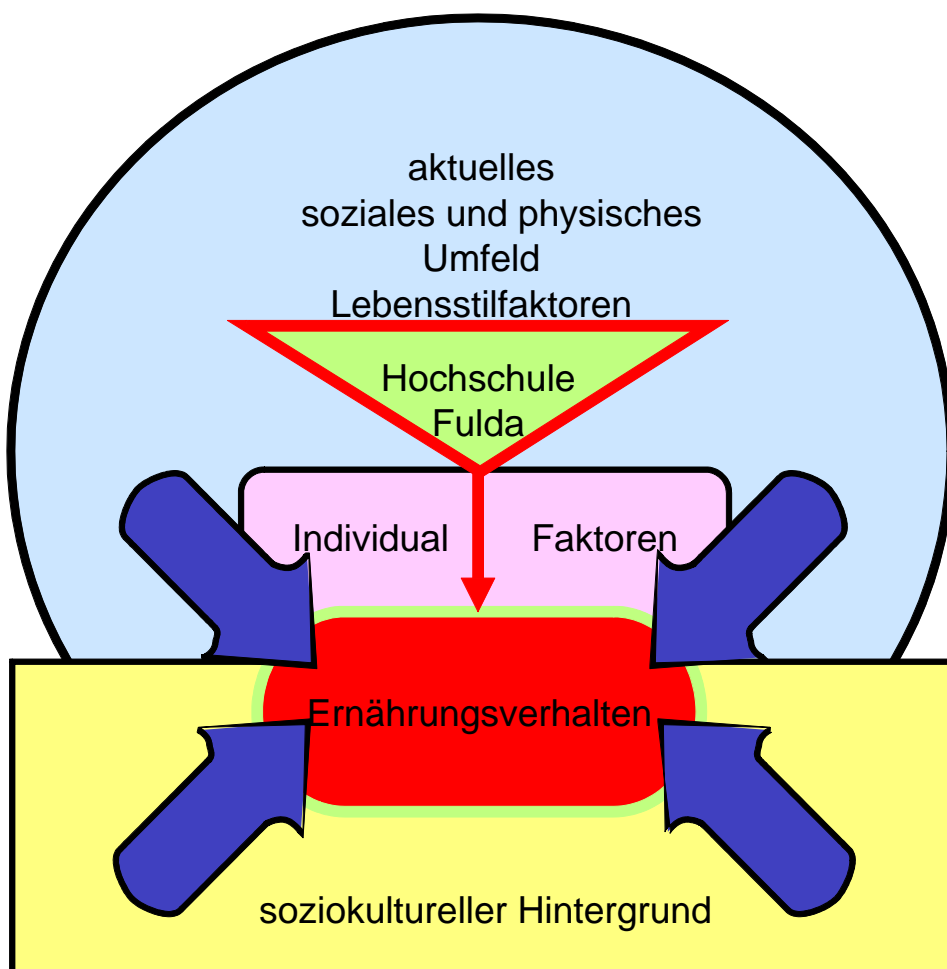


# Konzeptionelle und praktische Überlegungen zum Aufbau einer Gesundheitsfördernden Hochschule in Fulda

– unter besonderer Berücksichtigung des Aspekts Ernährung –



Quelle: Eigene Darstellung

Angela Reichelt

**Hochschule Fulda  
Fachbereich Oecotrophologie  
Studiengang Public Health Nutrition**

**Konzeptionelle und praktische Überlegungen  
zum Aufbau einer  
Gesundheitsfördernden Hochschule  
in Fulda**

- unter besonderer Berücksichtigung des Aspekts Ernährung -

vorgelegt von

**Dipl. oec. troph. (FH) Angela Reichelt**

Matrikelnummer: 175 197

**Masterthesis**

Erstprüferin: Prof. Dr. Anja Kroke

Zweitprüfer: Prof. Dr. Klaus Stegmüller

**Fulda, im Juli 2008**

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Fragestellung	1
2. Hintergrund	4
2.1. Bedeutung und Definition des Begriffs Gesundheit	4
2.2. Antonovskys Salutogenetisches Modell	7
2.3. Gesundheitsförderung versus Prävention	11
2.4. Setting – Ansatz	14
2.5. Entwicklung und Zielsetzung von Gesundheitsförderung	17
3. Stand der Entwicklung Gesundheitsfördernder Hochschulen	20
3.1. Setting Hochschule	20
3.2. Gesundheitsfördernde Hochschulen international	23
3.3. Gesundheitsfördernde Hochschulen in Deutschland	24
3.4. Gesundheitsfördernde Hochschulen und Ernährung	31
3.5. Effektivität Gesundheitsfördernder Hochschulen	36
3.6. Qualitätsmanagement Gesundheitsfördernder Hochschulen	41
4. Anwendung des Konzeptes: Potentiale der Hochschule Fulda	42
4.1. Status	45
4.2. Ressourcen	51
4.3. Stressoren	63
4.4. Coping	66
4.5. Gesundheits – Krankheits – Kontinuum	68
5. Ergebnisse: Konzept einer Gesundheitsfördernden Hochschule Fulda unter dem Aspekt der Ernährung	68
6. Diskussion	73
7. Zusammenfassung	84
8. Summary	85

Literaturverzeichnis	88
Abbildungsverzeichnis	96
Tabellenverzeichnis	97
Abkürzungsverzeichnis	99
Anhang	i
Eidesstattliche Erklärung	vii
Danksagungen	viii

In der vorliegenden Arbeit wird aufgrund der besseren Lesbarkeit generell nur die männliche Form gewählt; dies ist kein Ausdruck von Diskriminierung.

# 1. Einleitung und Fragestellung

Ernährung<sup>1</sup> ist ein wesentlicher Teil des Lebens und beeinflusst in besonderer Weise die Gesundheit und Leistungsfähigkeit eines Menschen.

So stellt die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) im Ernährungsbericht 2004 zu Beginn des ersten Kapitels fest: *„Die Ernährung ist ein zentrales Element menschlichen Lebens. Sie erfüllt eine Reihe wichtiger Funktionen – zunächst biologischer Art, aber auch sozialer und psychischer Art. In dieser zentralen Rolle ist die Ernährung einer Vielzahl von Einflussfaktoren unterworfen und ist selbst ein wesentlicher Einflussfaktor für Gesundheit und Wohlbefinden“* [DGE 2004: 21]. Falsche oder ungenügende Ernährung können also Folgen für die individuelle Lebensqualität haben und darüber hinaus enorme Kosten im öffentlichen Gesundheitswesen erzeugen [Statistisches Bundesamt 1998]. Dieser enge Zusammenhang zwischen Ernährung und Gesundheit war und ist Gegenstand weltweiter Forschung. Zahlreiche Studien belegen den Zusammenhang zwischen Ernährung und dem Auftreten chronischer Erkrankungen, wie z.B. Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bestimmte Krebserkrankungen (Nurses Health Study, EPIC-Studie, MONICA-Studie, Herz-Kreislauf-Präventionsstudie, Health Professional Follow up Study, WCRF-Report). Von Bedeutung sind hierbei Ernährungsfaktoren wie beispielsweise eine unausgeglichene Energiebilanz, eine überhöhte Fettaufnahme oder ein zu geringer Verzehr von Obst und Gemüse. So sind in Deutschland nach dem Ernährungsbericht 2004 ernährungsmitbedingte chronische Erkrankungen für 68%, und damit für zwei Drittel der Todesfälle verantwortlich [DGE 2004: 94].

Neben den verschiedenen Ernährungsfaktoren werden diese Erkrankungen durch Lebensstilfaktoren wie Rauchen, Alkohol, Bewegungsmangel und Übergewicht begünstigt [RKI 2006]. Dies bedeutet, dass überwiegend verhaltensbedingte, und damit potentiell beeinflussbare und der Prävention zugängliche Faktoren, für die Krankheitsentstehung verantwortlich sind. Auskunft über den Lebensstil und das damit einhergehende Ernährungsverhalten der Deutschen geben Daten der

---

<sup>1</sup> Der Verfasserin ist die, v.a. in der Ernährungspsychologie und -soziologie geführte Diskussion um die Unterschiede der Begriffe Essen und Ernährung bekannt (Eva Barlösius, Claude Lévi-Strauss, Claude Fischler, Hellmuth Plessner u.v.a.). Dort wird im Allgemeinen unter Ernährung die physische Notwendigkeit der Nahrungsaufnahme verstanden, während Essen die psychische, kulturelle und soziale Funktion umschreibt. Beides bildet eine untrennbare Einheit: Über das Essen mit seinen vielfältigen Aspekten findet die Ernährung statt. Um das Ess- bzw. Ernährungsverhalten zu verändern, müssen sämtliche Aspekte berücksichtigt werden. Die Verfasserin ist sich dieser komplexen Bedeutung von Essen und Ernährung und ihrer Berücksichtigung bei der Umsetzung von Maßnahmen zu einer erfolgreichen Veränderung des Ernährungsverhaltens bewusst. Wenn in der vorliegenden Arbeit der Begriff Ernährung verwendet wird, geschieht dies im Sinne der im folgenden Text zitierten DGE-Definition.

Bundesgesundheits- und Ernährungssurveys. Die Auswertungen dieser Daten zeigen, dass das Ernährungsverhalten der Bevölkerung deutlich verbessert werden sollte [RKI 2006].

Da Ernährung die Gesundheit von Menschen beeinflusst, stellt sich die Frage nach der Definition des Gesundheitsbegriffs. In der Präambel der Verfassung der WHO von 1946 bedeutet Gesundheit mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit. Physische, psychische und soziale Gesundheit wird seitdem als die Voraussetzung für ein produktives, selbstbestimmtes Leben angesehen. Nach Ansicht der WHO ist Gesundheit ein Menschenrecht [WHO 1946].

Der Gesundheitsbegriff wird sowohl aus historischer Sicht als auch aus Sicht verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen unterschiedlich definiert. Eine besondere Stelle nimmt hierbei der Salutogenetische Ansatz Antonovskys ein [Antonovsky 1997]. Dieser Ansatz zielt nicht nur auf das Individuum ab, sondern auch auf die Lebensumwelt und die Interaktionen zwischen beiden. Diese Lebensumwelt prägt die Lebensweise der Menschen, die wiederum den Ernährungsstil beeinflusst. Ungünstige Ernährungsstile führen zu einer Zunahme ernährungsabhängiger bzw. lebensstilabhängiger Erkrankungen. Das macht bevölkerungsweite Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung sinnvoll und notwendig.

1986 forderte die WHO in der Ottawa-Charta eine neue Strategie für die Gesundheitsförderung [WHO 1986]. Antonovskys Ansatz folgend, sollte diese sich auf die Lebensumfelder beziehen, also einen sog. Setting – Ansatz verfolgen. Dies stellt eine Herausforderung für Public Health Nutrition dar.

Mittlerweile liegen zahlreiche Beispiele zu Interventionen mit dem Setting - Ansatz vor, wie Gesundheitsfördernder Betrieb, Gesundheitsfördernde Schule u.v.a.m.. Auch das Setting Hochschule stellt in Deutschland mit 2 Millionen Studierenden und 500 000 Bediensteten eine große und wichtige Zielgruppe dar [Statistisches Bundesamt 2005]. Durch die Hochschulen werden zukünftige Führungskräfte und Entscheidungsträger ausgebildet, die als Multiplikatoren auch für die Gesundheitsförderung eine bedeutende gesellschaftliche Aufgabe übernehmen. Studien und Surveys zur Gesundheit von Studenten und Hochschulmitarbeitern zeigen, dass diese zwar zu den „gesunden“ Bevölkerungsgruppen zählen, dennoch zeigen sich Häufungen von Beschwerden und Stresssymptomen durch strukturelle Einflüsse, die das Wohlbefinden beeinträchtigen. Auch konnte gezeigt werden, dass diese Bevölkerungsgruppe keine besseren Ernährungsgewohnheiten oder gesünderes Essverhalten aufweist als die deutsche Gesamtbevölkerung. Eine repräsentative Studie mit Studenten der Universität Dortmund konnte keine nennenswerten Unterschiede im Ernährungsverhalten zur Gesamtbevölkerung feststellen [Quellenberg

2008]. Somit unterliegen die Studierenden den gleichen Risikofaktoren für die Entstehung ernährungsmitbedingter Erkrankungen wie die Gesamtbevölkerung.

Gesundheitsfördernde Hochschulen wurden 1997 offiziell in das Programm „Gesunde Städte“ der WHO einbezogen. In der Athener Erklärung für „Gesunde Städte“ 1998 werden Hochschulen als Orte der Gesundheitsförderung explizit genannt [WHO 1998]. In Deutschland existiert seit 1995 der bundesweite Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen [Arbeitskreis 2007b]. Eine Untersuchung an deutschen Hochschulen zeigte, dass 47% der Hochschulen gesundheitsfördernde Aktivitäten anbieten (Hartmann et al. 2003:6).

Im Kontext der vorliegenden Arbeit interessiert speziell das Essverhalten und die Ernährungsweise von Studenten. Mit dem Studium ist in der Regel der Auszug aus dem Elternhaus verbunden. Die Ernährungsweise wird spätestens ab jetzt eigenverantwortlich durch die Studenten bestimmt. Durch Bereitstellung gesundheitsfördernder Strukturen und Angebote können Hochschulen das Ernährungsverhalten der Studierenden positiv beeinflussen. So nutzt ein Großteil der Studierenden die Mensa [Studentenwerk 2007]. Es stellt sich daher die Frage, ob das Speisenangebot der Mensen sowie der anderen Verpflegungsmöglichkeiten den Anforderungen an eine ausgewogene Ernährung und ein gesundheitsförderndes Essverhalten entspricht bzw., welche Möglichkeiten es für Hochschulen gibt, entsprechend positiv auf den Lebensstilfaktor Essen und Ernährung Einfluss auszuüben. Darüber hinaus haben Hochschulen die Chance durch Information, z.B. Gesundheitstage, Fehlinformationen oder Wissensmängel zu eliminieren. Damit haben Hochschulen grundsätzlich das Potential, über die Ernährung die Gesundheit und damit auch die Leistungsfähigkeit von Studenten zu fördern. Es stellt sich daher die Frage, wie das Potential ausgeschöpft werden kann. Bisherige traditionelle Aktivitäten der Gesundheitsmaßnahmen, bei denen es in der Regel um Informationen und Appelle an Einzelpersonen mit frei entscheidbaren Verhaltensänderungen ging, zeigten eher geringe, vor allem wenig nachhaltige Erfolge [Großmann/Scala 2006]. Demgegenüber berücksichtigt der Setting – Ansatz, dass *„Gesundheitsprobleme einer Bevölkerungsgruppe das Resultat einer wechselseitigen Beziehung zwischen ökonomischer, sozialer und organisatorischer Umwelt und persönlicher Lebensweise sind“* [Großmann/Scala 2006: 205]. Da beim Setting – Ansatz neben den Individuen vor allem die Gemeinschaft angesprochen wird, müssen die eingesetzten Strategien den Bedürfnissen dieser Gemeinschaft angepasst werden. Beziehungen und Rahmenbedingungen in sozialen Systemen stehen jetzt im Focus.



Ziel dieser Arbeit ist es, die Potentiale einer Gesundheitsfördernden Hochschule darzulegen und ein Konzept zu entwickeln, das die ersten Schritte auf dem Wege zu einer Gesundheitsfördernden Hochschule für die Hochschule Fulda aufzeigt. Anhand eines Leitfadens soll ein möglicher Weg beschrieben werden. Ausgehend von einem „Pilotprojekt“ im Bereich Ernährung wären eine Erweiterung der Aktivitäten zu einer Gesundheitsfördernden Hochschule denkbar.

Um zu dieser Konzeptentwicklung zu kommen, sollen zunächst folgende Fragestellungen bearbeitet werden:

- Welche Konzepte von Gesundheit und Gesundheitsförderung werden derzeit diskutiert bzw. welches Konzept wird favorisiert?
- Wie sieht der Stand der Entwicklung zum Thema Gesundheitsfördernde Hochschulen aus?
- Welche Potentiale weist die Hochschule Fulda auf, die einen Einstieg auf den Weg zu einer Gesundheitsfördernden Hochschule ermöglichen?

## **2. Hintergrund**

### **2.1. Bedeutung und Definition des Begriffs Gesundheit**

Um der Frage nach dem „Wie“ einer Gesundheitsförderung an Hochschulen nachzugehen, erscheint es zunächst sinnvoll, den Begriff der Gesundheit zu spezifizieren.

Gesundheit wird in aller Regel als Normalität empfunden und erfährt meist erst Aufmerksamkeit, wenn sie vorübergehend oder dauerhaft nicht mehr in vollem Umfang vorhanden ist. Gesundheit und Krankheit sind für Laien und Experten schwer definierbare komplexe Phänomene, da sie abhängig sind von der individuellen Bewertung bzw. dem jeweils unterschiedlichen theoretischen Ansatz wissenschaftlicher Perspektiven. Definitionen sind aber für das individuelle Selbstverständnis und die Beurteilung durch die Gesellschaft wichtig, da von ihnen aus Schlussfolgerungen gezogen werden müssen für den Umgang mit Gesundheit und Krankheit, beispielsweise im Zusammenhang mit der persönlichen Leistungsfähigkeit, Krankschreibungen oder der Kostenübernahme für bestimmte Medikamente durch die Krankenkassen.

Es gibt zahlreiche Versuche, Gesundheit zu definieren. Die weltweit bekannteste Definition dürfte mittlerweile der Gesundheitsbegriff aus der Präambel der Verfassung der World Health Organisation (WHO) von 1946 sein: „*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*“ [WHO 1946]. Gesundheit wird dort also als ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens bezeichnet und nicht nur als Abwesenheit von Krankheit .

Dem Gesundheitsbegriff kann man sich von den verschiedensten Seiten her nähern. Frühe wissenschaftliche Theorien gingen fast alle von dem Gegensatz Gesundheit – Krankheit aus [Hurrelmann/Franzkowiak 2007]. Auch die medizinische Perspektive beruht auf diesem Abgrenzungskonzept. Die soziologische Perspektive meint mit Gesundheit die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit zur Erfüllung einer sozialen Rolle. Eine weitere Perspektive gründet sich auf einer positiven Wertaussage, die Gesundheit als höchsten Wert und anzustrebendes Gut definiert. Die bekannteste wertorientierte Definition von Gesundheit ist die oben zitierte Definition der WHO [Hurrelmann 2007].

