebiet Sportmanagement. Die Daten wurden mittels einer Online-Befragung erhoben. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Universität Leipzig sind mit Hilfe des universitären E-Mail-Verteilers angesprochen und gebeten worden, daran teilzunehmen. Durch einen Link in der E-Mail wurden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu dem Fragebogen im Intranet der Universität weitergeleitet.

Zu den Vorteilen der Online-Befragungen gehört eine größere Offenheit der Befragten. Sie sind anonym als mündliche Befragungen, da der Einfluss des Interviewers wegfällt. Aufgrund des geringen Material- und Zeitaufwands sind Online-Befragungen bei zugleich hoher Reichweite sehr ökonomisch. In Bezug auf die Gütekriterien finden sich verschiedene Studien, die eine äquivalente Reliabilität und Objektivität von Online-Befragungen zu telefonischen, schriftlichen und mündlichen Befragungen herausstellen (vgl. Hense, Markert & Wulf 2010: 44; Lienert & Raatz 1998: 58).

Messinstrument

Der in dieser Untersuchung eingesetzte Fragebogen umfasste insgesamt 20 Fragen. Als zentraler Bestandteil des Fragebogens wurde das Aktivitätsverhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mittels einer Kurzform des „Freiburger Fragebogen zur körperlichen Aktivität“ (FFkA) von Frey, Berg, Grathwohl und Keul (1999) erhoben. Der FFkA dient der zielgruppenunabhängigen Erfassung gesundheitswirksamer Aktivitäten Erwachsener zwischen 18 und 78 Jahren und eignet sich für

den Einsatz in epidemiologischen Untersuchungen. Die Erfassung geschieht über eine Selbsteinschätzung. Der FFkA dient speziell der Ermittlung von Aktivitäten, die auf niedrigem oder moderatem Niveau durchgeführt und über den Tag verteilt ausgeführt werden und eignet sich deshalb zur Befragung von körperlich aktiven als auch von körperlich inaktiven Personen. Er erfasst sowohl die körperliche Belastung während der Berufstätigkeit als auch in welchem Umfang Alltags- und Freizeitaktivitäten innerhalb der vergangenen Woche ausgeführt wurden, z. B. Treppensteigen oder Freizeitaktivitäten wie Tanzen oder Kegeln. Des Weiteren wird der Umfang der im vergangenen Monat durchgeführten Sportaktivitäten erfasst. In dieser Untersuchung wurde auf die Kurzform des Fragebogens, welche aus acht Items besteht, zurückgegriffen. In der verwendeten Kurzform sind die Angaben zu den täglichen Entspannungs- und Schlafphasen sowie die Einschätzung der eigenen körperlichen Aktivität von Altersgenossen, welche zu der Langform des FFkA gehören, nicht integriert.

Der FFkA besitzt eine angemessene Reliabilität. Die Wiederholungsstabilität (Retest-Reliabilität) schwankt zwischen $r_{tt} = .35$ und $r_{tt} = .91$. Zur maximalen Sauerstoffaufnahme zeigt der Umfang von Sportaktivitäten eine mittlere Korrelation von $r = .40$ (vgl. Schlicht & Brand 2007: 24). Allerdings muss auf saisonal bedingte Schwankungen bei den Alltags- und Freizeitaktivitäten Radfahren und Gartenarbeit hingewiesen werden. Des Weiteren genügt der Fragebogen den Anforderungen, um als valides Instrument zu gelten (vgl. Frey et al. 1999: 55ff). Die Objektivität wird gewahrt, in dem jede(r) Teilnehmerin oder Teilnehmer eine standardisierte schriftliche Testinstruktion erhält. Die Interpretation orientiert sich an Vergleichswerten aus Forschungsstudien und themenspezifischer Literatur. Unter anderem werden Vergleiche mit den Gesundheitsberichterstattungen des Bundes des Robert- Koch-Institutes von 2003 und 2010 durchgeführt.

Zudem enthielt der Fragebogen Fragen zum Angebot und zur Nutzung des Hochschulsports sowie soziodemografischen Merkmalen. Aus Datenschutzgründen wurde die Zuordnung nach Fakultäten sowie nach Statusgruppen nicht erfasst. Aus dem gleichen Grund fand die Erhebung des Alters in Kategorien (Intervalle à fünf Jahren) statt.

Messung und Berechnung der körperlich-sportlichen Aktivität

Zunächst wurde berechnet, wie viele Stunden pro Woche sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter jeder Tätigkeit gewidmet hatten. Das Treppensteigen wurde in die Berechnung nicht integriert, da eine Transformation in Stunden pro Woche nicht eindeutig möglich war. Anschließend wurden die Summenwerte für die Alltags-, Freizeit- und Sportaktivitäten gebildet. Als letztes erfolgte die Berechnung der Gesamtaktivität einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters durch die Aufsummierung der drei Aktivitätsbereiche. Die Einschätzung des Aktivitätsverhaltens basiert somit auf den subjektiven Angaben zur Aktivitätszeit in Stunden pro Woche (vgl. Eckert & Wagner 2012: 75). In Anlehnung an die WHO-Empfehlung werden in

dieser Analyse die sportliche Aktivität in den Kategorien „mindestens 2 Std./Woche“ und „weniger als 1 Std./Woche“ dargestellt.

Beschreibung der Stichprobe

Die Personenstichprobe setzt sich aus Beschäftigten der Universität Leipzig zusammen. Von den insgesamt 2027 Beschäftigten antworteten 1113 (54,9 %). Ca. 200 Datensätze wurden aufgrund mehr als 30 % fehlender Werte von den weiteren Analysen ausgeschlossen. Des Weiteren wurden diejenigen Fälle ausgeschlossen, welche mehr als 60 Stunden pro Woche körperlich-sportliche Aktivitätszeiten aufwiesen, da es sich hierbei mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit um Fehleingaben handelt, z. B. aufgrund doppelter Nennungen oder einem falschen Verständnis der erforderlichen Angaben. Die Alltags- und Freizeitaktivitäten sind in Minuten pro Woche, die Sportaktivitäten in Stunden pro Monat anzugeben gewesen. Durch die Datenbereinigung wurden insgesamt 206 Fälle (18,5 %) von der Analyse ausgeschlossen, 907 Fälle verblieben im Datensatz (44,7 % der Grundgesamtheit).

Die Stichprobe setzt sich zu mehr als zwei Dritteln aus Frauen zusammen (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Deskriptive Darstellung der Variablen Geschlecht und Charakteristik der beruflichen Tätigkeit

Parameter	Kategorie	N	%
Geschlecht (N = 894)	Weiblich	622	69,6
	Männlich	272	30,4
Charakteristik der beruflichen Tätigkeit (N = 895)	sitzende Tätigkeiten	657	73,4
	mäßige Bewegung	153	17,1
	intensive Bewegung	85	9,5

Hinsichtlich der Altersverteilung stellt die Gruppe der 26 bis 30-Jährigen mit fast einem Viertel (N = 211) den größten Anteil an der Stichprobe. Personen unter 20 Jahren sind nicht in der Stichprobe vertreten (vgl. Abbildung 1).

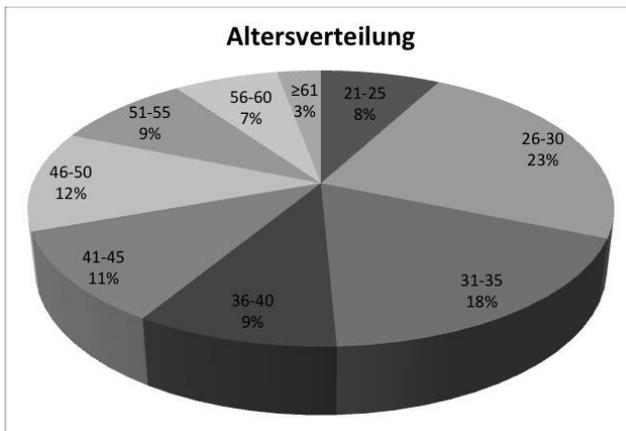


Abbildung 1: Altersverteilung in der Stichprobe (N = 894)

Die Betrachtung der körperlichen Belastung im Rahmen der beruflichen Tätigkeit ergibt, dass fast drei Viertel der Befragten während der Arbeitszeit eine sitzende Tätigkeit ausüben. Bei 17,1 % der Befragten umfasst die berufliche Tätigkeit eine mäßige Bewegung und nur 9,5 % geben an, während der Arbeitszeit eine Tätigkeit mit intensiver Bewegung auszuführen (vgl. Tabelle 1).

4 Ergebnisse

Gesamtaktivität

Die körperlich-sportliche Gesamtaktivität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Universität Leipzig in der Stichprobe beträgt im Mittel 11,16 Std./Woche (vgl. Tabelle 2). Die Hälfte davon wird über die Alltagsaktivitäten (M = 5,55 Std./Woche) erbracht. Die Freizeitaktivitäten werden durchschnittlich mit 3,36 Std./Woche durchgeführt. Die Sportaktivitäten bilden mit 2,74 Std./Woche den kleinsten Anteil an der Gesamtaktivität. Wie auch bei den anderen Aktivitätsbereichen ist auch hier aufgrund der relativ großen Unterschiede zu den Medianwerten von einer sehr schiefen Verteilung auszugehen.

Tabelle 2: Verteilung der Aktivitätsformen in der Gesamtstichprobe (in Std./Woche)

	Alltags-aktivitäten	Freizeit-aktivitäten	Sport-aktivitäten	Gesamt-aktivität
N = 907				
Mittelwert	5,55	3,63	2,74	11,16
Standardabw.	5,34	3,65	4,23	8,32
Median	4,33	2,50	1,50	9,00

Legt man die aktuellen WHO-Empfehlungen zur Ausübung sportlicher Aktivität zu Grunde, erreichen 44,7 % den geforderten Mindestumfang sportlicher Aktivität von 2 Std./Woche. Davon wiederum sind fast die Hälfte mehr als vier Stunden pro Woche sportlich aktiv (21,7 % der Gesamtstichprobe). 36,1 % sind überhaupt nicht regelmäßig sportlich aktiv (< 1 Std./Woche). Insgesamt ein Viertel der Gesamtstichprobe gibt sogar an, überhaupt keinen Sport zu treiben (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Verteilung der Sportaktivität in der Gesamtstichprobe entsprechend der WHO-Empfehlung

	< 1 Std./Woche)	1–2 Std./Woche	≥ 2 Std. /Woche	Gesamt
N	327	175	405	907
%.	36,1	19,3	44,7	100,0 %

Geschlechtsspezifisches Aktivitätsverhalten

Vergleicht man die beiden Geschlechter im Hinblick auf den Gesamtumfang ihrer Aktivitäten, sind Männer im Durchschnitt aktiver als Frauen, jedoch reduziert sich der Unterschied, wenn man anstelle der Mittelwerte die Mediane betrachtet. Der höhere Mittelwert der Männer in der Gesamtaktivität ergibt sich aus einem leicht höheren Maß der Alltagsaktivitäten und der Sportaktivitäten (vgl. Tabelle 4). Die Mittelwerte für die Freizeitaktivitäten beider Geschlechter sind nahezu identisch. Betrachtet man die Medianwerte, liegen die Frauen vorne. Hinsichtlich der Verteilung der Aktivitätsformen sind die Männer mehr sportlich aktiv, die Frauen haben einen höheren Anteil an Freizeitaktivitäten (vgl. Abbildung 2).

Varianzanalytisch ergaben sich in keiner Aktivitätsdimension signifikante Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts (vgl. Tabelle 4).



Abbildung 2: Verteilung der Aktivitätsformen nach Geschlecht

Tabelle 4: Aktivitätsumfänge nach Geschlecht (in Std./Woche)

		Alltags- aktivitäten	Freizeit- aktivitäten	Sport- aktivitäten	Gesamt- aktivität
Frauen N = 622	Mittelwert	5,45	3,64	2,65	11,00
	Standardabw.	5,03	3,56	4,36	8,15
	Median	4,33	2,67	1,50	8,88
Männer N = 272	Mittelwert	5,75	3,65	3,02	11,66
	Standardabw.	6,06	3,89	3,98	8,82
	Median	4,17	2,50	1,80	9,04
F-Test	F	,427	,000	1,509	1,119
	P	,514	,986	,220	,291

Mit Blick auf die Empfehlungen der WHO zu sportlicher Aktivität zeigt sich folgendes Bild: Fast die Hälfte der Männer treiben mehr als zwei Stunden Sport pro Woche, bei den Frauen sind es knapp 43 %. Der Anteil der sportlich Inaktiven, also mit weniger als einer Stunde Sport pro Woche, unterscheidet sich weniger stark. Bei Männern ist es ein Drittel, bei Frauen geringfügig mehr (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: Sportaktivität < 1 bzw. > 2 Std./Woche nach Geschlecht

	Sportaktivität < 1 Std. / Woche		Sportaktivität ≥ 2 Std. / Woche	
	N	%	N	%
Frauen	227	36,5	267	42,9
Männer	91	33,5	135	49,6

Altersspezifisches Aktivitätsverhalten

Tabelle 6: Aktivitätsumfänge nach Alterskategorien (in Std./Woche)

Alter in Jahren		Alltags- aktivitäten	Freizeit- aktivitäten	Sport- aktivitäten	Gesamt- aktivität
21–25	N	61	71	71	71
	Mittelwert	4,23	4,13	2,82	10,59
	Standardabw.	2,60	4,41	4,38	8,14
	Median	4,00	3,33	1,25	9,38
26–30	N	193	209	211	211
	Mittelwert	4,41	3,87	3,14	11,01
	Standardabw.	4,88	3,99	3,64	7,81
	Median	3,50	3,00	2,38	8,63
31–35	N	142	162	162	162
	Mittelwert	5,15	3,97	3,35	11,84
	Standardabw.	4,60	3,63	6,08	9,15
	Median	3,67	3,00	1,63	9,15

36–40	N	71	84	85	85
	Mittelwert	4,34	2,88	2,93	9,40
	Standardabw.	2,85	2,74	5,15	6,44
	Median	4,00	2,00	1,50	7,58
41–45	N	85	96	97	97
	Mittelwert	6,81	3,32	2,54	11,79
	Standardabw.	6,53	3,01	3,93	8,24
	Median	5,33	3,00	1,25	10,25
46–50	N	89	104	106	106
	Mittelwert	6,61	3,24	2,22	10,95
	Standardabw.	5,93	3,22	2,99	8,32
	Median	5,00	2,00	1,19	8,96
51–55	N	72	80	81	81
	Mittelwert	6,77	3,68	2,23	11,88
	Standardabw.	5,75	4,16	2,70	8,61
	Median	5,08	2,00	1,50	8,83
56–60	N	50	61	62	62
	Mittelwert	7,26	3,69	1,85	11,33
	Standardabw.	6,66	3,67	2,25	8,58
	Median	5,42	2,42	1,02	8,83
≥ 61	N	20	26	26	26
	Mittelwert	8,60	3,38	2,04	12,04
	Standardabw.	8,84	3,34	3,90	11,76
	Median	6,33	2,75	0,71	8,69
F-Test (Welch)	F	5,024	1,435	2,191	1,084
	P	,000	,182	,029	,375

Die Tabelle 6 zeigt die Mittelwerte der Aktivitäten für die einzelnen Alterskategorien im Überblick. Die Werte für die Gesamtaktivität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter variiert zwischen 9,40 bis 12,04 Std./Woche. Mit Ausnahme des Minimalwertes für die Gruppe der 36 bis 40-Jährigen liegen alle Werte zwischen knapp elf und ca. zwölf Stunden. Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind ebenfalls nicht signifikant.

Die Alltagsaktivität nimmt mit dem Alter zu. Die Werte der Alterskategorien unterscheiden sich diesbezüglich signifikant. Die Freizeitaktivitäten sind in der Altersperiode zwischen 21 und 25 Jahren mit etwa vier Stunden pro Woche am höchsten. Im Übrigen existieren keine großen Unterschiede und ein Zusammenhang mit dem Alter lässt sich nicht erkennen. Die Gruppenunterschiede hinsichtlich der Mittelwerte der Freizeitaktivität sind nicht signifikant (vgl. Tabelle 6).



Abbildung 3: Verteilung der Aktivitätsformen in den Altersgruppen

Die Sportaktivität liegt vom 26. bis zum 40. Lebensjahr etwa bei 3 Std./Woche. Danach reduzieren sich die Werte auf ca. 2 Std./Woche. Die Altersgruppe 36 bis 40 Jahre findet sich hier auf dem dritten Rang – nach den beiden Gruppen 26 bis 30 und 31 bis 35 Jahre. Die Werte der Sportaktivität in den Alterskategorien unterscheiden sich signifikant.

Dementsprechend finden sich in diesen Gruppen auch die höchsten Anteile von sportlich Aktiven, d. h., mit einer sportlichen Aktivität von mehr als zwei Stunden pro Woche (vgl. Tabelle 7). Der relative Sportanteil ist in der Altersgruppe der 36 bis 40-Jährigen am größten (vgl. Abbildung 3).

Diese Verhältnisse spiegeln sich vergleichbar auch bei der Beschreibung der sportlich Inaktiven wider. Den geringsten Anteil haben die 31 bis 35-Jährigen gefolgt von den 26 bis 30-Jährigen und der Altersgruppe von 36 bis 40. Danach nimmt die sportbezogene Inaktivität kontinuierlich mit dem Alter zu. Erstaunlich ist der relativ hohe Wert von 39,4 % in der jüngsten Gruppe von 21 bis 25 Jahre (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7: Sportaktivität < 1 bzw. > 2 Std./Woche nach Altersgruppen

	Sportaktivität < 1 Std. / Woche		Sportaktivität > 2 Std. / Woche	
	N	%	N	%
21-25	28	39,4	30	42,3
26-30	66	31,3	116	55,0
31-35	50	30,9	75	46,3
36-40	29	34,1	39	45,9
41-45	36	37,1	39	40,2
46-50	41	38,7	39	36,8
51-55	29	35,8	34	42,0
56-60	28	45,2	24	38,7
≥ 61	14	53,8	9	34,6

Aktivitätsverhalten abhängig von der körperlichen beruflichen Belastung

Betrachtet man die Gesamtaktivität über die Gruppen mit unterschiedlicher beruflicher Belastung hinweg, so steigt das Maß der Gesamtaktivität mit der Intensität der beruflichen Belastung an. Ergibt sich bei der Gruppe „sitzende Tätigkeiten“ ein Mittelwert von 10,98 Std./Woche, so beträgt er bei der Gruppe „intensive Bewegung“ 12,33 Std./Woche. Die Gruppenunterschiede sind nicht signifikant (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8: Aktivitätsumfänge nach beruflicher Belastung (in Std./Woche)

		Alltags- aktivitäten	Freizeit- aktivitäten	Sport- aktivitäten	Gesamt- aktivität
Sitzende Tätigkeit	N	582	653	657	657
	Mittelwert	5,42	3,51	2,70	10,98
	Standardabw.	5,25	3,54	3,88	8,08
	Median	4,33	2,50	1,50	8,83
Mäßige Bewegung	N	124	150	153	153
	Mittelwert	5,18	4,15	3,00	11,26
	Standardabw.	4,26	4,18	4,85	7,95
	Median	4,08	3,00	2,00	9,75
Intensive Bewegung	N	73	84	85	85
	Mittelwert	6,80	3,74	2,80	12,33
	Standardabw.	6,51	3,60	5,72	10,27
	Median	5,00	3,33	1,25	9,17
F-Test (Welch)	F	1,827	1,584	,261	,709
	P	,164	,208	,771	,494

Die Gruppe „intensive Bewegung“ besitzt auch mit Abstand das höchste Maß an Alltagsaktivität. Die Unterschiede sind nicht signifikant.

Freizeitaktivitäten führt die Gruppe mit mäßiger Bewegung am Arbeitsplatz am durchschnittlich meisten aus ($M = 4,15$ Std./Woche). Betrachtet man jedoch den Median, hat die Gruppe mit intensiver Bewegung am Arbeitsplatz mit 3,33 Std./Woche den höchsten Wert (vgl. Tabelle 8).



Abbildung 4: Verteilung der Aktivitätsformen nach beruflicher Belastungsform

Bezüglich der Sportaktivität lässt sich die Situation ähnlich beschreiben (vgl. Tabelle 8). Die Gruppe „mäßige Bewegung“ besitzt die höchste Sportaktivität ($M = 3,00$ Std./Woche), die Gruppe mit intensiver Bewegung während der Arbeitszeit treibt ähnlich viel Sport ($M = 2,80$ Std./Woche) und die Gruppe mit sitzender Tätigkeit erreicht auch hier das geringste Aktivitätsniveau ($M = 2,70$ Std./Woche), der Median liegt jedoch deutlich niedriger. Der relative Sportanteil an der Gesamtaktivität ist in der Gruppe mit mäßiger Bewegung am größten (vgl. Abbildung 4).

Dementsprechend ist auch der Anteil derjenigen, die mindestens zwei Stunden pro Woche Sport treiben. In der Gruppe der Personen mit mäßiger Bewegung am Arbeitsplatz sind es immerhin 50,3 %. In den beiden anderen Gruppen liegt der Wert bei ca. 43 % (vgl. Tabelle 9). Der Anteil der sportlich Inaktiven ist in der Gruppe „mäßige Bewegung“ entsprechend am geringsten. Allerdings unterscheiden sich hierin die beiden anderen Gruppen deutlicher als bei den sportlich Aktiven. Bei der Gruppe der „sitzenden Tätigkeit“ fällt der Anteil Inaktiver deutlich geringer aus als bei der Gruppe mit „intensiver Bewegung“.

Tabelle 9: Sportaktivität < 1 bzw. > 2 Std./Woche nach beruflicher Belastung

	Sportaktivität < 1 Std. / Woche		Sportaktivität > 2 Std. / Woche	
	N	%	N	%
Sitzende Tätigkeit	234	35,6	287	43,7
Mäßige Bewegung	52	34,0	77	50,3
Intensive Bewegung	36	42,4	37	43,5

5 Diskussion und Fazit

Körperliche Aktivität ist ein komplexes Verhalten, welches schwer zu quantifizieren ist (Eckert, Lange & Wagner 2014). Die vorliegende Kurzform des „Freiburger Fragebogens zur körperlichen Aktivität“ eignet sich nach Frey und Berg (2002) für die Erfassung der körperlichen Aktivität in Klinik und Praxis (vgl. Woll 2004: 63). Nichtsdestotrotz ergeben sich bei der Diagnose körperlich-sportlicher Aktivität methodische Probleme.

Bei der Bewertung und Einordnung der vorgestellten Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass diese auf Selbstangaben beruhen, die Ungenauigkeiten aufweisen und denen Fehlerquellen unterliegen können. Hierunter fallen unter anderem Erinnerungslücken und die Möglichkeit der Überschätzung der eigenen Aktivitäten, insbesondere, da es sich um ein sozial erwünschtes Verhalten handelt. In Bezug auf die Repräsentativität der untersuchten Stichprobe ist zu berücksichtigen, dass ein Interesse an der Erfassung der eigenen körperlichen Aktivität vermehrt bei Personen besteht, die schon körperlich-sportlich aktiv sind und dem Thema aufgeschlossen gegenüber stehen. Zudem werden vermehrt Personen erreicht, die einer Schreibtischarbeit mit Zugang zum Internet nachgehen, da nur ein Kommunikationskanal in Form von E-Mails genutzt wurde, in dem auf den Fragebogen hingewiesen wurde. Deswegen wäre der Einsatz telefonischer und/oder schriftlicher Befragungen für die vorliegende Zielgruppe in Erwägung zu ziehen. Positiv ist hingegen die für dieses Instrument vergleichsweise hohe Rücklaufquote hervorzuheben, was vermutlich auf die große Affinität hinsichtlich des Mediums sowie ein überdurchschnittliches Interesse am Untersuchungsgegenstand zurückzuführen ist.

Die Bildung eines Gesamtaktivitätswertes durch Summenbildung ohne die Berücksichtigung inter- und ggf. auch intraindividuelle Intensitätsunterschiede ist kritisch zu sehen. Allerdings existieren derzeit keine zuverlässigeren Instrumente, die dies berücksichtigen würden (Eckert, Lange & Wagner 2014).

Die Untersuchung des Bewegungsverhaltens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Universität Leipzig wurde mittels eines Online-Fragebogens durchgeführt. Im Detail wurde zur Ermittlung des Ausmaßes der körperlich-sportlichen Aktivität die Kurzform des Freiburger Fragebogens zur körperlichen Aktivität verwendet. Aus der Analyse der Daten resultieren folgende Ergebnisse:

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Universität Leipzig bewegen sich im Durchschnitt 11,16 Std./Woche. Dieser Umfang wird zum größten Teil über die Alltagsaktivitäten erbracht. Nur 44,7 % der Befragten treiben mehr als 2 Std./Woche Sport. Ein Blick auf die aktuelle Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Krug et al. 2012) zeigt ähnliche Aktivitätsumfänge der deutschen erwachsenen Normalbevölkerung. Nur 43,1 % der Deutschen treiben mehr als 2 Std./Woche Sport (vgl. RKI 2012: 124). Das Potenzial für Maßnahmen zur Förderung der körperlich-sportlichen Aktivität ist hoch, da mehr als die Hälfte der befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weniger als 2 Std./Woche Sport treibt und somit nicht einmal die Mindestempfehlungen sportlicher Aktivität erreicht.

Varianzanalytisch bestehen hinsichtlich keiner Facette der körperlich-sportlichen Aktivität signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Dieses Ergebnis deckt sich mit neueren Studienbefunden, welche eine Auflösung des Unterschieds beschreiben, wonach Frauen weniger Sport treiben als Männer (Krug et al. 2012).

Die Situation der Geschlechter in dieser Untersuchung lässt sich wie folgt darstellen: Männer bewegen sich durchschnittlich 0,5 Std./Woche mehr als Frauen. Der Unterschied ergibt sich vor allem durch gering höhere Umfänge im Bereich Sportaktivität. 49,6 % der Männer und nur 42,9 % der Frauen gehen mehr als 2 Std./Woche sportlicher Aktivität nach. Die GEDA (2010) des RKI beschreibt in ihrem Survey ähnliche, leicht niedrigere Werte: nur 40 % der deutschen Frauen und 46 % der Männer treiben mehr als 2 Std./Woche Sport (vgl. RKI 2012: 119). Für den Kontext der Hochschule zeigten jüngst Möllenbeck und Göring (2014), dass Studentinnen insgesamt inaktiver sind als Studenten. Dabei ergaben deren Analysen, dass die Frauen nicht nur weniger Sport treiben, sondern zudem mit geringerer Intensität aktiv sind. In Anlehnung an diese Befunde leitet sich ab, dass es – trotz Unklarheiten bezüglich eines gesundheitsschützenden, optimalen Aktivitätsumfangs – sinnvoll erscheint, zielgruppenspezifische Bewegungsangebote für Frauen im Setting Hochschule zu konzipieren, um die Sportaktivität dieser Gruppe zu erhöhen.

Hinsichtlich des Alters bestehen in den Bereichen Alltags- und Sportaktivität signifikante Unterschiede zwischen den Alterskategorien. Dabei steigt die Alltagsaktivität ab dem 40. Lebensjahr an. Die Sportaktivität nimmt hingegen ab Mitte der dritten Lebensdekade kontinuierlich ab.

Der Zustand der körperlich-sportlichen Aktivität lässt sich über das Alter hinweg folgendermaßen beschreiben: Die dritte Lebensdekade stellt einen Schlüsselmoment dar. Die Altersgruppe der 36 bis 40-Jährigen besitzt die geringsten Aktivitätsumfänge in der Gesamtaktivität, der Freizeitaktivität und der Alltagsaktivität. Die Alltagsaktivität nimmt mit dem Alter zu. Dies kann mit wachsender Freizeit, bedingt durch familiäre und berufliche Entlastungen, in Zusammenhang gebracht werden. Interventionsmaßnahmen, welche diese Altersgruppen sozio-emotional ansprechen und mit Blick auf besondere berufliche und familiäre Anforderungen deren Barrieren berücksichtigen, scheinen sinnvoll, um einen Aktivitätseinbruch zu verhindern.

Die Gruppe der über 61-Jährigen bewegt sich hinsichtlich der Gesamtaktivität am meisten. Jedoch müssen diese Ergebnisse vor dem Hintergrund interpretiert werden, dass sich der Umfang vor allem aus der durch niedrige Intensitäten gekennzeichneten Alltagsaktivität ergibt. Somit geht mit der hohen Aktivität nicht gleichzeitig ein adäquat hoher Energieumsatz einher.

Die Aktivitätsumfänge im Bereich Sport nehmen ab der dritten Lebensdekade kontinuierlich ab. Treiben bei den 26 bis 30-Jährigen noch 55,0 % mehr als 2 Std./Woche Sport, so sind es bei den über 61-Jährigen nur noch 34,6 % der Befragten. Laut den Erkenntnissen des RKI nimmt der Anteil jener Personen, welche

mehr als 2 Std./Woche Sport treiben mit dem Altersgang ab. Allerdings ist dort eine Abnahme schon ab dem 20. Lebensjahr identifiziert worden (vgl. RKI 2006).

Zwar steht der Abnahme der Sportaktivität die beschriebene Zunahme der Alltagsaktivität gegenüber, jedoch kann ein Anstieg in diesem Aktivitätsbereich eine Abnahme der sportlichen Aktivität nicht kompensieren, denn den unterschiedlichen Aktivitätsbereichen liegen verschiedene Intensitäten und damit auch Energieumsätze zu Grunde. Deshalb ist es von Bedeutung, das Maß der sportlichen Aktivität durch Interventionen aufrecht zu erhalten, um den Umsatz der zusätzlich empfohlenen Energiemenge zu erreichen und entsprechende gesundheitsbezogene Effekte zu bewirken oder teilweise auszugleichen.

Zwischen den Kategorien der verschiedenen beruflichen Belastung gibt es in Bezug auf die körperlich-sportliche Aktivität keine signifikanten Unterschiede. Folgende Ergebnisse können insgesamt festgehalten werden: Das Maß der Gesamtaktivität steigt mit der beruflichen Belastung an. Dies ergibt sich zu einem großen Teil aus einem höheren Maß der Alltagsaktivität. Die Gruppe „Sitzende Tätigkeiten“ erreicht in allen Aktivitätsbereichen das geringste Aktivitätsmaß. Sie stellt einen großen Anteil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dar und erhält als Zielgruppe eine besondere Bedeutung.