Der Gesundheitsbegriff wird auch von den zentralen Grundvorstellungen wissenschaftlicher Theorien her definiert, beispielweise den Stress- und Bewältigungstheorien, den Lern- und Entwicklungstheorien oder den Interaktionstheorien. In diesem Kontext hat Hurrelmann vier interdisziplinäre Leitvorstellungen von Gesundheit und Krankheit erarbeitet [Hurrelmann/Franzkowiak 2007]:

1. Aus der Sicht der Bewältigungstheorien sind Gesundheit bzw. Krankheit das Ergebnis gelungener bzw. nicht gelungener Bewältigungen von inneren und äußeren Anforderungen. Zu den inneren Anforderungen gehören biologische und psychische Faktoren, beispielsweise genetische Veranlagungen oder die Persönlichkeitsstruktur. Die äußeren Anforderungen beziehen sich auf die sozioökonomische Lage oder das ökologische Umfeld, wie Arbeitsbedingungen, Bildungsangebote oder Wohnbedingungen. Die Schnittmenge aus der gelungenen Bewältigung innerer und äußerer Anforderungen an den Menschen ist Gesundheit. Dieser Ansatz zielt auf die Kompetenz von Menschen.
2. Ein zweiter Ansatz definiert Gesundheit als Gleichgewicht, Krankheit als Ungleichgewicht zwischen Risiko- und Schutzfaktoren auf der körperlichen, psychischen und sozialen Ebene. Eine positive Lebenseinstellung und die Vorstellung von der Beeinflussbarkeit der eigenen Lebensführung stellen die wichtigsten Elemente für Aufbau und Erhalt von Gesundheit dar. Dieser Ansatz ist Grundlage verschiedener Theorien. Die Lern- und Entwicklungstheorien

bezeichnen dies als „*Selbstwirksamkeit*“, das Salutogenetische Modell als „*Kohärenzgefühl*“, die Sozialisationstheorien als „*produktive Realitätsverarbeitung*“.

3. Beim dritten Ansatz werden Gesundheit und Krankheit als „relativ“ nach objektiven und subjektiven Kriterien gesehen. Gesundheit und Krankheit sind bedingt, d.h. jeder Mensch ist weder ausschließlich gesund noch ausschließlich krank, sondern befindet sich auf einem Gesundheits – Krankheits – Kontinuum.
4. Der vierte Ansatz beschreibt Gesundheit und Krankheit als Reaktion auf gesellschaftliche Gegebenheiten. Kultur und Biosphäre beeinflussen die menschliche Umwelt, d.h. die Arbeitsbedingungen, die Versorgungssysteme und die Lebensweise. All dies wirkt auf Körper, Seele und Geist des Menschen und damit auf seine Gesundheit.

Die hier genannten Ansätze zur Begriffsdefinition von Gesundheit und Krankheit gehen davon aus, dass neben den biologisch/physischen Voraussetzungen der Menschen die jeweilige Umwelt und Handlungsweise des Individuums Einfluss auf Gesundheit und Krankheit nehmen. Sie zeigen, dass es weder eine allgemeingültige, eindeutig messbare Größe „Gesundheit“ gibt noch eine klare Abgrenzung zwischen Gesundheit und Krankheit möglich ist. Durch die Einbeziehung von sozialer Umwelt und individuellem Handeln hängt der Gesundheitsbegriff bezüglich Normalität und Normativität letztlich von der jeweiligen Gesellschaft ab, in der er definiert wird. Demzufolge ist der Gesundheitsbegriff individuell, kulturell und historisch wechselnd und immer Teil einer allgemeinen Weltanschauung.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Gesundheit ein Begriff ist, den alle Menschen kennen, für den es aber keine allgemeingültige oder einheitliche Definition gibt. Den verschiedenen Definitionsansätzen der unterschiedlichen Wissenschaftsbereiche ist Folgendes gemein: Es gibt keine klare Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit. Gesundheit definiert sich nicht nur über biologisch/medizinische Parameter, sondern ist immer abhängig von äußeren Einflüssen und dem individuellen Empfinden und Handeln. Deshalb müssen bei der Erhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit sowohl die biologischen als auch die sozialen Aspekte berücksichtigt und positiv beeinflusst werden. Diese Herangehensweise wird in der vorliegenden Arbeit Grundlage für das Verständnis von Gesundheit sein. Sie wird die konzeptionellen und praktischen Überlegungen zum Aufbau einer Gesundheitsfördernden Hochschule in Fulda beeinflussen. Das bedeutet, im Rahmen der angestrebten Konzeptentwicklung müssen neben den biologisch/physischen Notwendigkeiten auch die sozialen Komponenten bei diesem Aufbau berücksichtigt werden. Die konkreten Bedürfnisse

der Mitglieder der Hochschule Fulda müssen erfasst werden als Ausgangspunkt für mögliche Maßnahmen, die die eigenen Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten der Individuen und der Gemeinschaft stärken sollen. Außerdem müssen bereits vorhandene Strukturen der Hochschule Fulda auf ihre gesundheitsfördernde Wirkung hin untersucht werden, um sie in der Folge möglicherweise dahingehend auszubauen oder zu verändern. Hilfreich wäre hierbei, für die Hochschule Fulda durch Konsens aller Beteiligten eine Definition von Gesundheit als Grundlage allen Handelns zu finden und zu formulieren, die sich dann auch im Leitbild der Hochschule Fulda wiederfinden sollte.

## **2.2. Antonovskys Salutogenetisches Modell**

Ausgehend von der Diskussion über den Gesundheitsbegriff entwickelten sich innerhalb der wissenschaftlichen Forschung zahlreiche Konzepte und Modelle, die den Einfluss individuellen Verhaltens und gesellschaftlicher Bedingungen auf die Entstehung und Veränderung von Gesundheit und Krankheit untersuchen. Der Stand der Forschung zu diesen Konzepten und Modellen ist jedoch sehr unterschiedlich [Bengel et al. 2001]. Dabei stellt das Salutogenetische Modell von Antonovsky als « *integrierendes Konstrukt* » [Franzkowiak 2006b: 200] zur Zeit das wichtigste, interdisziplinäre, integrierende Gesundheitskonzept dar und gilt heute als der einflussreichste Ansatz in den Gesundheitswissenschaften [Franzkowiak 2006b]. Dieses Modell entwickelte sich im Kontext der Stressforschung [Antonovsky 1997, Bengel et al. 2001, Hurrelmann/Franzkowiak 2007]. Die bisher vorherrschende Sichtweise von Gesundheit und Krankheit, ausgehend von Defiziten und Risikofaktoren, wurde u.a. in diesem Modell um die psychosoziale Dimension und die Bedeutung der Umweltfaktoren erweitert. In den 1970er Jahren von Antonovsky begründet, geht es aus von der Frage nach der Entstehung und Erhaltung von Gesundheit (Saluto – Genese) und nicht nach der Entstehung von Krankheit (Patho – Genese) [Antonovsky 1997]. Antonovsky löste sich von der Vorstellung, dass Gesundheit und Krankheit einander ausschließende Gegensätze sind und eine „*fundamentale Dichotomie*“ zwischen gesunden und kranken Menschen besteht [Antonovsky 1997: 23]. Antonovskys Modell von der Salutogenese geht aufgrund empirischer Daten [Erikson/Lindström 2005, Lindström/Erikson 2005] von der Schlussfolgerung aus, dass Krankheit kein besonderes Ereignis im Leben der Menschen darstellt, sondern selbstverständlicher Teil des Lebens ist. *Abbildung 1* (S.10) stellt die Zusammenhänge der einzelnen Elemente dieses Modells dar.

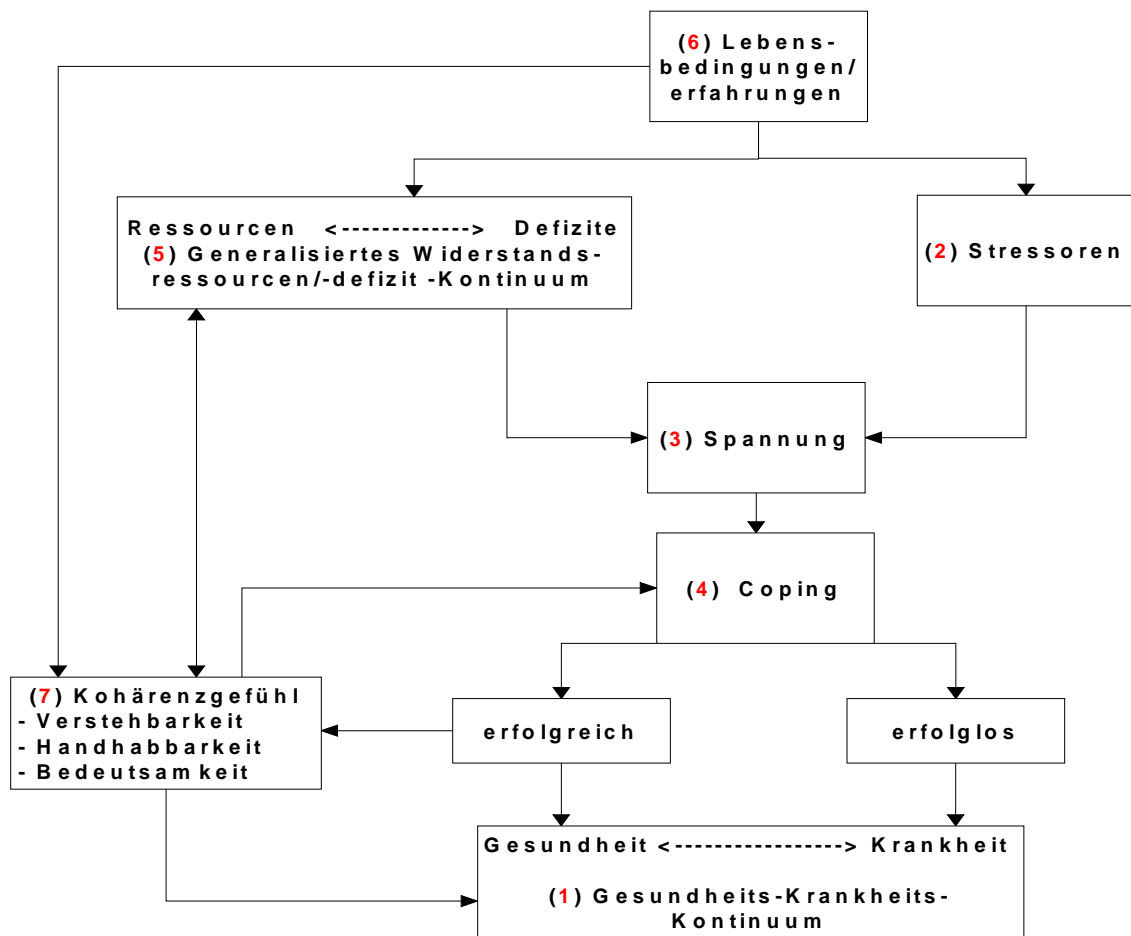
Gesundheit und Krankheit bilden ein komplementäres Ganzes, sie sind zwei Endpunkte auf einem Kontinuum (1). Menschen sind demnach immer sowohl gesund als auch krank. Sie nehmen eine sich verändernde Position auf diesem Gesundheits – Krankheits – Kontinuum ein und befinden sich zu einem bestimmten Zeitpunkt auf einer bestimmten Position des Kontinuums. Nach Antonovsky beeinflussen verschiedene Faktoren, an welcher Stelle sich Menschen auf diesem Kontinuum befinden, und in welche Richtung sie sich bewegen. Aus der dynamischen Wechselwirkung zwischen belastenden und entlastenden oder schützenden Faktoren im Menschen oder seiner Umwelt entwickelt sich der Gesundheitszustand eines Menschen [Franzkowiak 2006b]. Von Bedeutung ist die Balance zwischen diesen Faktoren und zudem ihre Veränderbarkeit im zeitlichen Verlauf. Diese Faktoren können als Stressoren (2) bezeichnet werden, die ebenfalls, wie die Krankheiten zum Leben gehören und allgegenwärtig sind. Für Antonovsky sind Stressoren nicht per se negativ, sondern sie können auch neutral oder gesund erhaltend wirken, je nach Charakter des Stressors und der Art der Auflösung der durch ihn erzeugten Spannung (3). Diese Spannungsverarbeitung und -bewältigung bezeichnet Antonovsky als Coping (4). Wie erfolgreich dieses Coping ist, hängt von den zur Verfügung stehenden generalisierten Widerstandsressourcen (*generalized resistance resources - GRRs*) ab, und ob sie in der jeweiligen Situation genutzt werden können. Solche generalisierten Widerstandsressourcen umfassen körperlich/konstitutionelle, personale und psychische, materielle, sozialinterpersonale und soziokulturelle Ressourcen, d.h. das gesamte Potential eines Menschen [Franzkowiak 2006b]. Dieses Potential wird ebenfalls als Kontinuum gedacht, mit den generalisierten Widerstandsressourcen (GRRs) bzw. den generalisierten Widerstandsdefiziten (*generalized resistance deficits - GRDs*) als Endpunkten (5). Für Antonovsky sind die Komponenten dieses Kontinuums abhängig von den gesellschaftlich gestalteten Lebensbedingungen und Lebenserfahrungen(6), d.h., sie stehen immer in einem soziokulturellen Zusammenhang. Abhängig von dem Vorhandensein ausreichender Widerstandsressourcen entsteht das Kohärenzgefühl (*Sense of Coherence - SOC*) (7), bei dem es sich nicht um ein Persönlichkeitsmerkmal handelt, sondern um eine grundlegende Lebensorientierung, eine Grundhaltung, die Welt als zusammenhängend und sinnvoll zu erleben. Dieses Kohärenzgefühl umfasst drei Komponenten:

- Verstehbarkeit (*Comprehensibility*),
- Handhabbarkeit (*Manageability*) und
- Bedeutsamkeit (*Meaningfulness*).

Am bedeutendsten ist nach Antonovsky die letzte Komponente. Der Begriff Bedeutsamkeit umfasst die sozial anerkannte Aktivität eines Menschen, was mehr

bedeutet als bloße Teilnahme am Leben. Diese Komponente umfasst die emotionale, motivationale Ebene. Probleme und Anforderungen des Lebens werden eher als willkommene Herausforderung denn als Last empfunden. Es lohnt sich Energie zu investieren, z.B. zu arbeiten, um die Familie zu versorgen. Mit Verstehbarkeit meint Antonovsky ein kognitives Verarbeitungsmuster. Gemeint ist die Fähigkeit, unbekannte Dinge, die in Zukunft auftreten werden, nicht als chaotisch, zufällig, willkürlich oder unerklärlich zu erleben, sondern als geordnete, konsistente und strukturierte Informationen verarbeiten zu können, z.B. mit unvorhergesehenen Ereignissen, wie eigenem Versagen oder Arbeitslosigkeit adäquat umzugehen. Unter Handhabbarkeit versteht Antonovsky die Gewissheit, über ausreichende Ressourcen, die wie oben beschrieben das gesamte Potential eines Menschen umfassen, zur Bewältigung der Lebensanforderungen zu verfügen [Antonovsky 1997, Bengel 2001]. Das Kohärenzgefühl, Ergebnis der spezifischen Lebenserfahrungen, nimmt Einfluss sowohl auf das Widerstandsressourcen - Defizit - Kontinuum als auch auf das Gesundheits – Krankheits – Kontinuum und das zwischen beiden vermittelnde Coping. Antonovsky betont, dass ein starkes Kohärenzgefühl zwar nicht direkt Krankheiten verhindern könne, aber dass es Gesundheitshandeln beeinflussen kann, indem Stresssituationen mit gesundheitsförderlicheren Verhaltensweisen bewältigt werden, was dazu führt, dass Menschen sich auf dem Gesundheits – Krankheits – Kontinuum in Richtung Gesundheit bewegen [Antonovsky 1997]. Beispielsweise wird jemand, der arbeitslos wird und über ein schwaches Kohärenzgefühl verfügt, möglicherweise versuchen, diese Situation durch übermäßiges Essen und verstärktes Rauchen und Trinken zu kompensieren. Über kurz oder lang würden sich daraus mit großer Wahrscheinlichkeit Übergewicht und weitere Gesundheitsschäden mit der Entwicklung entsprechender Erkrankungen einstellen. Ein anderer, mit einem starken Kohärenzgefühl würde versuchen, dieser Situation angemessen durch Gespräche oder Weiterbildung zu begegnen, ohne die inadäquate Verhaltensweise einer ungesunden Ernährung zu wählen. Je stärker also das Kohärenzgefühl, desto höher sei die Wahrscheinlichkeit, dass Stressoren erfolgreich und positiv bewältigt werden, mit entsprechend positiven Auswirkungen für die Gesundheit. Das Kohärenzgefühl kann als flexibles, übergeordnetes Steuerungsprinzip verstanden werden, das unterschiedliche Bewältigungsstrategien abhängig von den unterschiedlichen Anforderungen nutzt und koordiniert [Franzkowiak 2006b].

**Abb.1: Vereinfachte Darstellung des Salutogenetischen Modells Antonovskys**



Quelle: Eigene Darstellung. Modifiziert nach Bengel et al. 2001

Trotz der großen Popularität des Begriffs der Salutogenese stellt Antonovskys Modell auch heute noch kein in sich geschlossenes Konzept dar. Bisher liegt keine Studie vor, die das Modell in seiner Gesamtheit untersuchte [Bengel et al. 2001]. Dies liegt in erster Linie an der Komplexität des Modells, das, da es sich um ein Prozessmodell handelt, verschiedene zeitliche Ebenen beinhaltet, was unterschiedliche methodische Herangehensweisen erfordert. So können immer nur Teilaspekte untersucht werden. Die Ergebnisse der vorliegenden Studien, hauptsächlich Querschnittsstudien, zeigen lediglich Korrelationen auf, können aber keine Aussagen über Ursachenzusammenhänge geben. Auch ein systematischer Review von Eriksson und Lindström aus 2007 beurteilt zwar nicht das Salutogenesemodell als Ganzes, stellt aber einen Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und Lebensqualität fest. Je stärker das SOC entwickelt ist, desto besser ist die Lebensqualität. Damit lässt sich nach

Auswertung durch den Review festhalten, dass das SOC eine Gesundheitsressource darstellen kann [Eriksson/Lindström 2007].

Letztlich gehen Bengel et al. davon aus, dass das Konzept der Salutogenese auch in Zukunft eine wichtige Rolle in den Gesundheitswissenschaften spielen wird, da der salutogenetische Ansatz die interdisziplinäre Erforschung von Gesundheit und Krankheit fördert und den Blick auf Protektivfaktoren und Individual- und Umweltressourcen erweitert [Bengel et al. 2001]. Die herausragende Bedeutung des Modells liegt darin, dass es auf Gesundheit und den dafür notwendigen Bedingungen beruht [Franzkowiak 2006b].