Bei der Identifikation einer Zielgruppe wird durch die Analyse deutlich, dass sich die Gruppe mit sitzender Tätigkeit während der Arbeit auch außerhalb der Arbeitszeit am geringsten bewegt. Hier offenbart sich vor dem Hintergrund, dass zwei Drittel der Befragten eine sitzende Tätigkeit ausführen, eine große Bedarfsgruppe.

Die Untersuchung zeigt, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Potentiale vor allem der sportlichen Aktivität für ihre Gesundheit nicht ausnutzen. Insbesondere Personen mit einer sitzenden Tätigkeit bewegen sich wenig. Zudem gelingt es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nicht, eine Abnahme der Aktivitäten mit einem höheren Energieumsatz im Altersgang zu vermeiden. Vor allem im dritten Lebensjahrzehnt ist ein Einbruch zu verzeichnen. Eine Aufgabe des Betrieblichen Gesundheitsmanagements besteht nun in der gezielten Förderung sportlich-körperlicher Aktivität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, um die Ressourcen der Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Möglichkeiten der Förderung der körperlich-sportlichen Aktivität bestehen in Interventionsformen mit Bewegungsaktivitäten, die Teil eines ganzheitlichen BGMs sind. Insgesamt sind damit Bewegungsangebote angesprochen, die gezielt auf spezifische Bedarfe ausgerichtet sind, z. B. für Frauen, für sitzend Arbeitende, für Personen im mittleren Alter etc. Für maßgeschneiderte Interventionsmaßnahmen wären deshalb Angebote zu entwickeln, die individuelle Motivationskonstellationen und Barrieren körperlich-sportlicher Aktivität berücksichtigen. Hier sind größere Unterschiede zwischen den so differenzierten Gruppen und damit eine größere Akzeptanz der Maßnahmen zu erwarten.

Daneben sind auch die Verhältnisse an den Hochschulen zu berücksichtigen. Dies umfasst sowohl die zeitliche Perspektive (Integration von Maßnahmen in die

Arbeitszeit, flexible Angebote), räumliche Gegebenheiten („Bewegtes Büro“) bis hin zu einer sportlichen Infrastruktur mit entsprechenden (Beratungs-)Angeboten. Insgesamt sollten Kooperationen, Netzwerke und ein Agieren auf mehreren Ebenen genutzt werden, um eine Nachhaltigkeit und Verstetigung zu begünstigen.

Literatur

- Ainsworth, B. E. / Der Ananian, C. / Soroush, A. / Walker, J. / Swan, P. / Poortvliet, E. / Yngve, A. (2012): “ASUKI Step” pedometer intervention in university staff: rationale and design. *BMC Public Health*, 12 (1), 657–666.
- Allgöwer, A. / Stock, C. / Krämer, A. (1998): Die gesundheitliche Situation von Studierenden. In: *Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung* 1/1998, 22–25.
- Eckert, K. / Lange, M. / Wagner, P. (2014): Erfassung körperlicher Aktivität – Ein Überblick über Anspruch und Realität einer validen Messung? In S. Becker (Hrsg.). *Aktiv und gesund? Interdisziplinäre Perspektiven auf den Zusammenhang zwischen Sport und Gesundheit* (97–124). Wiesbaden: Springer VS.
- Eckert, K. & Wagner, P. (2012): 6 Monate danach: Nachhaltigkeit einer DMP-Bewegungsintervention auf das Aktivitätsverhalten bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit. In: *Bewegungstherapie und Gesundheitssport* 28/2012, 72–79.
- Egger, M. & Razum, O. (2014): *Public Health*. Berlin: De Gruyter.
- Faller, G. (2005): *Qualitätsaspekte hochschulbezogener Gesundheitsförderung*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Faller, G. (2006): Gesundheit und Arbeit aus Sicht der verschiedenen Statusgruppen an Hochschulen. In: G. Faller / P. Schnabel (Hrsg.). *Wege zur gesunden Hochschule* (36–56). Berlin: edition sigma.
- Faller, G. (2012): Was ist eigentlich BGF? In: G. Faller (Hrsg.). *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (2. Aufl.) (S. 15–26). Bern: Verlag Hans Huber.
- Frey, I. / Berg, A. / Grathwol, D. / Keul, J. (1999): Freiburger Fragebogen zur körperlichen Aktivität. Entwicklung, Prüfung und Anwendung. In: *Sozial- und Präventivmedizin*, 44 (2), 55–64.
- Frey, I. & Berg, A. (2002): Physical activity counseling – Assessment of physical activity by questionnaire. In: *European Journal of Sport Science*, 2 (4).
- Fuchs, R. & Schlicht, W. (2012): *Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität*. Göttingen: Hogrefe.
- Hense, T. / Markert, N. / Wulf, O. (2010): Methodische Aspekte. In: M. Fahlenbock, T. Hense, H. Hübner & O. Wulf (Hrsg.): *Hochschulsport-Umfrage NRW 2009*. Berlin: LIT VERLAG.

- Hildebrand, C. / Michel, S. / Surkemper, H.-P. (2007): Die Gesundheit der Statusgruppen – eine Synopse. In: A. Krämer et al. (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Setting Hochschule – Wissenschaftliche Experimente, Praxisbeispiele und Perspektiven (13–18). Weinheim, München: Juventa.
- Krug, S. / Jordan, S. / Lampert, Th. (2012): Physical activity: What are the patterns among Germans? Bundesgesundheitsblatt, 1, 6–7.
- Lienert, G. & Raatz, U. (1998): Testaufbau und Testanalyse. 6. Auflage. Beltz: Psychologie Verlags Union.
- Möllenbeck, D. & Göring, A. (2014): Sportliche Aktivität, Gesundheitsressourcen und Befinden von Studierenden: Eine Frage des Geschlechts? In: Becker, S. (Hrsg.): Aktiv und Gesund? Interdisziplinäre Perspektiven auf den Zusammenhang von Sport und Gesundheit (449–474). Wiesbaden: VS Springer.
- Panovsky, S. (2009): Betriebliche Gesundheitsförderung mit Bewegungsaktivitäten im Setting Universität. Dissertation. Universität Wien. Institut für Sportwissenschaften.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2006): Gesundheit in Deutschland. Reihe Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2012): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin, 119.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2012): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin, 124.
- Schlicht, W. & Brand, R. (2007): Körperliche Aktivität, Sport und Gesundheit. Beltz: Juventa.
- Schnabel, P. (2006): Zur Gesundheit des wissenschaftlichen Personals an Hochschulen – vermeidbare Belastungen erkennen und Potenziale fördern. In G. Faller & P. Schnabel (Hrsg.). Wege zur gesunden Hochschule (141–159). Berlin: edition sigma.
- Schnabel, P. (2007): Die Gesundheit von wissenschaftlich Beschäftigten – eine nicht einfach zu erreichende Statusgruppe. In: A. Krämer et al. (Hrsg.). Gesundheitsförderung im Setting Hochschule – Wissenschaftliche Experimente, Praxisbeispiele und Perspektiven (41–60). Weinheim, München: Juventa.
- Soroush, A. / Der Ananian, C. / Ainsworth, B.E. / Belyea, M. / Poortvliet, E. / Swan, P. / Walker, J. / Yngve, A. (2013): Effects of a 6-Month Walking Study on Blood Pressure and Cardiorespiratory Fitness in US and Swedish Adults: ASUKI Step Study. Asian Journal of Sports Medicine, 4 (2), 114–124.

- Wagner, P. (2007): Beginnen, Dabeibleiben und Aufhören. In: R. Fuchs, W. Göhner & H. Seelig (Hrsg.): Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils (71–88). Göttingen: Hogrefe.
- Woll, A. (2004): Sportliche Aktivität, Fitness und Gesundheit – Methodenband I. Berlin: Dissertation.de.

„alice gesund“ – Betriebliches Gesundheitsmanagement an der Alice Salomon Hochschule Berlin. Konzept, Realisierung, Perspektiven

Detlef Kubn, Berthe Khayat, Anja Volkhammer & Anja Voss

Die Alice Salomon Hochschule (ASH) Berlin ist eine renommierte Hochschule mit rund 3250 Studierenden¹ und innovativen Bachelor- und Masterstudiengängen der Sozialen Arbeit, Gesundheits- und Pflegemanagement, Physio-/Ergotherapie sowie Erziehung und Bildung im Kindesalter. In ihrer einhundertjährigen Tradition sieht sich die Hochschule mit emanzipatorischem Anspruch dem gesellschaftlichen Auftrag sozialer Gerechtigkeit und kritischer Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Entwicklungen verpflichtet.

„alice gesund“, die Entwicklung einer gesunden Lebens- und Arbeitswelt Hochschule, wurde im Dezember 2008 mit einem Kooperationsvertrag zwischen der ASH Berlin und der Techniker Krankenkasse (TK) angeschoben und wird seitdem kontinuierlich vom Zentrum für angewandte Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften (ZAGG) begleitet. 2011 erhielt die ASH Berlin den ersten Platz in der Kategorie Organisationsentwicklung im „Wettbewerb guter Praxis – Gesunde Hochschulen“. Außerdem wurde „alice gesund“ als Good Practice Beispiel in das Kompendium des Bundesgesundheitsministeriums zur Betrieblichen Gesundheitsförderung aufgenommen. Für diese Erfolge sind ein gelungenes Konzept sowie seine engagierte Realisierung zwar grundlegend, aber keineswegs er-

¹ Stand 01.12.2013

schöpfend. Erst das Bedürfnis nach stetiger Weiterentwicklung füllt ein Konzept mit Leben und treibt Veränderungen voran. So wurde die erfolgreiche Zusammenarbeit im Oktober 2012 durch eine weitere Kooperationsvereinbarung fortgesetzt. Prioritäre Ziele sind seitdem die Sicherung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM), die Überprüfung der Wirksamkeit der eingeleiteten Maßnahmen sowie deren Weiterentwicklung auch im Bereich der psychischen Gesundheit und die Verankerung von Gesundheitsförderung in der Lehre.

In dem Beitrag wird der Prozess der Implementierung von Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe der ASH Berlin dargestellt. Nach der Konzeptskizze von 'alice gesund' werden die konkreten Umsetzungsphasen konturiert, ein Resümee des bisherigen Prozesses gezogen sowie Perspektiven für eine nachhaltige Verankerung gesundheitsrelevanter Interventionen an Hochschulen formuliert.

1 Das Konzept

Die Herstellung einer gesunden Arbeits- und Lebenswelt ist im Leitbild der ASH verankert. In Anlehnung an Ziele, Prinzipien und Handlungsstrategien einer gesundheitsfördernden Hochschule (Gräser & Belschner 2001: 24) orientiert sich die ASH „an Ressourcen und Potenzialen, ist lebenswelt-, alltags- und umweltorientiert, unterstützt soziale Gerechtigkeit und fördert die Partizipation aller Hochschulangehörigen“.² Von Beginn an wurden alle Schlüsselakteurinnen und -akteure sowie die relevanten Organisationseinheiten und Statusgruppen z. B. über Analysen und Dialog-Workshops im Sinne einer gelebten Partizipation in den Prozess der Organisationsentwicklung einbezogen.

Gemeinsame Ziele der Verantwortlichen waren und sind die Identifikation und Behebung von Gesundheitsrisiken sowie die Stärkung der Gesundheitspotenziale und des Wohlbefindens der Hochschulangehörigen, um deren Arbeitszufriedenheit, Motivation und Leistungsbereitschaft zu bewahren bzw. zu steigern (vgl. Slesina & Bohley 2011). Ein solcher Prozess muss gemeinsam von den unterschiedlichen Beteiligungsgruppen der Hochschule getragen werden. Eine wesentliche Voraussetzung dafür ist eine verbindliche, fest verankerte Struktur, die an der ASH Berlin durch eine Vereinbarung über die konzeptionellen und finanziellen Rahmenbedingungen des Gesundheitsmanagements zwischen der Hochschulleitung und dem Personalrat getroffen wurde. Wesentliche Ziele dieser Vereinbarung sind die Bündelung aller Aktivitäten zum Komplex Arbeit und Gesundheit und die Fortführung der entwickelten Strukturen von 'alice gesund' sowie der bisher geleisteten Arbeit.

² Leitbild der ASH, abrufbar unter: www.ash-berlin.eu/fileadmin/user_upload/pdfs/Profil/Gesundheitsförderung/Leitbild_Gesamt.pdf <01.04.2014>

2 Die Umsetzung

Für die konkrete Umsetzung hat die Hochschule ein Steuergremium etabliert, welches sich aus Vertreterinnen und Vertretern aller Hochschulangehörigen (Studierende, Lehrende, Mitarbeitende der Verwaltung sowie studentische Beschäftigte) zusammensetzt und in dem alle Teilnehmenden engagiert mitarbeiten. Der Steuerkreis, der sich alle zwei bis drei Monate trifft, ist maßgeblich daran beteiligt, das Gesundheitsmanagement an der ASH Berlin voranzutreiben. Das interdisziplinäre Projektteam bildet die unterschiedlichen Interessen innerhalb der Hochschule ab und ermöglicht eine zentrale Steuerung des Projekts. Die ständige Mitgliedschaft der Hochschulleitung ist dabei unerlässlich, um Entscheidungen schnell herbeizuführen, Aktivitäten zügig auf den Weg zu bringen und den direkten Informationsfluss zur Leitung zu gewährleisten.

Schritt für Schritt wurde seit 2008 das im Folgenden skizzierte Vorgehen auf den Weg gebracht:

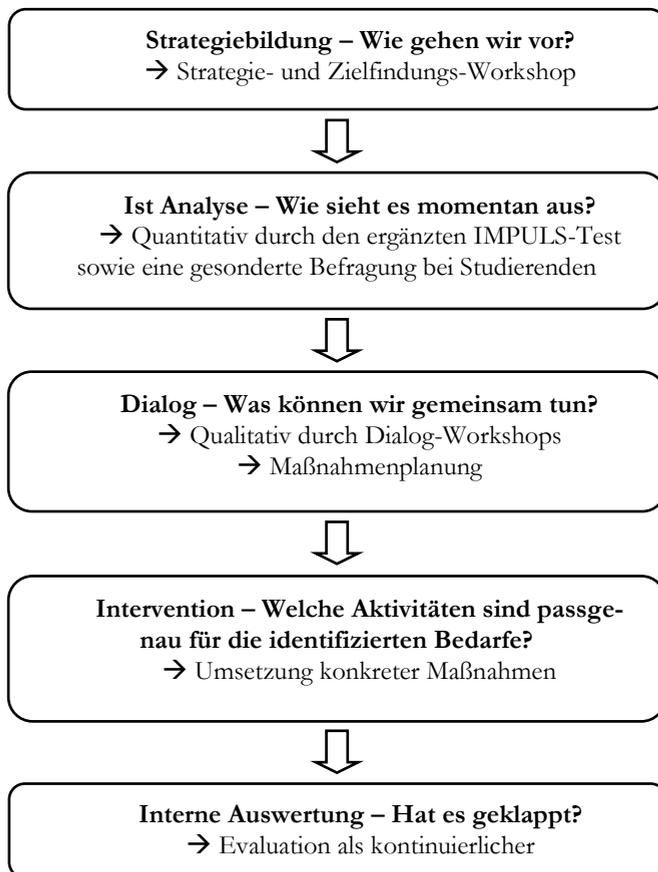


Abbildung 1: Allgemeines Vorgehen beim Aufbau eines Gesundheitsmanagements

Das Vorgehen erfolgt systematisch in Anlehnung an den Public-Health-Action-Cycle (Rosenbrock 1995), in dem nach der Strategieplanung eine Bestandsaufnahme erfolgt. Für Mitarbeitende und Studierende der ASH Berlin wurden jeweils unterschiedliche Verfahren gewählt. Beide Erhebungen betrachten das Thema Gesundheit so facettenreich, dass die anschließenden Ergebnisse eine Vielfalt an Handlungsoptionen eröffnen.

Für die Befragung der Hochschullehrerinnen und -lehrer, der sonstigen Mitarbeitenden sowie der studentischen Beschäftigten wurde ein IMPULS-Test (Prümper et al. 1995; <http://www.impulstest.at>) durchgeführt. Dieses standardisierte Verfahren ermöglicht eine Ermittlung arbeitsbedingter Stressfaktoren und Ressourcen der Beschäftigten, wobei es sowohl eine individualdiagnostische Analyse als auch eine auf bestimmte Gruppen der Organisation bezogene Interpretation zulässt. Mithilfe des IMPULS-Tests wurden zwölf verschiedene Aspekte der Arbeitsbedingungen (z. B. *Handlungsspielraum* oder *soziale Rückendeckung*) erhoben, welche die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zum einen nach ihrer realen Arbeitssituation beurteilen sollten, zum anderen konnten sie konkrete Wünsche für ihre Arbeit benennen.

Die Ergebnisse zeigten neben den Ressourcen in den Bereichen Handlungsspielraum, Vielseitigkeit der Arbeit und inhaltlichen Arbeitsanforderungen auch Entwicklungspotenziale in verschiedenen gesundheitsrelevanten Bereichen des Hochschullebens. Um dem partizipativen Ansatz des Projektes gerecht zu werden, wurden die Ergebnisse zunächst in einer breit angelegten Informationsveranstaltung präsentiert. Qualitative Analysen in Form von Dialog-Workshops ergänzten die Befragung vor allem um Aspekte der Personalentwicklung und der Bewegungsförderung. In Kleingruppen wurden die Ergebnisse diskutiert, vielfältige Lösungsvorschläge erarbeitet und Umsetzungspläne festgelegt.

Die Eingangsbefragung der Studierenden wurde partizipativ im Rahmen einer Lehrveranstaltung entwickelt und fokussierte z. B. Rahmenbedingungen des Studiums, Hochschule als Lebenswelt sowie Fragen zu gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen und Einstellungen.

Die Resultate der Studierendenbefragung wiesen u. a. auf Ressourcen im Bereich der sozialen Unterstützung der Kommilitoninnen und Kommilitonen untereinander hin. Andererseits zeigten die Ergebnisse, dass insbesondere das Gebäude der ASH Berlin – fehlende Rückzugsmöglichkeiten sowie der andauernde Lärm im Haus – als Belastung empfunden wurde. Kritik wurde auch an der Qualität des Mensa-Essens geübt. Die anschließend von den Studierenden erarbeiteten Lösungsentwürfe wurden gebündelt, dem Steuerkreis vorgelegt und bewertet.

Die Ergebnisse der Studierenden- und der Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterbefragung bildeten in Kombination mit den Ergebnissen der qualitativen Analysen die Grundlage für die Entwicklung von vielfältigen Maßnahmen. Im Bereich der Bewegung wurden Arbeitsplatzprogramme zum Rückencoaching, Rückenworkout sowie ein Programm „Fitness für Vielsitzer/-innen“ initiiert. Darüber hinaus wur-

de ein Sportgeräteverleih verankert und ein jährliches Sportfest veranstaltet. Im weiteren Verlauf fokussierte die ASH Berlin noch einmal den Bereich Bewegung/Stressreduktion und setzte die folgenden Programme um:

- Öffnung des Bewegungsraums zweimal pro Woche zur Entspannung sowie Bewegung,
- Laufgruppe,
- Multiplikator/-innenschulung für kurze Bewegungssequenzen am Arbeitsplatz, ggf. Basic Fitnesskurs,
- Wiederholung Rückenworkout,
- Angebot Tai-Chi/Chigong,
- Initiative „alice läuft“,
- studentische Initiativen „alice radelt“ sowie „alice paddelt“.

Des Weiteren wurden Angebote auf organisationaler Ebene initiiert, wie z. B. die Aus- und Überarbeitung von Dienstvereinbarungen zur Tele- und Heimarbeit, zu Weiterbildungsmöglichkeiten, zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement sowie zur Durchführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements an der ASH Berlin. Zur Verbesserung der internen Kommunikation wurden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Verwaltung sowie Hochschullehrende in einer Intervisions-schulung weitergebildet und in Intervisionsgruppen überführt, die langfristig zusammenarbeiten. Dieses Beratungstraining ermöglicht es, den Prozess der Organisationsentwicklung auch künftig mit geringerer externer Unterstützung fortzuführen. Darüber hinaus wurde der interne Informationsaustausch kleinschrittig verbessert und die kollegiale Unterstützung gefördert. Im Bereich der Personalentwicklung wurden regelmäßige Mitarbeiterinnen- und Mitarbeitergespräche eingeführt und hierzu ein Leitfaden erarbeitet sowie entsprechende Informationsveranstaltungen organisiert. Des Weiteren wurde die Raum-Zeitplanung, der Bereich Ernährung sowie die Integration von `alice gesund` in die Forschung und Lehre bearbeitet. So konnten u. a. Pausenräume geschaffen und die Qualität und Vielfalt des Mensa-Angebotes deutlich erhöht werden.

Eine erste Bilanz wurde mittels einer Nachbefragung der Hochschullehrenden, sonstigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und studentisch Beschäftigten im Oktober 2012 gezogen. Die Evaluation des bisherigen BGM-Prozesses bildete die Grundlage für weitere Projektaktivitäten.

Für die Folgebefragung wurde erneut der IMPULS-Test durchgeführt. Darüber hinaus erhob ein zusätzlicher Fragebogen das Feedback der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu den bisher an der ASH durchgeführten Maßnahmen zum Thema Bewegung und Stressreduktion, darunter z. B. Pilates-, Tai-Chi-, Chigong- und Zumbakurse sowie ein Rückenworkout. Um das Interesse an zukünftigen Angeboten zu erfahren und eine gute Nutzungsquote sicherstellen zu können, wurde zudem eine Bedarfsabfrage zu weiteren thematischen Maßnahmen wie z. B. klassische/fernöstliche Entspannungsmethoden, Ernährung oder auch Umgang mit Alkohol, Zigaretten oder Drogen durchgeführt.

Die Ergebnisse des IMPULS-Tests zeigten die ersten Erfolge dieser Maßnahmen. So wurde die Arbeitsumgebung im Vergleich zu 2009 vor allem von den Hochschullehrenden und sonstigen Mitarbeitenden etwas positiver bewertet. Als kritisch wurden die Bereiche *Information und Mitsprache*, *Anerkennung* und *Entwicklungsmöglichkeiten* eingeschätzt. Hier zeigte sich Entwicklungsbedarf für die weitere Arbeit.

Der Fragebogen zu Bewegungs- und Sportangeboten machte deutlich, dass sich die Mehrheit der befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter primär für Maßnahmen zur Rückengesundheit, zur allgemeinen Fitness, zur Stressbewältigung und zur Entspannung interessiert. Bei eingehender Betrachtung fielen die Einschätzungen für die Angebote Rückencoaching, Rückenworkout und „Fitness für Vielsitzer/-innen“ am besten aus. Eine größtmögliche Beteiligung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an den Aktivitäten scheint bei einer Terminierung in der Arbeitszeit und nachmittags gegeben. Eine finanzielle Eigenbeteiligung würde die Mehrheit der Befragten eher von einer Teilnahme abhalten.

3 Perspektiven

Auf der Grundlage der Evaluationsergebnisse der Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterbefragung können die bisherige Arbeit reflektiert, Erfolge extrahiert und weitere Lösungsvorschläge entwickelt werden. Die Auswertung der zweiten Studierendenbefragung wird weitere Ansatzpunkte für den Entwicklungsprozess zur gesunden Organisation bieten. Ein Zwischenfazit ist dennoch möglich, insbesondere in Bezug auf Erfolgskriterien und Hemmnisse bei der Umsetzung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements im Hochschulkontext.

Rückblickend auf die Arbeit der letzten Jahre können als Erfolgsgrößen *Engagement und Durchhaltervermögen* sowie *Transparenz und Partizipation* beschrieben werden. Ein Vorhaben solcher Tragweite kann nur dann gelingen, wenn es durch ein sichtbares Interesse der Hochschulleitung und die Bereitstellung von personellen und finanziellen Ressourcen begleitet wird. Des Weiteren ist eine verbindliche strukturelle Einbindung in die Hochschule z. B. in Form einer internen BGM-Koordination sowie die Einrichtung eines Steuergremiums mit festen Zeit- und Jahresplänen wesentlich. An dieser Stelle hat die Hochschule von der bereits erwähnten Vereinbarung über die konzeptionellen und finanziellen Rahmenbedingungen des Gesundheitsmanagements in der ASH profitiert. Auch die externe Begleitung des Prozesses durch Expertinnen und Experten des ZAGG hat das strukturierte Vorankommen positiv beeinflusst.

Die Aufnahme des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in das Leitbild der Hochschule sichert die nachhaltige Verankerung innerhalb der ASH Berlin. Ein weiterer Pluspunkt ist die Ansiedlung der BGM-Koordination im Referat Evaluation und Qualitätsmanagement. Damit ist das Gesundheitsmanagement fester Bestandteil der Qualitätsentwicklung an der ASH Berlin geworden.

Das Weiterbildungsangebot der Intervention als systematische Teambesprechung für Hochschullehrende und Verwaltungsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter entfaltet sich zu einem wesentlichen Motor des gesamten Entwicklungsprozesses. Als übergeordneter Erfolgsfaktor für dauerhaft tragbare und akzeptierte Veränderungen kann das partizipative Vorgehen bewertet werden. Die Möglichkeit der Mitbestimmung sollte als Einladung zur Gestaltung eines gemeinsamen Lern- und Arbeitsumfeldes verstanden werden. So ist es möglich, im Rahmen eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses ein festgelegtes Maßnahmenpaket dynamisch zu halten und immer wieder interessante Impulse aufzunehmen und zu diskutieren. Nicht zuletzt spielt eine breit angelegte interne Öffentlichkeitsarbeit sowie ein im Vorfeld angelegtes Evaluationskonzept eine enorm wichtige Rolle. Positiv erwies sich auch die Strategie der Kooperation und Netzwerkarbeit: durch eine Kooperationsvereinbarung und die damit verbundene räumliche Anbindung der Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes Hochschulen für Gesundheit e. V. an die ASH Berlin.

Auf dem Weg zur „Gesunden Hochschule“ gilt es selbstverständlich auch immer wieder Hürden zu überwinden oder mindestens zu identifizieren. Hochschulen weisen einerseits viele Parallelen zu Betrieben auf, andererseits zeigen sich enorme Unterschiede, die einen Entwicklungsprozess erheblich verzögern können. So ist eine kontinuierliche Jahresplanung mit regelmäßigen Sitzungen oder beständiger Gruppenarbeit aufgrund der langen Pause während der vorlesungsfreien Zeit schwer umzusetzen. Zudem gestaltete sich die Zusammenarbeit mit Hochschullehrenden kompliziert, da sie für Gruppenaktivitäten aufgrund von Lehrveranstaltungen zu verschiedenen Zeiten nur schwer erreichbar sind. Auch kann eine Hochschulleitung nur bedingt mit der Geschäftsführung eines Unternehmens gleichgesetzt werden. Die vielfältige Abhängigkeit von unterschiedlichen Gremien kann an dieser Stelle das Vorankommen deutlich erschweren. Die aktuellen Hürden werden im weiteren Prozess als Herausforderungen für zu entwickelnde Lösungen genutzt.

Literatur

- Gräser, S. & Belschner, W. (2001): Ansatz und Ziele einer gesundheitsfördernden Hochschule. In F. Stratmann & J. Müller (Hrsg.), *Gesundheitsförderung in der Hochschule* (23–29). Hannover: HIS Hochschul-Informations-System.
- Prümper, J. / Hartmannsgruber, K. / Frese, M. (1995): KFZA – Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*. 39 Jg. (125–132). Göttingen: Hogrefe.
- Rosenbrock, R. (1995): Public Health als Soziale Innovation. *Das Gesundheitswesen*, 57(3), 140–144.
- Slesina, W. & Bohley, S. (2011): Gesundheitsförderung und Prävention in Settings: Betriebliches Gesundheitsmanagement. In T. Schott & C. Hornberg (Hrsg.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland; Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft* (619–633). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Weiterführende Literatur

- Techniker Krankenkasse (2007): (Hrsg.). *Gesund studieren. Befragungsergebnisse des Gesundheitssurvey und Auswertungen zu Arzneiverordnungen – Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK* (Band 16). Norderstedt: Lehmann.
- Techniker Krankenkasse (2010): (Hrsg.). *Gesunde Lebenswelt Hochschule. Ein Praxishandbuch für den Weg zu Gesunden Hochschule – Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK* (Band 23). Hamburg: TK-Hausdruckerei. <http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de> <23.04.2014>

Motopädie an der Universität Bonn: Ein Gesundheitsprogramm für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Universität Bonn

Katja Bleser & Peter Preuß

1 Die Motopädie – „Bewegungsspaß mit Wirkung“

Der zentrale Ansatz der Motopädie ist die Bewegung, genauer die Wechselwirkung zwischen dem Körper in Bewegung und der Psyche des Menschen. Bewegung lässt sich nicht trennen vom Erleben und Wahrnehmen, der Mensch denkt, fühlt und handelt ganzheitlich. Dies wird auch in dem international anerkannten Begriff Psychomotorik zum Ausdruck gebracht.

Im Mittelpunkt der Psychomotorik steht die ganzheitliche Förderung der Persönlichkeit. Diese wird über den Erwerb von Selbst-, Sach- und Sozialkompetenz erlangt.

1. *Selbstkompetenz* im Hinblick auf die Entwicklung von Ich-Identität, im Verarbeiten von Erlebnissen und Gefühlen, im Entdecken neuer Verhaltensweisen.
2. *Sachkompetenz* ist eine Anwendungskompetenz; die Umwelt wahrnehmen, das Selbst in die Umwelt einbringen, die materielle Umwelt bewältigen und gestalten.
3. *Sozialkompetenz* ergänzt die vorgenannten Kompetenzen; andere wahrnehmen, der Umgang mit anderen, sich anpassen, andere verändern, Übernahme von Verantwortung.

Diese Kompetenzen werden in aktiver Auseinandersetzung mit der Umwelt, also handelnd gebildet und weiterentwickelt (Handlungsfähigkeit). Methodische Prinzipien der Psychomotorik sind:

- Ansatzpunkte bei den persönlichen Stärken finden (Ressourcenorientiertheit)
- Ganzheitlichkeit
- eigene Gestaltung bei der Lösung von Bewegungssituationen ist erwünscht
- Freiwilligkeit, Selbstbestimmung, was Spaß und Freude macht
- offene Handlungssituationen, die auch Rückzugsmöglichkeiten zulassen

Da Wahrnehmung die Voraussetzung für Kommunikation und Auseinandersetzung mit sich und der Umwelt ist, kommt ihr auch in der Psychomotorik eine große Bedeutung zu. Teil des Wahrnehmungssystems, das Informationen (Reize) in seiner Gesamtheit aufnimmt, sind die Sinne. Diese teilen sich in:

1. *Basis- oder Nahsinne*
 - taktil System, Tastsinn
 - kinästhetisches System, Bewegungs-, Kraft- und Stellungssinn
 - vestibuläres System, Gleichgewichtssinn
 - gustatorisches System, Schmecken
 - olfaktorisches System, Riechen
2. *Fernsinne*
 - visuelle System, Sehen
 - auditives System, Hören

Durch die fortschreitende Technisierung (Auto, Handy, Aufzüge u.ä.) unserer Umwelt ‚verarmen‘ unsere Basissinne, sie bekommen zu wenig ‚Futter‘, während Seh- und Hörsinn chronisch überfordert werden. Diese Dysbalancen versucht die Psychomotorik mit einer bewegten Schule der Sinne – vor allem der Basissinne – auszugleichen und entwickelt daraus ein positives Körpergefühl.

Psychomotorik ist so, auch im Erwachsenenalter, eine effektive Strategie zur Verbesserung des Selbstkonzepts.

Die Psychomotorik bietet ein breites Spektrum an erlebnispädagogischen und soziomotorischen Möglichkeiten und eröffnet einen großen Erfahrungsspielraum zur Körper- und Sozialerfahrung und verfolgt salutogenetische Grundsätze, wie Ressourcenorientiertheit, Kohärenzsinn und die Entwicklung des Einzelnen und der Gruppe. So kann die Psychomotorik als wichtiger Baustein im Sinne der Salutogenese gesehen werden.

2 Das Projekt

Das Motopädieprojekt der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn möchte Freude an Bewegung wecken. Es bestehen keine Parallelen zum „traditionellen“ Sportunterricht, wie etwa hintereinander anstellen, abwarten bis man an der Reihe ist, um sich dann präsentieren zu müssen.

Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern werden Erfahrungs-, Erlebnis- und Entwicklungsmöglichkeiten angeboten, um Einstellungsveränderungen zu initiieren und so selbstverantwortliches Gesundheitsverhalten zu fördern. So werden einerseits konkrete Bewegungsanweisungen zur Ordnung und Orientierung gegeben (z. B. beim Stationsaufbau zum Thema „Rückenfreundliches Sitzen, Arbeiten und Stehen“). Auf der anderen Seite werden offene Bewegungsaufgaben gestellt für neue Interaktionen, Erlebnisse und um neue Erfahrungen machen zu können (z. B. beim Aufbau einer Bewegungslandschaft mit der Aufgabenstellung „Findet Euren Weg!“). Diese Offenheit fördert die Selbst-, Sach- und Sozialkompetenz.

Ein breitgefächertes Angebot verschiedener Bewegungsmöglichkeiten in Form von Spielen, Parcours, Bewegungsaufgaben, in denen gemeinsame Lösungsstrategien gefragt sind sowie Rückentraining und Entspannungstechniken in kleinen Einheiten ermöglichen ein intensives Kennenlernen des Selbst und der Gruppe auf einer ganz anderen Ebene.

Ziel ist es durch das Bewegungsangebot Ängste, Depressionen und Stress zu reduzieren, die Ressourcen zu stärken, das physische Selbstkonzept und die aktive Stimmung zu verbessern und so das Immunsystem zu stärken. Ein toller Erfolg wäre es, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in eine „bewegte“ Richtung zu bringen, d. h. sie würden weiter an Projekten dieser Art teilnehmen oder sich aufmachen und sich einer „eigenen“ Sportart anschließen.

Das Motopädieprojekt schafft durch positive Bewegungserfahrungen ein neues Körperbewusstsein bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer finden Wege, die gemachten Erfahrungen auf den Alltag zu übertragen um damit dauerhaft ein positives Gesundheitsgefühl zu unterstützen. Das Projekt findet zehn Wochen lang wöchentlich für eine Stunde statt. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Universität Bonn wird hierfür als Teilnehmerinnen und Teilnehmer pro Woche eine halbe Stunde von ihrer Arbeitszeit zur Verfügung gestellt.

3 Die Rahmenbedingungen

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer technischen Abteilung der Universität Bonn mit unterschiedlichstem Alter, den verschiedensten Bewegungserfahrungen und körperlichen Voraussetzungen nehmen an dem Motopädieprojekt teil. Bedeutsam ist auch die Teilnahme eines Leiters, hier des Sachgebietsleiters.

In jeder Einheit steht das erfreuliche Erleben des eigenen Körpers mit allen Sinnen und der Gruppe in *Bewegung* im Mittelpunkt. Das Wir-Gefühl der Gruppe wird gestärkt und jeder erfährt für sich, wie er den Alltagsstress abbauen und so sein Wohlbefinden fördern kann.

Das Projekt findet in der UniversitätsSportanlage Nachtigallenweg statt. Dort steht eine große, lichtdurchflutete Turnhalle mit großen und kleinen Geräten sowie Gymnastik- und Spielzubehör zur Verfügung. Des Weiteren können das Außengelände und der angrenzende Wald in das Motopädieprojekt miteinbezogen werden.

4 Praxisbeispiele

Im Folgenden werden Beispiele aus der Praxis des Motopädieprojekts der Universität Bonn als Anregung für eigene Projekte vorgestellt.

Abbildung 1 und Abbildung 2 zeigen den Aufbau einer Bewegungslandschaft (Thema: ‚Die Gletscherspalte‘) mit dem Schwerpunkt der Aktivierung der Nahsinn (vestibulärer und kinästhetischer Sinn). Die Aufgabenstellung für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer lautet: Findet euren Weg zur Gletscherspalte! Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer können ihren eigenen Weg wählen und diesen entsprechend ihren Möglichkeiten bewältigen, so können alle das Ziel erreichen!



Abbildung 1: Die ‚Gletscherspalte‘: Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erklettern die hochkant aufgestellten Weichbodenmatten, setzen oder stellen sich auf diese und lassen sich in die Spalte gleiten. Je weiter die Arme und Beine auseinander genommen werden, umso langsamer, je enger, umso schneller gleiten sie herab. Hierbei erfahren die Teilnehmerinnen und Teilnehmer Selbstwirksamkeit. Der Gletscher kann auch von unten nach oben ‚erobert‘ werden!



Abbildung 2: Die ‚Gletscherspalte‘: Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erklettern die hochkant aufgestellten Weichbodenmatten.

Die Aufgabenstellung nach der ‚Gletscherspalte‘: es sollte eine vorgegebene Strecke ohne Berührung des Bodens bewältigt werden (Abbildung 3). Hierzu standen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern mehrere Materialien zur Verfügung. Eigene Lösungsstrategien waren gefragt, wobei das Rollbrett den höchsten Aufforderungscharakter besaß – alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer bauten es bei ihren Lösungen ein.



Abbildung 3: Aufgabenstellung: eine vorgegebene Strecke ohne Berührung des Bodens zurücklegen.

Schaukeln wie in Kindertagen, dieses Lustgefühl genießen, aus eigener Kraft in Schwung kommen, die Höhe selbst bestimmen, den Wind spüren..., das Kribbeln im Bauch vor dem Absprung spüren, steht in Abbildung 4 im Vordergrund. Beim Schaukeln steht neben der Erinnerung an schöne Kindheitstage hauptsächlich die Stimulation des Vestibulärsinns im Vordergrund. Vielen Teilnehmerinnen und Teilnehmern fällt auf, dass ihnen heute viel früher flau wird, ein Zeichen dafür, dass unser Körper solchen Reizen weniger ausgesetzt wird.



Abbildung 4: Schaukeln wie in Kindertagen.

Konstruktions- und Strategieraufgaben auf einem Zettel für mehrere Gruppen aus zwei bis drei Teilnehmerinnen und Teilnehmern: ‚Baut ein Haus aus sechs Reifen und nutzt einen davon als Bodenplatte! Im Anschluss soll jeder einen Weg in, durch und aus dem Haus herausfinden!‘ (Abbildung 5). Zusammen ein Haus bauen und dann findet jeder einen Weg für sich! Der kinästhetische Sinn in Hochleistung!



Abbildung 5: Konstruktions- und Strategieraufgabe: 'Baut ein Haus aus sechs Reifen und nutzt einen davon als Bodenplatte!'

Abbildung 6 zeigt eine Partneraufgabe bei einem Stationsaufbau: ‚Hörmemory‘ – immer zwei Filmdöschchen sind mit gleichem Material gefüllt. Findet die Pärchen! Durch Schütteln und Hören werden die Pärchen gefunden. Zusätzlich kann der Inhalt erraten werden! Hier sind Selbst-, Sach- und eine Portion Sozialkompetenz gefragt.



Abbildung 6: Hörmemory.

Der ‚Vertrauenskreis‘ (Abbildung 7): Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer stehen in einem engen Kreis zusammen. Eine(r) stellt sich in die Mitte, spannt alle Muskeln an, schließt die Augen (wenn es möglich ist) und lässt sich dann nach vorne oder hinten umkippen. Der Kreis fängt die Person sicher auf und bringt sie wieder in die Senkrechte, bis sie erneut kippt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erfahren Sicherheit durch die aufgelegten, stützenden Hände. Bei dieser Aufgabe ist es von großer Wichtigkeit, dass sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer schon kennengelernt und eine Beziehung zueinander aufgebaut haben, nur dann kann man sich vertrauensvoll ‚fallen‘ lassen! Selbstverständlich agieren alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer lautlos, nur so können sich alle auf diesen Prozess einlassen.



Abbildung 7: Der Vertrauenskreis.

Gesunder Start ins Studium – ein Pilotprojekt zur Förderung der Studierendengesundheit

Eva Mir, Doris Gebhard & Angelika Mitterbacher

1 Einleitung

Das Thema Studierendengesundheit gilt im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention als ein zunehmend beachtetes Terrain, empirische Befunde belegen einen großen Handlungsbedarf: So fühlen sich etwa je knapp ein Viertel der österreichischen Studierenden durch fehlende Studienmotivation, Arbeits- und Konzentrationsschwierigkeiten oder auch stressbedingte Beschwerden im Studium beeinträchtigt (BMWF 2012). Studienunterbrechungen lassen sich bei gut einem Fünftel der Betroffenen auf gesundheitliche Gründe und hier vor allem auf psychische Probleme rückführen (BMBF 2010). Somit ist es auch wenig verwunderlich, dass sich Untersuchungen neuerdings vermehrt mit Aspekten wie zum Beispiel Burnout bei Studierenden (Gusy et al. 2012) beschäftigen und Maßnahmen zur Förderung der Studierendengesundheit entwickelt werden (z. B. Mir et al. 2012).

Gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen, die als Bewältigungsversuche in Hinblick auf hochschulische Anforderungen verstanden werden können, sind in der Gruppe der Studierenden häufig anzutreffen: Rauschtrinken, Rauchen, körperliche Inaktivität und ungesunde Ernährung sind weit verbreitet und treten oft in Kombination auf (Keller et al. 2008). Gerade körperliche Aktivität wird allerdings als wesentliche Ressource für unsere Gesundheit angesehen, die es zu fördern gilt. So liefert sie einen wesentlichen Beitrag zur Stressregulierung und wirkt Zivilisationskrankheiten entgegen. Trotzdem ist Bewegungsarmut in der Gruppe der Studierenden weit verbreitet (König et al. 2012). Laut des Nationalen Aktionsplans

Bewegung (BMLVS 2013) sind die Information hinsichtlich körperlicher Aktivität und die Motivation zu mehr Bewegung gerade für Personen, die in Gesundheitsberufen tätig sind bzw. eine derartige Ausbildung machen, bedeutsame Handlungsfelder. Denn Studierende werden im Allgemeinen als zukünftige Leader angesehen, die das Leben anderer direkt oder indirekt beeinflussen und damit potentiell auch deren Umgang mit körperlicher Aktivität (Brannagen 2010). Im Falle von in Gesundheitsberufen Tätigen versteht sich eigenes gesundheitsförderliches Verhalten und damit eigene körperliche Aktivität einerseits als Selbstpflege (Kratvis et al. 2010), andererseits als Grundlage, um Gesundheitsförderung im zukünftigen beruflichen Handeln und damit für Klientinnen und Klienten sowie Patientinnen und Patienten zu forcieren. Gesundheitsförderung für Studierende gesundheitsbezogener Studienrichtungen ist also nicht nur eine Investition in die Gesundheit der Studierenden im engeren Sinne.

Basierend auf diesen Erkenntnissen sollte die Gesundheit von Studierenden vom ersten Semester an berücksichtigt und gefördert werden, denn gerade der Studienbeginn wird als sehr sensible Phase angesehen (Arnett 2000). Die Erstsemestrigen sehen sich in der neuen Lebenswelt Hochschule mit zahlreichen Anforderungen konfrontiert: Sich im System Hochschule orientieren, Prüfungsvorbereitungen managen, den Wohnort wechseln und einen eigenständigen Haushalt führen, Studium und erste berufliche Tätigkeiten vereinbaren – dies sind nur einige der potentiellen Themen, mit denen sich Studierende im ersten Semester auseinandersetzen müssen. Gezielt gesetzte Maßnahmen von Seiten der Hochschule können an diesen Stellen unterstützend wirken.

Daher widmet sich das Projekt „Gesunder Start ins Studium“ (GSS) der Gesundheit und Gesundheitsförderung bei erstsemestrigen Ergotherapiestudierenden an der Fachhochschule Kärnten (FH Kärnten, Österreich).

2 Das Projekt „Gesunder Start ins Studium“ im Überblick

Das Projekt „Gesunder Start ins Studium“ wurde als Kooperationsvorhaben der Studiengänge Gesundheits- und Pflegemanagement (E. Mir, D. Gebhard) und der Ergotherapie (A. Mitterbacher) der FH Kärnten konzipiert. Es zielt darauf ab, (1) Anforderungen und Ressourcen von erstsemestrigen Ergotherapiestudierenden zu identifizieren, (2) einem partizipativen Ansatz folgend gesundheitsförderliche Maßnahmen für die Studieneingangsphase zu entwickeln sowie (3) die entwickelten Maßnahmen umzusetzen und einer ersten Bewertung zu unterziehen. Bisher wurden an der FH Kärnten, Studiengang Ergotherapie, noch keine expliziten gesundheitsförderlichen Maßnahmen für Studierende realisiert, somit versteht sich „Gesunder Start ins Studium“ als Pilotprojekt.

Die Projektphasen folgen einem idealtypischen Ablauf (Naidoo & Wills 2010): Zu Beginn wurde eine Bedarfsanalyse durchgeführt, die auf zwei Bausteinen basiert: Einerseits wurden mittels einer quantitativen Fragebogenerhebung Ressour-

cen und Belastungen im Studienalltag (Gusy & Lohmann 2011), das studentische Kohärenzgefühl (Brunner et al. 2009), ausgewählte Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen sowie Bedarf an gesundheitsförderlichen Maßnahmen exploriert. Andererseits wurden im Zuge eines Open Space (Siegert 2007) Ressourcen und Herausforderungen, die speziell mit der Studieneingangsphase in Verbindung stehen, beleuchtet und potentielle Ansätze zur Förderung der Studierenden erarbeitet. Dazu wurden im Sommersemester 2013 Studierende des zweiten Semesters ($n = 16$) eingeladen, die vor dem Hintergrund der eigenen Erfahrungen an Lösungen für zukünftige Erstsemestrige arbeiteten. Es stellte sich heraus, dass Reizbarkeit, Nacken-/Schulterschmerzen sowie Kopfschmerzen die häufigsten Beschwerden darstellen; der Handlungsspielraum im Studium wird als gering eingestuft, das Qualifikationspotential sowie die Bedeutsamkeit des Studiums als hoch. Hinsichtlich der Verstehbarkeit der Strukturen und Entscheidungen im System Hochschule lässt sich Verbesserungsbedarf ausmachen. Besonders interessiert sind die Studierenden an Bewegungsprogrammen, an Angeboten zum Thema gesunde Ernährung sowie Entspannung/Stressbewältigung.

Basierend auf diesen Erkenntnissen wurden sodann Maßnahmen entwickelt, die im Herbst 2013 bei den erstsemestrigen Ergotherapiestudierenden im Zuge der Welcome Week zur Anwendung kamen. Um die Gruppenkohäsion zu stärken, körperliche Aktivität und Teamfähigkeit unter den Studierenden zu fördern (Juriza et al. 2011) wurde ein eintägiges Outdoorpädagogisches Maßnahmenpaket (Hofferer & Fanning 2011) entwickelt. Diese bewegungsorientierte Intervention sollte neben der körperlichen Aktivierung vor allem die Ressource „Mitstudierende“ ansprechen und fördern. Das Outdoorpädagogische Training wurde nach einem Einführungstag, der allgemeine Informationen rund um den Studiengang, Zeit für inhaltliche und räumliche Orientierung an der FH Kärnten sowie eine Vorstellung des Projekts beinhaltete, in einem Hochseilgarten realisiert. Um die Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem Outdoorpädagogischen Training an die Hochschule zu transferieren, fand am dritten Tag eine Trainingsreflexion an der FH Kärnten statt. Abgerundet wurde das Angebot durch die Möglichkeit, mit Höhersemestrigen („Meet the peers“) sowie mit Lehrenden („Meet the lecturer“) in Diskurs zu treten. Dadurch konnte das System Hochschule mit seinen expliziten und impliziten Regeln aus Studierenden- und Lehrendensicht dargestellt und somit vor allem die Verstehbarkeit gefördert werden.

Die Maßnahmen wurden in Zusammenarbeit mit Studierenden entwickelt, diskutiert und gegebenenfalls adaptiert; ein Praxishandbuch wurde zur Dokumentation des Aufbaus sowie zur Beschreibung der einzelnen Bausteine erstellt. Neben der Bedarfsanalyse, der Maßnahmenentwicklung und -implementierung wurde im Projekt „Gesunder Start ins Studium“ großer Wert auf die Evaluation gelegt. Einerseits wurde das Feedback der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zum Abschluss des Maßnahmenpakets mittels Fragebogen erhoben, andererseits wurde eine Vorher-Nachher-Erhebung realisiert. Letztere zielte darauf ab, Veränderungen über die Zeit der Interventionsumsetzung hinweg hinsichtlich ausgewählter Aspekte

abzubilden (z. B. Kohärenzgefühl, Gruppenkohäsion, studentisches Befinden). Neben der Interventionsgruppe wurde eine Kontrollgruppe von Erstsemestrigen (Studiengang Logopädie) befragt, um Gruppenvergleiche anstellen zu können.

Die Dissemination des Projektes wird FH-intern durch Präsentationen des Projektkonzeptes, der Zwischen- sowie Endergebnisse gewährleistet; FH-extern wird vor allem mittels Presseaussendungen, Berichterstattung via Social Media (www.facebook.com/GesundheitPfleger), wissenschaftlichen Publikationen und Kongressbeiträgen gearbeitet. Abbildung 1 visualisiert die einzelnen Projektschritte von „Gesunder Start ins Studium“.

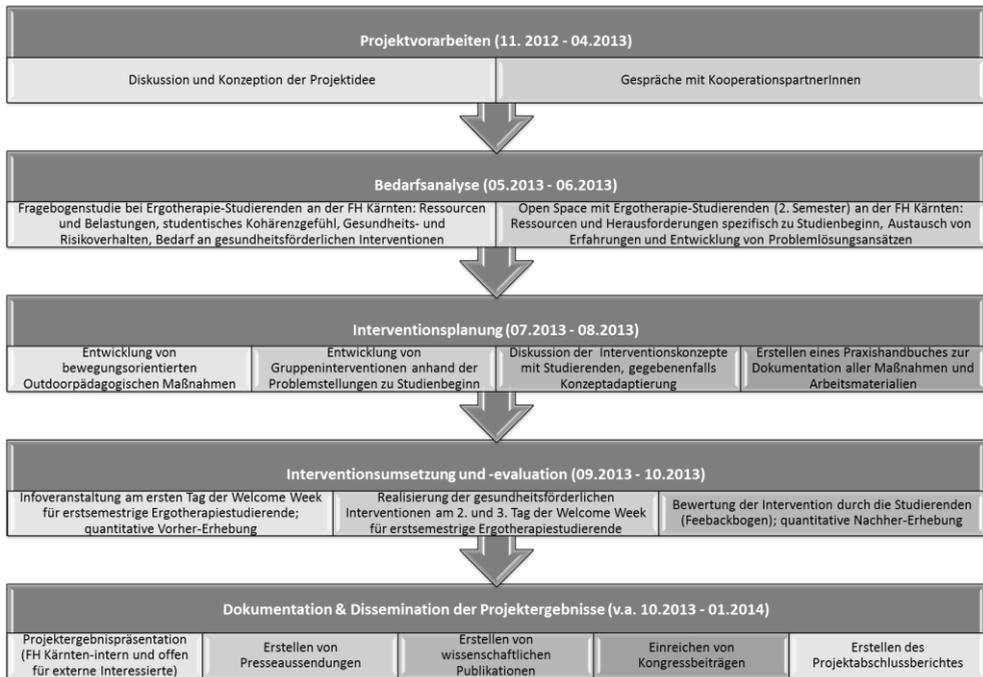


Abbildung 1. Das Projekt „Gesunder Start ins Studium“ im Überblick

3 Ausgewählte Ergebnisse und Diskussion

An dem Projekt „Gesunder Start ins Studium“ nahmen insgesamt 15 erstsemestrige Ergotherapiestudierende teil (100 % weiblich; $M_{\text{Alter}} = 21.47$, $SD_{\text{Alter}} = 4.09$). Vierzehn Teilnehmerinnen gaben an, dass das Projekt ihren Erwartungen entsprochen hatte; alle beteiligten Studentinnen würden eine Teilnahme am Projekt „Gesunder Start ins Studium“ an die nächste Generation von Erstsemestrigen weiterempfehlen. Die einzelnen Maßnahmen wurden überaus positiv beurteilt, wobei die Notenskala von 1 (sehr gut) bis 5 (nicht genügend) herangezogen wurde. Demnach wurde im Durchschnitt das Gesamtkonzept mit 1.20 ($SD = 0.41$) beurteilt. Auf

Einzelinterventionsebene wurden das Outdoorpädagogische Training sowie das Treffen mit den Höhersemestrigen am besten beurteilt (jeweils $M = 1.13$, $SD = 0.35$), gefolgt von dem Treffen mit Lehrenden ($M = 1.21$, $SD = 0.43$). Die Inhalte des Einführungstages wurden im Durchschnitt mit 1.60 (Informationen rund um den Studiengang, Zeit für inhaltliche und räumliche Orientierung an der FH Kärnten, $SD = 0.51$) bzw. mit 2.0 (Vorstellung des Projekts, $SD = 0.95$) beurteilt.

Betrachtet man den Vorher-Nachher-Vergleich, so zeigen sich bei der Gruppe der erstsemestrigen Ergotherapiestudierenden, die an dem Projekt „Gesunder Start ins Studium“ teilgenommen hatten, im Vergleich zur Kontrollgruppe der erstsemestrigen Logopädiestudierenden, die keine Maßnahmen erhalten hatten, Verbesserungen in Hinblick auf 1) die Machbarkeit der hochschulischen Anforderungen als Teilaspekt des studentischen Kohärenzgefühls, 2) das Teamklima bezogen auf die Studierendengruppe, 3) die wahrgenommene Akzeptanz innerhalb der Studierendengruppe sowie 4) die Einschätzung der subjektiven Gesundheit.

Wenngleich die Aussagekraft der Ergebnisse auf Grund der geringen Fallzahlen noch mit größeren Stichproben bestätigt werden muss, ist auf Basis der vorliegenden Daten davon auszugehen, dass das Maßnahmenpaket, das im Zuge des Projekts „Gesunder Start ins Studium“ entwickelt und pilotiert worden ist, gesundheits- und teambezogene Veränderungen in die gewünschte Richtung erzielen kann. Bewegungsorientierte Maßnahmen in Form von Outdoorpädagogischen Trainings vermögen die Ressource „Mitstudierende“ bzw. den sozialen Zusammenhalt in der Studierendengruppe zu stärken. Inwiefern diese Veränderungen überdauernder Natur sind, kann aufgrund des gewählten Evaluationsdesigns nicht festgestellt werden, da es zu diesem Zweck eines weiteren Befragungszeitpunktes bedarf. Um langfristige Effekte erzielen zu können, braucht es eine stetige Auseinandersetzung mit der Förderung der Studierendengesundheit und somit eine nachhaltige Verankerung gesundheitsförderlicher Maßnahmen über den gesamten Studienverlauf hinweg. Zudem ist die Partizipation der Studierenden bei der Entwicklung, Implementierung und Evaluierung ein wesentliches Kriterium für erfolgreiche gesundheitsförderliche Interventionen (Mir 2013). Hier konnten im Zuge des Projekts „Gesunder Start ins Studium“ durch die umfangreiche Bedarfsanalyse, das Einbeziehen von Studierenden bei der Entwicklung der Maßnahmen sowie bei deren Umsetzung umfassende Ansätze zur Realisierung von Teilhabe gelebt werden.

Literatur

- Arnett, J. (2000): Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. In: *American Psychologist* 5/2000, 469–480.
- BMBF (Hrsg.) (2010): Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2009. 19. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt durch HIS Hochschul-Informationssystem. BMBF, Bonn, Berlin. Verfügbar unter: <http://www.studentenwerke.de> <25.09.2012>.
- BMLVS (Hrsg.) (2013): Nationaler Aktionsplan Bewegung. NAP.b. 1. Auflage. Verfügbar unter: <http://www.napbewegung.at/download/files/%7B0358048B-E215-47A7-BE6B-A57CB5764A00%7D/NAPaktionsplan2013.pdf> <29.07.2013>.
- BMWF (Hrsg.) (2012): Bericht. Materialien zur sozialen Lage der Studierenden 2012. Wien. Verfügbar unter: http://www.bmwf.gv.at/uploads/tx_contentbox/Materialien_soziale_Lage_2012.pdf <25.09.2012>.
- Brannagen K. (2010): The role of exercise self-efficacy, perceived exertion, event-related stress, and demographic factors in predicting physical activity among college freshmen. In: *Health Education Journal* 70/2010, 365–373.
- Brunner, E. / Maier, M. / Gritsch, A. / Jenull, B. (2009): Die Universität – ein kohärentes Setting. Messung des studentischen Kohärenzgefühls. In: *Prävention und Gesundheitsförderung* 4/2009, 66–70.
- Gusy, B. & Lohmann, K. (2011): Gesundheit im Studium: Dokumentation der Instrumente (Schriftenreihe des AB Public Health: Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung Nr. 01/P11). Berlin: Freie Universität Berlin (FB Erwiss. & Psych.).
- Gusy, B. / Lohmann, K. / Marcus, K. (2012): Sind Bachelor-/Masterstudierende stärker ausgebrannt? Ein Vergleich von Studierenden in „alten“ und „neuen“ Studienstrukturen. In: *Prävention und Gesundheitsförderung* 4/2012, 237–245.
- Hofferer, M. & Fanning, R. (2011): *Praxishandbuch Outdoorpädagogik. Ein Lehr- und Arbeitsbuch für outdoorpädagogisches Denken, Planen und Handeln.* Wien: Outdoorpädagogik Austria.
- Juriza, I. / Ruzanna Z. / Harlina, H. / Rohaizak, M. / Zulkifli, Z. / Fauzi M. / Radniwan, M. / Razif, M. / Heikal, M. / Anisah, N. / Nabishah, M. / Lokmann, L. (2011): Outdoor Camps Experiential Learning Activities for Teamwork and Leadership among Medical Students. In: *Procedia Social and Behavioral Sciences* 18/2011, 622–625.
- Keller, S. / Maddock, J. E. / Hannover, W. / Thyrian, J. R. / Basler, H. (2008): Multiple risk behaviors in German first year university students. In: *Preventive Medicine* 46/2008, 189–195.

- König, G. / Kroke, A. / Reichelt, A. / Stegmüller, K. (2012): Bewegung im Setting Hochschule. Bedürfnisse von Hochschulmitgliedern am Beispiel der Hochschule Fulda. In: *Prävention und Gesundheitsförderung* 7/2012, 73–79.
- Kratvis, K. / McAllister-Black, R. / Grant, M. / Kirk, C. (2010): Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout. In: *Applied Nursing Research* 23/2010, 130–138.
- Mir, E. (2013): Mittendrin statt nur dabei... Studentische Partizipation im Kontext hochschulischer Gesundheitsförderung. In: *Prävention und Gesundheitsförderung* 8/2013, 212–217.
- Mir, E. / Lichtenberger, D. / Pichler, C. / Wegscheider, M. (2012): Schleuderfrei durchs Studium – Entwicklung eines Antistresskurses für berufsbegleitend Studierende im Zuge einer Lehrveranstaltungstrilogie zum Thema Gesundheitsförderung. In: *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 21/2012, 199–202.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2010): *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage. Herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Gamburg: Conrad-Verlag.
- Siegert, W. (2007): *Konferenz mit Ziel und Effizienz. Sparen Sie viel Zeit und Geld!* Renningen: expert verlag.