Zusammenfassend bleibt festzuhalten: Obwohl Antonovskys Modell der Salutogenese nur einer von vielen Erklärungsansätzen der Entstehung und Beeinflussung von Gesundheit ist und weder ausreichend operationalisiert noch empirisch überprüft ist, stellt es eine Art Rahmentheorie dar. Es berücksichtigt die Bedeutung von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren im Zusammenhang mit Gesundheit. Außerdem wird die Bedeutung von Protektivfaktoren und Individual- und Umweltressourcen aufgezeigt. Damit unterstützt es konzeptionelle Überlegungen für ressourcenorientierte, kompetenzsteigernde und unspezifische Gesundheitsmaßnahmen unter Einbeziehung der Zielgruppe und ihrer sozialen Umwelt.

Für die im Rahmen dieser Arbeit angestellten Überlegungen zur Gesundheitsförderung an Hochschulen wird daher das Salutogenetische Modell Antonovskys als konzeptionelle Grundlage gewählt. Dies um so mehr, weil die Arbeit an Gesundheitsfördernden Hochschulen in Deutschland auf der Grundlage dieses Modells basiert, wie noch in Kapitel 3.3. näher ausgeführt werden wird.

### **2.3. Gesundheitsförderung versus Prävention**

Das Modell der Salutogenese wird bisher in drei Anwendungsfeldern diskutiert:

- Gesundheitsförderung und Prävention,
- Psychosomatik und Psychotherapie und
- Rehabilitation.

Die größte Bedeutung hat das Modell in der Gesundheitsförderung und Prävention [Bengel et al. 2001].

Die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention werden in Theorie und Praxis häufig synonym bzw. ohne scharfe Abgrenzung nebeneinander gebraucht, obwohl die Begriffe auf unterschiedliche Konzepte zurückgehen. Im allgemeinen orientiert sich der



Begriff Prävention mehr an der Pathogenese, d.h. an Krankheitsentstehung und der Verhinderung oder Reduzierung pathogener Risiken.

Prävention, ursprünglich eine Teildisziplin der Medizin, geht von Risiken aus. In der Verhaltens- bzw. Verhältnisprävention ist ihr Hauptanliegen die Ermittlung und Ausschaltung individueller und gesellschaftlicher Risikofaktoren und Risikoverhaltens. Prävention arbeitet ausgehend von zwei Ansätzen, dem Bevölkerungsansatz und dem Hochrisikoansatz. Der Bevölkerungsansatz geht von den Problemen einer ganzen Population aus und versucht im Sinne des „Gießkannenprinzips“ durch relativ kleine, aber flächendeckende, erreichbare Veränderungen die Ursachen von Krankheitsentstehungen einzuschränken, z.B. Jodierung von Speisesalz zur Bekämpfung des Jodmangels in der Bevölkerung. Der Hochrisikoansatz geht von dem Zusammenhang Risikofaktor und Erkrankung aus und dient dem Schutz gefährdeter Individuen, z.B. Ernährungsumstellung bei Patienten mit Übergewicht als Vorbeugung gegen die Entwicklung eines Diabetes mellitus Typ 2. Es werden drei Arten von Prävention unterschieden: Die Primärprävention, das ist Krankheitsverhütung durch das Ausschalten von Risikofaktoren und Risikoverhalten, beispielsweise das Propagieren von Ernährungsempfehlungen. Unter sekundärer Prävention versteht man Krankheitsfrüherkennung, wie etwa frühzeitiges Screening zur Erkennung von möglichen Krankheiten. Mit tertiärer Prävention ist die Behandlung der Patienten zur Verhütung der Verschlimmerung bestehender Erkrankungen gemeint.

Für die Gesundheitsförderung steht die Salutogenese im Vordergrund. Das bedeutet, im Focus steht Gesundheit als Ausgangspunkt, mit ihren gesundheitsfördernden Ressourcen und Determinanten, wie personalen und sozialen Faktoren sowie den Gesundheitssystemen [Hurrelmann 2006a, Kaba-Schönstein 2006]. Die Definitionsversuche für Gesundheitsförderung weisen ein breites Spektrum auf. Sie reichen von der Gesamtheit aller nicht - therapeutischen Aktivitäten bis hin zur salutogenetischen Sichtweise in Abgrenzung von der pathogenetischen Orientierung der Prävention. Ausgehend von den multifaktoriellen Ursachen von Krankheit, biologischen, Lebensstil- und Umweltfaktoren, und den schichtenspezifischen Unterschieden in Morbidität und Mortalität wird Gesundheitsförderung verstanden als ein komplexer, sozialer und gesundheitspolitischer Ansatz, der sowohl die gesundheitsrelevanten Lebensweisen als auch Lebensbedingungen des Individuums und der Gesellschaft einbezieht [Kaba-Schönstein 2006, Rosenbrock 2006]. Dieses Verständnis von Gesundheitsförderung, das sich an der salutogenetischen Fragestellung orientiert, wie und wo entsteht Gesundheit, liegt dem Konzept der WHO in der Ottawa-Charta zugrunde. Dort ist zu lesen: *„The process of enabling individuals and communities to increase control over*

*the determinants of health and thereby improve their health*" [WHO 1986]. In der Ottawa - Charta werden auch die wichtigsten Aktionsstrategien und Handlungsbereiche der Gesundheitsförderung zusammengefasst [WHO 1986]. Dabei gibt es drei Handlungsstrategien:

1. Die Anwaltschaft (*Advocate*) für die Gesundheit, d.h. aktiver Einsatz für Gesundheit durch Beeinflussung politischer, ökonomischer, sozialer, kultureller, biologischer Faktoren und Umwelt- und Verhaltensfaktoren.
2. Die Befähigung (*Enable*) der Menschen Kompetenzen zu entwickeln, um ein größtmögliches Gesundheitspotential zu erlangen. Diese Fähigkeit wird auch als Empowerment bezeichnet [Rappaport 1987].
3. Die Vermittlung (*Mediate*) zwischen den Akteuren und Vernetzung aller Akteure innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens.

Die Handlungsbereiche von Gesundheitsförderung erstrecken sich auf fünf Ebenen, weshalb auch von einem „*Mehrebenenansatz*“ gesprochen wird [Kaba-Schönstein 2006: 75]:

- Zunächst geht es um eine Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik (*Build Healthy Public Policy*). Dies heißt, Gesundheitsförderung muss als Querschnittsaufgabe auf allen Politikebenen und in allen Politikbereichen präsent sein.
- Zum Zweiten müssen Gesundheitsfördernde Lebenswelten (*Create Supportive Environments*) geschaffen werden. Gemeint sind hier, sichere und befriedigende Arbeits- und Lebensverhältnisse unter Berücksichtigung der Nachhaltigkeit.
- An dritter Stelle stehen die Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen (*Strengthen Community Actions*). Hierunter werden Aktivitäten verstanden, die die Selbstbestimmung, Autonomie und Kontrolle über die eigenen Gesundheitsbelange stärken.
- Als nächstes geht es um die Entwicklung persönlicher Kompetenzen (*Develop Personal Skills*), durch die Menschen befähigt werden, Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und Lebenswelt zu nehmen. Auch hier ist der Begriff Empowerment von herausragender Bedeutung.
- Das letzte Handlungsfeld beschäftigt sich mit der Neuorientierung der Gesundheitsdienste (*Reorient Health Services*). Dies bedeutet, über die medizinisch-kurative Ausrichtung des Gesundheitswesens soll der Mensch in seiner Ganzheitlichkeit stärker berücksichtigt werden, durch Einbeziehung anderer gesundheitsrelevanter Faktoren aus dem sozialen, politischen und ökonomischen Sektor [WHO 1986].

In der Praxis zeichnet sich zunehmend ab, dass eine Kombination des Präventionsansatzes mit dem Ansatz der Gesundheitsförderung sinnvoll ist und beide Aspekte sich ergänzen [Kaba-Schönstein 2006, Hurrelmann 2007]. Beide Strategien haben das Ziel, die gesundheitliche Lebensqualität Gesunder und Kranker zu erhöhen, durch Förderung von Gesundheitspotentialen und Verminderung von Krankheitslasten [Hurrelmann 2006].

Im Folgenden wird unter Gesundheitsförderung das Zusammenspiel der beiden Konzepte von Prävention und Gesundheitsförderung verstanden. In dem zu entwickelnden Konzept sollen unter der Berücksichtigung der Ganzheitlichkeit des Menschen individuelle und soziale Ressourcen gefördert und auf bestehende Ressourcen zurückgegriffen werden. In diesem Sinne sollen bei möglichen Interventionen alle Ebenen des menschlichen Lebens berücksichtigt werden. Hauptkomponenten bei der Umsetzung von Interventionen sollen Partizipation und Empowerment aller Beteiligten sein. Interventionsziele, wie z.B. eine Steigerung des Gemüse und Obstverzehrs ergeben sich dabei aus der aktuellen Präventionsforschung. So verstandene Gesundheitsförderung soll den Lebensstil und damit die Gesundheit aller Mitglieder der Hochschule Fulda positiv beeinflussen.

## **2.4. Setting – Ansatz**

Da die Gesundheitsförderung alle Ebenen der menschlichen Existenz einbezieht, wird als Schlüsselstrategie der Gesundheitsförderung der Setting – Ansatz verstanden [Grossmann/Scala 2006]. Setting meint die gesamte Lebens- und Arbeitswelt der Menschen, also Schule, Arbeitsplatz, Zuhause und Gemeinde [WHO 1986]. Das erste Setting – Projekt des WHO – Regionalbüros Europa, „*Gesunde Städte*“, wurde 1986 ins Leben gerufen. Es folgten weitere Projekte, wie „*Gesundheitsfördernde Schule*“, „*Gesundheitsförderndes Krankenhaus*“, „*Gesundheitsfördernder Betrieb*“ und seit 1997 „*Gesundheitsfördernde Hochschulen*“. Die Ottawa – Charta betont im Zusammenhang mit den Settings die besondere Bedeutung der „*Communities*“ bei der Zielerreichung der Gesundheitsförderung [WHO 1986]. Gemeint sind hierbei beide Bedeutungen dieses englischen Begriffs, der eher geographische, „Gemeinde“ als soziale Einheit, wie auch die Bedeutung im Sinne von „Gemeinschaft“ des Fühlens und Urteilens. Um dies im Deutschen auszudrücken hat sich in den letzten Jahren der Begriff Setting durchgesetzt [Trojan 2006a]. Somit wird unter Setting ein „*soziales System verstanden, das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfasst*“ [Grossmann/Scala 2006: 205]. Der Setting – Ansatz wird als Antwort auf die

geringen Erfolge der traditionellen Aktivitäten der Gesundheitsmaßnahmen verstanden, bei denen es in der Regel um Informationen und Appelle an Einzelpersonen mit frei entscheidbaren Verhaltensänderungen ging [Grossmann/Scala 2006]. Der Setting – Ansatz berücksichtigt, dass *„Gesundheitsprobleme einer Bevölkerungsgruppe das Resultat einer wechselseitigen Beziehung zwischen ökonomischer, sozialer und organisatorischer Umwelt und persönlicher Lebensweise sind“* [Grossmann/Scala 2006: 205]. Da beim Setting – Ansatz neben den Individuen vor allem die Gemeinschaft angesprochen wird, müssen die eingesetzten Strategien den Bedürfnissen dieser Gemeinschaft angepasst werden. Beziehungen und Rahmenbedingungen in sozialen Systemen stehen jetzt im Focus.

In diesem Zusammenhang muss zur Verdeutlichung darauf hingewiesen werden, dass im Bereich der Gesundheitsförderung zwischen Gesundheitsförderung in einem Setting und einem Gesundheitsfördernden Setting unterschieden werden muss.

Gesundheitsförderung in einem Setting meint die Durchführung bestimmter verhaltensorientierter Maßnahmen, in deren Mittelpunkt das Individuum steht, z.B. die Durchführung eines Gesundheitstages. Diese Form der Gesundheitsförderung hat eine lange Tradition. Ein Gesundheitsförderndes Setting hingegen ist ein neues Konzept, das einen Politik- und Strategiewechsel voraussetzend, die gesamte Organisation und alle Mitglieder eines Settings einschließt sowie die Evaluation der gesundheitsfördernden Maßnahmen umfasst. Diese Form der Gesundheitsförderung ist in erster Linie verhältnisorientiert, hier steht die Gesundheitskultur des gesamten Settings im Mittelpunkt. Dieser Ansatz wirkt individuell und strukturell und bildet gleichsam ein Rahmenkonzept. Für Hochschulen bedeutet dies, dass zu den Aktivitäten der Gesundheitsförderung sowohl die betriebliche Gesundheitsförderung zählt als auch die Gestaltung der Lebens- und Studienbedingungen und die Einbindung von Lehre und Forschung. Alle Teilbereiche sollen sich auf das Gesundheitsverhalten der gesamten Hochschule auswirken [Baric/Conrad 1999, Arbeitskreis 2008d]. Auf diesem Konzept des Gesundheitsfördernden Settings werden die konzeptionellen Überlegungen dieser Arbeit basieren.

Der Setting – Ansatz ist eng verknüpft mit dem Begriff des sozialen Netzwerks. Unter sozialen Netzwerken versteht man *„relativ dauerhafte, jedoch nur gering oder gar nicht formalisierte Beziehungsstrukturen zwischen Individuen und Gruppen.“* [Trojan 2006b: 208]. Man kann zwischen *„natürlichen“* Netzwerken, wie Familien, Nachbarschaft, Freunden, und *„organisierten“* Netzwerken, wie Vereinen, Selbsthilfegruppen oder Bürgerinitiativen unterscheiden [Trojan 2006b: 209].

In Deutschland gibt es im Bereich der Hochschule fünf organisierte Netzwerke:

- Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen
- Arbeitsgruppe Gesundheitsfördernde Hochschulen Nordrhein-Westfalen
- Bayrische Arbeitsgemeinschaft Suchtprävention und Gesundheitsförderung
- Dresdner Netzwerk Studienbegleitender Hilfen
- HochschulNetzwerk BetriebSuchtGesundheit [Siebert/Hartmann 2007].

Die Bedeutung der Netzwerke liegt darin, dass sie in Krisensituationen soziale Unterstützung für das Individuum und die Gemeinschaft bereitstellen. Sie stellen Schutz-, Bewältigungs-, Entlastungs- und Unterstützungssysteme dar. Dies spielt gerade bei der Bewältigung von Krankheit oder der Förderung von Gesundheit eine besondere Rolle. Eine amerikanische Studie konnte zeigen, dass die Einbindung in soziale Netzwerke mit einer höheren Lebenserwartung unabhängig von Gesundheitsstatus, Rauch- und Ernährungsgewohnheiten oder anderen Faktoren einhergeht [Berkman/Syme 1979]. Neueste Auswertungen der Daten des Kinder- und Jugendsurveys (KIGGS) von 2008 weisen daraufhin, dass direkte Zusammenhänge zwischen dem Krankheitsempfinden bei Kindern und Jugendlichen, z.B. mit Adipositas und ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung), und den Ressourcen des familiären und sozialen Umfelds bestehen [Hölling et al. 2008]. Über die medizinische und psychologische Unterstützung hinaus scheint auch die Unterstützung, die in den Ressourcen der natürlichen Netzwerke wie Familie und Freunde liegen, einen großen Einfluss auf die Krankheitsbewältigung auszuüben.

Nach heutigen Vorstellungen stellt der Setting – Ansatz die Schlüsselstrategie der Gesundheitsförderung dar. Er umfasst sowohl die Individuen als auch die Gemeinschaft und das soziale Umfeld. Die Arbeit des Setting – Ansatzes wird von sozialen Netzwerken unterstützt. Um Gesundheitsförderung im Sinne der WHO in Hochschulen zu implementieren, sollte die Form des Gesundheitsfördernden Settings gewählt werden. Hierbei bedarf es großer Aufklärungs- und Motivationsarbeit bei Führungskräften und Mitarbeitern. Das zu entwickelnde Konzept der vorliegenden Arbeit wird sich am Setting - Ansatz orientieren und auf die Unterstützung der o.g. Netzwerke zurückgreifen.

## **2.5. Entwicklung und Zielsetzung von Gesundheitsförderung**

In Zusammenhang mit der internationalen Gesundheitsförderung stellten vor allem die Weltgesundheitskonferenzen zur Gesundheitsförderung der WHO wichtige Meilensteine dar.

Ausgehend von der durch die WHO 1978 in Alma – Ata aufgestellten Forderung „*Health for all*“ wird Gesundheit als grundlegendes Menschenrecht deklariert und die primäre Gesundheitsversorgung zum Schlüsselkonzept der Gesundheitsförderung der WHO erklärt [WHO 1978]. Von hier aus führte der Weg zur 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa 1986, mit der eine weltweite Gesundheitsbewegung begann. Gesundheitsförderung sollte alle Bereiche des menschlichen Daseins – Arbeiten, Lernen, Spielen und Lieben – umfassen und die Selbstverantwortung von Individuen, Familien und Gemeinden für ihre Gesundheit stärken. Die Berücksichtigung politischer, ökonomischer, sozialer, kultureller, biologischer, Umwelt- und Verhaltensfaktoren sollte zu einer Steigerung der Lebensqualität führen. Als wichtige Voraussetzungen für eine solche positive Entwicklung wurden Frieden, Sicherheit, Bildung, ausreichendes Essen und Einkommen, ein stabiles Ökosystem, Sicherung der Umweltressourcen sowie soziale Gerechtigkeit und Gleichheit genannt [WHO 1986].

Auf der 4. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung 1997 in Jakarta wurden neue Akzente gesetzt durch die Einbeziehung des privaten Sektors in die Gesundheitsförderung. Außerdem wurde die Bildung von Netzwerken propagiert, um die Kooperation verschiedener Gesellschaftsbereiche auf allen Ebenen der Politik und Verwaltung zu fördern [WHO 1997]. Galt die Ottawa - Charta zunächst vor allem für Industrienationen, wurden 2005 auf der 6. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Bangkok auch die Entwicklungsländer stärker einbezogen [WHO 2005]. Flankierend zu diesem Prozess fand 1992 in Rio die 3. Konferenz der Vereinten Nationen über Umwelt und Entwicklung statt, auf der das wegweisende Dokument Agenda 21 verabschiedet wurde, in der in Kapitel 6 ausdrücklich auf den Schutz und die Förderung der menschlichen Gesundheit eingegangen wird [Agenda 21 1992].

1980 wurde für die Europäische Region ein europäisches Grundsatzprogramm auf der Grundlage der WHO - Globalstrategie „*Gesundheit für alle 2000*“ verabschiedet, das bis heute, letztmals 2005, immer wieder aktualisiert wird [Europäische Union 2005].

Seit den 1990ern ist die Europäische Union ein wichtiger Akteur und Finanzier der Gesundheitsförderung. Im Rahmen der Europäischen Union (EU) steht weniger die inhaltliche Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung im Vordergrund, sondern die Finanzierung von Aktionsprogrammen, die Gesundheitsforschung, der Aufbau einer europäischen Gesundheitsstatistik durch EUROSTAT (Statistisches Amt der Europäischen Gemeinschaften mit Sitz in Luxemburg), der Auf- und Ausbau der europäischen Gesundheitsberichterstattung und der Auf- und Ausbau des gesundheitlichen Verbraucherschutzes [Arbeitskreis 2008a].

Die Gesundheitsförderung in Deutschland wird seit Mitte der 1980er Jahre sowohl im staatlichen als auch nicht - staatlichen Bereich geprägt durch die Programme und Konzepte der WHO sowie die Ottawa - Charta und die aktuellen Programme des Europäischen Regionalbüros der WHO. Durch die föderale Struktur der Bundesrepublik Deutschland und das stark gegliederte, plurale Gesundheitssystem gibt es keine durchgängigen einheitlichen Gesundheitsförderungs - Strukturen [Kaba-Schönstein 2006].

Zahlreiche Gesetze regeln Fragen der Gesundheitsförderung und Prävention:

- Die Gesetzlichen Krankenkassen und die Gesetzlichen Unfallversicherungen haben den Auftrag, Prävention und Gesundheitsförderung zu unterstützen und zu fördern.
- Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen werden gefördert.
- Die aktive Vorsorge durch die Patienten wird durch Bonussysteme der Krankenkassen unterstützt [Kaba-Schönstein 2006].

Auf Grundlage des §20 SGB V (Sozialgesetzbuch 5. Buch) werden zwei Ansätze zur Gesundheitsförderung genannt:

1. Der Individualansatz und
2. der Setting - Ansatz [Arbeitskreis 2008a].

Ein Gutachten des Sachverständigenrats für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001 empfiehlt im Bereich der Gesundheitsförderung u.a. die Bevorzugung des Setting - Ansatzes [Arbeitskreis 2008a]. Auch die Spitzenverbände der Krankenkassen bevorzugen den Setting – Ansatz und sehen in der Prävention eine zunehmend gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die auf Grundlage interdisziplinärer und intersektoraler Kooperationen über die Aktivitäten des Gesundheitswesens und der Krankenversicherungen hinausgeht [Kaba-Schönstein 2006]. Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz werden von der Politik als eigenständige Säule des Gesundheitswesens gesehen und sollen ausgebaut werden.

*„Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsschutz sind Schlüssel zur Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung und zur Senkung der Kosten des Gesundheitssektors. Sie sind deswegen zu einer eigenständigen Säule im Gesundheitswesen auszubauen“* [Bundesgesundheitsministerium 2008].

Unter Gesundheitsschutz ist hier der Schutz vor gesundheitlichen Gefahren am Arbeitsplatz, durch Medikamente oder Medizinprodukte, frühzeitiges Erkennen von Gesundheitsrisiken und ein angemessenes Risikomanagement, z.B. im Bereich der Trinkwasserversorgung gemeint, aber auch Information und Kommunikation mit der Bevölkerung im Sinne von Prävention [Bundesgesundheitsministerium 2008].

Die Gesundheitsförderung auf der Ebene der Bundesländer liegt bei den Sozial- bzw. Gesundheitsministerien der Länder. Die Abstimmung zwischen den Ländern und der Gesundheitspolitik des Bundes erfolgt durch die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) [Gesundheitsministerkonferenz 2008].

In fast allen Bundesländern gibt es Nichtregierungsorganisationen, Landesvereine und –zentralen für Gesundheit und Gesundheitsförderung, die jedoch häufig von den Ländern finanziell gefördert werden. Ihre zentrale Aufgabe ist es, Anregungen und Koordination von Gesundheitsförderung zu ermöglichen durch Organisation und Bereitstellung von Veranstaltungen, Fortbildungen, Projekten und Materialien [Arbeitskreis 2008a]. In Hessen übernimmt diese Aufgabe die Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung in Marburg [Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung 2008].

Auf kommunaler Ebene wird Gesundheitsförderung umgesetzt vor allem durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst, die Gesundheitsämter und andere Gesundheitsbehörden. Ihre zentrale Aufgabe ist die Koordination und Vernetzung verschiedener Akteure, aber auch Maßnahmen zur Umsetzung eigener Aktivitäten und Projekte. Darüber hinaus gibt es auf dieser Ebene spezifische Kooperationsstrukturen, z.B. Runde Tische oder Arbeitsgemeinschaften [Arbeitskreis 2008a]. Auf kommunaler Ebene ist auch das Gesunde – Städte - Projekt der WHO von Bedeutung [WHO 1998, Kaba-Schönstein 2006].

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in Deutschland Gesundheitsförderung in Zusammenhang mit Prävention und Gesundheitsschutz als gesamtgesellschaftliche Aufgabe angesehen wird. Sie findet sich als Programm durchgehend auf allen Politikebenen und ist eigenständiger Teil des Gesundheitswesens. Die von der WHO definierten Grundzüge der Gesundheitsförderung, modifiziert durch das europäische



Grundsatzprogramm, schlagen sich nieder in der Gesetzgebung, die die Gesetzlichen Krankenkassen und Unfallversicherungen zur Förderung und Unterstützung von Prävention und Gesundheitsförderung verpflichten. Es besteht eine umfangreiche Zusammenarbeit mit zahlreichen Nichtregierungsorganisationen. Bei der Umsetzung wird der Setting - Ansatz bevorzugt. Von besonderer Bedeutung ist das Gesunde-Städte-Projekt, in dessen Zusammenhang u.a. im Setting Hochschule Gesundheitsförderung umgesetzt werden soll.

### **3. Stand der Entwicklung Gesundheitsfördernder Hochschulen**

#### **3.1. *Setting Hochschule***

Hochschulen mit ihren guten personellen Voraussetzungen und ihrer Doppelfunktion als Bildungsinstitution und Unternehmen bieten sich besonders als Gesundheitsförderndes Setting an. In Hochschulen werden zum einen vor allem junge Menschen angesprochen und zur Mitwirkung aufgefordert. Zum anderen werden zukünftige Absolventen der unterschiedlichsten Studienrichtungen und -gänge durch das Gesundheitsfördernde Setting geprägt und können ihr Wissen und ihre Erfahrungen in die unterschiedlichsten gesellschaftlichen Sektoren einbringen. Die komplexe Organisation von Hochschulen beeinflusst, wie andere Settings auch, die Gesundheitschancen und Risikopotentiale ihrer Mitglieder: Wissenschaftler, Studierende, Mitarbeiter in Verwaltung und technischem Service. Dies geschieht durch die Organisationsstruktur der Hochschule mit ihrem Einfluss auf die Arbeits- und Lebenswelt der Mitglieder. Auf die Gesundheit wirken die Hochschulen in mehrfach vernetzter Weise:

- Als Organisation mit einem (gesundheitsbewussten) Leitbild zur Schaffung einer gesundheitsfördernden Umgebung,
- als Arbeitgeber mit der Verpflichtung zu Arbeits- und Gesundheitsschutz,
- als Lern-/Lehr- und Forschungszentrum mit inhaltlichem und didaktischem Aspekt von Gesundheitsfragen,
- als (Gesundheits-) Erzieher zukünftiger Generationen von Praktikern, Forschern und Entscheidungsträgern,
- als gesundheitsförderndem Setting, das die Verantwortung und das Potential hat, individuelle und soziale gesundheitliche Weiterentwicklung zu ermöglichen,

- als (gesundheitsfördernde) Ressource und Partner der zugehörigen Gemeinden sowie regionaler, nationaler und internationaler Zusammenschlüsse [Booth/Ritchie 1998, Franzkowiak 2000].

Daraus ergeben sich folgende Anforderungen an Gesundheitsfördernde Hochschulen:

- Gesundheitsförderung als Gesamtpolitik der Hochschule,
- Bereitstellung gesunder Arbeitswelten und unterstützender sozialer Umwelt zur persönlichen und sozialen Entwicklung,
- Ausbau des wissenschaftlichen Interesses an der Entwicklung von Gesundheitsförderung und
- Kooperation mit der umgebenden Gemeinde [Gräser/Belschner 2001].

Auch die sogenannte Edmonton - Charta der 2. Internationalen Konferenz der Gesundheitsfördernden Hochschulen von 2005 nennt als entsprechende Charakteristika einer Gesundheitsfördernden Hochschule:

- den settingbasierten Ansatz,
- eine gemeinsame Vision in der Gesundheitsförderung,
- Integration des Konzepts „Gesundheit für Alle“ und eine nachhaltige Entwicklung, langfristige Integration von Gesundheitsförderung in das alltägliche Campusleben und die Hochschulkultur,
- Einwerbung von Mitteln zur Förderung individueller und institutioneller Gesundheit,
- Integration von Gesundheitsförderung in die strategischen Überlegungen der Hochschule zur Schaffung gesunder Lern-, Arbeits- und Lebenswelten und
- Förderung individuellen und institutionellen Wissens zu gesunden Umwelten und Wahlmöglichkeiten [Gräser 2007].

Die Implementierung eines Gesundheitsfördernden Settings sollte langfristig die Gesundheit aller Mitglieder des Settings fördern und die Entstehung oder Verschlimmerung von Krankheiten verhindern. Weiterhin sollte, bezogen auf die Studierenden, eine Steigerung der Studienzufriedenheit eintreten und dadurch eine Senkung der Abbrecherquote, Verkürzung der Studiendauer und Steigerung der Bewerberzahl an den entsprechenden Hochschulen erwartet werden. Insgesamt könnten diese positiven Außen- und Innenwirkungen auch zu einem Imagegewinn der Hochschule beitragen [Stock 2007].

Der Koordinator des Netzwerks „*Health Promoting Universities*“ des WHO Regionalbüros in Kopenhagen, Tsouros, nennt vier Gründe, die für die Teilnahme am Projekt Gesundheitsfördernder Hochschulen sprechen:

1. Öffentliches Image
  - Umwelt- und Gesundheitsstandards spielen eine immer größere Rolle in den Gesellschaften dieser Welt.
2. Profil der Hochschulen
  - Gesundheitsprojekte stärken das Profil der Hochschulen.
3. Wohlbefinden von Studenten und Mitarbeitern
  - Stärken und Schwächen der Hochschulorganisation zur Förderung der Gesundheit von Studenten und Mitarbeitern werden aufgedeckt und können positiv beeinflusst werden.
4. Arbeits- und Lebensbedingungen
  - Gesundheitsfördernde Hochschulen fördern die Umweltbedingungen, unter denen Studenten und Mitarbeiter lernen, leben und sich sozialisieren [Tsouros 2000].

Konkret gibt es drei Interventionsbereiche im Gesundheitsfördernden Setting Hochschule:

1. Der Gesundheitsfördernde Campus, durch den die Gesundheit der Hochschulmitglieder und der Bevölkerung der Region gefördert werden soll.
2. Lehre und Forschung, in der Gesundheit als Querschnittsthema bearbeitet wird.
3. Die Verbindung der Hochschule zu Stadt, Region und Gesellschaft, durch Übernahme eines gesamtgesellschaftlichen Auftrags, wie Ausbildung von Fachkräften, Bereitstellung von Expertenwissen und Ressourcen [Stock 2007].

Zusammenfassend bedeutet dies: Die Ziele einer Gesundheitsfördernden Hochschule sind vielfältig. Ausgehend von einer Hochschulpolitik und –planung der Nachhaltigkeit in der Gesundheitsförderung umfasst sie die Hochschule als Ganzes und muss eine gesunde Arbeits- und Lebenswelt für alle Beteiligten zur Verfügung stellen. Dies bedeutet, eine Verbesserung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und die Unterstützung der persönlichen und sozialen Entwicklung unter Einbeziehung einer gesunden und nachhaltigen Umwelt. Parallel hierzu müssen sich auch Wissenschaft und Forschung inhaltlich und didaktisch mit der Weiterentwicklung in der Gesundheitsförderung beschäftigen. Ein weiteres Ziel von besonderer Bedeutung ist die Entwicklung einer Verbindung der Hochschule zur umgebenden Gemeinde.

### **3.2. Gesundheitsfördernde Hochschulen international**

Führend in der studentischen Gesundheitsförderung sind die USA. Ihre Aktivitäten zur Verbesserung der Gesundheit der Studenten gehen bis ins 18. Jahrhundert zurück. Die heute führende Organisation in Fragen der studentischen Gesundheitsförderung ist die American College Health Association (ACHA) [Maxwell/Krämer 2006]. Die amerikanische studentische Gesundheitsförderung basiert auf drei Hauptzielrichtungen:

1. Standardisierte Vorgehensweise zur Qualitätssteigerung von Maßnahmen.
2. Nationale Erhebungen zur studentischen Gesundheit sowie deren kontinuierliche Auswertung, um Trends und Entwicklungen zu beobachten.
3. Healthy Campus 2010, zur Formulierung von Gesundheitszielen, die alle Hochschulen anstreben sollten [Maxwell/Krämer 2006, ACHA 2008].

Sowohl die Definition von Gesundheit als auch die Formulierung der Standards decken sich mit den Anforderungen der WHO an Gesundheitsfördernde Settings und damit dem in Deutschland diskutierten Ansatz. Von den Erfahrungen der USA auf dem Gebiet Gesundheitsfördernder Hochschulen kann Deutschland profitieren. Neben den regelmäßig durchzuführenden und auszuwertenden Surveys zur Erfassung des Gesundheitszustandes der einzelnen Statusgruppen und der Zusammenarbeit mit den umliegenden Gemeinden ist darüber hinaus das amerikanische Konzept der „*kulturellen Kompetenz*“ [Maxwell/Krämer 2006: 197] richtungsweisend, bei dem die unterschiedlichen kulturellen Hintergründe der Studenten berücksichtigt werden. Bei einem durchschnittlichen Anteil von 13% Studenten nicht - deutscher Herkunft ist dieser Aspekt auch für deutsche Hochschulen relevant [Statistisches Bundesamt 2008: 36].

Seit 1996 existiert das von der WHO Sektion Europa proklamierte Programm der „*Health Promoting Universities*“ unter der Federführung von Agis Tsouros, dem Koordinator des Regionalbüros der WHO in Kopenhagen [Tsouros 2000]. 1995 wurde von der University of Lancaster die Initiative Health Promoting University (HPU) ins Leben gerufen [WHO 2008]. Ziel dieser Initiative war es, die Prozesse und Strukturen des gesamten Universitätslebens verpflichtend so zu gestalten, dass die Gesundheit und das Wohl der Studenten, der Mitarbeiter und der weiteren Gemeinschaft gefördert wird. Implementiert wurde dieses Konzept jedoch nur an wenigen Hochschulen, beispielweise neben der Universität in Lancaster auch an der Universität Bielefeld [WHO 2008]. Acht Hochschulen in England und Schottland orientieren sich zur Zeit am Setting – Ansatz der Gesundheitsförderung [Gräser 2007: 179]. Auch in Asien existiert

in der Umgebung von Peking an sechs Hochschulen ein Verbundprojekt auf Grundlage von „*Health Promoting Universities*“ der WHO [Gräser 2007: 180]. In Nordamerika gibt es neben ACHA unter dem Dach der Association of Health Centers, einer NGO, 72 Hochschulen im American Network of Health Promoting Universities, die sich besonders für die Vernetzung der Universitäten, universitärer Gesundheitszentren und der Gemeinden einsetzen. Außerdem sind im Aufbau begriffen ein Pan – American Network of Health Promoting Universities und Network of Healthy Universities for Latin America and Caribbean [Gräser 2007: 180].

### **3.3. Gesundheitsfördernde Hochschulen in Deutschland**

Die Geschichte der Gesundheitsfördernden Hochschulen ist in Deutschland noch sehr kurz. Bis auf die Universität Bielefeld, die bereits 1994 mit dem Aufbau der Gesundheitsförderung begonnen hat, liegt der Start der gesundheitsfördernden Maßnahmen in allen anderen Hochschulen nach dem Jahr 2000. Bis 2005 ergriffen entsprechend der Angaben in der Projektdatenbank des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen bundesweit 12 weitere Hochschulen gesundheitsfördernde Maßnahmen. Ein Höhepunkt zeigte sich 2005 mit neun weiteren Hochschulen. Bis 2008 erweiterte sich die Zahl um weitere sieben [Arbeitskreis 2008c]. Dieser recht späte Beginn der gesundheitsfördernden Maßnahmen und der relativ geringe Anteil an Gesamtkonzepten zur Gesundheitsförderung dürfte mit ein Grund für die in Deutschland bislang noch niedrigen Zahlen der Evaluationen zur Effektivität Gesundheitsfördernder Hochschulen sein.

Diese Zahlen bestätigen die Aussagen einer nicht-repräsentativen Umfrage aus 2002, durchgeführt von Hartmann et al.. In dieser wurden Fragebögen zu Art und Strukturen der Maßnahmen und Projekte an 60 mit dem Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen in Kontakt stehenden Hochschulen verschickt mit einer Rücklaufquote von knapp 37% (34 Fragebögen) [Hartmann et al. 2003].

Gemessen an der Gesamtzahl der Betroffenen ist die Zahl der Gesundheitsfördernden Hochschulen in Deutschland als marginal zu bezeichnen [Arbeitskreis 2003]. Dennoch gibt es zahlreiche Aktivitäten zur Gesundheitsförderung an Hochschulen in Deutschland [vgl. Sonntag et al. 2000, Faller/Schnabel 2006, Krämer et al. 2007].

Das Statistische Bundesamt zählte für das Wintersemester 2005/06 379 Hochschulen, davon 177 Universitäten und vergleichbare Hochschulen und 202

Verwaltungs- und Fachhochschulen [Statistisches Bundesamt 2005: 9]. An diesen Hochschulen waren 2004 rund 500 000 Personen beschäftigt [Statistisches Bundesamt 2005: 10], und im Wintersemester 2004/05 waren ca. 2 Millionen Studierende an deutschen Hochschulen eingeschrieben [Statistisches Bundesamt 2005: 18]. Damit handelt es sich beim Setting „Gesundheitsfördernde Hochschulen“ in Deutschland um ca. 2,5 Millionen Personen, von denen nach Statusgruppen unterschieden, 80% Studierende, 11% nichtwissenschaftliches und 8% wissenschaftliches Personal sind [Arbeitskreis 2003: 4].