Weniger sitzen – mehr bewegen: Die Praxis von Bewegungspausen am Beispiel von FiduS – Fit durchs Studium

Gianna König, Jan Ries, Anita Schleicher & Anja Kroke

1 Einleitung

Studierende sitzen im Hörsaal, Seminarraum oder in der Bibliothek, hören zu, lesen, arbeiten in Gruppen oder am Computer. Welche Lehr- und Lernform an Hochschulen auch zum Einsatz kommt, fast immer sitzen Studierende währenddessen. Ständiges, ununterbrochenes Sitzen ist ein Kennzeichen der heutigen, post-industriellen Arbeits- und Lebensweise und wird schon sehr früh (i.d.R. ab der Grundschule) gelernt. Dieses strukturell bedingte Verhalten trägt sich meist bis in das Berufsleben fort (Dreger & Huber 2013).

Die einseitige Körperhaltung bringt nicht nur negative gesundheitliche Folgen mit sich, sondern beeinflusst zudem die Lern- und Leistungsfähigkeit in allen Lebensphasen. Verantwortlich sind Zusammenhänge von körperlicher Bewegung mit der Synapsenbildung, der Ausschüttung von Vigilanz-fördernden Botenstoffen sowie die Sauerstoffversorgung des Gehirns (Gligoroska & Manchevska 2012; Graf et al. 2003; Hollmann & Strüder 2003). Im Umkehrschluss hindert ständiges, ununterbrochenes Sitzen das Gehirn daran, optimale Leistung zu erbringen. Müdigkeit und Konzentrationsschwierigkeiten können die Folge sein (Vaynman & Gomez-Pinilla 2006). In einer leistungsorientierten Gesellschaft resultiert daraus ein ernstzunehmender Frust- und Stressfaktor. Die einseitige Belastung der Muskulatur und der niedrige Energieumsatz können mittelfristig zu muskulären Dysba-

lancen, Rücken- und Nackenschmerzen führen. Längerfristig erhöht tagtägliches, ununterbrochenes und langes Sitzen, unabhängig von anderen Faktoren, das Risiko für verbreitete chronische Erkrankungen (Garber et al. 2011; Dreger & Huber 2013).

Vor diesem Hintergrund hat die Arbeitsgruppe der „Gesundheitsfördernden Hochschule Fulda“ gemeinsam mit dem Fuldaer Hochschulsport und Betroffenen der Hochschule Fulda nach Interventionsmöglichkeiten gesucht und im Rahmen des Projektes „FiduS – Fit durchs Studium“ eine Maßnahme entwickelt, die Bewegungspausen in Seminaren und Vorlesungen unterstützt. Der Projektverlauf, die Inhalte und Übertragungsmöglichkeiten sind Bestandteil dieses Beitrags.

2 Projektverlauf

Den strukturellen Rahmen für den Verlauf des Projektes FiduS bildete der Public Health Action Cycle (PHAC) (Kolip 2006). Dieses phasenorientierte Modell hat sich zur Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung weitgehend etabliert und eignet sich somit auch für Maßnahmen der Bewegungsförderung (Kolip 2012). Abbildung 43 stellt dar, wie die Abfolge von Ausgangsanalyse, Strategieentwicklung, Implementierung und Bewertung im Projekt FiduS umgesetzt wurde. Nach den vier klassischen Phasen folgte die Anpassung und Ausweitung innerhalb der Hochschule sowie die Verankerung als fester Bestandteil im Hochschulsportangebot. Die Vorgehensweise innerhalb der einzelnen Phasen verdeutlichen die nachfolgenden Kapitel.



Abbildung 1: Verlauf des Projektes FiduS nach dem Public Health-Action-Cycle (mod. nach Kolip 2006)

Analyse der Bewegungsbedürfnisse (Schritt 1, Abbildung 1)

Ausgangspunkt für FiduS – Fit durchs Studium – war eine explorative Studie an der Hochschule Fulda. Die Studie diente einerseits dazu, den Stellenwert von Bewegung statusübergreifend zu analysieren sowie konkrete Ansatzmöglichkeiten zur Bewegungsförderung zu identifizieren. Andererseits trug sie dazu bei, Wünsche und Bedürfnisse der Hochschulmitglieder im Sinne der Partizipation bei der Maßnahmenplanung von Beginn an zu berücksichtigen. Partizipation ist ein Grundsatz der Gesundheitsförderung, dem damit Rechnung getragen werden sollte.

Zu diesem Zweck wurden Interviews mit Vertretern unterschiedlicher Statusgruppen (z. B. Hochschulleitung, Lehrende aller Fuldaer Fachbereiche) wie auch einer Fokusgruppe mit Studierenden geführt, inhaltsanalytisch ausgewertet und in Mind Maps zusammengefasst (König et al. 2012).

Die Studie machte die herausragende Bedeutung von Bewegung für die befragten Hochschulmitglieder deutlich. Die Wünsche für Maßnahmen gingen über das klassische Angebot des Hochschulsports hinaus und beinhalteten die Forderung nach stärkerer Unterstützung bei der Umsetzung alltäglicher Bewegung. Es konnten eine ganze Reihe an innovativen Ideen für die Realisierung ihrer Vorstellungen gesammelt werden, wie die Abbildung 2 verdeutlicht. Bewegungspausen gehörten dabei zu den am häufigsten geforderten und als sinnvoll bewerteten Angeboten seitens der befragten Lehrenden und Studierenden (König et al. 2012). Aufgrund der hohen Übereinstimmung wurde daher entschieden, diese Maßnahme in die Tat umzusetzen.



Abbildung 2: Mindmap zu den Ergebnissen der Bedürfniserhebung an der Hochschule Fulda (König et al. 2012)

Partizipative Konzeptentwicklung (Schritt 2, Abbildung 1)

Initiiert wurde FiduS von der Arbeitsgruppe des drittmittelgeförderten Forschungs- und Entwicklungsprojektes „Gesundheitsfördernde Hochschule Fulda“. Als Praxisexpertinnen und -experten waren Vertreterinnen und Vertreter des Hochschulsports der Hochschule Fulda von Beginn an in die Entwicklung der Maßnahme involviert.

Für die Entwicklung eines Konzepts zur Integration von Bewegungspausen in die Hochschulstrukturen wurde ein Gesundheitszirkel gegründet, in den Interessierte statusübergreifend einbezogen wurden. Dem Gesundheitszirkel gehörten Vertreterinnen und Vertreter der Hochschulleitung, des Hochschulsports, Studierende mit Sport- und Übungsleitererfahrung sowie Lehrende mit Interesse an Bewegungspausen an. Der Gesundheitszirkel diente dazu, erste Ideen zu konkretisieren, Barrieren und Ressourcen ausfindig zu machen und gemeinsame Ziele zu setzen. Nach Verschriftlichung des Konzepts, Antragstellung und Förderbescheid der Techniker Krankenkasse konnte das Pilotprojekt starten.

Das Pilotprojekt (Schritt 3, Abbildung 1)

Das settingorientierte Pilotprojekt FiduS wurde gemäß den Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung implementiert. Zu übergeordneten Anforderungen gehörten demnach die Ausrichtung sowohl auf Verhaltens- als auch auf Verhältnisänderungen, die Partizipation und das Empowerment von Studierenden sowie die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit, insbesondere im Hinblick auf Studierende mit Behinderung (Kolip et al. 2012).

Während der Pilotphase wurde ein Handbuch erarbeitet, Videoclips zur Anleitung von Bewegungspausen produziert, ein Schulungskonzept für die Ausbildung von Studierenden zu FiduS-Übungsleitenden entwickelt und ein Buchungssystem eingeführt (näheres dazu in Kapitel 3 dieses Beitrags). Begleitend zur Einführung der Bewegungspausen wurde umfassende Öffentlichkeitsarbeit betrieben.

Evaluation (Schritt 4, Abbildung 1)

Grundlage für die Projektbewertung waren die fortlaufende Prozessdokumentation sowie ergänzende quantitative und qualitative Erhebungen. Auf diese Weise konnte überprüft werden, ob angestrebte Teilziele erreicht wurden (Cremer 2012). Neben subjektiv wahrgenommenen Effekten wurden Vorlieben bei der Umsetzung von Bewegungspausen erfragt. Die Ergebnisse trugen zur Weiterentwicklung der Maßnahme bei (Formative Evaluation).

Ausweitung und Verstetigung (Schritt 5 und 6, Abbildung 1)

Eine stetig steigende Nachfrage nach Bewegungspausen sowie die positiv ausgefallene Evaluation ermöglichte deren Ausweitung innerhalb der Hochschule. Nach Beendigung der Pilotphase wurde FiduS als fester Bestandteil in das Angebot der Hochschule aufgenommen, indem die Bereitstellung und Weiterentwicklung in die Hände des Hochschulsports übergegangen sind. Die Platzierung im Hochschulsport bot sich an, da dieser an der Entwicklung und Umsetzung der Maßnahme von Beginn an maßgeblich beteiligt war. Vorhandene Ressourcen und Synergien konnten auf diese Weise optimal genutzt werden.

3 Bestandteile des FiduS-Konzeptes

Das partizipativ entwickelte Konzept enthält verschiedene Elemente zur Unterstützung von Bewegungspausen in Lehrveranstaltungen. Dazu gehören:

- die Ausbildung von Studierenden zu FiduS-Übungsleiterinnen und -Übungsleitern
- ein elektronisches Buchungssystem für den Einsatz von FiduS-Übungsleitenden in Lehrveranstaltungen
- ein Handbuch mit „einfachen“ Übungen und Tipps für die Umsetzung von Bewegungspausen
- Videoclips zur alternativen Anleitung von Bewegungspausen

Die Ausbildung von FiduS-Übungsleiterinnen und -Übungsleitern

Der Hochschulsport der Hochschule Fulda entwarf federführend ein Schulungskonzept zur Ausbildung von Studierenden mit unterschiedlichem Erfahrungshorizont zu FiduS-Übungsleitenden. Die ein- bis zweitägige Schulung findet einmal pro Semester statt. Neben der Einführung in die Hintergründe von Bewegungspausen werden didaktische Grundlagen vermittelt und die praktische Umsetzung geübt.

Das FiduS-Buchungssystem

Lehrende können die ausgebildeten FiduS-Übungsleitenden für ihre Lehrveranstaltung buchen. Hierzu stehen zwei Vorgänge zur Verfügung:

- Ein elektronisches Buchungssystem
- Die persönliche Buchung bei den FiduS-Übungsleitenden

Das *elektronische Buchungssystem* wurde von Informatik-Studenten der Hochschule Fulda entwickelt und ist hochschulübergreifend einsetzbar. Nach Erstellung eines Kurzprofils können Lehrende und studentische Tutoren eine Bewegungspause buchen. Möglich ist sowohl die Auswahl eines einmaligen Termins (z. B. bei Blockveranstaltungen) als auch eines mehrmaligen Termins an einem bestimmten Wochentag (z. B. fortlaufend über das gesamte Semester). Automatisch wird abgefragt, ob zu der gewünschten Zeit FiduS-Übungsleitende verfügbar sind.

Alternativ ist die *persönliche Buchung* möglich. Die FiduS-Übungsleitenden werden in den Schulungen dazu motiviert und befähigt, ihren Lehrenden FiduS-Bewegungspausen vorzustellen und die Umsetzung anzubieten. Bei Interesse konnten die Lehrenden individuelle und flexible Absprachen mit ihren FiduS-Übungsleiterinnen und -Übungsleitern treffen. Zu statistischen Zwecken und aus abrechnungstechnischen Gründen werden auch diese Absprachen über das elektronische Buchungssystem dokumentiert.

Das FiduS-Handbuch

Das FiduS-Handbuch wurde eigens für die Umsetzung von Bewegungspausen in Lehrveranstaltungen an Hochschulen erstellt. Es wird den Teilnehmenden einer FiduS-Übungsleiterschulung ausgehändigt und steht auch interessierten Lehrenden nach entsprechender Schulung zur Verfügung. Es enthält Hintergrundinformationen und Hinweise für die Umsetzung von Bewegungspausen in Lehrveranstaltungen an Hochschulen sowie zahlreiche Übungsbeschreibungen mit bildlicher Darstellung.

Die Übungen sind in die Kategorien Aktivierung, Mobilisation, Kräftigung, Koordination, Gleichgewicht, Dehnen und Ausklang unterteilt. Durch Registerblätter sind die einzelnen Kategorien leicht und schnell auffindbar. Ob eine Übung im Stehen, im Sitzen oder als Partnerübung in einer der beiden Varianten durchführbar ist, zeigen Symbole am unteren Rand des jeweiligen Übungsblatts. Zusätzlich weist die Aufschrift „geeignet für Seminarräume“ oder „geeignet für Seminarräume und Hörsäle“ darauf hin, wie viel Bewegungsfreiraum benötigt wird (Abbildung 2). Für den Seminarraum eignen sich Übungen, die durchaus etwas mehr Bewegungsfreiraum benötigen, im Hörsaal jedoch sollten die Bewegungen so wenig ausladend wie möglich sein. Das gedruckte FiduS-Handbuch ist so konzipiert, dass einzelne Übungen jederzeit ergänzt oder zu Übungsreihen hintereinander geheftet werden können.



Abbildung 3: Das FiduS-Handbuch: Cover und Inhaltsübersicht

Die FiduS-Videoclips

Über eine Webanwendung können Lehrende Videoclips aufrufen, die für das bestehende Platzangebot geeignet sind. Die Videoclips enthalten Anleitungen für Bewegungspausen, wie sie auch von den FiduS-Übungsleitenden ausgeführt werden. Der Vorteil der Videoclips ist ihr flexibler Einsatz. Sie eignen sich insbesondere für die Überbrückung von Zeiträumen, in denen FiduS-Bewegungspausen gewünscht, aber aufgrund von zeitlichen Überschneidungen nicht durch FiduS-Übungsleiterinnen und -Übungsleiter durchgeführt werden können.

Kasten 1: Ablauf einer typischen Bewegungspause

Eine FiduS-Übungsleiterin erscheint unauffällig zu der mit dem Lehrenden verabredeten Zeit in der Tür des Seminarraums. Auf Anhieb ist sie an ihrem FiduS-T-Shirt zu erkennen. Sie bleibt leise in der Tür stehen und wartet, bis der Lehrende ein Signal gibt, dass es losgehen kann. So kann er seine gerade begonnene Ausführung beenden und der Verlauf der Veranstaltung wird nicht gestört. Die FiduS-Übungsleiterin tritt vor die Gruppe und lädt die Studierenden freundlich dazu ein, an der Bewegungspause teilzunehmen. Gleichzeitig öffnet sie das Fenster oder bittet jemanden aus der Gruppe, Luft herein zu lassen (spätestens nach der dritten FiduS-Bewegungspause stehen die Studierenden auch ohne Aufforderung auf).

Die FiduS-Übungsleiterin leitet die Gruppe an, indem sie die Übungen vor macht und erläutert. Gemeinsam wird dann gedehnt, gestreckt, gekräftigt, entspannt und gelacht. Zum Schluss heben alle gemeinsam die Arme im großen Bogen über den Kopf und atmen bewusst ein und aus. Die Studierenden kommen wieder im Seminarraum an. Mit einigen netten Worten verabschiedet sich die FiduS-Übungsleiterin und geht nach draußen. Das Ganze dauert – je nach Wunsch des Lehrenden – zwischen fünf und zehn Minuten.



Abbildung 4: Foto einer FiduS-Bewegungspause

4 Die FiduS-Übungen

Die Schwerpunkte einer FiduS-Bewegungspause werden während des Buchungsvorgangs festgelegt und können jederzeit angepasst werden. Im Fokus stehen Übungen, die das Gehirn mit Sauerstoff versorgen und damit die Konzentration reaktivieren. Außerdem werden Schultern, Nacken, Rücken und Handgelenke

entlastet sowie gezielte Entspannung trainiert. Zu diesem Zweck kann aus Übungen der Kategorien Aktivierung (Ak), Mobilisation (Mo), Kräftigung (Kr), Koordination (Ko), Gleichgewicht (Gl), Dehnen (De) und Ausklang (Au) gewählt werden. Übungen dieser Kategorien sind beliebig zu Übungsreihen kombinierbar (Abbildung 5).

Die weitaus größte Schwierigkeit bei der Umsetzung von Bewegungspausen in Seminaren oder Vorlesungen ist das häufig unberechenbare Platzangebot. Die FiduS-Übungsleitenden werden befähigt, die Rahmenbedingungen zu analysieren und geeignete Übungen auszuwählen. Ebenso sind die Übungen entsprechend der Temperaturverhältnisse wie auch auf besondere Bedürfnisse einzelner Studierender anzupassen oder Alternativübungen, z. B. für Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit körperlichen Einschränkungen, aufzuzeigen. Dies erfordert auch ein hohes Maß an Flexibilität und Spontaneität.

Aktivierungsübungen (Ak)

Die Gruppe der Aktivierungsübungen strebt die Optimierung der Leistungs- und Aufnahmebereitschaft der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an. Über dynamische Übungen, welche in der Regel größere und/oder mehrere Muskelgruppen beanspruchen, wird der Kreislauf aktiviert. Hierdurch wird die vermehrte Sauerstoffaufnahme gefördert, die Konzentration gesteigert und eventuellen Ermüdungerscheinungen entgegengewirkt.

Mobilisationsübungen

Im Rahmen von FiduS werden Mobilisationsübungen – im Unterschied zur Kranken- und Altenpflege – als eigenständig durchgeführte Übungen zur Verbesserung der Beweglichkeit / Elastizität der Gelenke und Muskeln verstanden. Es geht nicht darum – wie bei den Dehnübungen – (maximale) Endpositionen zu erreichen, sondern im moderaten Schwingungsbereich die gesamten Bewegungseinheiten (Muskeln, Sehnen, Bänder) um einzelne Gelenke dynamisch zu beanspruchen.

Kräftigungsübungen

Kraft ist notwendig, um der Erdanziehungskraft zu widerstehen. Aufrecht stehen oder sitzen sowie der aufrechte Gang sind nur möglich, wenn adäquate Kräfte durch den Menschen mobilisiert werden können. Langanhaltende Zwangshaltungen, wie sie beim Sitzen in der Vorlesung, am Rechner oder beim Autofahren entstehen, lassen die Muskulatur atrophieren. Regelmäßige muskuläre Beanspruchungen wirken dem Muskelschwund entgegen.

Koordinationsübungen

Koordination ist das harmonische Zusammenwirken von Sinnesorganen, peripherem und zentralem Nervensystem (ZNS), sowie der Skelettmuskulatur. Die koordinativen Fähigkeiten entscheiden über zeitliche, stärke- und umfangmäßig aufeinander abgestimmte Impulse zur Ansteuerung der willentlichen Muskulatur.

Gleichgewichtsübungen

Die Fähigkeit, das „Gleichgewicht“ halten zu können, ist u. a. von zahlreichen Sensoren (Augen, Gleichgewichtsorgan, Innenohr, Rezeptoren), sowie der Leistungs- und Verarbeitungsfähigkeit von Nervenbahnen, Kleinhirn und Muskulatur abhängig. Zum Gleichgewichtssinn gehört das Empfinden für oben und unten (Lotrichtung), für Winkel bzw. Neigungen (Lageorientierung) und Rhythmus, sowie für Linear- und Drehbeschleunigungen des Kopfes in alle Richtungen. Über Gleichgewichtsübungen wird die Eigenwahrnehmung trainiert und tiefliegende Muskelgruppen angesteuert (propriozeptives Training).

Dehnübungen

Nicht dynamische oder in Endpositionen statisch beanspruchte Muskel-Bänder-Sehnen-Einheiten neigen dazu, sich im Laufe der Lebensjahre zu verkürzen. „Klassische“ Fehlhaltungen und/oder muskuläre Dysbalancen beruhen u. a. auf verkürzten Muskel-Bänder-Sehnen-Einheiten. Dehnübungen (dynamisch oder statisch) zielen auf die Ansteuerung von anatomisch-strukturellen Endpositionen ab. Die Beweglichkeit wird auch durch die Entspannungsfähigkeit der gegenwirkenden Muskeln (Prinzip des Stretchings) sowie Gelenkstrukturen bestimmt.

Übungen für den Ausklang

Den Übungsausklang stellen i. d. R. ruhigere, auf Körperwahrnehmung ausgerichtete Übungen dar. Nach anfänglicher Aktivierung sowie der Ansteuerung bestimmter motorischer und koordinativer Ziele, bringen die Übungen für den Ausklang einen „beruhigenden“ und freudvollen Ausklang der FiduS-Bewegungspause.

ÜR 1

Übungsreihe I – Mix (5-7 Min.)

1. De 11 – „Arme in die Luft“
2. Ak 1 – „Beinhampelmann“
3. Kr 1 – „Latissimus und Co.“
4. Mo 4 – „Lendenwirbelsäule“
5. Mo 9 – „Wirbelsäulenrollen“
6. Au 2 – „Arme hoch“



Geeignet für
Seminarräume

Beispiel-Übungsreihe

Abbildung 5: Auszug aus dem FiduS-Handbuch: Beispiel-Übungsreihe bei ausreichend Bewegungsfreiraum im Seminarraum

5 FiduS hochschulübergreifend

Das Angebot FiduS an der Hochschule Fulda findet große Akzeptanz und steigende Nachfrage (vgl. dazu den Beitrag in diesem Band). Seit Januar 2013 ist FiduS als Marke beim Deutschen Patent- und Markenamt angemeldet. Interessierte Hochschulen werden bei der Einführung von Bewegungspausen durch das Fuldaer Team unterstützt und profitieren auf diese Weise von den gemachten Erfahrungen. Anfragen diesbezüglich können über den Hochschulsport der Hochschule Fulda gestellt werden (www.hs-fulda.de/sport).

Literatur

- Dreger, S. & Huber, G. (2013): "Generation S" – Sitzender Lebensstil bei Kindern und Jugendlichen. In: *peb-Transfer Wissen für die Praxis* (1), 1–6, Stand: 24/02/2013.
- Garber, D. E. / Blissmer, B. / Deschenes, M. R. et al. (2011): Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Cardiorespiratory, Musculoskeletal, and Neuromotor Fitness in Apparently Healthy Adults: Guidance for Prescribing Exercise. Position Stand. In: *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 1334–1359.
- Gligoroska, J. & Manchevska, S. (2012): The Effect of Physical Activity on Cognition and Physiological Mechanisms (3), Stand: 04/09/2013.
- Graf, C. J. / Koch, B. / Dordel, S. (2003): Körperliche Aktivität und Konzentration – gibt es Zusammenhänge? In: *Sportunterricht* 52 (5), 142–146.
- Hollmann, W. & Strüder, W. (2003): Gehirngesundheit, -leistungsfähigkeit und körperliche Aktivität. In: *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin* 54 (9), 265–266, Stand: 25/02/2013.
- Kolip, P. (2006): Evaluation, Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung. Zentrale Herausforderungen für Prävention und Gesundheitsförderung. In: *Präv Gesundheitsf* 1 (4), 234–239, Stand: 26/02/2013.
- Kolip, P. (2012): Qualität und Evaluation in der Bewegungsförderung. In: G. GeuterA. Holleder (Hrsg.): *Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit*. 1. Aufl. Bern: Hans Huber, 115–127.
- Kolip, P. / Ackermann, G. / Ruckstuhl, B. / Studer, H. (2012): *Gesundheitsförderung mit System. Quintessenz – Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention*. 1. Aufl. Bern: Huber (Verlag Hans Huber: Programmbereich Gesundheit).
- König, G. / Kroke, A. / Reichelt, A. / Stegmüller, K. (2012): Bewegung im Setting Hochschule. In: *Praev Gesundheitsf* 7 (1), 73–79, Stand: 27/02/2013.
- Vaynman, S. & Gomez-Pinilla, F. (2006): Review. Revenge of the "Sit": How Lifestyle Impacts Neuronal and Cognitive Health Through Molecular Systems That Interface Energy Metabolism With Neuronal Plasticity. In: *Am J Lifestyle Med* (84), 699–715.

***Aktive Pause* – ein Angebot von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als ein Beispiel für eine nachhaltige Maßnahme im Rahmen der Gesundheitsförderung an Hochschulen**

Christine Höss-Jelten, Sabine Maier & Thomas Dolp

1 Hintergrund

Betriebliche Gesundheitsförderung und betriebliches Gesundheitsmanagement – ein kurzer historischer Abriss

Im Laufe der letzten drei Jahrzehnte rückte betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)¹ mehr und mehr in den Fokus, da die zunehmende Bedeutung des Arbeitsumfeldes für die Förderung von Gesundheit in engem Zusammenhang mit dem potentiellen Einfluss der Arbeit, ihren Bedingungen und ihrer Gestaltung auf das psychische und physische Wohlbefinden steht (vgl. Ziemolung & Elke 2005).

¹ Die Begriffe „betriebliche Gesundheitsförderung“ und „betriebliches Gesundheitsmanagement“ werden teilweise synonym verwendet, aber auch differenziert betrachtet. Wienemann (2002) beispielsweise sieht BGF neben Arbeitsschutz sowie Sozialberatung und Suchtprävention als einen wichtigen Baustein des BGM, der Einzelmaßnahmen (in den Bereichen Bewegung, Ernährung, Entspannung etc.) umfasst.

Nach der Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) in der EU, die von den Mitgliedsländern des Europäischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung (European Network of Workplace Health Promotion [ENWHP]) als gemeinsames und verbindliches Strategiepapier 1997 verabschiedet wurde, umfasst betriebliche Gesundheitsförderung „the combined efforts of employers, employees and society to improve the health and well-being of people at work“ (ENWHP 1997). Damit wird auch der von der WHO favorisierte Setting-Ansatz (WHO o.A.d.J.: Abs. 1) im betrieblichen Gesundheitsmanagement verankert.

In der Deklaration von Barcelona zur Entwicklung einer guten Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung 2002 wird die Arbeitswelt und die strukturelle Organisation des Arbeitslebens in Gesellschaften als wesentliche, vielleicht sogar als stärkste einzelne Determinante für die Gesundheit angesehen. In der sich verändernden Arbeitswelt bilde der Arbeitsplatz eines der wichtigsten Handlungsfelder für die öffentliche Gesundheit. So werden die Mitgliedsstaaten aufgefordert, sich verstärkt dieser Thematik anzunehmen. Unter anderem wird die Bildung und Unterstützung von Netzwerken auf nationaler Ebene gefordert (ENWHP 2002).

In den 2000er Jahren entstanden weitere europaweite Netzwerke und deutschlandweite Initiativen, die sich die Themenfelder Gesundheitsförderung und Prävention am Arbeitsplatz zum Ziel gesetzt haben.²

Das Deutsche Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) wurde 2002 ins Leben gerufen. Es wird vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unterstützt. Träger sind der BKK Dachverband e. V., die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), der AOK-Bundesverband und der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) im Rahmen der gemeinsamen Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) (DNBGF 2014). Für den Bereich des öffentlichen Dienstes haben Schulen, Hochschulen und der öffentliche Gesundheitsdienst eine Sonderrolle. Darauf wird im Positionspapier des DNBGF hingewiesen: „Das Forum «Öffentlicher Dienst» repräsentiert im DNBGF den Bereich des öffentlichen Dienstes außer Schulen, Hochschulen sowie den öffentlichen Gesundheitsdienst, die in anderen Foren des DNBGF vertreten sind“ (DNBGF 2009)³. Damit wird zugleich Handlungsbedarf für diese Felder deutlich.

Um die „Gesundheit der Beschäftigten des Bundes für einen leistungsfähigen öffentlichen Dienst zu erhalten und zu fördern“, hat die Bundesregierung „mit einer «Gemeinsamen Initiative zur Förderung des Gesundheitsmanagements in der Bundesverwaltung» mit dem Deutschen Gewerkschaftsbund und dem dbb beamtenbund und tarifunion, mit dem aktuellen Regierungsprogramm «Vernetzte und

² Auf das gesamte Spektrum soll an dieser Stelle nicht im Einzelnen eingegangen werden. Im Folgenden soll der Schwerpunkt auf die für den öffentlichen Dienst und die Universitäten und Hochschulen relevanten Netzwerke und Initiativen gesetzt werden.

³ Allerdings findet sich auf der Internetseite des DNBGF kein weiterer Hinweis auf solche „andere“ eigene Foren.

transparente Verwaltung» sowie der Demografiestrategie neue Impulse für die betriebliche Gesundheitspolitik in den Behörden gegeben“ (Bundesministerium des Inneren [BMI] 2013: Abs. 3 und 4).

Im Bereich der Hochschulen wurde bereits Anfang der 1990er Jahre begonnen, eigene Netzwerke zu initiieren. So nahm das (bundesweite) HochschulNetzwerk BetriebSuchtGesundheit bereits 1992 seinen Ursprung in der 1. Arbeitstagung „Betriebliche Suchtkrankenhilfe und Suchtprävention an den bundesdeutschen Universitäten und Hochschulen“.⁴ „Die damalige Initiative erwuchs aus dem Umstand, dass es zwar schon seit Mitte der 70er Jahre vielfältige positive Erfahrungen mit betrieblichen Suchthilfeprogrammen in Groß- und Mittelbetrieben der Privatwirtschaft gab, aber weitaus weniger Erfahrungen aus dem Bereich der Öffentlichen Verwaltung. Darüber hinaus bestand die Erkenntnis, dass zwar grundsätzliche Strukturen betrieblicher Suchthilfeprogramme übernommen werden können, im Einzelnen aber die branchen- bzw. verwaltungsspezifischen und hier vor allem hochschulspezifischen Strukturen in ihrer differenzierten Praxis berücksichtigt werden müssen“ (HochschulNetzwerk SuchtGesundheit 2013: Abs. 2).

Der Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen (AGH) wurde 1995 „von der Landesvereinigung für Gesundheit e. V., dem Forschungsverbund Gesundheitswissenschaften Niedersachsen (FGN) und den Universitäten Bielefeld, Oldenburg und Osnabrück gegründet“ (AGH 2012a: Abs. 1). „Der Arbeitskreis orientiert sich an der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (1986) und versteht sich dem Setting-Ansatz verpflichtet. Auf dieser Grundlage verfolgt der Arbeitskreis das Ziel, an Hochschulen gesundheitsfördernde Lebens- und Arbeitsbedingungen zu initiieren und zu verbessern (AGH 2012b: Abs. 2). Unterstützt wird der Arbeitskreis von der Techniker Krankenkasse (TK) im Rahmen den § 20 SGB V.

Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement an Hochschulen in Bayern sowie an der Universität Augsburg

In Bayern wurde 2004 auf Initiative des ehemaligen Kanzlers der Universität Würzburg die „Bayerische Arbeitsgemeinschaft Suchtprävention und Gesundheitsförderung“ (ASGS), ein Zusammenschluss für das Gesundheitsmanagement der bayerischen Universitäten und Hochschulen, ins Leben gerufen. Anstoß gab die 2003 an der Universität Würzburg stattfindende 8. Bundesweite Arbeitstagung „Betriebliche Suchtprävention und Gesundheitsförderung an Hochschulen und Universitätskliniken“, im Rahmen derer u. a. der Wunsch nach einer stärkeren Vernetzung der Hochschulen thematisiert wurde (vgl. Beck-Dossler 2007).

Das erste gemeinsame Projekt war ein Aktionstag „Gesunde Hochschule“, welches 2005 bayernweit an fast allen Universitäten stattfand. „In der Arbeitsge-

⁴ Die Tagungen fanden bis 1995 jährlich statt und seither in zweijährigem Rhythmus.

meinschaft sind aktuell alle bayerischen Universitäten und auch einige Hochschulen für angewandte Wissenschaften durch einen, teilweise auch mehrere Ansprechpersonen vertreten“ (AGSG o. A. d. J.: Abs. 3). „Im Gegensatz zu vorhandenen Netzwerken, für die es charakteristisch ist, dass sich in ihnen einzelne Akteure, im Allgemeinen Funktions- und Fachvertreter, engagieren, stellt das bayerische Modell eine Kooperation der Einrichtungen (Universitäten und Hochschulen) dar. So ist eine Struktur geschaffen, innerhalb derer die jeweiligen Ansprechpersonen vor Ort inhaltlich tätig werden können“ (AGSG o. A. d. J.: Abs. 4).

Von politischer Seite wird das Thema Gesundheitsförderung an Hochschulen in Bayern bislang kaum thematisiert. Das Ganzheitliche betriebliche Gesundheitsmanagementsystem (GABEGS), welches im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration (StMAS) in Zusammenarbeit mit der Wirtschaft und den arbeitsmedizinischen Lehrstühlen in Bayern entwickelt wurde und von der BARMER GEK Bayern unterstützt wird, richtet sich an Unternehmen in der freien Wirtschaft. Ein wichtiges Anliegen sei es, Unternehmen bei der Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagementsystems zu unterstützen. Dazu können die Unternehmen, die GABEGS einführen und anwenden wollen, sich bei den Bayerischen Gewerbeaufsichtsamtern kostenlos beraten und begleiten lassen (StMAS o. A. d. J.).

Für den Bereich des öffentlichen Dienstes wurde 2010 vom Bayerischen Staatsministerium der Finanzen (StMF) ein „Handlungsleitfaden zum Behördlichen Gesundheitsmanagement“ (BGM) herausgegeben⁵. Allerdings ist die Umsetzung der Empfehlungen, respektive deren Finanzierung, bis heute unklar. Hierzu heißt es: „Das BGM setzt zum einen auf die Eigenverantwortung des Einzelnen, nimmt aber zum anderen auch ganz wesentlich den Dienstherrn/Arbeitgeber und die Führungskräfte in die Pflicht“ (StMF 2010: 4). Die Teilnahme an Maßnahmen der Gesundheitsförderung kann „in geringem zeitlichen Umfang und grundsätzlich in Räumen der Behörde durchgeführt werden“ (StMF 2010: 20).

Die Universität Augsburg widmet sich schon seit Längerem dem Thema Gesundheit und Gesundheitsförderung von Mitarbeiterinnen, Mitarbeitern und Studierenden. 2005 wurde zunächst eine Arbeitsgruppe „Rauchfreie Universität“ gegründet. Die Gründung des ASGS und die rege Teilnahme am bayernweiten Aktionstag „Gesunde Hochschule 2005“, der auch an der Universität Augsburg stattfand, sowie das große Interesse der Hochschulmitglieder an gesundheitsbezogenen Themen wurden seitens der Hochschulleitung zum Anlass genommen, einen ständigen Arbeitskreis zu gründen, der die Aufgabe übernehmen sollte, das Betriebliche Gesundheitsmanagement nachhaltig voranzutreiben und zu etablieren (Gesundheitszirkel an der Universität Augsburg 2007).

So wurde noch 2005 der sogenannte „Gesundheitszirkel“ bzw. „Arbeitskreis Gesundheit“ gegründet, der von der Universitätsleitung eingesetzt wurde. 2010

⁵ Interessanterweise ist der Handlungsleitfaden nicht mehr auf den aktualisierten Internetseiten des Bayerischen Staatsministeriums für Finanzen abrufbar.

wurde der Passus der „Gesundheitsfördernden Hochschule“ in der Grundordnung der Universität verankert.

Der Arbeitskreis Gesundheit setzt sich aus Mitgliedern vieler Bereiche (z. B. Verwaltung, Wissenschaft und Zentrale Einrichtungen) und Studierenden-Vertretern der Universität Augsburg zusammen, die sich zusätzlich zu ihrem eigentlichen Tätigkeitsfeld in den Arbeitskreis zum Thema Gesundheit einbringen. Dazu wurde von der Hochschulleitung die Beteiligung im Rahmen der Arbeitszeit genehmigt. Der Arbeitskreis Gesundheit versteht sich als offener Kreis, in dem neben den ständigen Mitgliedern alle interessierten Angehörigen der Universität Augsburg bei Einzelthemen mitwirken können, wobei auch die Bildung kleinerer Arbeitsgruppen in Frage kommt. Unterstützt wird der Arbeitskreis durch das Institut für Sportwissenschaft und den Hochschulsport.

Im Hochschulsport wird ein Sportangebot speziell für Bedienstete erstellt, das auf die Bedürfnisse der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zugeschnitten wird. Ziel ist u. a., den Anteil der Bediensteten am Hochschulsport zu steigern und optimale Bedingungen für das arbeitsplatznahe Sporttreiben zu schaffen.

Regelmäßig werden vom Arbeitskreis Gesundheit u. a. Gesundheitstage und Vortragsreihen konzipiert und durchgeführt, woraus sich auch die Initialzündung für das vorliegende Projekt ergab. Ausgangspunkt waren hierfür die Bedingungen der modernen Arbeitswelt im Büro und die damit verbundenen möglichen gesundheitlichen Auswirkungen.

Veränderter Büroalltag an Hochschulen

Die Veränderungen der Arbeitsplatzbedingungen und der zunehmende Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien in den letzten Jahren und Jahrzehnten haben auch vor den Universitäten und Hochschulen nicht Halt gemacht. Immer mehr Mitarbeitende an Hochschulen – wissenschaftliches und wissenschaftsstützendes Personal (Technik, Verwaltung etc.) – verrichten den Großteil der Arbeit im Sitzen. Sie erreichen dadurch nicht einmal ein von der WHO empfohlenes tägliches Mindestmaß von 30 Minuten mäßig intensiver Bewegung an 5 Tagen pro Woche (vgl. Bös & Brehm 2006, European Food Information Council [EUFIC] 2009, Banzer & Füzeki 2011).

Inwieweit sich beispielhaft die Arbeitsbedingungen des wissenschaftsstützenden Personals aufgrund der Technisierung verändert haben, schildert ein Mitarbeiter an der Information der Universitätsbibliothek (UB) folgendermaßen:

„Von Anfang an wurden die Kataloge der UB EDV-gestützt erstellt, d. h. auch vor dreißig Jahren mussten Katalogrecherchen am Bildschirm durchgeführt werden. Es handelte sich damals allerdings um Mikrofichelesegeräte. Alle anderen Recherchen in Bibliographien oder allgemeinen und fachspezifischen Nachschlagewerken wurden in Büchern durchgeführt, es waren also ständig Gänge mit den Benutzern an die verschiedensten Regale nötig. Ich habe pro Jahr bestimmt zwei paar hochwertige Sandalen durchgelaufen. Diese Art von Recherchen werden heu-

te zu mindestens 95 Prozent in Online-Nachschlagewerken, also am Bildschirm sitzend, durchgeführt. Ähnliches gilt für den Signierdienst. Darunter ist die Bearbeitung der Fernleih-Bestellungen zu verstehen. Um Bestandsnachweise in Bibliotheken in der ganzen Welt zu ermitteln oder die Titel überhaupt nachzuweisen, wird heute fast ausschließlich im Web recherchiert. Früher mussten dazu zahlreiche gedruckte Werke konsultiert werden“ (Persönliche Mitteilung eines Mitarbeiters der Universitätsbibliothek 2013).

Folgen einer überwiegend sitzenden Tätigkeit und Interventionsmöglichkeiten im Büroalltag

Die Folgen einer überwiegend sitzenden Tätigkeit können vielfältig sein. Sitzen (vor allem in der vorgeneigten Position) kann schon nach wenigen Minuten zu einer verminderten Atemfunktion, Problemen bei der Blutzirkulation, einer Belastung der inneren Organe (und somit u.U. auch zu Verdauungsproblemen), Druckbelastungen auf beanspruchte, weiche Gewebestrukturen (v.a. der hinteren Oberschenkelmuskulatur), dadurch bedingte Blutstauung in den Unterschenkeln, einseitigen Muskelbeanspruchungen und somit zu Verspannungen von Schulter- und Nackenmuskulatur mit der möglichen Konsequenz von Kopfschmerzen uvm. führen.

Aktuelle Untersuchungen von Ekblom-Bak, Ekblom, Vikström, de Faire und Hellénus (2014) zeigen, dass insbesondere lange Sitzphasen negative Auswirkungen auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und sogar die allgemeine Lebenserwartung haben. Zu langes pausenloses Sitzen birgt im Vergleich zum Bewegungsmangel allgemein vermutlich ein zusätzliches Risiko, das anscheinend auch durch körperliche Aktivität in der Freizeit nicht ausgeglichen werden kann (Dunstan et al. 2012), wie man lange vermutete. Ein direkter Kausalzusammenhang konnte zwar noch nicht eindeutig nachgewiesen werden (Dunstan, Thorp & Healy 2011), aber diese Hinweise sollten zu einem Umdenken veranlassen. Entscheidend scheint es zu sein, lange Sitzphasen immer wieder durch kurzzeitige Bewegungsaktivitäten zu unterbrechen. Empfohlen wird sogar, längere Sitzperioden alle 20 bis 30 Minuten zumindest durch kurze Stehphasen von fünf Minuten zu unterbrechen (Rutten et al. 2013).

Schon Breuer (1995) sowie Meifert und Kesting (2004) empfehlen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit überwiegend sitzender Tätigkeit Bewegungspausen am Arbeitsplatz, da andauernde Inaktivität, wie z. B. längeres Sitzen, zu einer Herabsetzung des allgemeinen Aktivierungsniveaus, Müdigkeit und reduzierter Aufmerksamkeitsleistung führen kann (s.a. Dordel & Breithecker 2003, Nicolai & Woznik 2012, Richter & Hacker 1998).

Kurzzeitige Bewegungsaktivitäten von fünf bis zehn Minuten hingegen bewirken eine gesteigerte Durchblutung und somit eine bessere Sauerstoff- und Substratversorgung des Organismus (vgl. Weineck 2007). Es zeigen sich positive Einflüsse u. a. auf die Konzentrationsfähigkeit (Warmser & Leyk 2003, Graf, Koch &

Dordel 2003), eine Absenkung des Stresshormonspiegels sowie ein Abbau psychophysischer Spannungszustände (vgl. Weineck 2007). Zudem kann einseitigen Muskelbeanspruchungen entgegengewirkt werden (Breuer 1995).

Bewegungspausen können sich somit positiv auf das allgemeine Wohlbefinden und auch die Selbstkontrolle der eigenen Gesundheit auswirken (Detoja 1987; Kemena-Wallau 2001; Müller & Baumberger 2004; Müller, Pappert & Pretenthaler 2007; Glauch 2008; Glauch, Froböse & Wilke 2009).

International rückt die Thematik des „sedentary lifestyle“ als eigene Forschungsrichtung immer stärker in den Fokus (vgl. u. a. Biddle 2011, Hamilton & Neville 2012). Nicht zuletzt deshalb hat sich der Arbeitskreis Gesundheit der Universität Augsburg dieses Thema auf die Fahnen geschrieben. Die Idee war zunächst, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Universität im Rahmen des 3. Gesundheitstages der Universität Augsburg 2009 „Gesund an der Uni“ unter dem Motto „Bürogymnastik – gratis aber nicht umsonst!“ verschiedene Formen von Bewegungspausen am Arbeitsplatz als Möglichkeit der regelmäßigen Integration von Bewegung in den Berufsalltag vorzustellen, die sie bei Interesse und im Sinne der Nachhaltigkeit selbstständig fortführen können sollten.

Dabei wurde der Vorschlag von Breuer (1995: 143) aufgegriffen, die Bewegungspausen als „eine konkret auf die Belastungen am Arbeitsplatz abgestimmte, maßgeschneiderte Bewegungsaktion, die möglichst in unmittelbarer Nähe des Arbeitsplatzes durchgeführt wird, und zwar im allgemeinen 1–2 Mal am Tag, jeweils 5–10 Minuten“.

2 Die Maßnahme *Aktive Pause* – Planung, Vorbereitung und Umsetzung

In Folge der großen Resonanz des Angebots der Bewegungspausen im Rahmen des 3. Gesundheitstages wurde eine Fortführung der Maßnahme über den Gesundheitstag hinaus angeregt. Hierzu konzipierte der Arbeitskreis Gesundheit das Pilotprojekt „Aktive Pause in der Universitätsbibliothek“ und stimmte das Vorgehen u. a. eng mit der Bibliotheksleitung, Personalrat, Gleichstellungsbeauftragten und der Leitung des Instituts für Sportwissenschaft und des Hochschulsports ab.

Da das Gesundheitsmanagement der Universität Augsburg nach dem partizipativen Ansatz vorgeht (Gesundheitszirkel an der Universität Augsburg 2007), konnten über den Arbeitskreis Gesundheit und den Personalrat die Bedürfnisse der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am Arbeitsplatz Universitätsbibliothek eruiert und die Maßnahmen entsprechend auf die äußeren Gegebenheiten angepasst werden.

Ziel war es, eine regelmäßige, kostengünstige und mit geringem organisatorischen Aufwand verbundene *Aktive Pause* von Mitarbeitenden für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anzubieten. Aufgrund nicht vorhandener Ressourcen personeller und finanzieller Art, musste überlegt werden, wie und in welcher Form die *Aktive*

Pause als regelmäßiges Angebot umgesetzt werden könnte. Die Grundidee war, (eventuell bereits sportlich aktive) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu gewinnen, die für Kolleginnen, Kollegen und weitere Mitarbeitende Bewegungspausen selbstständig leiten und gestalten möchten und auch als Multiplikatoren fungieren könnten.

Bevor dies in die Tat umgesetzt wurde, wurde zunächst seitens des Arbeitskreises Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem Institut für Sportwissenschaft eine Schulung konzipiert, um den Multiplikatoren entsprechende Grundlagen an die Hand geben zu können. Die Basis-Schulung, die drei Blöcke à zwei Stunden umfasste, beinhaltete theoretische Hintergründe zu Gesundheitsförderung, -entwicklung und -verhalten sowie zur Ergonomie am Arbeitsplatz. Des Weiteren wurden grundlegende didaktische Konzepte für den Gesundheitssport vermittelt und verschiedene Formen von Bewegungspausen mit und ohne Klein-Geräten und/oder Alltagsutensilien vorgestellt. Begleitend wurden Unterlagen und Informationsmaterialien ausgearbeitet, die verschiedene Module mit Übungsvorschlägen enthalten (Aktivierung, Mobilisierung, Kräftigung, Dehnung, Entspannung und Ausdauerschulung) und den Multiplikatoren ausgehändigt wurden. Um die Bewegungspausen abwechslungsreich gestalten zu können, wurden auch Materialien wie u. a. Sandsäckchen, Igelbälle, Therabänder, Flexi-Bars, X-Cos oder Zeitungen, Handtücher und Wasserflaschen miteinbezogen.⁶ Die Multiplikatoren sollten den Teilnehmenden u. a. nahebringen, dass mit einfachen Aufgabenstellungen und gymnastischen Übungen eine Verbesserung des subjektiven Befindens und des Gesundheitszustandes erzielt werden kann und es wichtig ist, regelmäßige körperliche Aktivität in den Arbeitsalltag zu integrieren.

Für die Leitung und Gestaltung der *Aktiven Pause* konnten schließlich sechs Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Multiplikatoren gewonnen werden, die ihrerseits teilweise schon längere Zeit im Hochschulsport und/oder ansässigen Vereinen sportlich aktiv sind. Nach der Schulung der Multiplikatoren erarbeitete der Arbeitskreis Gesundheit gemeinsam mit den Multiplikatoren die praktische Umsetzung der Bewegungspausen. Dabei galt es, die örtlichen und zeitlichen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen und etwaige Probleme bei der Durchführung der Bewegungspausen zu diskutieren.

Zunächst wurde gemeinsam mit dem Personalrat nach geeigneten Räumlichkeiten gesucht. Nach Rücksprache mit der Leitung der Universitätsbibliothek wurden ein Büroraum, eine Teeküche und ein Foyer für die Durchführung gewählt, in denen ab dem Sommersemester 2010 täglich zweimal für 5–10 Minuten die *Aktive Pause* angeboten werden sollte.

Vor Beginn des Sommersemesters wurden schließlich über verschiedene Informationskanäle (diverse Rund-Mails, Information auf der Homepage etc.) die

⁶ Eine materielle Grundausrüstung konnte für einen kleinen Betrag aus dem Budget des Gesundheitsmanagements gekauft werden. Alltagsutensilien kommen verstärkt zum Einsatz, so dass keine Folgekosten auftreten. Teilweise wurden auch befristet Materialien vom Hochschulsport zur Verfügung gestellt.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Bibliothek über das Angebot der *Aktiven Pause* während der Arbeitszeit informiert und motiviert, daran teilzunehmen.

Nach einer ersten Phase von zwei Wochen fand ein Austausch der Multiplikatoren mit der Projekt-Leitung statt, um eventuelle Nachbesserungen organisatorischer oder inhaltlicher Art zu besprechen und zu regeln. Seitdem finden regelmäßig einmal im Semester Feed-Back-Treffen mit den Multiplikatoren statt, was sich als ein wesentlicher Faktor für die Nachhaltigkeit des Projekts herausgestellt hat.

Das Angebot, das nun seit dem Sommersemester 2010 kontinuierlich läuft, erfreut sich reger Teilnahme. Die *Aktive Pause* wird regelmäßig von ca. 30 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Universitätsbibliothek besucht, was rund ein Drittel der Belegschaft der Universitätsbibliothek darstellt und somit durchaus als Erfolg gewertet werden kann. Die Rückmeldungen sind durchwegs sehr positiv. Ein Mitarbeiter der Bibliothek äußert sich dazu folgendermaßen: „Ab 10 Uhr fällt mein Blick öfters auf die Uhr, um die Bewegungspause um 10:45 Uhr nicht zu verpassen. Kurz vor 10:45 Uhr: Ist die Vertretung am Arbeitsplatz gesichert? Dann aber schnell in die Teeküche, die Tische beiseite geschoben, gelüftet und los geht's: Am Montag Übungen mit dem Flexibar, am Dienstag Bürogymnastik mit Bällen, Sand-säckchen oder Theraband, am Mittwoch Qigong am Donnerstag wieder Flexibar, am Freitag Mobilisationsübungen. Nach 10 Minuten wieder zurück an den Arbeitsplatz. Munterer, entspannt und aufgekratzt. Zur Mittagspause ist es auch nicht mehr lang“ (Persönliche Mitteilung eines Mitarbeiters der Universitätsbibliothek 2013).



Abbildung 1: Mitarbeitende bei der Aktiven Pause

Im Übrigen hat sich nach Einführung der *Aktiven Pause* eine Gruppe gebildet, die sich außerhalb der Arbeitszeit einmal wöchentlich zum „Office-Yoga“ trifft. Der Kommentar eines Mitarbeiters dazu: „Am Donnerstag wird die Mittagspause von 11:30 bis 12:00 Uhr durch das Büro-Yoga ersetzt. Circa zehn Personen aus den verschiedensten Abteilungen eilen mit blauen Matten unterm Arm zum Vortragsraum. Auch hier werden Stühle verschoben, Fenster geöffnet. Dann wird eingestimmt, geübt und entspannt. Locker und leicht geht mir danach die Nachmittagsarbeit von der Hand“ (Persönliche Mitteilung eines Mitarbeiters der Universitätsbibliothek 2013).

Nachdem an der Universität Augsburg die Maßnahme *Aktive Pause* erfolgreich umgesetzt wurde und sich als nachhaltig erwiesen hat – das Projekt *Aktive Pause* wird seit gut drei Jahren quasi ohne finanziellen und organisatorischen Aufwand durchgeführt – wurde überlegt, das Konzept auf weitere Hochschulen zu übertragen. Durch Kontakte mit dem Sportbeauftragten der Hochschule Augsburg wurde in Abstimmung mit der Hochschulleitung zunächst eine Multiplikatoren-Schulung mit sieben Personen durchgeführt und parallel dazu nach geeigneten Räumlichkeiten gesucht. Seit April 2012 wird die *Aktive Pause* auch für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Hochschule Augsburg, am „Campus am Brunnenlech“, zweimal pro Woche in einem Gemeinschaftsraum („Gerüchteküche“) angeboten. Ab dem Wintersemester 2012/13 wurde das Angebot auf weitere Bereiche der Hochschule Augsburg ausgeweitet.

3 Evaluation

Zwei Jahre nach dem Start der *Aktiven Pause* an der Universität Augsburg wurde die Maßnahme evaluiert.⁷ Dazu wurde ein kurzer Online-Fragebogen in Anlehnung an das Projekt „Pausenexpress“ des Allgemeinen Deutschen Hochschulsportverbandes (adh 2014) entwickelt. Mit dessen Hilfe sollten die Motive für die Teilnahme, aber auch für die Nicht-Teilnahme an dem Angebot aufgedeckt werden. Zudem sollte Aufschluss darüber gewonnen werden, ob und welche positiven Effekte die Teilnehmerinnen und Teilnehmer durch die *Aktive Pause* verspüren und wie zufrieden sie mit dem Angebot und dessen Durchführung sind. Hier wurde auch die Möglichkeit eingeräumt, Verbesserungsvorschläge und/oder freie Anmerkungen zu machen.

Ergebnisse an der Universität Augsburg

Insgesamt wurden 98 Mitarbeitende der Universitätsbibliothek um Teilnahme an der Umfrage gebeten, der Rücklauf betrug 57 vollständig ausgefüllte Fragebögen. 21 wurden von Teilnehmenden (19 weiblich, 2 männlich; Altersdurchschnitt 51 Jahre) und 36 (23 weiblich, 13 männlich; Altersdurchschnitt 48 Jahre) von Mitarbeitenden, die nicht an der Aktiven Pause teilnehmen, beantwortet.

Motive für die Teilnahme an der Aktiven Pause

Im Durchschnitt wird das Angebot drei Mal in der Woche wahrgenommen. Die Motive sind hier unterschiedlich gelagert. Von den drei zur Auswahl gestellten Antwortmöglichkeiten wurde am häufigsten die „Verbesserung psychischer Faktoren“ genannt (39 %), die „Verbesserung physischer Faktoren“ sowie die „gemeinsame Aktivität mit Kollegen“ gaben jeweils 29 % an. Zusätzlich wurden bei der

⁷ Anzumerken ist an dieser Stelle, dass die *Aktive Pause* nicht als wissenschaftliches Projekt konzipiert worden war, sondern primär als praktische Maßnahme im Rahmen der Gesundheitsförderung.

freien Antwortmöglichkeit unter „Sonstiges“ einmal „Bewegung“ und „ist eine kurze, bildschirmfreie Pause“ genannt.

Auswirkungen auf das körperliche Wohlbefinden und die Konzentrationsfähigkeit

85 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer verspüren eine Linderung körperlicher Beschwerden, vorwiegend die Verspannungen im Schulter-/Nackbereich betreffend. Nahezu alle gaben an, sich nach der *Aktiven Pause* besser konzentrieren sowie neue Energie für den verbleibenden Arbeitstag „tanken“ zu können.

Zufriedenheit

Alle Teilnehmenden sind mit den angebotenen Übungen zufrieden oder sehr zufrieden, lediglich drei finden den zeitlichen Rahmen zu kurz.

Gründe für die Nicht-Teilnahme

Mit der Möglichkeit der Mehrfachauswahl von insgesamt sieben Vorgaben wurden von 30 % der Mitarbeitenden, die nicht an der Aktiven Pause teilnehmen, „keine Zeit“ als Grund angegeben, von 23 % „fehlende Information“ und von 19 % „keine Lust“.

Ergebnisse an der Hochschule Augsburg

An der Hochschule Augsburg wurden insgesamt 639 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter um Teilnahme an der Umfrage gebeten, da es sich nicht wie an der Universität Augsburg nur um Mitarbeitende aus einem Bereich handelte. Der Rücklauf betrug 43 vollständig ausgefüllte Fragebögen. 13 wurden von Teilnehmerinnen und Teilnehmern (12 weiblich, 1 männlich; Altersdurchschnitt 44 Jahre) und 30 (19 weiblich, 11 männlich; Altersdurchschnitt 42 Jahre) von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die nicht an der Aktiven Pause teilnehmen, beantwortet.

Motive für die Teilnahme an der Aktiven Pause

70 % der Teilnehmenden gaben an, zweimal in der Woche an der *Aktiven Pause* teilzunehmen, 30 % einmal. Im Gegensatz zu den Universitätsmitarbeitenden wurde die „Verbesserung physischer Faktoren“ als vorwiegendes Motiv zur Teilnahme genannt (47 %). Die „Verbesserung psychischer Faktoren“ gaben nur 17 % und die „gemeinsame Aktivität mit Kollegen“ 30 % als Motiv an.

Auswirkungen auf das körperliche Wohlbefinden und die Konzentrationsfähigkeit

69 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer verspüren eine Minderung von körperlichen Beschwerden, speziell bei Verspannungen im Schulter-/Nackbereich. 80 % können sich nach der *Aktiven Pause* besser konzentrieren und 90 % haben dadurch neue Energie für den verbleibenden Arbeitstag.

Zufriedenheit

Alle Teilnehmenden zeigten sich mit den angebotenen Übungen zufrieden oder sehr zufrieden.

Gründe für die Nicht-Teilnahme

Von 45 % der nicht an der Aktiven Pause teilnehmenden Mitarbeitenden wurde „keine Zeit“ als Begründung angegeben.

Ausblick

Die Arbeitsplatzbedingungen an Universität und Hochschule werden sich auch in Zukunft weiter in Richtung sitzender Tätigkeiten verschieben und für ein geringes Maß an Bewegung und daraus resultierenden, körperlichen Beschwerden für die Beschäftigten sorgen. Nicht zuletzt deswegen hat ein Bewegungsprogramm, wie es die *Aktive Pause* bietet, sowohl an der Universität Augsburg als auch an der Hochschule Augsburg ein großes Potential. Die durchweg positive Bewertung durch die Teilnehmenden hat gezeigt, dass das bisherige Angebot mit großer Zufriedenheit besucht wird und eine Vielzahl an positiven Effekten für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bietet.

In naher Zukunft könnte das Angebot auf zusätzliche Bereiche der Universität bzw. Hochschule ausgeweitet und an mehreren Fakultäten angeboten werden. Erstrebenswert im Sinne einer Gesundheitsfördernden Hochschule wäre es, das Angebot der *Aktiven Pause* in ferner Zukunft an allen Fakultäten und somit für alle Mitarbeitende arbeitsplatznah zugänglich zu machen. Ein wesentlicher Punkt wird nun sein, wie man noch mehr Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter motivieren kann, an den Bewegungspausen teilzunehmen.

Um die Qualität der *Aktiven Pause* auch in Zukunft hoch zu halten, sollten in regelmäßigen Abständen weitere Evaluationen erfolgen.

Fraglich ist, ob die Ausweitung der Aktiven Pause (über Sportstudierende) auch auf die Studierenden in Lehrveranstaltungen möglich ist – dieser Wunsch wurde von der Studierenden-Vertretung im Arbeitskreis Gesundheit geäußert.

4 Handlungsempfehlungen

Für die Etablierung einer gesundheitsfördernden Maßnahme, wie der *Aktiven Pause*, ist in erster Linie die Unterstützung durch die Universitäts- bzw. Hochschulleitung ausschlaggebend. Nur wenn von dieser Seite genehmigt wird, dass Bewegungspausen während der Arbeitszeit durchgeführt werden können, wird ein solches Angebot auch von vielen Mitarbeitenden angenommen werden. Der rechtliche Spielraum hierfür ist durch die ministeriellen Vorgaben vorhanden (StMF 2010: 20). Maßnahmen außerhalb der Arbeitszeit scheinen nicht immer attraktiv zu sein.

Eine wichtige Basis bildet zudem ein Netzwerk innerhalb der Universität, z. B. in Form eines Arbeitskreises, in dem sich interessierte Akteure zusammenschließen, die sich mit dem Thema Gesundheitsförderung auseinandersetzen, entsprechende Maßnahmen, wie in diesem Fall die *Aktive Pause*, konzipieren und deren Umsetzung anstoßen und begleiten.

Für das Gelingen der *Aktiven Pause* leisten hier geschulte⁸ und vor allem motivierte Multiplikatoren einen entscheidenden Beitrag, ohne die diese Maßnahme nicht durchführbar wäre. Wesentlich ist hierbei besonders in der Anfangsphase ein regelmäßiger Austausch mit den Multiplikatoren, um eventuelle Probleme organisatorischer oder inhaltlicher Art zu besprechen und u.U. entsprechende Nachbesserungen unmittelbar zu berücksichtigen und vornehmen zu können.

Als Räumlichkeit der *Aktiven Pause* können zu Beginn durchaus Büroräume genutzt werden. Auf lange Sicht scheint es jedoch sinnvoll, Räume mit größerem Platzangebot, wie beispielsweise Seminarräume, Aufenthaltsräume etc. zu verwenden. Entscheidend bei der Auswahl der Räumlichkeiten ist die Nähe zum Arbeitsplatz. Ein zu langer Weg hält viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ab, an einer Bewegungspause teilzunehmen. Bei entsprechender Nachfrage wäre es ideal, die *Aktive Pause* an mehreren unterschiedlichen und zentralen Punkten sowie an verschiedenen Wochentagen anzubieten.