Aber nicht nur die Anzahl der Gesundheitsfördernden Hochschulen in Deutschland ist gering, es gibt auch keinen „Königsweg“ oder ein „erprobtes Programm“, das in die Hochschulen implementiert werden könnte [Lincke/Stößel 2007: 83]. Aufgrund der Heterogenität der Zielgruppen und der Maßnahmen können erfolgreiche Interventionen nicht direkt von einer Hochschule auf die andere übertragen werden. Sie können nur als „best practice-Modelle“ dienen, müssen aber immer der jeweiligen Ausgangssituation einer Hochschule angepasst werden. Sonntag et al. sehen in der Vernetzung verschiedener Akteure eines sozialen Systems eine „effektive und weltweit genutzte Strategie, um Kompetenzen zu bündeln, Erfahrungsaustausch zu organisieren und Modelle guter Praxis zu verbreiten“ [Sonntag et al. 2007: 7]. Ein solches Netzwerk bietet in Deutschland der Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen. Die Vernetzungsstruktur deutscher Hochschulen durch den bundesweit agierenden Arbeitskreis Gesundheitsfördernder Hochschulen und die landesweiten Zusammenschlüsse von Hochschulen in Nordrhein-Westfalen und Bayern werden von Sonntag et al. für weltweit einzigartig gehalten [Sonntag et al. 2007] und könnten europaweit eine Innovationsrolle übernehmen [Gräser 2007]. Der Arbeitskreis wurde 1995 durch die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. und den Forschungsverbund Gesundheitswissenschaften Niedersachsen gegründet. Er agiert bundesweit und ist offen für alle Hochschulen sowie Institutionen, die sich mit Hochschulen bzw. Gesundheitsförderung beschäftigen. Seit 2004 bzw. 2007 gibt es zudem einen Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen Nordrhein-Westfalen, bzw. Südwest. Diese Landesarbeitskreise sind qualifizierte, ortsnahe Anlaufstellen, die landesspezifische Themen aufgreifen und den regionalen Austausch fördern [Arbeitskreis 2007b].

2006 waren über 170 Personen von mehr als 60 Hochschulen und anderen Institutionen über einen E-Mail-Verteiler im Arbeitskreis organisiert [Arbeitskreis 2007b: 1]. 29 Hochschulen stellten ihre Aktivitäten in einer Projektdatenbank des Arbeitskreises vor (Stand März 2008, vgl. Anlage). Die aktiven Mitglieder des Arbeitskreises sind einerseits hauptamtlich Tätige im Bereich Gesundheitsförderung,

Arbeitsschutz, Personalrat und Betriebsärztlicher Dienst der Hochschulen, andererseits auch Dozenten und Studierende an gesundheitlich oder gesundheitswissenschaftlich ausgerichteten Studiengängen [Arbeitskreis 2007b]. Aktiv wird der Arbeitskreis von folgenden Institutionen unterstützt:

- Bundesvereinigung für Gesundheit (BfGe) mit dem Projekt „Rauchfrei am Arbeitsplatz“,
- Hochschulinformationssystem (HIS),
- HochschulNetzwerk BetriebSuchtGesundheit,
- Landesunfallkasse Niedersachsen,
- Landesunfallkasse Nordrhein-Westfalen und der
- Techniker Krankenkasse (TK) [Arbeitskreis 2007b].

Die Mitglieder des Arbeitskreises treffen sich zu regelmäßigen Arbeitstreffen. Darüber hinaus finden themenspezifische Workshops und Tagungen statt zum wissenschaftlichen und praxisnahen Austausch von Themen zur Gesundheitsfördernden Hochschule. Der Arbeitskreis begleitet und fördert Projekte, an denen mehrere Hochschulen beteiligt sind. Es gibt verschiedene Stufen der Mitarbeit im Arbeitskreis, die von der reinen Kontaktadresse bis zur stetigen Entwicklung in Richtung Gesundheitsfördernde Hochschule mit der Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe geht. Ansprechpartner ist zunächst die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., die für die Koordination der Aktivitäten des Arbeitskreises verantwortlich ist.

Der Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen baut auf Antonovskys Modell der Salutogenese auf. Gesundheitsförderung wird als Querschnittsaufgabe verstanden, die sowohl die administrative wie auch die akademische Leitung einbezieht. Alle Statusgruppen – Hochschullehrer, wissenschaftliche und nichtwissenschaftliche Mitarbeiter, Studenten – sind angesprochen [Gräser 2007]. Auf dieser Grundlage arbeitet der Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen aufbauend auf 10 Gütekriterien wie aus *Abbildung 2* (S. 27) ersichtlich [Arbeitskreis 2007a].

## Abb. 2: Gütekriterien für eine Gesundheitsfördernde Hochschule

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

Quelle: [http://www.gesundheitsfördernde-hochschulen.de/HTML/D\\_GF\\_HS\\_national/D2\\_Guetekriterien1.html](http://www.gesundheitsfördernde-hochschulen.de/HTML/D_GF_HS_national/D2_Guetekriterien1.html)  
Stand. 11.3.2008

Im Folgenden sollen Struktur und Aktivitäten von Gesundheitsförderung an Hochschulen in Deutschland näher beleuchtet werden. Da es bisher hierzu keine offizielle Statistik gibt, wird in der folgenden Analyse auf die Hochschulen Bezug genommen, die in Kontakt mit dem Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen stehen. Grundlage für diese Entscheidung war folgende Annahme: Das Konzept Gesundheitsfördernde Hochschulen arbeitet, wie beschrieben, ausgehend vom Setting – Ansatz, für den die Zusammenarbeit mit Netzwerken kennzeichnend ist. Da der Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen bundesweit das anerkannteste und



umfassendste Netzwerk darstellt [Gräser 2007, Sonntag et al. 2007], kann davon ausgegangen werden, dass Hochschulen, die Gesundheitsförderung betreiben, in der ein oder anderen Form mit dem Arbeitskreis in Kontakt stehen. Zur Überprüfung dieser Annahme wurde über die Internetseite „Hochschulkompass“ der Hochschulrektorenkonferenz mit den Stichworten „Ernährungswissenschaften, Gesundheitswissenschaften, Oecotrophologie, Public Health (PH) und Public Health Nutrition (PHN)“ recherchiert, da davon ausgegangen wurde, dass Hochschulen mit entsprechender fachlicher Ausrichtung vorrangig Gesundheitsförderung umsetzen werden. Tatsächlich zeigte sich, dass zehn Hochschulen entsprechende Studiengänge anbieten. Von diesen zehn Hochschulen wiesen fünf unterschiedliche Aktivitäten im Bereich Gesundheitsförderung auf und stehen, wie erwartet, mit dem Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen in Kontakt; vier davon finden sich auf der Projektdatenbank des Arbeitskreises. Somit erscheint es gerechtfertigt, im Folgenden auf die Hochschulen zurückzugreifen, die in Verbindung zum Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen stehen. Sicherlich ist die Auflistung nicht vollständig, dennoch können aber aussagekräftige Tendenzen aufgezeigt werden.

Eine Analyse der Projektdatenbank des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen und eine anschließende Recherche auf den entsprechenden Homepages der beteiligten Hochschulen ergab für 2008 folgendes Bild, wie es in *Tabelle 1* (Anhang ) und im folgenden Text wiedergegeben wird.

### *Teilnehmer*

Die Projektdatenbank des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen zählt 29 Hochschulen mit 58 Projekten (Stand März 2008). Das bedeutet, dass lediglich 8% der deutschen Hochschulen in der Projektdatenbank vertreten sind. Hochgerechnet handelt es sich hierbei um rund 200 000 beteiligte Personen. Dies zeigt die marginale Bedeutung Gesundheitsfördernder Hochschulen in Deutschland. Obwohl die WHO das Gesundheitsfördernde Potential von Hochschulen erkannt hat, und auch Deutschland dieses Projekt in das Gesunde – Städte - Programm aufgenommen hat, mangelt es dennoch offenbar an dem politischen Willen und der praktischen Umsetzung. Zu den teilnehmenden Hochschulen gehören 20 Universitäten, 4 Technische Universitäten, 3 Hochschulen, 2 Fachhochschulen und 1 Technische Hochschule. Die Universitäten stellen somit den bei weitem größten Anteil der beteiligten Hochschulen, während die Fachhochschulen trotz ihrer großen Anzahl am wenigsten vertreten sind. Universitäten sind in der Regel größer und haben mehr Studenten als Fachhochschulen.

Möglicherweise haben sie deshalb größere Kapazitäten zur Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen und Konzepte. Das Vorhandensein Gesundheitswissenschaftlicher Fakultäten oder Fachbereiche an den Hochschulen scheint kaum einen förderlichen Einfluss auf die Etablierung Gesundheitsfördernder Hochschulen zu haben. Die meisten der teilnehmenden Hochschulen (25) verfügen über keine gesundheitswissenschaftliche Fakultät. An lediglich fünf Hochschulen gab es Fachbereiche der Gesundheitswissenschaften, Oecotrophologie oder Ernährung. Zwei Hochschulen waren Institute im Gesundheitswissenschaftlichen Bereich angegliedert. An zehn Hochschulen gab es Medizinische Fakultäten, die aber in keinem Zusammenhang zu der Gesundheitsförderung standen. Lediglich in einem Fall wurde durch das Uniklinikum ein Projekt betreut. Die Umsetzung der Gesundheitsförderung erfolgt in der Mehrzahl der Fälle (59%) über Gesundheitsfördernde Strukturen, wie Arbeitsgruppen (10), Steuerkreise (4) oder Gesundheitszirkel (3). Lediglich vier Hochschulen haben ein eigenes Gesundheitsmanagement. In den übrigen Hochschulen wird die Gesundheitsförderung durch andere Einrichtungen durchgeführt, wie Arbeitsschutz (2), Hochschulsport (2), Hochschulen angegliederte Institute (2), Hochschularzt, Beratungs- oder Stabsstellen, Studentenwerk, Gesundheitsforum, Plenum Gesundheit, Klinikum, spezielle Beauftragte, Projektgruppe, Studiengang, Beschluss der Hochschule oder Diplomandin (vgl. Anhang).

### *Aktivitäten*

Anders als im Gesundheitsfördernden Setting angestrebt, bedeutet Gesundheitsförderung in 52% der Fälle (15) die Durchführung von Einzelmaßnahmen. Die Hauptaktivitäten im Bereich Gesundheitsförderung an den Hochschulen sind kurzfristige, wenig nachhaltige Projekte (25), wie Gesundheitstage, Fitnesstage etc.. Als Arbeitsgrundlage für spätere gesundheitsfördernde Maßnahmen wurden auch Gesundheitssurveys durchgeführt. Vier Surveys wurden mit Studierenden, drei mit Mitarbeitern durchgeführt. Es liegen drei Gesundheitsberichtserstattungen zu den Mitarbeitern und ein Nachhaltigkeitsbericht vor. Des Weiteren werden Umfragen zu verschiedenen Fragestellungen durchgeführt. In sieben Fällen wird eine Konzeptentwicklung zur Gesundheitsförderung durchgeführt und in einem weiteren Fall zu Gesundheitsförderndem Führungsverhalten. Auch der Aufbau eines Gesundheitszirkels stellt eine Aktivität dar. Ebenso findet sich eine Fehlzeitenanalyse und eine Dienstvereinbarung zum Rauchen (vgl. Anhang).

## *Evaluation und Setting - Ansatz*

Kurzfristige Projekte werden meist nicht evaluiert. Insgesamt werden in 45% der Fälle Evaluationen erstellt, in weiteren 14% sind sie in Planung. Nur an 13 Hochschulen (48%) findet sich ein Setting – Konzept, bzw. wird es angestrebt oder aufgebaut, wobei in diesem Zusammenhang das Vorhandensein von Empowerment- und Partizipationsstrategien sowie Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe verstanden werden. In einem Fall wünschen ein Arbeitskreis und Gesundheitszirkel einer Hochschule den Aufbau eines Setting – Ansatzes, finden aber zur Zeit keine Unterstützung durch Leitung und Studierende. Einschränkend muss gesagt werden, dass fünf der 13 genannten Hochschulen den Setting – Ansatz nicht für das gesamte Setting etabliert haben, sondern nur für die Mitarbeiter der Hochschule, in einem Fall sogar nur für die nicht – wissenschaftlichen Mitarbeiter. Die größte Statusgruppe, die Studierenden, bleiben unberücksichtigt. Dieses Bild zeigt sich auch bei sonstigen Angeboten und Schulungen. Die Hauptzielgruppe ist auch hier die Gruppe der Mitarbeiter mit 34% (10), während die Gruppe der Studierenden deutlich unterrepräsentiert ist (1), trotz ihres Anteils von 80% an der Gesamtzahl der Mitglieder im Setting Hochschule. Bei 62% der Angebote sind zwar alle Statusgruppen der Hochschule (18) angesprochen, hierbei handelt sich aber meist um Projekte, wie z. B. Gesundheitstage etc., die sehr allgemein und wenig nachhaltig sind (vgl. Anhang). Dies entspricht gerade nicht dem hier beschriebenen Setting – Ansatz, in den alle Akteure einbezogen sein sollen. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass Gesundheitsförderung durch den betrieblichen Arbeitsschutz gesetzlich vorgeschrieben ist. Diesen gibt es aber nur für den Bereich der Mitarbeiter und nicht für Studierende.

## *Leitbild*

Das Defizit im Bereich des Setting – Ansatzes der Gesundheitsförderung in Hochschulen zeigt sich auch darin, dass Gesundheitsförderung nur selten im Leitbild der Hochschulen zu finden ist. Lediglich an zwei Hochschulen (7%), findet sie sich in ihrem Leitbild. An zwei weiteren Hochschulen gibt es zwar im allgemeinen Leitbild der Hochschule keinen Hinweis auf Gesundheitsförderung, aber es gibt ein Leitbild der Fakultät für Gesundheitswissenschaften „Gesunde Fakultät“ bzw. ein Leitbild für die Mitarbeiter „Gesunde Ruhr Universität Bochum“. An drei Hochschulen existieren im Leitbild Strukturen, wie Partizipation, Empowerment und Nachhaltigkeit, ohne die explizite Nennung von Gesundheitsförderung. An 83% der Hochschulen (24) finden

sich keinerlei Hinweise auf Gesundheitsförderung im Leitbild (vgl. Anhang). Offenbar wird Gesundheit an den Hochschulen noch zu wenig mit Lebens- und Arbeitsqualität verbunden und das eigene Gesundheits- (Krankheits-) Potential von Hochschulen nicht gesehen oder unterschätzt.

Festzuhalten bleibt: Gemessen an der Gesamtzahl der Hochschulen in Deutschland finden sich gesundheitsfördernde Maßnahmen nur an einem sehr geringen Teil der Hochschulen. Die Teilnahme an solchen Maßnahmen erfolgt weitgehend unabhängig von dem Vorhandensein gesundheitswissenschaftlicher Fakultäten an der Hochschule. Gesundheitsfördernde Organisationsstrukturen sind weit verbreitet, führen aber in den meisten Fällen bisher nicht dazu, Gesundheitsförderung als Setting - Ansatz im Sinne der WHO an den Hochschulen zu etablieren. In den meisten Fällen wird Gesundheitsförderung als Projekt durchgeführt. Den notwendigen Evaluationen der Maßnahmen wird noch zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Die Studierenden werden als Zielgruppe entsprechend ihres zahlenmäßigen Anteils von 80% der Statusgruppen nicht ausreichend berücksichtigt und beteiligt bzw. eingebunden.

### **3.4. Gesundheitsfördernde Hochschulen und Ernährung**

Ein wichtiger Aspekt Gesundheitsfördernder Hochschulen ist der Zusammenhang zwischen Ernährung und Gesundheit. Die rund 2 Millionen Studierenden an deutschen Hochschulen sind knapp 20% der jungen Menschen zwischen 20 und 30 Jahren in Deutschland [Statistisches Bundesamt 2006: 31]. Für sie bedeutet die Aufnahme des Studiums in der Regel den Auszug aus dem Elternhaus. Die Hochschule wird Lern- und Arbeitsumfeld. Sie beeinflusst das kulturelle und Freizeitverhalten, die Wohnsituation, die Nutzung der Verkehrsmittel und selbstverständlich auch die Ernährungssituation und das Essverhalten. Spätestens jetzt wird die Ernährung eigenverantwortlich durch die Studierenden bestimmt [Arbeitskreis 2008b]. Das bedeutet, die Einflüsse der Hochschulen bestimmen den Lebensstil der Studierenden mit und damit auch deren Ernährungsweise und Essverhalten. Gerade Fehl- und Überernährung im Kinder- und jungen Erwachsenenalter wirken sich nachhaltig auf die Entwicklung chronischer ernährungsmitbedingter Erkrankungen im späteren Leben aus. So zeigt eine Studie von Elliott et al., dass Frauen, die bereits vor ihrem 30. Lebensjahr adipös waren, ein signifikant höheres Mortalitätsrisiko haben bzw. ein höheres Risiko haben an Krebs zu erkranken als die entsprechende nicht adipöse Altersgruppe. Gewichtszunahmen im späteren Alter scheinen geringere Auswirkungen

auf die Mortalität und die Entwicklung chronischer Erkrankungen zu haben [Elliott 2005]. Die 18. Sozialerhebung des deutschen Studentenwerks 2006 zur wirtschaftlichen und sozialen Lage Studierender in Deutschland stellt fest, dass bereits 12% der Studierenden unter Erkrankungen der inneren Organe und chronischen Stoffwechselerkrankungen leiden [Isserstedt et al. 2007: 390].

Eine Studie der Universität Dortmund aus 2004 zeigte, dass dort 26% der Studenten und 15% der Studentinnen als übergewichtig eingestuft wurden [Quellenberg 2008: 204]. Dies belegt, dass auch bei der Bevölkerungsgruppe der Studierenden mit den entsprechenden Gesundheitsrisiken für die Ausbildung ernährungsmitbedingter Erkrankungen gerechnet werden muss. Auch Studierende, die eine hochausgebildete Bevölkerungsgruppe repräsentieren, haben häufig keinen ausgeglichenen Energiehaushalt, verzehren zu viel tierisches Fett und Süßigkeiten und zu wenig Obst und Gemüse [Quellenberg 2008]. Auch neue Daten des Gesundheitssurveys für Studierende in NRW von 2007 zeigen, dass Studierende beispielsweise beim Obst und Gemüseverzehr deutlich unter den von der DGE empfohlenen fünf Portionen pro Tag liegen. Lediglich 1% der männlichen und 4% der weiblichen Studenten kommen dieser Empfehlung nach. 73% der Männer und 60% der Frauen verzehren lediglich 1-2 Portionen pro Tag [Meier et al. 2007: 13]. Dies zeigt, dass die Ernährungsgewohnheiten der Studierenden durchaus verbesserungsbedürftig sind. In derselben Datenquelle findet sich aber auch, dass ein deutliches Interesse bei ca. einem Viertel der Studierenden an gesundheitsfördernden Angeboten der Hochschulen im Bereich gesunder Ernährung besteht. Das Angebot gesunder Ernährung wird an der Hochschule allerdings lediglich von 46% der Frauen und 55% der Männer als ausreichend angesehen [Meier et al. 2007: 16ff]. In der Regel übernehmen Mensen und Cafeterien das Verpflegungsangebot in den Hochschulen. Die aktuellste Datenerhebung des Studentenwerks durchgeführt vom Hochschul-Informationssystem (HIS) von 2007 beziffert den Anteil der Studierenden, die Mahlzeiten in der Mensa einnehmen, mit 83% bei einer durchschnittlichen Häufigkeit von vier Kontakten pro Woche. Hierbei handelt es sich bei 40% um Stammgäste, fast zur Hälfte Männer, die dreimal und öfter pro Woche das Mittagessen in der Mensa einnehmen [Isserstedt et al. 2007: 374]. Gerade die Nähe zur Hochschule, das kostengünstige und von den Studierenden als qualitativ hochwertiges Angebot eingeschätzte Mensaessen waren die wichtigsten Aspekte für die Studierenden, die Angebote der Mensen zu nutzen. Neben den Mensen müssen selbstverständlich auch die Einflüsse der anderen Verpflegungsangebote, wie Cafeterien, Wasserspender, Snack-Automaten etc., im Hochschulbereich berücksichtigt werden. Die Studierenden werden durch das Ernährungsangebot an den Hochschulen nicht nur bezüglich ihrer eigenen Gesundheit

beeinflusst. Dadurch, dass Hochschulen Bildungs- und Ausbildungsinstitutionen sind, erwachsen auch entsprechende Chancen und Möglichkeiten, über die Studierenden als zukünftigen Entscheidungsträgern und Multiplikatoren auf allen gesellschaftlichen Ebenen Einfluss auszuüben.