Um möglichst viele Mitarbeitende zu erreichen und diesen bereits einen Einblick in das Programm zu ermöglichen, bietet es sich an, das Programm der *Aktiven Pause* beispielsweise im Rahmen eines Gesundheitstages oder ähnlichem vorzustellen. Auch eine direkte Einladung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über einen persönlichen Kontakt zu einem Probetermin erscheint sinnvoll.

Der Kreativität bei der Gestaltung von Bewegungspausen sind keine Grenzen gesetzt. Damit das Angebot attraktiv und vielseitig bleibt, sollten die Multiplikatoren in regelmäßigen Abständen nachgeschult sowie dauerhaft betreut werden. Übungen mit Kleingeräten etc. haben sich als besonders wirkungsvoll und motivierend erwiesen. Sollte das finanzielle Budget eine Anschaffung von Geräten nicht erlauben, so können auch einfache Alltagsgegenstände wie Trinkflaschen oder Zeitungen etc. eingesetzt werden.

Durch Bewegungspausen können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erleben, dass bereits mit einfachen Aufgabenstellungen und gymnastischen Übungen eine Verbesserung des körperlichen und psychischen Wohlbefindens erzielt werden kann. Alle gesundheitsfördernden Maßnahmen, die dazu führen, dass sich Mitarbeitende an ihrem Arbeitsplatz wohl fühlen, sollten deshalb von vielen Seiten unterstützt werden.

Die vorgestellte Form der Bewegungspausen am Arbeitsplatz ist quasi gratis – aber keinesfalls umsonst!

⁸ Die Schulung könnte eventuell von Mitarbeitenden eines sportwissenschaftlichen Institutes, im Rahmen eines Seminars von Studierenden der Sportwissenschaft oder auch von Übungsleitenden des Hochschulsports durchgeführt werden.

Literatur

- Allgemeiner Deutscher Hochschulsportverband (adh) (2014): Pausenexpress. Zugriff am <13. Januar 2014> unter: <http://www.adh.de/projekte/pausenexpress.html>.
- Arbeitsgemeinschaft Suchtprävention und Gesundheitsförderung der bayerischen Universitäten und Hochschulen (AGSG) (o. A. d. J.). AGSG – Wir über uns. Zugriff am <10. Januar 2014> unter <http://www.agsg-bayern.de/wir-ueber-uns.html>.
- Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen (AGH) (2012a): Wer sind wir? Zugriff am <10. Januar 2014> unter http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/HTML/A_Arbeitskreis/A1_Wer_sind_wir1.html.
- Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen (AGH) (2012b): Was wollen wir? Zugriff am <10. Januar 2014> unter http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/HTML/A_Arbeitskreis/A2_Was_wollen_wir1.html.
- Banzer, W. & Füzeki, E. (2011): Körperliche Inaktivität, Alltagsaktivitäten und Gesundheit. In: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Gesundheit durch Bewegung fördern. Düsseldorf: LIGA.NRW, 13–17.
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration (StMAS) (o. A. d. J.): Das Ganzheitliche betriebliche Gesundheitsmanagementsystem (GABEGS). Zugriff am <10. Januar 2014> unter <http://www.stmas.bayern.de/arbeitsschutz/managementsysteme/gabegs.php>.
- Bayerisches Staatsministerium für Finanzen (StMF) (2010): Handlungsleitfaden zum Behördlichen Gesundheitsmanagement (BGM). Zugriff am <10. Januar 2014> unter http://www.hs-augsburg.de/medium/download/itw/Handlungsleitfaden_BGM_07_10.pdf.
- Beck-Dossler, K. (2007): Vernetzung der Universitäten auf Landesebene: Die Arbeitsgemeinschaft Suchtprävention und Gesundheitsförderung. In Krämer, A.; Sonntag, U.; Steinke, B.; Maier, S.; Hildebrand, C. (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Setting Hochschule: wissenschaftliche Instrumente, Praxisbeispiele und Perspektiven. Weinheim, München: Juventa, 195–200.
- Biddle, S. (2011): Fit or sit? Is there a psychology of sedentary behaviour? In: *Sport & Exercise Psychology Review* 2/2011, 5–10.
- Bös, K. & Brehm, W. (2006): Handbuch Gesundheitssport (2., neu bearbeitete Aufl.). Schorndorf: Hofmann.
- Breuer, D. (1995): *Gesund sein und bleiben – aber wie?* Renningen-Malmsheim: Expert.

- Bundesministerium des Inneren (BMI) (2013): Förderung des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Zugriff am <10. Januar 2014> unter [http://www.bmi.bund.de/DE/Themen/Moderne-Verwaltung/ Dienstrecht/Personalmanagement/Foerderung-Gesundheitsmanagements/ foerderung-gesundheitsmanagements_node.html](http://www.bmi.bund.de/DE/Themen/Moderne-Verwaltung/Dienstrecht/Personalmanagement/Foerderung-Gesundheitsmanagements/foerderung-gesundheitsmanagements_node.html).
- Detoja, M. (1987): Die Bewegungspause am Arbeitsplatz als Teilaspekt berufs begleitender sporttherapeutischer Maßnahmen. In: Sporttherapie, Theorie Praxis (Sonderausgabe), 32–36.
- Deutsches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) (2009): Positionspapier Forum öffentlicher Dienst. Zugriff am <10. Januar 2014> unter http://www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/2009/OED_Positionspapier.pdf.
- Deutsches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) (2014): Zugriff am <10. Januar 2014> unter <http://www.dnbgf.de>.
- Dordel, S. & Breithecker, D. (2003): Bewegte Schule als Chance einer Förderung der Lern- und Leistungsfähigkeit? In: Haltung und Bewegung 2/2003, 5–15.
- Dunstan, D. W. / Howard, B. / Healy, G. N. / Owen, N. (2012): Too much sitting – a health hazard. In: Diabetes research and clinical practice, 3/2012, 368–376, doi: 10.1016/j.diabres.2012.05.020.
- Dunstan, D. W. / Thorp, A. A./Healy, G. N. (2011): Prolonged sitting: is it a distinct coronary heart disease risk factor? In: Current opinion in cardiology 5/2011, 412–419, doi: 10.1097/HCO.0b013e3283496605.
- Ekblom-Bak, E. / Ekblom, B. / Vikström, M. / De Faire, U. / Hellénus, M.-L. (2014): The importance of non-exercise physical activity for cardiovascular health and longevity. In: British Journal of Sports Medicine 3/2014, 233–238. doi:10.1136/bjsports-2012-092038.
- European Network For Workplace Health Promotion (ENWHP) (1997): Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union. Zugriff am <10. Januar 2014> unter http://www.enwhp.org/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxembourg_Declaration.pdf.
- European Network For Workplace Health Promotion (ENWHP) (2002): Barcelona Declaration on Developing Good Workplace Health Practice in Europe. Zugriff am <10. Januar 2014> unter http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/declaration_englisch_a3_01.pdf.
- European Food Information Council (EUFIC). (2009): Richtlinien für körperliche Aktivität. Zugriff am <13. Januar 2014> unter: <http://www.eufic.org/article/de/artid/Richtlinien-koerperliche-Aktivitaet>.
- Gesundheitszirkel an der Universität Augsburg (2007): Betriebliches Gesundheitsmanagement an der Universität Augsburg. Zugriff am <10. Januar 2014> unter http://www.uni-augsburg.de/projekte/gesundheitsmanagement/downloadverzeichnis/handbuch_bgm1.pdf.

- Glauch, M. (2008): Vergleich zweier 10-wöchiger Interventionen (Rückenkurs und Bewegungspausen am Arbeitsplatz) hinsichtlich der Parameter Schmerzen, Befindlichkeit und Kontrollüberzeugung bei Finanzbeamten. Diplomarbeit. Köln: Deutsche Sporthochschule Köln.
- Glauch M. / Froböse I. / Wilke, C. (2009): Gesundheitsförderung bei Finanzbeamten – es muss nicht viel sein! Zugriff am <10. Januar 2014> unter <http://www.ingo-froboese.de>.
- Graf, C. / Koch, B. / Dordel, S. (2003): Körperliche Aktivität und Konzentration – gibt es Zusammenhänge? In: Sportunterricht 5/2003, 142–146.
- Hamilton, M. & Neville, O. (2012): Sedentary Behavior and Inactivity Physiology. In Bouchard, C./Blair, S.N./Haskell, W. L. (Eds.): Physical Activity and Health (2nd edition). Champaign, IL: Human Kinetics, 53–70.
- HochschulNetzwerk SuchtGesundheit (2013): HISTORIE der Fachtagungen. Zugriff am 10. Januar 2014 unter <http://www.uni-oldenburg.de/bssb/hochschulnetzwerk-suchtgesundheits/historie-der-fachtagungen/>.
- Kemena-Wallau, K. (2001): Die aktive Büro gymnastik als effektiver Bestandteil eines betrieblichen Gesundheitsförderungskonzeptes. Diplomarbeit Deutsche Sporthochschule Köln.
- Meifert, M. & Kesting, M. (2004): Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Konzepte, Praxis, Perspektiven. Berlin: Springer.
- Müller, U. & Baumberger, J. (2004): Bewegungspausen: konzentriert und leistungsfähig dank bewegten Pausen. Horgen: Baumberger & Müller.
- Müller, E. / Pappert, G. / Pretenthaler, G. (2007): Fit@Work: Körperliche und mentale Fitness durch Bewegungspausen am Arbeitsplatz. Graz: Usp Publishing.
- Nicolai, M. & Woznik, T. (2012): Bewegte Pause in der Sek II: fit im Nachmittagsunterricht der Oberstufe – mit gezielten Bewegungsangeboten in der Pause Aufmerksamkeit und Konzentration verbessern. In: Sportpädagogik 2/2012, 32–34.
- Richter, P. & Hacker, W. (1998): Belastung und Beanspruchung. Stress, Ermüdung und Burnout im Arbeitsleben. Heidelberg: Asanger.
- Rutten, G. M. / Savelberg, H. H. / Biddle, S. J. / Kremers, S. P. (2013): Interrupting long periods of sitting: good STUFF. In: International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, January/2013: 1, doi: 10.1186/1479-5868-10-1.
- Warmser, P. & Leyk, D. (2003): Einfluss von Sport und Bewegung auf die Konzentration und Aufmerksamkeit: Effekte eines „Bewegten Unterrichts“ im Schulalltag. In: Sportunterricht 4/2003, 108–113.
- Weineck, J. (2007): Der Einfluss von Sport und Bewegung auf die zerebrale Leistungsfähigkeit. In: DSLV-News, 33/2007, 6–8.

- Wienemann, E. (2002): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Referat zum 1. Kongress für betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz “Gesünder Arbeiten in Niedersachsen” in Braunschweig am 05.09.2002. Zugriff am <10. Januar 2014> unter http://www.wa.uni-hannover.de/wa/konzepte/WA_BGMKonzept.pdf.
- World Health Organization (WHO) (o.A.d.J.): Healthy Settings. Zugriff am <10. Januar 2014> unter http://www.who.int/healthy_settings/en/.
- Zimolong, B. & Elke, G. (2005): Betriebliche Gesundheitsförderung. Ruhr Universität Bochum, Lehrstuhl für Arbeits- und Organisationspsychologie. Zugriff am <10.01.2014> unter http://www.ruhr-uni-bochum.de/imperia/md/content/psy_auo/studbrief2.pdf.

Praxis der bewegungsorientierten Gesundheitsförderung an der Hochschule Fulda

Maria Eife, Andrea Kablhöfer, Jan Ries & Anita Schleicher

Die Hochschule Fulda (HS FD) startete zum Ende des Jahres 2009 mit dem Projekt Gesundheitsfördernde Hochschule (GFH). Das Kooperationsprojekt ist in den Fachbereichen Oecotrophologie und Pflege und Gesundheit angesiedelt. Es wurde anfänglich vom Bundesministerium für Landwirtschaft, Ernährung und Verbraucherschutz gefördert. Für den Zeitraum 2013 bis 2015 gibt es eine gemeinsame Finanzierung der HS FD und Techniker Krankenkasse.

Der Leiter des Hochschulsports (HSP) ist durch die Einbindung in die Lehre, seit Ende des 20. Jahrhunderts unter anderem in den Bereichen (Sucht- und Doping-) Prävention und Gesundheitsförderung aktiv. Dementsprechend fließen diese Erkenntnisse aus „Lehre und Forschung“ auch in HSP-Angebote ein. Im Rahmen der GFH deckt der HSP die gesamte Palette der bewegungs- und entspannungsorientierten Angebote ab.

1 Besonderheit der Hochschule Fulda

An der HS FD studieren ca. 7600 Menschen in acht verschiedenen Fachbereichen. Viele davon sind gesundheitsorientiert ausgerichtet, z. B. Oecotrophologie, Lebensmitteltechnologie sowie Pflege und Gesundheit. Eine hohe gesundheitssportliche Affinität lässt sich bei Studierenden und Lehrenden der Studiengänge Gesundheitsförderung, Gesundheitsmanagement, Physiotherapie, Pflege- und Gesundheitspädagogik oder Public Health erwarten. Der HSP der HS FD organisiert

für die ca. 8000 HS-Mitglieder Sport-, Freizeit- und Gesundheitsangebote. In den ca. 80 pro Semester regelmäßig angebotenen Spiel-, Sport-, Bewegungs- und Gesundheitskursen werden wöchentlich ca. 1500 Personen „bewegt“.

2 Maßnahmen

Die Arbeit des Fuldaer HSP ist durch Maßnahmen gekennzeichnet, die in ihrer Vielfältigkeit und deren Zusammenwirken die bewegungsorientierte Gesundheitsförderung an dieser HS ermöglichen und charakterisieren.

Rezept für Bewegung, Sport pro Gesundheit und zertifizierte Kursangebote – eine Differenzierung

Im Rahmen seiner Angebotspalette nutzt der Fuldaer HSP die Zusammenarbeit mit Krankenkassen, dem Deutschen Olympischen Sportbund und anderen Einrichtungen des organisierten Sports. Diese sind hinsichtlich ihrer Intention und Ausführung zu differenzieren. Im Folgenden möchten wir drei Beispiele nennen und ihr Zusammenspiel darlegen.

Erstes Beispiel ist die Nutzung des „Rezepts für Bewegung“, um Personen in das Sportprogramm des HSPs zu integrieren. Nach Rezeptausstellung des Arztes (budgetfrei), wird den Patienten Sport mit dem Siegel "Sport pro Gesundheit" nahe gebracht. Angebote, die dieses Siegel erhalten haben, sind geprüft und unter <http://www.rezeptfuerbewegung.de/angebotsuche/> zu finden.

Als zweites Beispiel nennen wir das Siegel „Sport pro Gesundheit“, welches vom Deutschen Olympischen Sportbund und der Bundesärztekammer entwickelt wurde. Es kennzeichnet Gesundheitssportkurse. Im Jahre 2001 schlossen sich in Hessen die Landesärztekammer, der Landessportbund, sowie der hessische Turn- und Schwimmverband zur Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssiegel „Sport pro Gesundheit“ zusammen. Die Verleihung des Siegels erfolgte auf Antrag durch den Landessportbund Hessen an bestimmte Kurse des HSP im Jahr 2009. Die nachgewiesenen Qualitätsstandards sind im „Leitfaden Prävention“ des GKV-Spitzenverbandes festgeschrieben. Auch ohne „Rezept auf Bewegung“ verdeutlicht dieses Siegel für Interessierte das gesundheitsfördernde Ziel der Sportveranstaltung und kann von anderen Kursen abgegrenzt werden.

Andere Kurse basieren auf dem §20 SGB V Sozialgesetzbuch. Diese zertifizierten Kurse sind eine weitere Säule im Sportprogramm des HSP. Die oder der Teilnehmende geht für die Kursteilnahme in Vorkasse und erhält bei Teilnahme an mindestens 80 % der Veranstaltungstermine eine Bescheinigung. Diese wird dann bei der entsprechenden Krankenkasse eingereicht. Die Rückerstattungsrichtlinien sind von Krankenkasse zu Krankenkasse unterschiedlich. In der Regel bekommt die Versicherte oder der Versicherte 80 % der Teilnahmegebühr erstattet. Die an unserer HS aus diesem Themenbereich ausgeschrieben und in der Regel innerhalb

weniger Stunden ausgebuchten Kurse sind z. B.: Pilates, Yoga, Nordic Walking, funktionelles Rücken- und Ausgleichstraining und Herz-Kreislauf-Training.

Grundsätzlich wird auch nicht sportaffinen Personen über den Multiplikator Arzt die Möglichkeit, sogar die Empfehlung gegeben, Sport zu treiben und diese gegebenenfalls mit einer Empfehlung der Bewegungsart sogar spezialisiert. Durch die zertifizierten Angebote wird jedem der Zugang zu zertifizierten Kursen geöffnet. Da beim HSP Kurse mit dem Siegel *Sport Pro Gesundheit* auch als Präventionskurse §20 SGB V zertifiziert sind, werden sie zusätzlich bezuschusst.

Das Kursangebot

Ein breitgefächertes Kursangebot ist Grundlage des HSP. Es unterstreicht die Multidimensionalität der Sportwissenschaft im Bereich der Sport- und Bewegungsarten. So werden über das Semesterprogramm die „klassischen“ Individualsportarten angeboten, von Schwimmen über Leichtathletik bis Kampfsport mit besonderen Highlights wie Bogenschießen oder Jonglage. Hohe Teilnehmerzahlen erreichen beliebte Mannschaftssportarten wie Fußball, Floorball oder Volleyball. Aber auch andere Bewegungsangebote ermöglichen den Teilnehmenden ihre individuelle Bewegungsdosis zu finden. So werden im Entspannungs- und Wellnessbereich Meditation, Ayurvedamassage, Autogenes Training oder Progressive Muskelentspannung angeboten. Für Fitnessbegeisterte stehen Kurse wie Maximum Fitness, Deep Work oder Fitnesstraining auf dem Programm. Bewegung und Sport bedeutet für den Einen Stressausgleich, für den Anderen „auspowern“ und für den Nächsten die Erreichung eines bestimmten Ziels.

Individuelle Trainingsberatung

Als spezielles Angebot bietet der Fuldaer HSP die individuelle Trainingsplanung für Mitglieder der HS an. In einem Anamnesegespräch werden personenbezogene Daten sowie persönliche (sportliche) Neigungen eruiert und nach bestimmten Ein- und Ausschlusskriterien geeignete Sport- und Bewegungsangebote gefunden. Abgerundet wird diese Maßnahme durch ausgewählte diagnostische Verfahren. Es werden Blutdruck und Puls der Probandinnen und Probanden gemessen. Mit einem Körperanalysegerät bestimmen wir Körpergewicht, Ruheumsatz und den Muskel- und Fettanteil des HS-Mitglieds. Auch eine Haltungsanalyse und ein Krafttest fundieren die Trainingsempfehlung. Ergänzend besteht die Möglichkeit eines Laktat- und Dehntests, einer goniometrischen Untersuchung sowie einer Messung der Blutsauerstoffsättigung. Empfehlungen bezüglich Trainingsumfang, -form, -methodik und -intensität helfen, das richtige „Maß“ zu finden und damit einen trainingswirksamen Reiz in Wiederholung auszulösen. Einige Trainings- und Übungsgeräte können temporär ausgeliehen werden.

Da sich bei regelmäßigem Training der Körper nach den Gesetzen der Trainingslehre anpasst, verbessert sich auch der Trainingszustand der Teilnehmenden.

Der HSP bietet daher auch einen Retest mit entsprechender Trainingsplananpassung an. Die Veränderungen „schwarz auf weiß“ wahrzunehmen ist motivierend und erhöht den Willen lebenslang Sport zu treiben und/oder weiter an den eigenen Zielen zu arbeiten. Der HSP eröffnet die Möglichkeit jede Motivierte und jeden Motivierten dort abzuholen wo sie oder er sich befindet. Somit setzen wir die wichtigen Trainingsprinzipien für eine Auslösung und Stabilisierung biologischer Anpassungsprozesse in der Praxis um.

Dieses Angebot wird ganzjährig auf der HSP-Homepage geführt und je nach Bedarf individuell koordiniert.

FiduS® – Fit durchs Studium

Studierende sitzen im Hörsaal, Seminarraum oder in der Bibliothek, hören zu, lesen, arbeiten in Gruppen oder am Computer. Welche Lehr- und Lernform an HS auch zum Einsatz kommt, fast immer sitzen Studierende währenddessen. FiduS®-Bewegungspausen bieten an der HS FD einen wertvollen Ausgleich für Körper und Geist.

Durch den HSP der HS FD geschulte Studierende im grünen FiduS®-T-Shirt leiten auf Buchung der Dozentinnen und Dozenten fünf- bis siebenminütige Bewegungspausen während Lehrveranstaltungen an. Ihnen steht ein projektintern entwickeltes Handbuch zur Unterstützung der Planung der Bewegungspausen zur Verfügung.

Das Angebot an Übungen reicht von aktivierenden Bewegungsabläufen über Koordinations-, Dehn- und Kräftigungsübungen bis hin zu Atemübungen und Entspannung. Auf Wunsch sind Augenübungen zur Entlastung bei Bildschirmarbeit möglich.

Seit Juli 2013 ist die Wort- und Bildmarke FiduS® geschützt und es wurde ein eigenes Buchungssystem entwickelt. Das Konzept für ‚FiduS® – Fit durchs Studium‘ entstand aus einer Kooperation des Forschungs- und Entwicklungsprojekts „GFH“ und des HSP der HS FD. Inzwischen ist FiduS® als Teil des HSP an der HS FD verstetigt.

Breitensport

Gerade der Breitensport spricht die meisten HS-Mitglieder an. Er bietet die Möglichkeit, ein Ziel zu erreichen, den Spaß am Sport (wieder) zu entdecken sowie gemeinschaftlich in Bewegung zu sein. Regionale Sportveranstaltungen stellen einen festen Bestandteil in dem Sommersemester-HSP-Programm dar.

Breitensportliche Läufe

Seit 2007 schreibt der HSP den GWV-Lauf als Programmpunkt auf seiner Homepage aus und nimmt dort als Team teil. Dem Aufruf der Gas-Wasser-Versorgung

FD folgen seit 2007 (1700 Teilnehmende) bis 2013 (7000 Teilnehmende) immer mehr Läuferinnen und Läufer, Walkerinnen und Walker sowie Nordic-Walkerinnen und -walker. Auch immer mehr HS-Mitglieder (2007: 86 Teilnehmerinnen und Teilnehmer, 2013: 444 Teilnehmerinnen und Teilnehmer) können mobilisiert werden. Es nutzen Mitarbeitende und Studierende fast aller Abteilungen und Fachbereiche die Möglichkeit sich an ebenfalls ausgeschriebenen Vorbereitungskursen auf das fünf bis sechs km lange Event vorzubereiten. So bietet der HSP Nordic-Walking, Lauftraining für Einsteiger, einen Kurs für Fortgeschrittene oder Intervalltraining an. Dreimal (2009, 2010, 2013) gelang es dem Fuldaer HSP als das größte Team der gesamten Veranstaltung ausgezeichnet zu werden. Außerdem wurden von Studierenden immer wieder vordere Platzierungen erreicht. 2008 stellte die HS FD die zweitschnellste Frau und den schnellsten Herren. 2010 gelang abermals die schnellste Zeit bei den Herren. Im Jahr 2013 gewann eine Studentin die Frauenwertung. Trotz dieser Wertungen geht es gerade bei dieser Veranstaltung um den Spaß, denn es findet keinerlei Zeitmessung statt. Seit dem Jahr 2011 organisiert der HSP auch die Teilnahme der HS-Mitglieder am Fulda Marathon. Seine längste Distanz ist kurioserweise ein Halbmarathon über 21 km. Außerdem können Teilnehmende eine 10 km Strecke laufen oder im Team starten. An der bis in die 1970er Jahre zurückgehenden Marathonveranstaltung nahmen 2013 über 3000 Personen teil. Die HS FD stellte 32 Einzel-Läuferinnen und -läufer und ein Team. Zeitgleich war die HS FD im Rahmen dieser Veranstaltung Veranstalter der adh trophy, einer Studierendenmeisterschaft des Allgemeinen Deutschen Hochschulsportverbandes. Seitdem Studierende aus ganz Deutschland bei dieser Laufveranstaltung starten, stehen diese häufig ganz oben auf dem Siegertreppchen.

Alle Mitglieder der HS und die Teilnehmenden an den Studierendenmeisterschaften melden sich für die Läufe beim HSP an, HSP-Mitglieder bekommen die Startgebühr bezahlt und erhalten ein T-Shirt für das Event. Zusätzlich werden sie beim Lauf durch das HSP-Team betreut. Der HSP sorgt für ein teameigenes „Come-together“ nach der sportlichen Betätigung und ein Foto-Team für die Bereitstellung der Bilder auf der Homepage.

Breitensportliche Radaktion

Von April bis Juli 2006 und 2011 wurde gemeinsam in „80 Tagen um die Welt“ geradelt. Die Räder von 50 Radfahrerinnen und Radfahrern wurden in einer Auftaktveranstaltung mit Kilometerzählern ausgestattet. Im Rahmen dieser Veranstaltung gab der HSP Informationen und Handreichungen (Einstellservice) zur ergonomischen Sitzhaltung auf dem Rad, trainingswissenschaftliche Themen zu Herz-Kreislauf-Training und Fettverbrennung sowie kurz-, mittel- und langfristige Konzeptionen zur Erfolgsplanung. Um die Welt zu umrunden, musste Jeder im Schnitt eine Strecke von mindestens 800 km zurücklegen, wobei einige mehr als die dreifache Kilometerzahl sammelten und einige die Marke nicht erreichten. Gemeinsam schaffte es das Team die 40.000 Kilometer-Marke zu knacken. Es wurden insge-

samt 41238 Kilometer „erstrampelt“. So wurde laut Erfahrungsberichten das Auto öfter mal stehen gelassen oder abends noch eine Runde Rad gefahren. Es wurden bei der Aktion (bei einem gerechneten Durchschnittsverbrauch von 8 Liter/100 km) 3300 Liter Benzin gespart und damit (bei einem durchschnittlichen Ausstoß von 157 g CO₂/km) 6474, 37 kg weniger CO₂ in die Luft geblasen. Die Radaktion wurde mit dem HSP-Programm des Sommersemesters 2011 ausgeschrieben. Der HSP verlost unter den erfolgreichen Teilnehmerinnen und Teilnehmern (erreichte Kilometerzahl und rechtzeitig abgegebener Tacho) fünf attraktive und sportliche Sachpreise. Die Aktion wurde von diversen Kooperationspartnern unterstützt und auch in deren Unternehmen umgesetzt.

Angebote und Fortbildungen – Qualitätssicherung

Der HSP strebt kontinuierlich einen hohen Qualitätsstandard an. In den Jahren 2010 und 2012 belegte der Fuldaer HSP jeweils den 2. Platz im bundesweiten HSP-Bildungsranking. Dieser Standard wird unter anderem durch regelmäßige In-House-Seminare und Entsendung der Übungsleiterinnen und Übungsleiter zu externen Fortbildungen gewährleistet. Der HSP richtet jedes Semester in Zusammenarbeit mit dem DRK ein Erste-Hilfe-Training mit dem Schwerpunkt Sportverletzungen aus. Außerdem findet das Seminar „Sicherheit im Hochschulsport“ in Kooperation mit der Unfallkasse Hessen mit zahlreichen Besuchern von anderen hessischen Hochschulen statt. Übungsleitende des HSP in Fulda sind verpflichtet alle zwei Jahre ihren Erste-Hilfe-Schein „aufzufrischen“ oder mindestens einmal das Seminar „Sicherheit im HSP“ zu besuchen. Das Team überprüft diese Teilnahmen und erinnert an ausgelaufene Lizenzen oder Erste-Hilfe-Nachweise. Weiterhin findet auch eine Weiterbildung in bewegungsspezifischen Bereichen statt. In der „FiduS® Übungsleiterschulung“ werden Teilnehmende befähigt in Lehrveranstaltungen aktive Pausen anzuleiten. In der Schulung „Functional-Neuro-Dynamics“ werden sportwissenschaftliche Erkenntnisse mit dem Wissen der Osteopathie ergänzt und diese führen zu neuen Sichtweisen für die Vorbereitung der Muskulatur auf den Sport. Dieses Seminar ist auch als Fortbildung für Physiotherapeutinnen und -therapeuten anerkannt. Andere Fortbildungen sind u. a. der Ayurveda-Massageworkshop, Parkour oder Life Kinetik®. Alle Weiterbildungen werden vom Landessportbund Hessen mit acht bis zwölf Unterrichtseinheiten zur Verlängerung der allgemeinen Übungsleiterlizenz anerkannt. Zusätzlich sind sie vom Landesschulamt als Lehrerfortbildung akkreditiert. Als Folge dessen wird auch die Evaluation sichergestellt.

Alle Schulungen sind für Übungsleiterinnen und Übungsleiter des Fuldaer HSP kostenfrei und stehen HS- und adh-Mitgliedern vergünstigt zur Verfügung. Die Veranstaltungen werden im adh-Veranstaltungskalender beworben. Außerdem erscheinen sie im Bildungsprogramm des Landessportbundes.

Familiengerechte Angebote

Der HSP der HS FD kooperiert mit dem Geburtshaus und Familienzentrum Fulda. Dort werden Kurse für werdende Mütter, wie „Entspannung in der Schwangerschaft“ oder für Mütter mit Babys „Yoga – mein Baby und ich“ angeboten.

Außerdem bietet der HSP, im Rahmen der Familiengerechten HS, in Zusammenarbeit mit dem „Akademienis e. V.“ den Kurs „Wahrnehmen und Bewegen“ für die zwei- bis dreijährigen Kinder der HS-Krabbelgruppe an, darüber hinaus erhalten schulpflichtige Kinder der HS-Mitglieder – während der Sommerferien – die Möglichkeit an den Ferienprogrammen teilzunehmen.

3 Sensibilisierung für den Hochschulsport

Um stets für HS-Mitglieder und auch weiteres Umfeld präsent zu sein, präsentiert sich der HSP z. B. am „Hochschulinformationstag“ an der HS oder an diversen Gesundheitstagen mit Informations-, Aufklärungs- und Mitmachständen. Das HSP-Team wirbt selbst um das eigene Standing innerhalb der HS. Außerdem klärt das Team über die Möglichkeiten im HSP auf und unterstützt die Entscheidungsfindung für die richtige Bewegungsart. Sponsoren unterstützen die Eigenwerbung. Durch eine hohe Anzahl an Kooperationspartnern wird das Einzugspektrum des HSP erweitert. Auch durch die Mitgliedschaft im Administratorenteam der Facebook-Seite der HS macht der HSP mit diesem Medium auf sich aufmerksam.

Der HSP der HS FD gestaltet mit diesem zielgerichteten methodischen Vorgehen Rahmenbedingungen, um die Motivation zu gesundheitsfördernden Verhaltensweisen zu stärken und setzt die bewegungsorientierte Gesundheitsförderung an Hochschulen mit hoher Qualität in die Praxis um.

4 Fazit

Aus der Zusammenarbeit mit der GFH ist FiduS®, das zwischenzeitlich verstetigte Bewegungspausen-Programm für Studierende, entstanden. Der HSP konzipiert seine gesundheitsorientierten Angebote unabhängig, sie stehen allen Statusgruppen der HS offen. Perspektivisch ist eine noch engere Verzahnung aller im Bereich Gesundheit Tätigen, im Sinne des Betrieblichen Gesundheitsmanagements anzustreben, Synergien sind – zum Wohle der HS-Mitglieder – zu nutzen.

„Hol dir deinen beneFIT“ – Einführung eines Gesundheitspasses zur Förderung der Studierendengesundheit an der Universität Paderborn

*Carolin Köster, Niclas Schaper, Dennis Fergland, Sandra Bischof, Uli Kussin
& Astrid Kämpfe*

1 Einleitung

Studierende – als zumeist größte Statusgruppe an deutschen Hochschulen (vgl. Meier 2008) – gewinnen im Rahmen der settingorientierten Gesundheitsförderung und Prävention seit einigen Jahren sowohl im Bereich der wissenschaftlichen Forschung als auch mit Blick auf die Konzeption von praxisorientierten, gesundheitsförderlichen Angeboten und Maßnahmen immer mehr an Bedeutung. Die Zahl empirischer Studien zum Gesundheitszustand und -verhalten junger Akademikerinnen und Akademiker nimmt dabei stetig zu (vgl. Beiträge in Sonntag & Hartmann 2010; Gusy 2010). Zudem lässt sich beobachten, dass die Zahl der zielgruppenspezifischen Interventionen und Ratgeber zur Förderung eines stressfreien, gesunden Studiums ansteigt (vgl. exemplarisch Duriska, Ebner-Priemer & Stolle 2011).

Die Universität Paderborn, speziell das Department Sport und Gesundheit und der Lehrstuhl für Arbeits- und Organisationspsychologie, der Arbeitskreis Gesunde Hochschule, der Hochschulsport Paderborn sowie die Techniker Krankenkasse, engagieren sich seit 2009 im Rahmen eines breit angelegten Kooperationsprojekts systematisch für die studentische Population. In einer knapp dreieinhalbjährigen

Pilotphase mit empirisch-fundierter Problembestimmung wurde ein Programm zur Förderung der Studierendengesundheit konzipiert, welches bereits vorhandene gesundheitsfördernde Einzelmaßnahmen bündelt und unter einem übergreifenden Gesamtkonzept zusammenfügt. Der Gesundheitspass für Studierende wird seit dem Wintersemester 2013/14 flächendeckend an der Universität Paderborn implementiert und projektbegleitend auf verschiedenen Ebenen evaluiert.

Der vorliegende Beitrag beinhaltet die Vorstellung dieses Gesundheitspasses für Studierende. Einleitend wird dazu ein komprimierter Überblick über die Gesamtkonzeption des Paderborner Projekts gegeben, bevor konkret das Teilprojekt *mein beneFIT@upb.de* als Praxisprojekt der Gesundheitsförderung vorgestellt wird. An dieser Stelle sei ausdrücklich auf den Beitrag von Astrid Kämpfe, Carolin Köster und Hans Peter Brandl-Bredenbeck in diesem Sammelband verwiesen, in dem die wissenschaftstheoretischen Projekthintergründe am Beispiel der körperlich-sportlichen Aktivität erläutert werden und der Schwerpunkt der Darstellung auf dem empirischen Projektteil liegt.

2 Das Gesamtprojekt

Im Jahr 2009 initiierte der Arbeitsbereich Sportpädagogik und -didaktik in Kooperation mit dem Arbeitskreis Gesunde Hochschule, dem Hochschulsport Paderborn und der Techniker Krankenkasse das Pilotprojekt *Studium heute – gesundheitsfördernd oder gesundheitsgefährdend? Eine Lebensstilanalyse*. Unter dem Slogan *Gesund und erfolgreich in Paderborn studieren (GriPs)* wurden zwei übergeordnete Ziele verfolgt: (1) Die Analyse gesundheitsrelevanter Lebensstilfacetten der Paderborner Studentinnen und Studenten sowie die Identifikation von potentiellen Problembereichen und (2) die auf der Empirie basierende Ableitung zielgruppenorientierter Angebote und Maßnahmen zur Förderung der Studierendengesundheit (vgl. Brandl-Bredenbeck, Kämpfe & Köster 2013a; Brandl-Bredenbeck, Kämpfe & Köster 2013b). Mittels Online-Befragung und problemzentrierten Konstruktinterviews konnten vielfältige Daten rund um die Thematik Studium, Stress und Gesundheit erhoben und ausgewertet werden. Diese dienten als Grundlage für die Modifikation des bereits in Paderborn bestehenden Gesundheitspasses für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf die Bedürfnisse der studentischen Zielgruppe.

Das Pilotprojekt orientiert sich mit seinem skizzierten zweigeteilten Aufbau am Public Health Action Cycle (PHAC), welcher Interventionen idealtypisch in vier Phasen – die Problembestimmung, Strategieformulierung, Umsetzung und Bewertung – strukturiert (vgl. Rosenbrock 1995). *GriPs* deckt dabei die Phasen 1 und 2 ab und bildet die Grundlage für das Folgeprojekt *mein beneFIT@upb.de*, welches die Implementierung (Phase 3) und Evaluation des entwickelten Gesundheitspasses für Studierende (Phase 4) enthält (vgl. Abbildung 1).

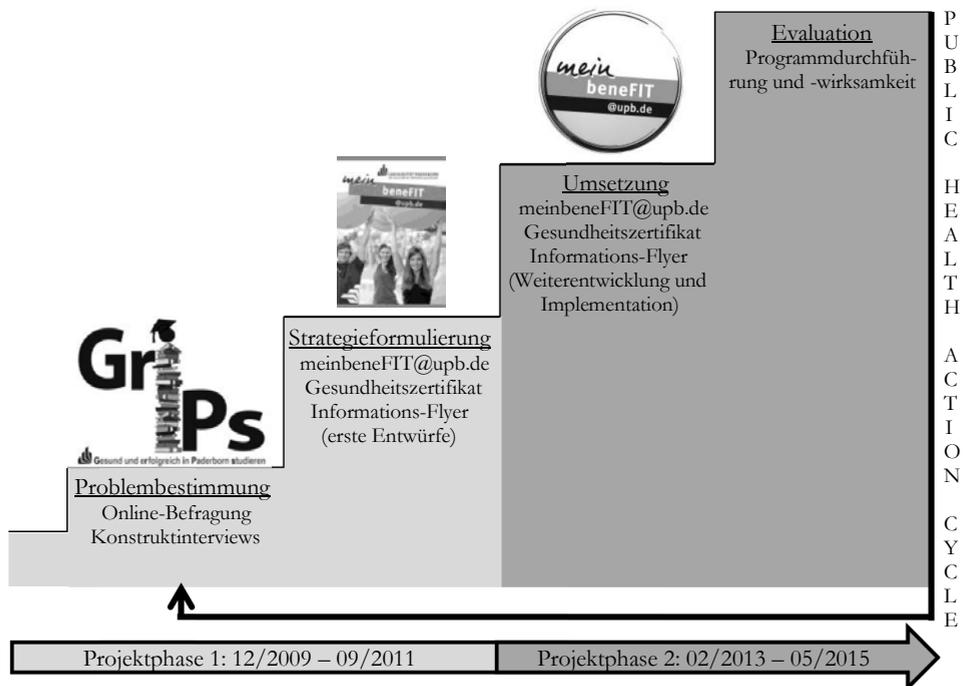


Abbildung 1: Die Struktur des Gesamtprojekts

Wissenschaftlich basiert das Gesamtprojekt auf mehreren Konzepten und Theorien. Dazu gehören die Gesundheitsdefinition der WHO (1948), das Konzept der Salutogenese nach Antonovsky (1997), das Konzept gesundheitsrelevanter Lebensstile nach Abel (1992; Abel, Buddeberg & Duetz 2004) sowie der Setting-Ansatz in der Gesundheitsforschung (vgl. Engelmann & Halkow 2008).

3 Der Gesundheitspass für Studierende

Der Gesundheitspass für Studierende ähnelt in seiner grundsätzlichen Struktur den aus anderen Kontexten bekannten Bonusheften bzw. Bonuskartensystemen, mit deren Hilfe die Nutzerinnen und Nutzer in einem festgelegten Zeitraum und auf freiwilliger Basis Punkte für den Erhalt einer bestimmten Prämie sammeln können. Alle Paderborner Studierenden können die offerierten gesundheitsförderlichen Angebote und Maßnahmen der universitätsinternen Lehrstühle, Institute, Organisationen und Dienstleister (= Kooperationspartner) über einen definierten Zeitraum wahrnehmen und erhalten bei regelmäßiger Inanspruchnahme am Ende ihres

Studiums ein so genanntes Gesundheitszertifikat, welches ihnen die kontinuierliche, studienbegleitende Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit bestätigt.

Die Besonderheit liegt darin, dass der Gesundheitspass – im Gegensatz zu vielen Alternativangeboten anderer Hochschulen – alle bereits in der Universität Paderborn vorhandenen und mehrjährig etablierten Aktionen für Studierende in einem übergreifenden Konzept bündelt und sich nicht ausschließlich im Reigen unzähliger Einzelmaßnahmen einordnet. Der Gesundheitspass liegt damit als Querstruktur über den vielzähligen Angeboten der einzelnen Kooperationspartner und schafft über seine Existenz sowie die große Wahlfreiheit innerhalb der Angebote eine umfassende Möglichkeit zur individuellen Gesundheitsförderung bei den Studentinnen und Studenten.

Grundidee, Struktur und Kategorien des Gesundheitspasses sowie Gesundheitszertifikat

Der Gesundheitspass für Studierende ist für die Regelstudienzeit von drei Studienjahren ausgelegt (Bachelorstudiengang). Grundsätzlich ist an dieser Stelle allerdings darauf hinzuweisen, dass alle Paderborner Studierenden – unabhängig vom Studienfach und -abschluss – am Projekt partizipieren und die einzelnen gesundheitsförderlichen Angebote und Maßnahmen in Anspruch nehmen können.

Inhaltlich ist jedes dieser drei Studienjahre in fünf Kategorien gegliedert, von denen vier direkt im Gesundheitspass abgebildet sind (vgl. Abbildung 2).

The form is divided into several sections:

- Top Section:**
 - Left: "Studienjahr 1:" followed by two columns of checkboxes for "Studium leicht gemacht" and "Stress vermeiden - dran bleiben".
 - Middle: Contact info for "meine beneFIT" (Servicebüro: Raum SP2 1.233, E-Mail: meinebeneFIT@upb.de, Internet: upb.de/beneFIT), a QR code, and fields for Name, Studiengang, Geburtsdatum, and E-Mail. A disclaimer states "Es erfolgt keine Weitergabe der Daten an Dritte!". Logos for "Techniker Krankenkasse" and "www.tk.de" are present.
 - Right: "Studienjahr 1:" followed by two columns of checkboxes for "Meine Gesundheitsinspektion" and "Entspannt & fit - mach mit".
 - Center: A photograph of three students holding a banner that says "meine beneFIT @upb.de".
- Bottom Section:**
 - Four columns for "Studienjahr 2" and "Studienjahr 3".
 - Each column contains two columns of checkboxes for "Meine Gesundheitsinspektion" and "Entspannt & fit - mach mit" (for year 2), and "Studium leicht gemacht" and "Stress vermeiden - dran bleiben" (for year 3).

Abbildung 2: Der Gesundheitspass für Studierende

Die einzelnen Kategorien orientieren sich insgesamt an den Hauptinterventionsfeldern im gesundheitsfördernden Setting (vgl. Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschule 2007) und strukturieren die Angebote und Maßnahmen der Kooperationspartner thematisch in verschiedene Bereiche.

Kategorie 1, betitelt mit *Meine Gesundheitsinspektion*, beinhaltet alle Aktionen im Bereich der (körperlichen) Checks und Messungen. Die Paderborner Studierenden können an dieser Stelle beispielsweise an Seh- und Hörtests auf dem Campus, Kraft- und Ausdauerchecks im universitätseigenen Gesundheitstrainingszentrum sowie an Vorsorgeuntersuchungen, die im Rahmen von Aktionstagen angeboten werden, teilnehmen.

Kategorie 2 fasst alle Maßnahmen zusammen, die unter dem Motto *Entspannt und fit – mach mit* angeboten werden. Dazu zählen im Besonderen die Bereiche Bewegung, Ernährung und Entspannung. Die Studierenden können hier zum Beispiel Bewegungs- und Sportkurse, Workshops zu Themen wie Leistungsoptimierung, Autogenes Training und Entspannungstechniken sowie Thementage rund um gesunde und ausgewogene Ernährung besuchen. Dabei werden die einzelnen Aktionen in Abstimmung zwischen dem *meine beneFIT@upb.de*-Projektteam und den jeweiligen Kooperationspartnern mit einem Faktor belegt, der die Anzahl der *beneFIT*-Punkte widerspiegelt, die mit dem Besuch der einzelnen Maßnahme gesammelt werden können (jeweils 1 oder 2 Pkt.). Diese Zuordnung ist unter ande-

rem abhängig von der inhaltlichen Ausgestaltung sowie der Dauer des jeweiligen Angebots.

Kategorie 3 trägt die Bezeichnung *Studium leicht gemacht*. Hier werden alle Aktionen gebündelt, die organisatorische Hilfestellung und grundlegende Basistechniken für erfolgreiches Studieren geben. Dazu zählen unter anderem Computer-Kurse für den kompetenten Umgang mit studienrelevanten Programmen zur Erstellung von Präsentationen und Hausarbeiten, Unterstützung bei fachwissenschaftlicher Literaturverwaltung und Wissensorganisation oder Workshops zum wissenschaftlichen Arbeiten und Schreiben sowie zur Förderung der Sprachkompetenz. Diese Kategorie beinhaltet zudem Angebote, die den Übergang vom Studium in den Beruf unterstützen sollen. Zu finden sind hier exemplarisch Bewerbungs- und Assessment-Center-Trainings, Rhetorik-Kurse sowie Schulungen zu den Themen Führungskompetenz und Kommunikation. Auch in dieser Kategorie werden unterschiedlich viele *beneFIT*-Punkte für den Besuch der einzelnen Angebote vergeben.

Kategorie 4 trägt den Namen *Stress vermeiden – dran bleiben* und impliziert Angebote auf verschiedenen Ebenen. Zum einen finden die Studierenden hier Maßnahmen unter dem Motto „Mit der richtigen Struktur und Einstellung durchs Studium“. Dazu gehören unter anderem Zeitmanagement-, Präsentationstechnik- und Projektmanagement-Kurse, die die Studierenden darin unterstützen, dass Unwohlsein und Stress gar nicht entstehen. Zum anderen werden in dieser Kategorie alle psychosozialen Beratungsleistungen gebündelt, die entweder einen speziell präventiven Charakter zur Stressvermeidung besitzen (Veranstaltungen zu den Themen Vereinbarkeit von Studium und Familie, Studium und Pflegeverantwortung oder individuelle Schreibberatungen) oder im Fall von akuten Problemen und Überforderungssituationen in Anspruch genommen werden können (z. B. Du bist nicht allein – Beratung von Studierenden für Studierende).

Kategorie 5 *Gesundheit studieren* ist nicht direkt im Gesundheitspass zu finden, sondern stellt eine „on-top“-Kategorie dar. Ziel dieses Bereichs ist es, eine Dokumentationsmöglichkeit für alle Lehrveranstaltungen im Bereich Gesundheit zu eröffnen, in denen Studierende fachwissenschaftliche und -didaktische Kompetenzen im Bereich Gesundheit erwerben und erweitern. In diese Kategorie fallen somit alle Vorlesungen und Seminare, die zumeist über mindestens ein Semester im Rahmen von Profilstudiengängen (z. B. Gute gesunde Schule) oder im Rahmen vom Studium Generale belegt werden können. Dazu zählt auch die im *mein beneFIT@upb.de*-Projekt neu konzipierte Ringvorlesung zum Thema Gesundheit.

Am Ende des Studiums – respektive nach dreijähriger Nutzung des Gesundheitspasses – können die Studierenden ein Gesundheitszertifikat erwerben. Dieses stellt eine Art Sonderanreiz dar, denn es bestätigt die kontinuierliche Auseinandersetzung mit den Themen *gesund studieren* und *gesund führen* in Form eines zusätzlichen, offiziellen Dokuments. Es wird mit dem Abschlusszeugnis ausgehändigt. Um das Gesundheitszertifikat zu erhalten, müssen die Studierenden in jedem Stu-

dienjahr eine definierte Anzahl an *beneFIT*-Punkten sammeln (vgl. Tabelle 1). Die verpflichtende Anzahl ergibt sich vor allem aus der Überlegung, dass der Gesundheitspass nicht zu einem Projekt werden soll, welches über sehr hohe Anforderungen zusätzlichen Stress im Studium aufbaut und damit auch bezüglich der Teilnahme am Programm demotiviert. So sind die zu sammelnden *beneFIT*-Punkte kategoriespezifisch festgelegt und berücksichtigen vor allem den zeitlichen Aufwand der einzelnen Maßnahmen: Checks und Messungen sind weniger zeitintensiv, so dass hier vier *beneFIT*-Punkte im Studienjahr gesammelt werden müssen, während die Teilnahme an semesterbegleitenden, regelmäßig stattfindenden Workshops und Veranstaltungen in den Kategorien 3 und 4 beispielsweise auf jeweils mindestens einen *beneFIT*-Punkt pro Kategorie im Studienjahr beschränkt ist.

Tabelle 1: Übersicht der zu sammelnden *beneFIT*-Punkte für den Erhalt des Gesundheitszertifikats pro Studienjahr (= 2 Semester)

Kategorie 1	Kategorie 2	Kategorie 3	Kategorie 4	Kategorie 5
4	3	1	1	*

* „on-top“ Kategorie ohne Punktevergabe: die belegten Lehrveranstaltungen werden namentlich auf dem Zertifikat angeführt.

Inneruniversitäre Kooperationen und Vernetzung

Damit die Studierenden in den einzelnen Kategorien des Gesundheitspasses auf vielfältige Angebote und Maßnahmen zurückgreifen können, ist der Aufbau eines Netzwerks aus Kooperationspartnern notwendig. Seit dem Beginn des *mein beneFIT@upb.de*-Projekts ist dieses Netzwerk, welches sich unter dem Gedanken *Hochschule als gesundheitsförderndes Setting* bewusst auf inneruniversitäre Strukturen beschränkt, stetig gewachsen. Neben den Projektinitiatoren bringen sich folgende Lehrstühle, Institute, Organisationen und Dienstleister in das Projekt ein: der Allgemeine Studierendenausschuss (AStA), die Abteilung der Gleichstellungsbeauftragten, das Institut für Ernährung, Konsum und Gesundheit (EKG), das Kompetenzzentrum Schreiben (Schreibwerkstatt), die Stabsstelle Bildungsinnovation und Hochschuldidaktik, das Studentenwerk Paderborn, die Universitätsbibliothek (ubp), der Uniconsult-Career Service, die Zentrale Studienberatung (ZSB), das Paderborner Zentrum für Bildungsforschung und Lehrerbildung (PLAZ), das Zentrum für Informations- und Medientechnologien (IMT), das Zentrum für Rechtschreibkompetenz (orthografie@upb.de) sowie das Zentrum für Sprachlehre (ZfS). Das große Interesse und die Akzeptanz unter den Kooperationspartnern werden zudem durch das Engagement der Hochschulleitung begünstigt, die sich ebenfalls in das Projekt einbringt und als eine der Beratungsinstanzen im Projektbeirat vertreten ist.

Ziele und Nutzen

Das *mein beneFIT@upb.de*-Projekt berücksichtigt in seiner Konzeption sowohl verhaltenspräventive Ziele auf Seiten der Studierenden als auch verhältnispräventive Absichten auf Seiten der Hochschule. Über die Nutzung des Gesundheitspasses sollen sich die Studentinnen und Studenten aktiv und studienbegleitend mit der eigenen Gesundheit, ihrem Erhalt und ihrer Förderung auseinandersetzen und Möglichkeiten sowie Strategien zur erfolgreichen und möglichst stressfreien Bewältigung des universitären Alltags kennen lernen. Langfristig soll damit eine Steigerung des persönlichen Wohlbefindens erreicht sowie der Aufbau personaler und sozialer Ressourcen begünstigt werden, so dass das Studium erfolgreich abgeschlossen werden kann.

Auf Seiten der Universität soll durch die Schaffung dauerhafter Strukturen – zum Beispiel durch die flächendeckende Einführung des Gesundheitspasses als auch die Eröffnung eines *mein beneFIT@upb.de*-Service Büros – der Bereich der studentischen Gesundheitsförderung weiter in den Fokus der Hochschulöffentlichkeit gerückt werden. So soll das betriebliche Gesundheitsmanagement, welches am Standort Paderborn für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter seit über zehn Jahren erfolgreich durch den Arbeitskreis Gesunde Hochschule etabliert ist (vgl. Arbeitskreis Gesunde Hochschule 2010), um eine Säule – die Gesundheitsförderung der Studierenden – erweitert werden. Zudem bietet *mein beneFIT@upb.de* die Chance die inneruniversitäre Vernetzung der einzelnen Kooperationspartner zusätzlich zu unterstützen und ein internes Netzwerk zur nachhaltigen Gesundheitsförderung aufzubauen und zu stärken. Die zahlreichen Angebote und Maßnahmen im *mein beneFIT@upb.de*-Projekt sollen für die Universität Paderborn zu einer Senkung der Studienabbruchquoten führen und langfristig über die feste Verankerung der studentischen Gesundheitsförderung am Standort für ein Alleinstellungsmerkmal im Wettbewerb um Studienanfänger sorgen.

4 Zusammenfassung und Ausblick

Mit der Einführung des Gesundheitspasses für Studierende an der Universität Paderborn haben die Projektinitiatoren eine übergreifende Querstruktur zur studentischen Gesundheitsförderung geschaffen. Seit dem Wintersemester 2013/14 erfolgt die Implementation dieses Konzepts in den Universitätsalltag. Parallel dazu wird auch die vierte Phase des PHAC – die Evaluation – in Angriff genommen. Aktuell steht die Konzeption einer längsschnittlich ausgerichteten, internen Evaluation hinsichtlich Programmdurchführung und -wirksamkeit im Mittelpunkt. Konform zur Projektkonzeption werden Befragungen mittels Fragebogen, Expertengespräch und Interview hinsichtlich verhaltens- und verhältnispräventiver Aspekte geplant und im weiteren Projektverlauf durchgeführt. Im Fokus stehen die Studierenden. Zudem werden Lehrende, Kooperationspartner sowie die Hochschulleitung in die Evaluation integriert. Erste Ergebnisse werden zum Abschluss des

Projekts im Jahr 2015 vorliegen. Bis dahin sind aktuelle Projektinformationen unter folgendem Link verfügbar: www.uni-paderborn.de/benefit.

Literatur

- Abel, T. (1992): Konzept und Messung gesundheitsrelevanter Lebensstile. In: Prävention: Zeitschrift für Gesundheitsförderung, 4/1992, 123–128.
- Abel, T. / Buddeberg, C. / Duetz, M. (2004): Gesundheitsrelevante Lebensstile. In: Buddeberg, C. (Hrsg.): Psychosoziale Medizin. Berlin: Springer VS, 295–306.
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen (2007): Gütekriterien für eine Gesundheitsfördernde Hochschule. Zugriff am 17. April 2011 unter http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/D_Gefoe_HS_national/D2_Guetekriterien/GUETEKRITERIEN_AGH.pdf.
- Arbeitskreis Gesunde Hochschule (2010): Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM). Zugriff am <20. Dezember 2013> unter <http://www.uni-paderborn.de/universitaet/gesunde-hochschule/bgm/>.
- Brandl-Bredenbeck, H. P. / Kämpfe, A. / Köster, C. (2013a): Studium heute – Gesundheitsfördernd oder gesundheitsgefährdend? Eine Lebensstilanalyse. Aachen: Meyer & Meyer.
- Brandl-Bredenbeck, H. P. / Kämpfe, A. / Köster, C. (2013b): Gesundheit von Lehramtsstudierenden – Ausgewählte Ergebnisse einer empirischen Untersuchung an der Universität Paderborn. In: Marchwacka, M. A. (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Setting Schule. Wiesbaden: Springer VS, 329–345.
- Gusy, B. (2010): Gesundheitsberichterstattung bei Studierenden. In: Prävention und Gesundheitsförderung 3/2010, 250–256.
- Duriska, M. / Ebner-Priemer, U. / Stolle, M. (2011): Rückenwind. Was Studis gegen Stress tun können. Karlsruhe: Karlsruher Institut für Technologie.
- Engelmann, F. & Hankow, A. (2008): Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health – Schwerpunkt Bildung, Arbeit und Lebenschancen. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin.
- Meier, S. (2008): Gesundheitsfördernde Hochschulen. Neue Wege im Setting Hochschule am Beispiel des Modellprojekts „Gesundheitszirkel für Studierende“. Universität Bielefeld: Dissertation.
- Rosenbrock, R. (1995): Public Health als Soziale Innovation. In: Das Gesundheitswesen, 3/1995, 140–144.

Sonntag, U. & Hartmann, T. (2010): Schwerpunktheft: Setting Gesundheitsfördernde Hochschule. In: Prävention und Gesundheitsförderung, 3/2010, 177–288.

WHO (1948): Preamble to the Constitution of the World Health Organization. In: Official Records of the World Health Organization 2/1948, 1–144.

Gesundheitsmanagement an der Universität Potsdam – Fördernde Faktoren und limitierende Hindernisse

Franziska Antoniewicz & Daniela Kablert

1 Einleitung

Im Bereich der Gesundheitsförderung wird ein settingspezifischer Ansatz spätestens seit der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1986) als vielversprechend erachtet. Solch ein Vorgehen ermöglicht neue Wege für die Durchführung von verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen im Alltag der Menschen. Auch Hochschulen stellen ein solches Setting für die Gesundheitsförderung dar. An den 421 deutschen Hochschulen studieren ca. 2,4 Mio. Menschen und in etwa 600.000 Personen (Statistisches Bundesamt 2012) sind im wissenschaftlichen und nicht-wissenschaftlichen Bereich tätig. Damit umfasst dieses Setting eine beachtliche Anzahl an möglichen Adressaten von Gesundheitsmaßnahmen. Doch nicht nur der Disseminationsgrad bietet Potential für die Gesundheitsförderung, auch die hochschulspezifischen Rahmenbedingungen und Gegebenheiten werden als günstige Voraussetzungen angesehen (Seibold et al. 2010). Dazu zählen strukturelle wie auch personelle Ressourcen (z. B. Hochschulsport, Mensen, Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure).

Die Etablierung eines Gesundheitsmanagements wird allerdings nicht nur durch positive Rahmenbedingungen gestützt. Der Prozess kann auch von Barrieren eingeschränkt werden. Der vorliegende Beitrag skizziert solche positiven wie auch hinderlichen Faktoren und erläutert deren Relevanz am Beispiel des Gesundheitsmanagements an der Universität Potsdam.

2 Gesundheitsmanagement im Setting Hochschule – Erfolgsfaktoren, Gütekriterien und Barrieren

Hochschulen stellen, wie bereits beschrieben, ein Setting für die systematische Gesundheitsförderung dar. Für Deutschland fasst der Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen Gütekriterien des Gesundheitsmanagements im Setting Hochschule zusammen. Dazu zählt unter anderem der Settingansatz, die Durchführung verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen und auch die transparente Darstellung der geleisteten Arbeit (Sonntag & Hartmann 2010).

Kaminski (2013) benennt Faktoren, die dem Erfolg des Gesundheitsmanagements im Wege stehen können. Als solche werden die Angst vor Veränderung oder auch das unsystematische und undifferenzierte Durchführen einzelner gesundheitsförderlicher Maßnahmen angesehen.

Der Public Health Action Cycle (Rosenbrock 1995) bietet eine solche konzeptionelle Fundierung und strukturiert Interventionen nach vier Phasen eines Regelkreises, die konsekutiv durchlaufen werden. Idealtypisch geht der Regelkreis „von der theoretisch trivialen, praktisch aber selten erfüllten Voraussetzung aus, dass ein Gesundheitsproblem zunächst in seinen medizinischen, epidemiologischen und sozialen Aspekten abgeschätzt wird“ (Rosenbrock 1995: 140). Auch wenn eine solche deskriptive Auseinandersetzung (Problembestimmung) mit den Gegebenheiten und Problemen wünschenswert ist, wird sie in der Praxis doch häufig auf Grund limitierter personeller, finanzieller- oder zeitlicher Ressourcen ausgelassen. Weiterhin sieht der Public Health Action Cycle eine Priorisierung des Vorgehens und das Suchen nach möglichen Lösungsansätzen und Strategien für die festgestellten Probleme vor (Strategieformulierung). Nach erfolgter Strategieplanung schließt sich die Umsetzung und abschließende Evaluierung an.