Aber nicht nur das junge Klientel und die daraus resultierende mögliche positive Einflussnahme mit nachhaltiger Wirkung auf das Ernährungsverhalten machen die Hochschulen interessant für Gesundheitsförderung im Ernährungsbereich. Auch der ganzheitliche Ansatz des Settings Gesundheitsfördernder Hochschulen ist von besonderer Bedeutung. Wie bereits in Kapitel 2 und 3 beschrieben, begünstigt dieser Ansatz langfristige Verhaltensänderungen und die Erfolge der hier durchgeführten Maßnahmen sind aufgrund der Partizipation und des Empowerments der Beteiligten vielversprechend. Wenngleich es noch zu wenige evidenzbasierte Ergebnisse von Studien zum Nachweis der Effektivität dieser Maßnahmen gibt und auch noch keine Berechnungen zur Kosteneffizienz vorliegen, so ist doch das mögliche Potential dieses Ansatzes von Bedeutung, da in jedem Fall eine bessere Ressourcenausnutzung erreicht wird und größere Bevölkerungsgruppen angesprochen werden [Thorogood 2007]. Thorogood et al. legten 2007 die Ergebnisse eines systematischen Reviews vor, der die Effekte bevölkerungs- und gemeindebezogener Ernährungsinterventionen in Gemeinden, an Arbeitsplätzen, in Kirchengemeinden und Supermärkten untersuchte [Thorogood et al. 2007]. Aufgrund der Komplexität des Setting – Ansatzes wurden die Einschlusskriterien des Reviews bei der Evaluierung weit gefasst (vgl. Kapitel 6). Die Interventionen waren unterschiedlichster Art, wobei vor allem folgenden Interventionen Erfolg bescheinigt wurde:

- gedruckte Information
- besondere Veranstaltungen, wie Gesundheitsmessen und Wettbewerbe
- Bewerbung am Verkaufsort und besondere Angebote gesunder Lebensmittel
- Aktionen in den Massenmedien.

Diese Maßnahmen, die sich auch in den herkömmlichen Präventionsaktivitäten finden, waren deshalb so erfolgreich, weil sie durch die Implementierung organisatorischer, umweltbezogener und politisch gewollter Veränderungen in Ergänzung und unter Einbindung der Aktivitäten der einzelnen Settings mit ihren speziellen Zielgruppen über einen längeren Zeitraum stattfanden. Besonders wirksam waren die Interventionen in geschlossenen Settings, wie Arbeitsplätzen oder Kirchen, wo es im positiven Sinne einen Gruppenzwang, aber auch Möglichkeiten für die Durchführung spezieller Aktivitäten gibt. Zu einem solchen Setting gehören auch die Hochschulen. Erfolgreich zeigten sich die Interventionen vor allem bei der Steigerung des Obst und Gemüseverzehrs. Abschließend bestätigten die Autoren, dass die identifizierten Effekte

zwar klein waren, möglicherweise aufgrund ungeeigneter Messmethoden, zu kurzer Interventionszeiten etc., die potentielle Reichweite der Interventionen aber sehr groß, teilweise sogar landesweit sein können [Thorogood et al. 2007].

In die gleiche Richtung weist ein systematischer Review von Seymour et al. aus dem Jahre 2004 [Seymour et al. 2004]. Hier wurden umweltbezogene bzw. gesundheitspolitische Interventionen zur Beeinflussung des Ernährungsverhaltens in verschiedenen Settings verglichen, u.a. auch im Setting Hochschule. Auch hier waren die Einschlusskriterien weit gefasst. Von den 38 Studien aus englischsprachigen Ländern beschäftigten sich neun mit Hochschulen. Untersucht wurden die Effekte von Interventionen auf das Ernährungsverhalten am Verkaufsort der Lebensmittel in Cafeterien und an Automaten. Messwerte waren die Verkaufsdaten und Verzehrsmengenschätzungen; physiologische Daten lagen nicht vor. Die Interventionen dauerten von einer Woche bis zu einem Jahr. Unterschiedliche Strategien wurden verwendet, Informationsstrategien, wie Labeling und Hinweise, verändertes Lebensmittelangebot mit unterschiedlicher Verfügbarkeit einzelner Lebensmittel, Schulung von Mitarbeitern der Cafeterien, veränderte Zubereitung der Menüs oder Anreize durch Rabatte etc.. Die Ergebnisse waren unterschiedlich, je nach gewählter Strategie und Art des erwünschten Effekts, fettarm, kalorienarm etc., oder in Abhängigkeit vom Geschlecht der Teilnehmer. Die Autoren schlussfolgerten: Interventionen, die alleine die Mikroumgebung umfassen reichen nicht aus. Interventionen auf der Makroebene, also landesweit, wie die Anreicherung von Lebensmitteln mit Folsäure oder Jod oder Labeling waren bisher erfolgreich und sollten in Kombination mit speziellen Aktionen in Settings und mit Individuen stehen. Die Autoren weisen darauf hin, dass Interventionen durch Gesetze und politische Vorgaben, die häufig unbemerkt Veränderungen bewirken, zu Erfolgen führen können. Gerade im Setting Hochschule, in dem das Ernährungsangebot beschränkt ist und die Mitglieder des Settings in einem gewissen Rahmen auf das vorliegende Angebot angewiesen sind, seien gezielte Interventionen zur Verbesserung der Ernährungsweise und des Essverhaltens möglich.

Das Thema Ernährung findet sich sehr häufig im Rahmen von Projekten Gesundheitsfördernder Hochschulen in Deutschland. Bei der Auswertung der Aktivitäten der in der Projektdatenbank des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen gemeldeten Hochschulen zeigte sich, dass sich von 58 Projekten 22 mit Ernährung beschäftigen, das sind knapp 38% der Aktivitäten. *Tabelle 2 (S.35)* zeigt, dass neben der Ernährung mit deutlichem Abstand Themen wie Organisation und

Management, Rauchen, die Durchführung von Surveys, Sport und Bewegung, Maßnahmen zur Stressbewältigung, Suchtberatung und Wiedereingliederung folgen.

**Tab. 2: Projekte der in der Projektdatenbank des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen gemeldeten Hochschulen**

Themen	Anzahl der Projekte
Ernährung	22
Organisation/Management	11
Rauchen	10
Surveys	6
Sport/Bewegung	4
Stress	3
Sucht	1
Wiedereingliederung	1

Quelle: (eigene Darstellung) Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen 2008: Projektdatenbank  
[http://www.gesundheitsfördernde-hochschulen.de/HTML/D\\_GF\\_HS\\_national/D4\\_Projektdatenbank1.html](http://www.gesundheitsfördernde-hochschulen.de/HTML/D_GF_HS_national/D4_Projektdatenbank1.html)  
 Stand 12.03.2008

Allerdings muss festgehalten werden, dass es sich bei diesen Projekten meist um Einzelmaßnahmen, i.d.R. Gesundheitstage handelt und nicht um langfristige, evaluierte Interventionen im Setting – Ansatz. Auch bei den meisten der 14 Hochschulen, die den Setting – Ansatz verfolgen, wird der Aspekt der Ernährung im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung zu wenig berücksichtigt. Lediglich an drei Hochschulen finden sich explizite Hinweise auf Ernährung. Dies ist an der TH Aachen: Einzelberatung zur Gewichtsreduktion durch den Hochschularzt. Die Hochschule Magdeburg-Stendahl hat eine AG zum Thema ökologisch-biologische Produkte auf dem Campus. Lediglich bei der Uni Augsburg ist das Handlungsfeld Ernährung eines von sieben weiteren Handlungsfeldern, wie Bewegung, Suchtprävention, Stressmanagement, Arbeitsschutz, Mitarbeiterführung und Gesundheit/Krankheit des universitären Gesundheitsmanagements. Das Handlungsfeld Ernährung beschäftigt sich dort mit den Themen „Gesundes Mensaessen“ und „Ernährungsberatung“. Das Ziel dieses Handlungsfeldes ist es, das Essensangebot und die Qualität der Speisen in den Mensen und Cafeterien der Universität in Zusammenarbeit mit dem Studentenwerk zu optimieren, verstärkt Produkte aus ökologischem Anbau und aus der Region zu verwenden sowie die Zusammensetzung der Gerichte mit Bezug auf Allergiker bekannt zu geben. Dies soll durch Teilnahme des Personals an Fortbildungen und Wettbewerben unterstützt werden, aber auch durch die Zusammenarbeit mit externen Partnern wie etwa der Techniker Krankenkasse.



Zusammenfassend lässt sich festhalten: Das Setting Hochschule stellt die Lebens- und Arbeitswelt einer jungen Population dar. Die Auswirkungen von Fehl- und Überernährung junger Menschen auf die Entwicklung ernährungsabhängiger Erkrankungen sind besonders hoch. Ernährungsgewohnheiten lassen sich in dieser Altersgruppe möglicherweise noch nachhaltig beeinflussen. Bei den Studierenden liegen einerseits Ernährungsfehler vor, andererseits besteht bei ihnen aber auch Interesse an Ernährungsinformationen durch die Hochschule. Die Verpflegungsangebote, die Hochschulen bieten, werden von einem großen Teil der Studierenden regelmäßig in Anspruch genommen. Positive Erfahrungen mit Interventionen zur Beeinflussung der Ernährungsweise und des Essverhaltens durch veränderte, gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen in dem relativ geschlossenen Setting von Hochschulen sind vielversprechend. Die Struktur von Hochschulen, die auch Bildungs- und Ausbildungsstätten sind, ermöglichen eine optimale Ressourcennutzung und das Einbringen von Fachwissen. Hochschulen haben neben dem Potential, positiven Einfluss auf Ernährungsweise und Essverhalten, und damit auf die Gesundheit der Studierenden, zu nehmen auch noch die Chance, langfristig über die Studierenden als zukünftigen Entscheidungsträgern und Multiplikatoren im Bereich Ernährung auf allen gesellschaftlichen Ebenen zu wirken. Die geringe Zahl der Gesundheitsfördernden Hochschulen sowie die marginale Thematisierung des Bereichs Ernährung einerseits und das Potential Gesundheitsfördernder Hochschulen im Bereich Ernährung andererseits zeigen, dass an den Hochschulen dringender Handlungsbedarf besteht. Speziell im Bereich Ernährung fehlt es an langfristigen, nachhaltigen Interventionen als Teil des Gesamtkonzepts Gesundheitsfördernder Hochschulen.

### **3.5. *Effektivität Gesundheitsfördernder Hochschulen***

Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sind die positiven Auswirkungen gesundheitsfördernder Maßnahmen auf Gesundheit und Leistungsfähigkeit seit langem bekannt. Mit der Aufnahme des Begriffs Gesundheitsförderung in das SGB V 1988 wurde die Umsetzung von Gesundheitsförderung in den Betrieben stark vorangetrieben. Mittlerweile ist Gesundheitsförderung fester Bestandteil des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Ausgehend vom Lebensstilansatz auf der Grundlage des medizinischen Risikofaktorenmodells findet sich Gesundheitsförderung heute bis hin in integrierten Managementsystemen. Die

Effektivität von Gesundheitsförderung ist mittlerweile vielfältig nachgewiesen, beispielsweise im Bereich der Verhütung von Krankheiten des Bewegungsapparates, in der positiven Wirkung von betrieblichen Gesundheitszirkeln, betrieblicher Stressprävention oder allgemeiner Qualitätssicherungsmaßnahmen u.v.a.m.. Als Effekte werden u.a. ein verbesserter allgemeiner Gesundheitszustand genannt, aber auch eine positive Auswirkung auf die Mitarbeitermotivation, die Arbeitsqualität und die Betriebskosten [Pfaff/Slesina 2001].

Der Nachweis effektiver Gesundheitsförderung im Setting Hochschule steckt noch im Anfangsstadium, da das Programm Gesundheitsfördernde Hochschulen der WHO in Europa bisher nur eine kurze Laufzeit hat und Maßnahmen im Setting - Ansatz überwiegend erst langfristig Wirkung zeigen [Dooris 2007]. Dass die Erfahrungen mit der Gesundheitsförderung im betrieblichen Bereich auch auf Hochschulen übertragbar sind, bestätigt Knorr-Cetina durch empirische Belege [Knorr-Cetina 2002]. Genau wie bei der Herstellung von Waren oder Dienstleistungen kommt es auch beim wissenschaftlichen Arbeiten auf die Qualität der Ergebnisse an. Diese sind abhängig von der Persönlichkeit, der Qualifikation der Akteure, den stress- und ablenkungsfreien Arbeitsbedingungen und einer angemessene Honorierung der Arbeit durch die Gesellschaft [Schnabel/Faller 2006].

In Europa etablierte sich 1995 die erste Gesundheitsfördernde Hochschule der Health Promotion University (HPU) der WHO an der University of Central Lancashire (vgl. Kapitel 6.3.). Hier wurde ein konzeptioneller Gesamtrahmen entwickelt, in dem die universitären Strukturen, Prozesse und Kultur mit Gesundheit und der Entwicklung von Gesundheitspotentialen verknüpft wurden unter Einbeziehung aller Beteiligten, der Mitarbeiter, Studierenden und der umgebenden Gemeinde. Auf der Agenda standen:

- Entwicklung der Universität zu einem unterstützenden und gesunden Arbeitsplatz,
- Unterstützung gesunder sozialer und persönlicher Entwicklungsmöglichkeiten für Studierende,
- Herstellung einer gesundheitsfördernden und nachhaltigen Umwelt, Steigerung des Verständnisses, des Wissens und der Verpflichtung multidisziplinärer Gesundheitsförderung auf allen Ebenen der Universität,
- Unterstützung dieser Strukturen innerhalb der umgebenden Gemeinde.

Um diese Ziele zu erreichen, wurde eine eigene Organisationsstruktur, die der Steuerungsgruppe, entwickelt. Diese soll eine ausgewogene Balance zwischen der Notwendigkeit und den Vorteilen formalisierter Strukturen gewährleisten und der Gefahr der Überbürokratisierung vorbeugen. Die Steuerungsgruppe kann je nach Bedarf Arbeits- und Aufgabengruppen bilden. Sie steht in Kontakt und Zusammenarbeit mit dem Management und den Ausführungsorganen der Hochschule und verbindet parallellaufende, inneruniversitäre Initiativen und stellt Allianzen mit Gruppen mit verwandter Thematik her. Im Falle der Universität Lancaster wurde der Vorsitz dieser Steuerungsgruppe durch die Fakultät der Gesundheitswissenschaften besetzt. Mitglieder der Steuerungsgruppe waren Mitglieder aller wichtigen Dienstleistungsbereiche, Studentenvertreter, Vertreter aller Fakultäten und ein Vertreter der Gesundheitsförderung für Nord-West-Lancashire. Zunächst wurden gemeinsame Gesundheitspolitikziele erarbeitet und evaluiert. Es zeigte sich, dass die Strukturen, Prozesse und Kommunikationsmechanismen sowohl effektiv als auch effizient arbeiteten [Dooris 1997].

Das Ergebnis aus dem Gesamtkonzept, der speziellen Organisationsstruktur und den weitgefassten Arbeitsprogrammen zeigte, dass sich ein tieferes Verständnis für Wert und Ethos der Initiative und ein zunehmendes Verständnis für den Wert der Steuerungsgruppe und die Arbeitsgruppen entwickelt hatte. Die Bedeutung für das gesteigerte Wohlbefinden der Mitarbeiter, Studierenden und der Umgebung und der allgemeine Gewinn für die Besonderheit, die Darstellung und die Produktivität der Universität Lancaster konnten verzeichnet werden. Die Universität Lancaster stellt somit eine Hochschule dar, an der die gesamte Hochschule in dem gesundheitsfördernden Programm integriert ist [Dooris 2000, Uclan 2006 und 2007].

In Deutschland wurde mit der Universität Bielefeld seit 1994 erstmals Gesundheitsförderung an einer Hochschule betrieben. Ausgangspunkt war die Personalentwicklung. Ausgehend davon, dass sich Gesundheitsförderung nur in einem integrativen Konzept mit koordinierter Vorgehensweise und Steuerung unter Beteiligung der Zielgruppe und dem Engagement der Leitungsebene verwirklichen ließ, wurde zur Implementierung der Setting – Ansatz gewählt.

Anstelle von isolierten Einzelaktivitäten wurden sieben Bausteine entwickelt, die eine Infrastruktur schufen und unterstützten, um schrittweise einen Gesamtansatz der Gesundheitsförderung zu entwickeln, durch den dann auch praktische Projekte effektiv umgesetzt werden konnten. Zunächst wurde der Steuerkreis Gesundheit gebildet, in dem das gesamte Potential an Initiativen und Ressourcen genutzt wurde. Er ist das Koordinationsgremium, das neue Aktivitäten initiiert und in dem alle Rückmeldungen

zusammenlaufen. Ergebnisse und daraus resultierende Empfehlungen werden von hier an die Hochschulleitung weitergeleitet. Unterstützt wird der Steuerkreis durch eine Koordinationsstelle, die der Abteilung Personalentwicklung angegliedert alle Aktivitäten und Projekte der Gesundheitsförderung koordiniert. Eine besondere Aufgabe fällt den Gesundheitszirkeln zu. Sie identifizieren Arbeitsbelastungen und erarbeiten Lösungsvorschläge zur Verbesserung der Situation, wobei vor allem die Mitarbeiter im Focus stehen. 2001 wurde in Bielefeld der erste Gesundheitszirkel für Studenten eingerichtet. Daten als Grundlage für die Handlungsempfehlungen werden neben allgemeinen Daten, z.B. von Krankenkassen, zunehmend aus eigenen Daten, z.B. Gesundheitsberichtserstattungen, gewonnen. Aus der Praxis heraus entwickelten sich zahlreiche Projekte, aber auch personalorientiertes Training, Kurse und Beratungen. Innerhalb und außerhalb der Bielefelder Universität wurde das entwickelte Modell vielfältig kommuniziert und durch Nutzung von Netzwerken wie dem Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen Synergieeffekte erzielt. Die Universität verfügt über positive Erfahrungen mit ihrem Konzept und wird es weiter in Richtung professionelles Gesundheitsmanagement ausbauen, um den aktuellen Herausforderungen an die Hochschulen zu begegnen [Unold/Walter 2007].