In einer Fallstudienanalyse an sechs deutschen Hochschulen eruierten Seibold et al. (2010) insgesamt 14 Erfolgsfaktoren (EF) für ein gelingendes Gesundheitsmanagement (siehe Tabelle 1). Die Autoren führten 34 semistandardisierte Interviews und eine qualitative Analyse von 116 Dokumenten (z. B. Protokolle, Gesundheitsberichte) durch. Als besonders wichtige Faktoren heben die Autoren die Einrichtung eines Gremiums sowie die Unterstützung der Hochschulleitung hervor.

Tabelle 1: Aufschlüsselung der Erfolgsfaktoren nach Inhalt und Zielstellung (in Anlehnung an Seibold et al. 2010)

Erfolgsfaktoren (EF)	Inhalt	Ziele
Geeigneter initiiertender Akteur	Funktionsträger innerhalb der Hochschule benennen Erste konzeptionelle Überlegungen anstellen	Impulse geben
Einrichtung eines Gremiums	Relevante Schlüsselakteure der Hochschule identifizieren	Diskussions-Plattform implementieren Anerkennung bei Universitätsleitung einholen
Unterstützung durch die Hochschulleitung	Finanzielle und personelle Mittel planen Genehmigung entsprechender Maßnahmen einholen	Akzeptanz steigern Integration in die Strukturen der Universität schaffen
Lobby für Gesundheitsförderung	Fürsprecher innerhalb der Universität gewinnen	Aufklärungs- und Überzeugungsarbeit leisten
Erarbeitung eines Konzepts	Zielsetzung und Maßnahmen (Aufgaben-, Zeit-, Finanzplan) erarbeiten	Systematisches und zielgerichtetes Vorgehen Beitrag zur Überzeugungsarbeit
Realisierung sog. „Quick-Wins“	Kurzfristige inhaltliche Maßnahmen	Sicherstellung der konzeptionellen Überlegungen Motivation der Gremienmitglieder Argumente zur Fortführung
Hauptamtlicher Koordinator	Kontakt zwischen Gremienmitgliedern und Hochschulleitung Moderation von Sitzungen Koordination und Controlling	Weiterentwicklung des Themas Gelder einwerben
Akzeptanz bei den Führungskräften	Akzeptanz von Führungskräften gewinnen (Dekane, Professoren, Dezenten)	Entscheidungen über Realisierung von Maßnahmen der Beschäftigten zur Gesundheitsförderung beeinflussen
Akzeptanz bei den Mitarbeitern und Studierenden	Akzeptanz der Mitarbeiter und Studierenden gewinnen	Bekanntheitsgrad erhöhen Studierende und Mitarbeiter aktiv einbeziehen

Durchführung einer Evaluation	Prozesse und Ergebnisse der Etablierung vor Hochschulleitung und externen Kooperationspartnern darlegen Außendarstellung	Ergebnisdarstellung Motivation der Gremienmitglieder: Evaluation der Arbeit des Gremiums Steigerung des Ansehens innerhalb und außerhalb der Universität Argumente zur Fortführung
Öffentlichkeitsarbeit		Eigenständige Finanzierung
Adäquate finanzielle Ausstattung	Finanzielle Mittel der Hochschulleitung	
Interne und externe Partnerschaften	Aufrechterhaltung und Implementierung durch interne und externe Partnerschaften, Inhalte, Materialien, Ideen, finanzielle und personelle Mittel	Position innerhalb der Universität stärken Netzwerke nutzen Schnelle Umsetzung einzelner Maßnahmen möglich
Explizite Maßnahmen zur Verstärkung	Feste Einrichtung der Koordinationsstelle Aufnahme des Themas in das Leitbild der Universität Abschluss Rahmenvereinbarung	Explizite Maßnahmen zur Nachhaltigkeit und Verankerung Unabhängigkeit von dem Engagement einzelner Gremienmitglieder Langfristiger Planungshorizont

3 Erfolgsfaktoren und Barrieren des Gesundheitsmanagements am Beispiel der Universität Potsdam

Die Universität Potsdam bietet als größte Hochschule des Landes Brandenburg auf drei räumlich getrennten Campusanlagen eine Lebens- und Arbeitswelt für insgesamt 20.999 Studierende und 2.415 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Diese sind fünf Fakultäten zugeordnet. Nachstehend werden die verschiedenen Meilensteine des Gesundheitsmanagements der Universität Potsdam aufgeführt. In Anlehnung an die in Tabelle 1 genannten Erfolgsfaktoren wird auf die hiesige Umsetzung sowie Stärken und Schwächen verwiesen.

Strukturelle Voraussetzungen: Der Steuerkreis Gesundheit

„Wie geht es Ihnen an der Universität Potsdam?“ Diese Frage wurde als Leitlinie des neu etablierten Steuerkreises Gesundheit, welcher unter Kanzlerleitung seit 2009 agiert, auserwählt. Der Steuerkreis Gesundheit setzt sich aus Vertretern des Personaldezernats, der Gleichstellungsbeauftragten, der Betriebsärztin, des Arbeitsbereichs Sportpsychologie und dem Hochschulsport zusammen.

Der Steuerkreis Gesundheit tagt mindestens zwei Mal im Jahr. Im Kreise dieses Gremiums werden kleinere und größere Projekte verabschiedet, deren Verantwortung dann innerhalb von sog. „Working Groups“ liegt, die in der Regel aus vier bis fünf relevanten Experten aus unterschiedlichen Bereichen bestehen. Diese organisationsübergreifende Zusammenarbeit erweist sich schon in der Phase der Maßnahmenplanung als nützlich, da damit die vorhandene Komplexität der Problemfelder aus verschiedenen Perspektiven bedient wird.

Notwendigkeit eines hauptamtlichen Koordinators und Unterstützung durch die Hochschulleitung

Ein bedeutender Faktor jeden Projektes und somit auch bei der Etablierung des Gesundheitsmanagements an der Hochschule, ist es einen hauptamtlichen Koordinator zu haben (Seibold et al. 2010; Kaminski 2013). An der Universität Potsdam wurde bislang kein vollzeitbeschäftigter Koordinator eingestellt. Dennoch wurden Personalmittel für eine teilzeitliche Beschäftigung zur Verfügung gestellt. Damit ist ein fester Ansprechpartner und Koordinator des Gesundheitsmanagements an der Universität Potsdam vorhanden. Es ist allerdings auch naheliegend, dass bei höherem Beschäftigungsumfang Maßnahmen und Notwendigkeiten schneller umgesetzt werden könnten.

Die Unterstützung durch die Hochschulleitung wird als ein weiterer der 14 EF für ein gelingendes Gesundheitsmanagement beschrieben (Seibold et al. 2010). Diese Zustimmung ist nicht nur hinsichtlich personeller und finanzieller Ressourcen entscheidend, sondern bietet auch von hochschulverantwortlicher Seite Unter-

stützung für solch ein Gesamtprojekt. Besonders in der Zusammenarbeit mit Führungskräften und in (schwierigen) Entscheidungssituationen kann die Rückendeckung durch die Hochschulführung ein wichtiges Kriterium darstellen.

Erarbeitung eines Konzeptes

Im Rahmen des Gesundheitsmanagements an der Universität Potsdam wurde als einer der ersten Schritte der Ist-Zustand hinsichtlich verschiedener gesundheitlicher und arbeitsrelevanter Faktoren ermittelt. Damit wurde der an der Hochschule vorhandene Handlungsbedarf identifiziert. Das wurde nicht zuletzt deshalb getan, um a) ein systematisches und fundiertes Vorgehen zu ermöglichen, um damit b) eine ungenügende Differenzierung und lose Sammlung von gesundheitsfördernden Maßnahmen zu vermeiden. Letzteres stellt eine Barriere für die langfristige Etablierung des Gesundheitsmanagements dar (Kaminski 2013).

Vor der Beschäftigtenbefragung wurden alle inhaltlichen und methodischen Aspekte der Datenerhebung schriftlich fixiert und mit der Universitätsleitung, dem Datenschutzbeauftragten und dem Gesamtpersonalrat abgestimmt. Dadurch sollten Unstimmigkeiten vermieden und durch den Einbezug der Datenschutzbeauftragten eventuelle Hemmungen von Seite der Beschäftigten abgebaut werden.

Die Kriterien für die inhaltliche Gestaltung der Befragung waren wie folgt: Zum einen sollte die direkte Anschlussfähigkeit an und Vergleichbarkeit mit analogen Untersuchungen ermöglicht werden (z. B. Gesundheitsberichte anderer Hochschulen). Zum anderen sollte eine hohe wissenschaftliche Qualität durch die valide und reliable Erfassung von gesundheits- und arbeitsplatzrelevanten Indikatoren gewährleistet werden.

Die an alle Beschäftigten der Universität Potsdam gerichtete Erhebung fand webbasiert statt. Solch ein Vorgehen bietet den Befragten wie auch dem Fragenden Vorteile. Online-Fragebögen können flexibel ergänzt und mit verschiedenen Medieninhalten kombiniert werden und zeigen sich weniger anfällig für Aspekte des sozial erwünschten Antwortens (Joinson 1999). Insbesondere für jene „Fälle“, deren Einschätzungen eher negativ oder kritisch ausfallen, bietet die Anonymität des Internets einen Schutzraum für wahrheitsgemäße Antworten. Hemmungen im Antwortverhalten sollten damit reduziert werden. Für die Befragten ist eine hohe Flexibilität gegeben, da sowohl Zeit und Ort des Fragebogenausfüllens selbst bestimmt werden können.

Eine Einschränkung der Online-Befragung soll nicht unerwähnt bleiben. In der Regel sind die Rücklaufquoten bei Online-Studien niedriger als bei face-to-face Befragungen. Um einen möglichst hohen Rücklauf zu erreichen, wurden an der Universität Potsdam verschiedene vorbereitende (Werbe-)Maßnahmen und mehrere Erhebungswellen durchgeführt (siehe Tabelle 2). Die Teilnahme an der Befragung erfolgte freiwillig und ohne Vergütung.

Tabelle 2: Chronologischer Ablauf der Werbemaßnahmen zur Erhöhung der Rücklaufquote

Datum	Maßnahme	Stand der Befragung
26.09.2009	Aufhängen der Werbeplakate an zentralen Orten je Campus	In Vorbereitung
30.06.2009	Werbeflyer kommen per Hauspost in den einzelnen Büros der Beschäftigten der UP an	In Vorbereitung
02.07.2009	1. Ankündigungsemail der Kanzlerin über die Mitarbeiterliste der UP	In Vorbereitung
07.07.2009	1. E-Mail mit Link zur Befragung über die Mitarbeiterliste	Teilnehmeranzahl: 270
13./14.07.2009	2. E-Mail an FakultätsgeschäftsführerInnen (gepaart mit einem telefonischen Hinweis) mit der Bitte der Weiterleitung der Information über den Fakultätsverteiler	Hinzugewonnene Teilnehmer: 190
21.07.2009	Letzte E-Mail an alle Mitarbeiter mit der Bitte um Teilnahme an der Befragung	Hinzugewonnene Teilnehmer: 64
Anfang August	Auf Anfrage wurden Papierfragebögen verteilt	Hinzugewonnene Teilnehmer: 9
		Gesamtteilnehmerzahl: 533

Die Ergebnisse der erhobenen Daten wurden in einem Gesundheitsbericht festgehalten, der auch für alle Beschäftigten der Universität zur Verfügung gestellt wurde. Im Anschluss daran erfolgte die Erarbeitung eines abgeleiteten Maßnahmenkataloges. Die operative Umsetzung dieser Maßnahmen erfolgt in kleineren Arbeitsgruppen. Eine stets geltende Prämisse sämtlicher Arbeitsgruppen war und ist es, theoriegeleitet und evidenzbasiert vorzugehen.

Im Rahmen der Befragung wurde festgestellt, dass ein Großteil der Beschäftigten an der Universität Potsdam in ihrem Arbeitsumfeld körperlich kaum aktiv ist. Daher wurden für das Themenfeld *körperliche Aktivität am Arbeitsplatz* verschiedene evidenzbasierte „Bausteine“ erarbeitet. Diese umfassten beispielsweise Hinweise, wie körperliche Aktivität in den (Arbeits-)Alltag integriert werden kann oder auch die Formulierung von sogenannten Implementierungsintentionen. Die Bausteine setzten nicht nur auf der Verhaltensebene an, sondern es wurde auch eine verhältnispräventive Maßnahme durchgeführt. Letzteres wiederum wird vom Netzwerk für gesundheitsfördernde Hochschulen empfohlen (Sonntag & Hartmann 2010). An sämtlichen Fahrstühlen der Universität Potsdam befinden sich sogenannte point-of-decision-prompts. Dabei handelt es sich um Hinweisreize, die in einer

Entscheidungssituation (Fahrstuhl vs. Treppe) eine Person in Richtung der gesundheitsrelevanten Alternative „lenken“ soll. Es handelt sich hierbei um eine international eingesetzte und vielfach evaluierte Maßnahme (Müller-Riemenschneider et al. 2010; Soler et al. 2010). Ein Vorteil dieser Maßnahme besteht in den niedrigen Investitionskosten. Mit diesen Maßnahmen gingen allerdings auch Herausforderungen einher, da an technischen Geräten, welche vom TÜV abgenommen werden müssen, keine Veränderungen vorgenommen werden dürfen. Fluchtwege müssen klar ersichtlich bleiben, was viele Absprachen mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Haus- und Gebäudetechnik und dem Brandschutzbeauftragten erforderlich machte.

Sämtliche relevanten Materialien, die im Rahmen der Working Group *körperliche Aktivität am Arbeitsplatz* erarbeitet wurden, sind im Intranet der Universität Potsdam verfügbar.

Akzeptanz der Maßnahmen durch Transparenz

Alle neuen Beschäftigten und berufenen Professorinnen und Professoren werden in den Willkommens-Unterlagen über das Gesundheitsmanagement an der Universität Potsdam informiert. Weiterführende Informationen über das Gesundheitsmanagement an sich und über Maßnahmen im Speziellen können im Intranet der Universität eingesehen werden. Den Klickstatistiken zu Folge wird diese Gelegenheit nur von wenigen Beschäftigten der Universität Potsdam genutzt.

Lobby für die Gesundheitsförderung: Akzeptanz bei Führungskräften, Beschäftigten und Studierenden schaffen

Im Sinne des Erfolgsfaktors „Akzeptanz“ (Seibold et al. 2010) wird eine aktive Partizipation von Hochschulangehörigen in den Prozessen des Gesundheitsmanagements für sinnvoll erachtet (Hadler 2010). Die Hochschulangehörigen sind daher nicht „nur“ als „Empfänger des betrieblichen Gesundheitsmanagements“, sondern auch als Ressource für dieses zu verstehen. Studierende beispielsweise können auf Grund ihrer erworbenen Fachkompetenz (bspw. im Rahmen des Studiengangs Sport- und Gesundheitswissenschaften) Multiplikatoren der Gesundheitsförderung sein. An der Universität Potsdam wird im Rahmen des Gesundheitsmanagements auf diese Ressource gesetzt. Studierende führen unter Anleitung des Zentrums für Hochschulsport die Maßnahme „PausenExpress“ durch. Die Inhalte dieser aktiven Pause sind beispielsweise Mobilisations-, Kräftigungs- und Entspannungsübungen, die direkt am Arbeitsplatz unter qualifizierter Anleitung durchgeführt werden. Ein zeitintensives Umziehen oder ein Standortwechsel – beide stellen Barrieren der körperlich-sportlichen Aktivität dar – entfallen. Für diese Maßnahme konnte zudem die Unterstützung der Hochschulleitung zum Tragen kommen, da 15 Minuten der Bewegungspause als Arbeitszeit angerechnet werden.

Für Akzeptanz bei der Zielgruppe der Studierenden soll das seit dem Wintersemester 2012/2013 für Sportstudierende angebotene Seminar „Gesundheitsmanagement“ sorgen. Dabei werden sowohl gesundheitspsychologische Inhalte vermittelt als auch praktische Projekte (z. B. Erarbeitung von Informationstafeln zur Ergonomie am Arbeitsplatz, Planung und Durchführung von Rückenübungen am Arbeitsplatz) in Kleingruppen umgesetzt.

Öffentlichkeitsarbeit und der Nutzen interner und externer Partnerschaften

Ganz nach dem Grundsatz „Tue Gutes und rede darüber!“ ist auch die Öffentlichkeitsarbeit des Gesundheitsmanagements zu verstehen, denn die beste Arbeit nützt nichts, wenn sie von den Beschäftigten nicht zugeordnet werden kann bzw. für diese nicht transparent ist.

Um ein einheitliches Erscheinungsbild des Steuerkreises Gesundheit der Universität Potsdam gewährleisten zu können, wurde zunächst die Entwicklung eines Logos in Auftrag gegeben. Dieses ist mittlerweile auf sämtlichen Materialien des Gesundheitsmanagements zu finden (z. B. Informationsflyer). Eine eigene Internetseite und auch ein Imagefilm sind weitere Bausteine, die momentan diskutiert und geplant werden.

Der Nutzen interner und externer Partnerschaften (Seibold et al. 2010) ist ein weiterer EF. An der Universität Potsdam wurden im Themenfeld *körperliche Aktivität am Arbeitsplatz* und *Pausengestaltung* Workshops zur aktiven Augenentspannung für Bildschirmarbeitende von der TÜV Rheinland durchgeführt. Diese Maßnahme wurde im Rahmen des Campus Festivals 2013 der Universität durchgeführt und konnte daher zugleich im Sinne der Öffentlichkeitsarbeit genutzt werden. Das Festival an sich wurde von verschiedenen universitären Funktionsgruppen (z. B. Zentrum für Hochschulsport, Gesundheitsmanagement) geplant und umgesetzt. Hierbei waren auch die Studierenden des bereits erwähnten Seminars Gesundheitsmanagement beteiligt. Das Programm sah spielerisch-sportliche Wettkämpfe, gesundheitsorientierte Aktionen sowie ein buntes Abendprogramm vor. Im Nachhinein betrachtet lässt sich dieser Campus Tag als sogenannter quick-win (Seibold et al. 2010) verbuchen.

Durchführung einer Evaluation

Interventionsmaßnahmen bedürfen neben den Maßnahmen an sich auch einer Evaluation. Die Dimensionen der Evaluation können verschieden sein. In der Regel unterscheidet man die formative von der summativen Evaluation. So kann zum einen der Prozess des Gesundheitsmanagements selbst evaluiert werden (z. B.: Erreichen wir mit unserem Workshop zur aktiven Augenentspannung die betroffenen Bildschirmarbeiter?) aber auch die Ergebnisse der Maßnahme an sich stehen im Mittelpunkt der Betrachtung (z. B.: Nehmen sich die Beschäftigten ihre Pausen und sind sie körperlich aktiver?). Nicht nur zur Optimierung der Angebote

ist eine Evaluation sinnvoll. Häufig fordern auch Geldgeber ein Feedback, um die weitere Zusammenarbeit einschätzen zu können und erneute Finanzierungen abzuwägen. Letztlich sind es an der Universität Potsdam auch die regelmäßig vorgelegten Zwischenberichte, welche die Unterstützung von Kanzlerseite regelmäßig sicherstellen.

Für den geschilderten Workshop zur Augenentspannung konnte beispielsweise trotz inhaltlicher Passung an die Bedürfnisse der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nur eine geringe Resonanz bei der Teilnahme verzeichnet werden. Als Gründe dafür stellten sich u. a. ungenügende oder ungeeignete Werbemaßnahmen heraus. Regelmäßige Newsletter, eine Internetpräsenz und die direkte Ansprache von Führungskräften werden daher zur Verbesserung der Außenwirkung eingesetzt.

Im Gegensatz dazu verzeichnet der PausenExpress einen sehr hohen Zulauf. Im Rahmen der Evaluation wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern häufig zurückgemeldet, dass sie mit der Trainerin oder dem Trainer sehr gerne die bewegte Pause durchführen. Alleine, und damit ohne diese unterstützende Maßnahme, fallen sie oftmals in alte Verhaltensmuster zurück. Daher wird ein wöchentlich wechselnder Videopodcast angeboten, welcher im Rahmen einer Pause genutzt werden kann, um die dort gezeigten Übungen selbstständig in Echtzeit durchzuführen.

4 Fazit

Bei der Etablierung eines Gesundheitsmanagements spielen verschiedene förderliche und auch hinderliche Faktoren eine Rolle. Das lässt sich auch für das in diesem Beitrag skizzierte Beispiel der Universität Potsdam festhalten.

Aus unserer Sicht sind die Unterstützung durch die Hochschulleitung, die Steuerung des Gesundheitsmanagements durch einen verantwortlichen Koordinator und die Öffentlichkeitsarbeit besonders bedeutsam. Der Öffentlichkeitsarbeit kommt dabei eine Sonderrolle zu. Sie ist nicht nur im Sinne der Außendarstellung wichtig, sondern kann auch auf viele der anderen EF Einfluss nehmen. Eine transparente und sichtbare Arbeit bildet die Basis für die Teilnahme der jeweiligen Zielgruppe an den konzipierten Maßnahmen, für die Akzeptanz des Gesundheitsmanagements bei Führungskräften, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und sie erleichtert dadurch die Suche nach internen und externen Kooperationspartnerinnen und -partnern.

Literatur

- Hadler, C. (2010): Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Praxis – IMPULS-Test als Analyseinstrument auf dem Weg zu einer gesunden Hochschule. In: *Prävention und Gesundheitsförderung* 3/2010, 203–214.
- Joinson, A. (1999): Social desirability, anonymity and Internet-based questionnaires. In: *Behavior Research Methods, Instruments & Computers* 3/1999, 433–438.
- Kaminski, M. (2013): *Betriebliches Gesundheitsmanagement für die Praxis*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Müller-Riemenschneider, F. / Nocon, M. / Reinhold, T. / Willich, S.N. (2010): Promoting of Physical Activity Using Point-of-Decision Prompts in Berlin Underground Stations. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 8/2010, 3063–3070.
- Rosenbrock, R. (1995): Public Health als soziale Innovation. In: *Das Gesundheitswesen* 3/1995, 140–144.
- Seibold, C. / Steinke, B. / Nagel, E. / Loss, J. (2010): Erfolgsfaktoren auf dem Weg zur Gesunden Hochschule – Eine Fallanalyse. In: *Prävention und Gesundheitsförderung* 3/2010, 195–202.
- Soler, R.E. / Leeks, K.D. / Ramsey Buchanan, L. / Brownson, R.C. / Heath, G.W. / Hopkins, D.H. (2010): Point-of-Decision Prompts to Increase Stair Use – A Systematic Review Update. In: *American Journal of Preventive Medicine* 2/2010, 292–300.
- Sonntag, U. & Hartmann, T. (2010): Setting Hochschule – Anmerkungen zur Entwicklung des Arbeitskreises gesundheitsfördernde Hochschulen. In: *Prävention und Gesundheitsförderung* 3/2010, 191–194.
- Statistisches Bundesamt (2012): *Statistisches Jahrbuch – Deutschland und Internationales*. Wiesbaden.
- World Health Organization (1986): *The Ottawa Charta for health promotion*, Ottawa. Genf: WHO.

Kontaktdaten der Erstautorinnen und Erstautoren

Franziska Antoniewicz, Dipl. Sportwiss.
Universität Potsdam, Exzellenzbereich Kognitionswissenschaften
Professur für Sportpsychologie
Am Neuen Palais 10
D-14469 Potsdam
Tel.: +49 (0)331/9771592
E-Mail: antoniew@uni-potsdam.de

Birgitta Büsch
Universität Hamburg
Fakultät für Psychologie und Bewegungswissenschaft
Institut Bewegungswissenschaft
Arbeitsbereich Bewegungs- und Trainingswissenschaft
Mollerstraße 10, Raum 05
20148 Hamburg
Telefon 040 - 42838 9144
E-Mail: birgitta.buesch@uni-hamburg.de

Jun.-Prof. Dr. Antje Dresen
(Juniorprofessorin für Sportsoziologie)
Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Institut für Sportwissenschaft
Fachgebiet Sportökonomie, -soziologie und -geschichte
Albert-Schweitzer-Straße 22
55122 Mainz
Tel.: +49-(0)6131-39-20783 / Fax: -23525
E-Mail: dresen@uni-mainz.de

Mechthild Gerdes, M.A.
Hochschule Osnabrück
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Caprivistr. 30a
49080 Osnabrück
Tel.: 0541/969-3054
E-Mail: m.gerdes@hs-osnabrueck.de

Dr. Arne Göring
Universität Göttingen
Hochschulsport / Institut für Sportwissenschaften
Sprangerweg 2
37075 Göttingen
E-Mail: agoerin@gwdg.de

Dr. Christine Höss-Jelten
Universitätsstraße 3
86159 Augsburg
0821 – 598 2810
E-Mail: c.hoess-jelten@sport.uni-augsburg.de

Dr. Astrid Kämpfe
Universität Paderborn
Department Sport & Gesundheit
Warburger Str. 100
33098 Paderborn

Dr. phil Jens Keyßner
Pädagogische Hochschule Schwäbisch Gmünd
Abt. Sport und Bewegung
Oberbettringer Str. 200
73525 Schwäbisch Gmünd
Tel. 07171/983-324
E-Mail: jens.keyssner@ph-gmuend.de

Dipl. Sportwiss. Carolin Köster
Didaktik des Sports Fakultät für Naturwissenschaften Universität Paderborn War-
burger Straße 100
33098 Paderborn
Tel. 05251-605306
E-Mail: ckoester@mail.upb.de

Gianna König
Hochschule Fulda
Fachbereich Oecotrophologie
Marquardstraße 35
36039 Fulda
E-Mail: Gianna.Koenig@oe.hs-fulda.de

Detlef Kuhn
ZAGG Zentrum für angewandte Gesundheitsförderung
und Gesundheitswissenschaften GmbH
Hohenzollerndamm 122
14199 Berlin
E-Mail: D.Kuhn@zagg.de

Prof. Dr. Sonia Lippke
Health Psychology
Jacobs Center on Lifelong Learning and Institutional Development (JCLL)
Jacobs University Bremen gGmbH
Campus Ring 1
D-28759 Bremen
Tel. +49 421 200 4730
E-Mail: s.lippke@jacobs-university.de

PD Dr. Filip Mess
Fachgruppe Sportwissenschaft
Universität Konstanz
Universitätsstr. 10
78457 Konstanz
Tel.: +49 7531 883303
E-Mail: filip.mess@uni-konstanz.de

Dr. Enrico Micheli
Institut für Sport und Sportwissenschaft
Technische Universität Dortmund
Otto-Hahn-Str.3
44227 Dortmund
Tel.: 0231-755 4107
E-Mail: enrico.micheli@tu-dortmund.de

Eva Mir (geb. Brunner), Mag. Dr.
FH-Prof. für Angewandte Sozialwissenschaften Studienbereich Gesundheit und
Soziales FH Kärnten Österreich
E-Mail: E.Mir@fh-kaernten.at

Dr. Nicole Pereira-Guedes
Veilchenweg 1
22529 Hamburg
Telefon: 040-29891443
E-Mail: post@nicoleguedes.com

Dr. Manuela Preuß
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
Dezernat 10, Personalentwicklung/Healthy Campus
Regina-Pacis-Weg 3
53113 Bonn
Tel.: 0228/73-1811
E-Mail: mp@uni-bonn.de

Dr. Peter Preuß
Hochschulsport Universität Bonn
Römerstraße 164
53117 Bonn
E-Mail: hochschulsport@uni-bonn.de

Francis Ries
Associate Dean for Internationalisation
University of Seville
Faculty of Educational Sciences
E-Mail: fries@us.es

Dr. Jan Ries
Hochschule Fulda - Hochschulsport
Marquardstraße 35
36039 Fulda
Tel.: +49661/9640170
E-Mail: jan.ries@hs-fulda.de

Dr. Sabrina Rudolph
Universität Göttingen
Institut für Sportwissenschaften, Bereich Sportmedizin
Sprangerweg 2
37075 Göttingen
E-Mail: Sabrina.Rudolph@mail.uni-goettingen.de

Stefanie Schüler
Karlsruher Institut für Technologie (KIT)
Institut für Sport und Sportwissenschaft
Engler-Bunte-Ring 15
76131 Karlsruhe
E-Mail: stefanie.schueler@kit.edu

Prof. Dr. Petra Wagner
Universität Leipzig
Sportwissenschaftliche Fakultät der Universität Leipzig
Jahnallee 59
04109 Leipzig

Dr. Bettina Wollesen
Universität Hamburg
Fakultät Psychologie und Bewegungswissenschaft
Arbeitsbereich Bewegungs- und Trainingswissenschaft
Mollerstr. 2
20148 Hamburg
Tel: 040-42838-5682
E-Mail: bettina.wollesen@uni-hamburg.de

Mehr als 3,2 Millionen Menschen lernen und arbeiten in Deutschland an Hochschulen. Die Hochschule als Organisation und Institution repräsentiert damit ein bedeutsames Setting für gesundheitsförderliche Angebote und Maßnahmen, die sich in unterschiedlichen Programmen und Projekten bereits in der Praxis etabliert haben. Sport- und Bewegungsangebote besitzen im Kontext der Gesundheitsförderung an Hochschulen dabei eine große Bedeutung. Der dritte Band der Reihe „Hochschulsport: Bildung und Wissenschaft“ widmet sich diesem Thema aus unterschiedlichen Perspektiven. Neben theoretischen Beiträgen zur Bewegungsorientierten Gesundheitsförderung an Hochschulen präsentiert der Band erstmals auch zahlreiche empirisch ausgerichtete Beiträge, die über die Effekte, Wirkungsweisen und Anwendungsmöglichkeiten des Sports und der Bewegung im Hochschulsetting berichten. Darüber hinaus wird der Praxis der Bewegungsorientierten Gesundheitsförderung besondere Aufmerksamkeit geschenkt, indem Beispiele aus unterschiedlichen Hochschulen vorgestellt und diskutiert werden.



ISBN: 978-3-86395-202-0

ISSN: 1864-189X

Universitätsdrucke Göttingen