Die in Bielefeld arbeitenden Gesundheitszirkel stellen ein Konzept dar, das unterschiedlich strukturiert im gesamten Bereich Gesundheitsfördernder Hochschulen eingesetzt wird. Gesundheitszirkel haben sich bereits in der betrieblichen Gesundheitsförderung bewährt und als sehr produktiv erwiesen [Slesina 2001].

Merkmale der Gesundheitszirkel sind:

- Partizipation der Beschäftigten
- heterogene Zusammensetzung
- Transparenz und Freiwilligkeit
- thematische Offenheit
- Moderation
- Kommunikationsregeln
- zeitliche Befristung
- organisatorische Einbindung [Slesina 2001].

Ihre Arbeitsweise sieht folgendermaßen aus:

- Vorbereitung durch die Steuerungsgruppe (Arbeitskreis Gesundheit)
- Datensammlung zur Fundierung der Zirkelarbeit
- Darstellung der Befragungsergebnisse im Gesundheitszirkel

- Besprechung der Ergebnisse
- Benennung konkreter Änderungsvorschläge
- Prüfung und Umsetzung der Ergebnisse durch das Management  
Evaluation der Arbeit im Zirkel [Slesina 2001].

Für die Evaluation von Gesundheitszirkeln ist in erster Linie die Selbstangabe der Beschäftigten von Bedeutung, da andere Erhebungsmethoden wegen der Komplexität des Setting - Ansatzes problematisch sind. Im betrieblichen Alltag sind Kontrollgruppendesigns oder Randomisierung nicht möglich. Der Vergleich zwischen den Hochschulen ist wegen der beschriebenen Heterogenität der Interventionen, der Betroffenen und der Umgebung des jeweiligen Settings problematisch. Dennoch gibt es machbare Ergebnisevaluationen, die wie folgt aussehen können:

- Erhebung und Darstellung von Belastungen und Ressourcen vor, nach Beendigung und nach weiteren 6-12 Monaten nach Beginn der Zirkelarbeit,
- Erhebung relevanter Gesundheitsindikatoren zu den 3 Messzeitpunkten,
- bestmöglichen Vergleichsbereich wählen,
- bedeutsame Veränderungen im Interventionsbereich, die nichts mit dem Gesundheitszirkel zu tun haben, registrieren und interpretieren,
- nach Abschluss der Zirkelarbeit und vor Beginn der Datensammlung Annahmen formulieren, welche Änderungsmaßnahmen zu welchen Effekten führen könnten. Die Ergebnisprüfung soll erwartungsgeleitet erfolgen [Slesina 2001].

Eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg von Gesundheitszirkeln ist ihre An- und Einbindung in die Managementprozesse und die Förderung durch die betrieblichen Schlüsselpersonen. [Slesina 2001].

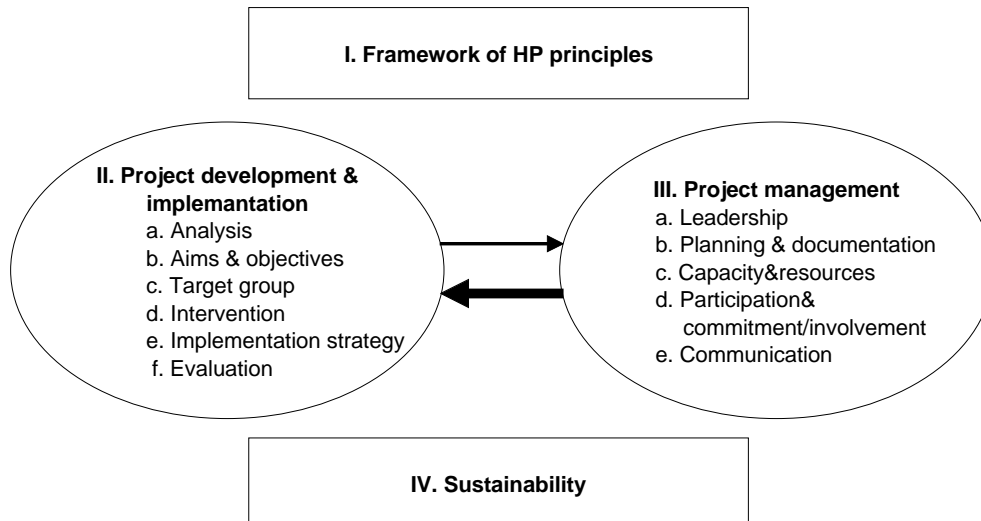
Aus dem Bereich der Hochschulen wird über die Erfahrungen mit den Gesundheitszirkeln übereinstimmend berichtet, dass sich die Zirkelarbeit positiv auf die Arbeitsatmosphäre ausgewirkt habe. Auch die Kommunikation, insbesondere die hierarchieübergreifende, habe sich verbessert und das Zusammengehörigkeitsgefühl sei gestärkt worden. Der Austausch über arbeitsbedingte Probleme zwischen Kollegen, die kritische Reflektion der eigenen Arbeitsbedingungen und die Nutzung eigener Erfahrungen bei der Lösungssuche wurden als Chance gesehen. Diese Ergebnisse wurden als positiv empfunden, selbst wenn die eigentlichen Ergebnisse der Zirkel nicht realisiert werden konnten [Meier 2007]. Es zeigte sich, dass der Einsatz von Gesundheitszirkeln zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen beitragen

und insbesondere weiche Faktoren wie Kommunikation und Informationsfluss positiv beeinflussen kann [Meier 2007].

### 3.6. Qualitätsmanagement Gesundheitsfördernder Hochschulen

Wegen der Prozessorientierung und der notwendigen Evaluation der Maßnahmen sollte das Qualitätsmanagement in die Praxis Gesundheitsfördernder Hochschulen integriert sein, um Misserfolge und Ineffektivität bei der Implementierung einer Gesundheitsfördernden Hochschule zu vermeiden [Stock 2007]. Ein spezielles konsensbasiertes Qualitätssicherungsinstrument für den Einsatz in der Gesundheitsförderung ist beispielsweise das European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIHP) [EQUIHP 2005a, 2005b], dargestellt in *Abbildung 3*. Es wurde als EU-Projekt „*Getting Evidence into Practice*“ 2004/2005 unter Leitung des niederländischen nationalen Instituts für Gesundheit und Prävention erarbeitet [Stock 2007].

**Abb. 3: Qualitätskriterien für Gesundheitsförderung des EQUIHP – Instruments**



Quelle: Modifiziert nach EQUIHP, User Manual, 2005, <http://ws5.e-vision.nl/syteam3/images/User%20Manual1.pdf>, S. 9 Stand 07.07.2008

Dieses Instrument besteht aus 13 Kriterien und 68 Indikatoren. Diese finden sich in den übergeordneten Bereichen:

1. Rahmenbedingungen und Prinzipien
2. Projektentwicklung und Implementierung
3. Projektmanagement und
4. Nachhaltigkeit

Zu den Rahmenbedingungen und Prinzipien gehören Partizipation, Empowerment und Gleichberechtigung. Bei der Projektentwicklung und Implementierung gelten folgende Qualitätskriterien:

- Analyse gesundheitlicher Probleme und ihrer Determinanten
- klare Zieldefinition
- Zielgruppendefinition
- ausgearbeitete Strategien und Methoden für Interventionen
- klare Beschreibung der geplanten Implementierung
- Evaluation der Interventionseffekte und –prozesse.

Auch die Qualitätskriterien für das Projektmanagement sind genau vorgegeben und umfassen:

- ultimativ verantwortliche Führungsperson
- exakte Planung und Dokumentation des Projekts
- erfassen der notwendigen Kapazitäten und Ressourcen
- klare Ausarbeitung der Partizipation der verschiedenen beteiligten Gruppen
- klar definierte Kommunikationsregeln zur Information aller Beteiligten.

Der Bereich Nachhaltigkeit sichert die Kontinuität des Projekts [EQUIHP 2005a, EQUIHP 2005b, Stock 2007].

Durch den Einsatz eines solchen oder ähnlichen Qualitätssicherungsinstruments kann die Qualität der Planung, Durchführung und Evaluation von Maßnahmen in Gesundheitsfördernden Hochschulen deutlich erhöht werden. Die notwendigen Prozesse und ihre Qualität können bewertet, die Evidenzbasierung bei der Auswahl von Maßnahmen stärker berücksichtigt werden, was wahrscheinlich zu einer Effektivitätssteigerung führen wird. Über die Qualität der Prozesse steigt die Wahrscheinlichkeit, inhaltliche Erfolgskriterien zu erreichen, wie die Herstellung gesunder Arbeits- und Lebenswelten oder die Ermöglichung einer gesundheitsfördernden Ernährungsweise. Daher spielt das Qualitätsmanagement in der Gesundheitsfördernden Hochschule eine zentrale Rolle [Stock 2007].

#### **4. Anwendung des Konzeptes: Potentiale der Hochschule Fulda**

Aufgrund der bisher aufgezeigten Überlegungen stellt sich nun die Frage, welches Potential hat die Hochschule Fulda für die Etablierung einer Gesundheitsfördernden Hochschule unter besonderer Berücksichtigung der Ernährungsweise und des Essverhaltens der Studierenden. Wie bereits zu Beginn gesagt, ist die Ernährung von

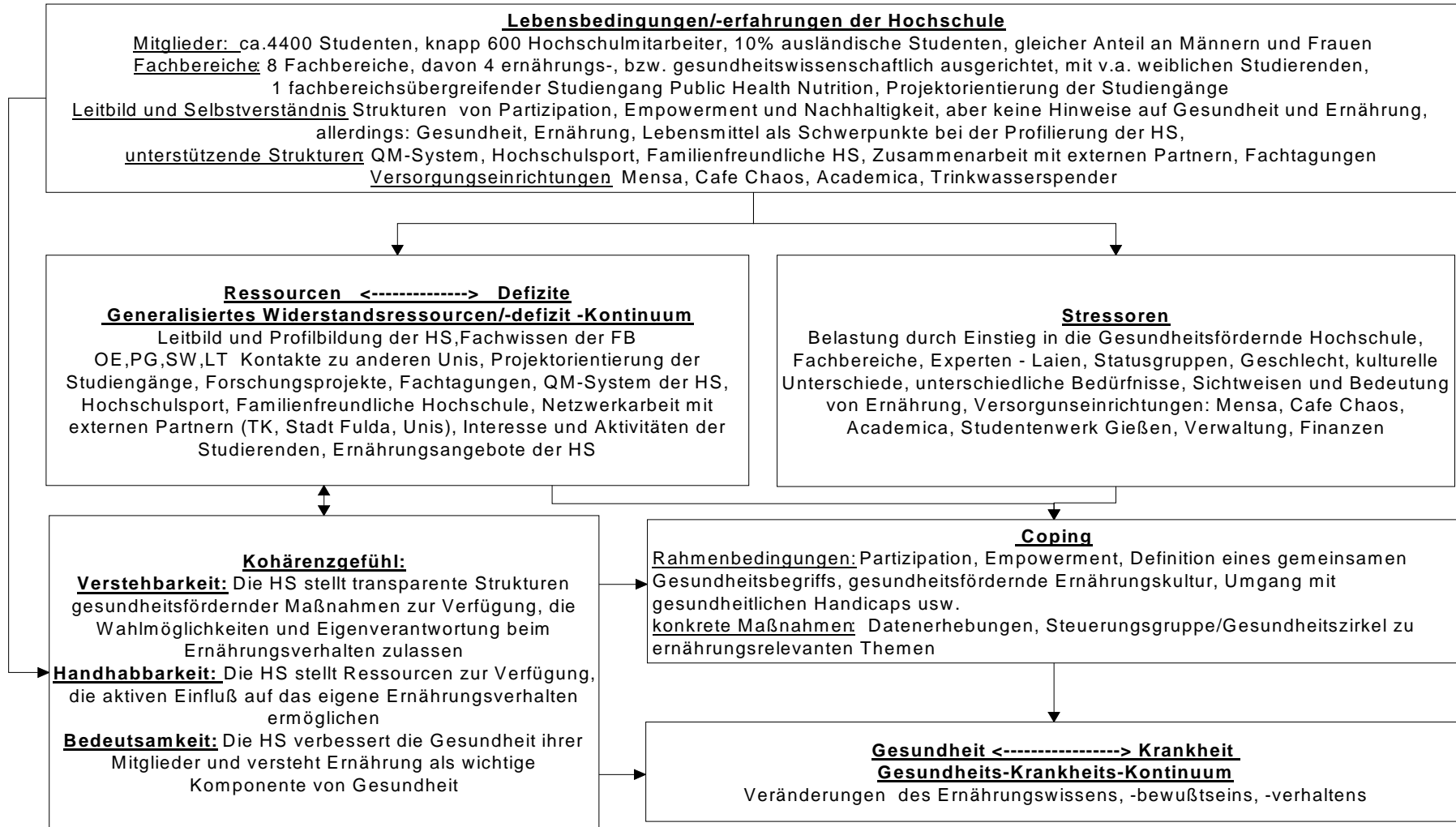
Studierenden in ihrer umfassenden Bedeutung verbesserungswürdig, um der Entstehung ernährungsmitbedingter, chronischer Erkrankungen und möglichem vorzeitigem Tod vorzubeugen (vgl. Kapitel 1). Da hierbei vor allem Lebensstilfaktoren eine große Rolle spielen, sollte versucht werden, möglichst frühzeitig positiven Einfluss auszuüben. Da junge Menschen mit der Aufnahme ihres Studiums einen neuen Lebensabschnitt beginnen, in dem ihr Lebensstil, d.h. eben auch ihre Ernährungsweise und ihr Essverhalten, für einige Jahre entscheidend durch die Hochschule geprägt wird, sollte die Hochschule hier ihre Chance nutzen, zumal, wenn sie über mehrere gesundheits- und ernährungswissenschaftliche Fachbereiche verfügt. Diese Chance könnte die Bereitstellung gesundheitsfördernder Strukturen sein, z.B. das Angebot einer Gesundheitsfördernden Hochschule.

Ausgehend von dem im Kapitel 2.2. beschriebenen Salutogenetischen Modell und damit dem Setting – Ansatz (vgl. Kapitel 2.4.), steht zunächst die Frage nach der konkreten Ausgangssituation der Hochschule Fulda im Vordergrund. Von Bedeutung sind im weiteren die Ressourcen und möglichen Stressoren sowie denkbare Copingstrategien, um den Mitgliedern der Hochschule eine möglichst positive Veränderung auf dem Gesundheits – Krankheits – Kontinuum zu ermöglichen (vgl. Kapitel 2.2.).

*Abbildung 4* (S. 44) gibt hierzu einen Überblick, der im Folgenden näher erläutert wird.



**Abb.4: Vorhandene Ressourcen für eine Gesundheitsfördernde Hochschule Fulda, anhand des salutogenetischen Modells nach Antonovsky (eigene Darstellung)**



## 4.1. Status

### *Hochschulmitglieder*

Das Setting der Hochschule Fulda ist für annähernd 5000 Personen das tägliche Arbeits- und Lebensumfeld. Die Hochschule Fulda hat somit neben ihrer Aufgabe als Arbeitgeber vor allem die Verantwortung als Lern-, Lehr- und Forschungszentrum für knapp 4400 Studenten in acht Fachbereichen. Wie *Tabelle 3* (S. 46) zeigt, ist der Anteil der Männer und Frauen an der Zahl der Studierenden etwa gleich, mit einem geringfügig höheren Frauenanteil. Etwa 10% (430 Studenten) sind ausländische Studierende, diese Zahl liegt knapp unter dem bundesdeutschen Durchschnitt [DAAD 2008]. Bei den ausländischen Studierenden der Hochschule Fulda liegt die Zahl der Männer etwas höher als die der Frauen. Die acht Fachbereiche der Hochschule Fulda sind: Angewandte Informatik (AI), Elektrotechnik und Informationstechnik (ET), Oecotrophologie (OE), Lebensmitteltechnologie (LT), Pflege und Gesundheit (PG), Sozial- und Kulturwissenschaften (SK), Sozialwesen (SW) und Wirtschaft (W). Der zahlenmäßig stärkste Fachbereich ist der Fachbereich Wirtschaft, der kleinste der Fachbereich Lebensmitteltechnologie. Vier der Fachbereiche sind ernährungs- bzw. gesundheitswissenschaftlich ausgerichtet, dies sind die Fachbereiche OE, LT, PG und SW.<sup>2</sup>

Knapp 2000 Studenten, das sind ca. 45%, sind in diesen vier Fachbereichen eingeschrieben. Den Fachbereich OE belegen knapp 10% der Studierenden. Auffallend ist, dass in den vier genannten Fachbereichen die Frauen deutlich überrepräsentiert sind. Im Durchschnitt sind 74% der Studierenden dieser Fachbereiche Frauen, im Fachbereich OE sogar 87%. Diese deutlich erhöhte Frauenquote findet sich bis auf PG auch bei den ausländischen Studenten.

---

<sup>2</sup> Im Folgenden wird unter dem Aspekt Ernährung vor allem auf diese vier Fachbereiche zurückgegriffen, da sie als spezifische Ressourcen der Hochschule Fulda bei der Initiierung einer Gesundheitsfördernden Hochschule von besonderer Bedeutung sind. Selbstverständlich müssen im Gesamtrahmen der Einrichtung einer Gesundheitsfördernden Hochschule alle Fachbereiche entsprechend berücksichtigt werden.

**Tab.3: Zahlenmäßige Verteilung der Studierenden der Hochschule Fulda nach Geschlecht, Herkunft, Fachbereichen**

Fach-bereiche	Männer	Frauen	Inländ. Männer	Inländ. Frauen	Ausländ. Männer	Ausländ. Frauen	Sonstige (Gaststudenten, Beurlaubte etc.)	Gesamt
	2175	2223	1782	1853	223	207	333	4398
AI	678	86	527	51	82	21	83	764
ET	397	50	356	41	32	8	10	447
Oe	56	367(87%)	50	317	0	6(100%)	50	423
Lt	136	220(62%)	118	177	9	21(70%)	31	356
Pg	114	335(75%)	105	317	7	7(50%)	13	449
SK	90	274	74	212	15	58	5	364
SW	221	536(71%)	198	475	4	19(83%)	61	757
W	483	355	354	263	74	67	80	838

Quelle: eigene Tabelle nach Zahlen der Hochschulstatistik Fulda

[www.hs-fulda.de/fileadmin/PS/statistik/studierendenstatistik\\_WS\\_2007\\_k\\_01.pdf](http://www.hs-fulda.de/fileadmin/PS/statistik/studierendenstatistik_WS_2007_k_01.pdf)

Stand 19.06.08

Betrachtet man die Altersstruktur der Studierenden im ersten Semester, so liegt der Anteil der unter 20-jährigen bei den Frauen bei fast 50%, bei den Männern bei rund 43%. Dieser Unterschied könnte durch den Wehr- bzw. Ersatzdienst der Männer zu erklären sein. Bemerkenswert ist der Anteil der über 30-jährigen unter den Erstsemestern. Dieser liegt bei den Frauen bei 7,1%, während er bei den Männern mit 3,8% deutlich geringer ist. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte die Neuorientierung der Frauen nach der Familien- und Kinderphase sein. Die vier genannten Fachbereiche unterscheiden sich hinsichtlich der Herkunftsregionen der Studenten im Erstsemester. Im Fachbereich SW kamen 2007 46% aus dem Großraum Fulda, in PG waren es 41%, in LT 27% und in OE 22%. Vor allem im Fachbereich LT finden sich 14 % ausländische Studenten (13), in SW sind es 4% (7), in PG 4% (5) und in OE lediglich 1% (1) [Hochschule Fulda 2008].

### *Hochschule*

Für diese 5000 Menschen trägt die Hochschule als Organisation Verantwortung. Hierzu gehört u.a. der Erhalt und die Förderung der Gesundheit und damit auch der Leistungsfähigkeit ihrer Mitglieder. Grundlage hierfür sind gesundheitsfördernde Arbeits- und Lernbedingungen an der Hochschule, so auch das Angebot eines dem Hochschulleben und der Hochschularbeit angemessenen, gesundheitsfördernden Essensangebot. In Kapitel 3.4. wurde bereits auf die positiven Erfahrungen mit

Interventionen zur Beeinflussung des Ernährungsverhaltens sowie auf das vielversprechende Potential des Settings Hochschule eingegangen.

Betrachtet man unter diesem Aspekt das Leitbild und das Selbstverständnis der Hochschule Fulda auf der Homepage, so finden sich hier keinerlei Hinweise auf Gesundheit oder Ernährung. Auch unter den Stichworten Gesundheit, Ernährung, betriebliche Gesundheitsförderung oder Sport gibt es dort keine weiteren Informationen. Im Leitbild sind allerdings Strukturen zu erkennen, die im Sinne des Setting – Ansatzes als Partizipation, Empowerment und Nachhaltigkeit zu verstehen sind, deren Bedeutung für die Gesundheitsförderung im Kapitel 2 näher beschrieben wurde. Im Gegensatz zum Leitbild stellen in den Grundsätzen zur Entwicklungsplanung der Hochschule Fulda Gesundheit, Ernährung und Lebensmittel besondere Schwerpunktthemen für die Profilierung der Hochschule dar. Mit dieser Thematik sind in erster Linie die Fachbereiche OE, PG, SW und LT in Forschung und Lehre intensiv befasst. Seit 2006 gibt es im Fachbereich OE den Studiengang Public Health Nutrition (PHN), der zum damaligen Zeitpunkt der erste seiner Art in Deutschland war. Er befasst sich als fachbereichsübergreifender Studiengang zwischen Oecotrophologie und Pflege und Gesundheit direkt mit dem Zusammenhang von Ernährung, Gesundheitsförderung und öffentlicher Gesundheit.

Die Studiengänge der Hochschule Fulda sind projektorientiert, d.h. im Laufe des Studiums werden Projekte als Studienleistungen von den Studierenden durchgeführt. Diese Projekte finden sich unter dem Dach des gemeinnützigen Vereins ProFu. Die drei Schwerpunkte der dortigen Projektarbeit sind:

1. Ernährung und Gesundheit,
2. Ernährungswirtschaft und
3. Leben, Wohnen & Versorgung.

Ein 2008 durch den Stifterverband und die Heinz Nixdorf - Stiftung ausgezeichnetes Qualitätsmanagementsystem der Hochschule Fulda steht im Bereich der Qualitätssicherung und Nachhaltigkeit zur Verfügung. Die Umsetzung eines Qualitätsmanagement - Prozesses zur Gesundheitsförderung ist dort bereits angedacht [mündliche Aussage: Prof. Janssen, März 2008].

Eine bereits existierende gesundheitsfördernde Maßnahme der Hochschule ist der Hochschulsport mit zahlreichen Angeboten. Als weitere gesundheitsfördernde Maßnahme kann auch die Zertifizierung der Hochschule Fulda 2006 als familienfreundliche Hochschule gesehen werden, da durch die Berücksichtigung der

familiären Bedürfnisse von Studierenden mit Kindern eine Verbesserung der Studienbedingungen stattgefunden hat. Weitere Maßnahmen, auch speziell zum Themenbereich Gesundheit und Ernährung, finden sich nicht.

### *Verpflegungsangebote*

Für die Verpflegung der Mitarbeiter und Studierenden der Hochschule Fulda ist in erster Linie die vom Studentenwerk Gießen getragene Mensa zuständig. Die heutige Mensa wurde im Oktober 1976 mit dem Anspruch eröffnet, mehr als ein Speisesaal zu sein. Der Mensabau ist mittlerweile überaltert und seine Größe reicht vor allem in den Hauptstoßzeiten der Mittagspausen nicht mehr aus, da die Zahl der Nutzer durch die mittlerweile deutlich gewachsene Hochschule gestiegen ist. Verschärfend kommt hinzu, dass durch allgemeine Raumnot die Mensa von den Studierenden häufig als Arbeitsplatz genutzt wird. Das Ambiente der Mensa entspricht einer Kantine und wirkt wenig gemütlich, ansprechend oder erholfördernd, wenngleich das Studentenwerk durch eine neue Bestuhlung, verstärkte Gliederung des Raumes durch Trennwände bzw. einen Netpoint versucht hat, eine positive Veränderung vorzunehmen. Die Mensa bietet 330 Sitzplätze, die durch zahlreiche Tische und Bänke im Freien ergänzt werden, die im Sommer von den Gästen viel und gerne genutzt werden. Täglich werden in zwei bis drei Schichten zwischen 680 und 700 Essen ausgegeben, bei einer maximalen Kapazität von 900 Essen. Dies ist eine relativ niedrige Versorgungsquote von rund 14%. Die Gäste der Mensa sind zu über 80% Studenten. Aber auch die Mitarbeiter der Hochschule, in geringem Maße auch externe Gäste aus dem angrenzenden Wohngebiet bzw. den angrenzenden Arbeitsstätten, nutzen die Mensa. Für die Kinder von Studenten bietet die Mensa beim Kauf eines Hauptgerichts ein kostenloses Kinderessen an. Kinder von Hochschulmitarbeitern oder externen Gästen zahlen reduzierte Preise. Dieses Kinderangebot wird allerdings kaum genutzt. Die Preise für die drei täglich variierenden, angebotenen Hauptgerichte sind für Studierende, Mitarbeiter und externe Gäste jeweils unterschiedlich. Sie betragen für Studierende 1,50 bis 6,40 Euro, für Mitarbeiter sind sie um 2,00 Euro, für externe Gäste um 2,50 Euro teurer. Die Beilagen der Menüs können teilweise frei gewählt werden. Zusätzlich zu den Menüs bietet die Mensa ein Salatbuffet, eine Auswahl an Obst und Gebäckstücken, belegte Brötchen, Suppe, Kalt- und Warmgetränke, Snacks und Süßigkeiten an. Als Menüs werden meist ein frittiertes Gericht, häufig ein Nudelgericht und immer ein vegetarisches Gericht angeboten. Damit reagierte das Studentenwerk auf das spezielle Klientel der Hochschule Fulda, zu dem eine relativ große Anzahl an Vegetariern zählt. Gesundheitshinweise, z.B. die Kalorienzahl oder

die Nährstoffzusammensetzung finden sich nicht, ebenso keine gesonderten Angebote für Diabetiker oder Allergiker. Der Einkauf der Lebensmittel wird zentral über das Studentenwerk Gießen gesteuert. Regionale Produkte bzw. Bioprodukte werden angeboten, so etwa Kartoffelgerichte und Backwaren, teilweise auch Getränke. Der Anteil an regionalen Bioprodukten soll stetig erweitert werden. Die Mensa arbeitet hier mit dem ortsansässigen Antoniusheim zusammen. Ein Grossteil der Gerichte wird von den Mensamitarbeitern frisch zubereitet, etwa Gemüse, Eintöpfe oder Nachtische. Das Kaffeeangebot wird ausschließlich durch Transfair – Kaffee abgedeckt. Die Freundlichkeit des Personals gegenüber den Gästen ist besonders zu erwähnen. Die Mensa ist während des Semesters i.d.R. zwischen 7.30 Uhr und 18.15 Uhr geöffnet, mittwochs nur bis 17.00 Uhr und freitags bis 14.30 Uhr. Samstags hat die Mensa von 9 -14 Uhr geöffnet. Sonntags bleibt sie geschlossen, da sich nach einer Testphase die Öffnung der Mensa an Sonntagen nicht gelohnt hat. Warmes Essen wird von Montag bis Freitag zwischen 11 und 14 Uhr angeboten. In den Semesterferien verkürzen sich die Öffnungs- und Angebotszeiten für warmes Essen, am Samstag bleibt die Mensa in den Ferien geschlossen. Da die Mensa nur über einen Versorgungsauftrag für die Hochschule verfügt, betreibt sie kein Catering außer Haus. Sie übernimmt aber durchaus die Bewirtschaftung für hochschulinterne Veranstaltungen. Insgesamt leidet die Mensa sowohl im Bereich der Speisenzubereitung, - abgabe und - lagerung wie auch im Sitzbereich unter akuter Raumnot, weshalb im Zuge der Neugestaltung des Campus der Hochschule Fulda ein Mensaneubau geplant ist, von dem sich das Studentenwerk eine deutliche Verbesserung des Angebots verspricht und eine Verdoppelung der Versorgungsquote anstrebt [Studentenwerk 2008, mündliche Aussagen: Frau Hagspihl, Studentenwerk Giessen, 19.06.2008].

Neben dem Marktführer Mensa stellt das Cafe Chaos an der Hochschule Fulda ein zweites Verpflegungsangebot dar. Es wird als ältestes studentisches Studienprojekt des Fachbereichs Oecotrophologie als wirtschaftlicher Geschäftsbetrieb im Rahmen des gemeinnützigen Vereins ProFu in Selbstverwaltung geführt und definiert sich selbst als Informations-, Kultur- und Kommunikationszentrum mit integrativer Verköstigung. Das Cafe Chaos versteht sich neben der Mensa als Zusatzangebot zur Grundversorgung und kleine Alternative, bzw. Avantgarde im Bereich Verpflegung für die Hochschulmitglieder. Es bietet vier verschiedene Verpflegungslinien an: Zunächst die Bistrolinie mit dem Angebot eines Frühstücks und kleinen Mahlzeiten, wie belegte Brötchen oder Snacks. Als zweite Linie wird der Mittagstisch angeboten. Täglich werden zwischen 40 und 60 Essen ausgegeben, die maximale Auslastung des Cafe Chaos liegt bei 100 Essen. Diese werden in der Versuchsküche des Fachbereichs OE hergestellt. Das Mittagessen besteht aus drei Komponenten, für Kinder aus zwei

Komponenten. Die dritte Angebotslinie ist die Abendverpflegung, wobei diese je nach Art der Abendveranstaltung unterschiedlich ist. Sie reicht vom Angebot von Knabbersachen bis zum Büffet. Die vierte Linie umfasst das Catering. Hierunter zählen die Bewirtung zu besonderen Anlässen an der Hochschule, wie Verabschiedungen, Fachtagungen etc., allerdings auch die zur Zeit laufende Aktion Schulverpflegung für kleine Schulen, wie die benachbarte Marquardschule, an der v.a. Kinder von Studierenden unterrichtet werden. Angeboten und verarbeitet werden im Cafe Chaos seit 2002 ausschließlich hochwertige, ökologische, vorzugsweise regionale Produkte. Als Zulieferer spielen das in Fulda ansässige Antoniusheim und das Projekt FoodCoop eine besondere Rolle. Beim Verpflegungsangebot v.a. im Bereich der Schulverpflegung werden die Bedürfnisse und Defizite in der Ernährung der entsprechenden Statusgruppe besonders berücksichtigt. Diese Aufgabe wird durch die wissenschaftliche Betreuung durch drei Projektgruppen im Rahmen der Arbeit von ProFu geleistet. Das Cafe Chaos hat täglich von 8.30 – 16.30 Uhr geöffnet, abends je nach Bedarf, wenn Veranstaltungen angeboten werden. Regelmäßig finden dienstags und mittwochs Veranstaltungen statt. Häufig stehen diese Veranstaltungen in Zusammenhang mit Ernährungsfragen, z.B. Transfair – Kaffee und dienen der Auseinandersetzung mit der Thematik, bzw. der Vorbereitung der Einführung des jeweiligen Produkts im Cafe Chaos [Cafe Chaos 2008, mündliche Aussagen: Herr Puin, Verein ProFu, 18.06.2008].

Eine weiteres Verpflegungsangebot bietet die privat geführte Gaststätte Academica, die sich in der Nachbarschaft des studentischen Servicecenters befindet. Sie bietet neben Mittagsmahlzeiten, zahlreichen Snacks auch ein Frühstücksbüfett an. Sie hat zusätzlich einen Biergarten und wird von Hochschulmitgliedern, aber auch von anderen Besuchern stark frequentiert. Die Öffnungszeiten liegen zwischen 9.30 Uhr und 24 Uhr, die Preisspanne ist durch das reichhaltige Angebot sehr groß. Vor allem das Ambiente ist gegenüber der Mensa deutlich ansprechender [Academica 2008].

Das Verpflegungsangebot an der Hochschule wird seit 2007 durch zwei kostenlose Trinkwasserspender ergänzt, die von den Studenten v.a. im Sommer gerne genutzt werden. Ihre Wartung wird durch den Hausmeister der Hochschule durchgeführt.

In unmittelbarer Nachbarschaft zur Hochschule gibt es einen Discounter, der von den Hochschulmitgliedern zwar für den Einkauf für den häuslichen Bedarf genutzt wird, weniger aber für die Verpflegung während des Tages.

## *Umfeld der Hochschule*

Zum Umfeld der Hochschule Fulda gehören die Stadt Fulda sowie die angrenzenden Gemeinden Petersberg und Künzell, wobei seit der Gründung der Hochschule zwischen Stadt und Hochschule ein enger und guter Umgang gepflegt wird. Fulda beteiligt sich nicht am Gesunde Städte Programm der WHO, auch auf der städtischen Homepage findet sich kein Hinweis zu den Themen Ernährung und Gesundheit. Von den zahlreichen Schulen in Fulda nimmt nur eine Grundschule, die Adolf – von Dalberg – Schule an dem Projekt Gesundheitsfördernde Schulen teil [Fulda 2008].

Externer Partner im Bereich der Gesundheitsförderung durch den Hochschulsport ist die Techniker Krankenkasse. Die Hochschule arbeitet mit ihrem Umfeld in verschiedenen Projekten zusammen. Der Fachbereich OE hat beispielsweise zum Thema Ernährung gemeinsame Projekte mit der Stadt Fulda, wie das Stadtteilprojekt Kohlhaus oder die Kinderuni Fulda. Er arbeitet aber auch mit regionalen Lebensmittelanbietern, z.B. im Projekt Sinne und Sensorik, zusammen. Der Fachbereich Oecotrophologie organisiert zudem regelmäßig Fachtagungen, bei denen u.a der Einfluss der Ernährung auf die Gesundheit thematisiert wird, wie beispielsweise 2006 die Fachtagung „weniger – bunter – älter“ [Hochschule Fulda 2008].

## **4.2. Ressourcen**

Diese Ausgangssituation der Hochschule Fulda stellt auch bereits ihre Ressourcen dar, die das gesundheitsfördernde Potential der Hochschule Fulda bilden. Im Folgenden soll, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, ausgelotet werden, welche Möglichkeiten diese Ressourcen der Hochschule Fulda für die Entwicklung einer Gesundheitsfördernden Hochschule bieten, und wie sie eventuell erweitert werden könnten. In den *Tabellen 4 bis 11* auf den folgenden Seiten werden die Ressourcen und Potentiale der Hochschule Fulda aufgezeigt, die im Folgenden näher erläutert werden sollen.

### *Selbstverständnis und Leitbild*

*Tabelle 4* (S. 52) zeigt als erste Ressource das Selbstverständnis, bzw. das Leitbild der Hochschule Fulda. Obwohl dort ein direkter Bezug zu Gesundheit und Ernährung fehlt, finden sich doch Forderungen, die im Sinne von Partizipation, Empowerment und Nachhaltigkeit Voraussetzungen für die Arbeit in einem gesundheitsfördernden Setting sind. So wird die Förderung der Entwicklung verantwortungsbewusster



Persönlichkeiten, fundierte kritische Reflexion der Zusammenhänge zwischen Individuum, Gesellschaft und Umwelt und die Bereitschaft zur Übernahme sozialer und ökologischer Verantwortung genannt. Ebenso wird die Mitwirkung an der Selbstverwaltung der Hochschule als Recht und Pflicht aller Mitglieder angesehen. Auch die Mitwirkung an einer nachhaltigen Verbesserung der Lebensqualität wird formuliert und die Bedeutung des Praxisbezugs von Forschung und Lehre betont, der u.a. durch verpflichtende Studienprojekte aller Studiengänge gefördert werden soll. Auch wird hier interdisziplinäre und fachbereichsübergreifende Kooperation auf hochschulinterner, regionaler, nationaler und internationaler Ebene genannt, die im Zusammenhang mit einem gesundheitsfördernden Setting – Ansatz von besonderer Bedeutung sind [Hochschule Fulda 2008]. Die Hochschule Fulda hat das Potential, durch Anwendung und Nutzung dieser Strukturen und Prinzipien die Entstehung und Stärkung von Gesundheit an der Hochschule Fulda zu fördern. Eine durch Konsens aller Mitglieder der Hochschule formulierte Definition von Gesundheit und die Beschreibung gemeinsamer Gesundheitsziele für die Hochschule Fulda könnten so erreicht werden. Auf diesem Wege könnte sich eine förderliche Gesundheitskultur an der Hochschule entwickeln (vgl. Kapitel 3). Diesen Zusammenhang im Leitbild zu fixieren und Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe der Hochschule zu betreiben, wären dann Aufgaben der Hochschulleitung. Eine Einbindung der Hochschulleitung als Grundvoraussetzung für den Erfolg einer Gesundheitsfördernden Hochschule wäre somit gegeben.

**Tab.4: Ressourcen und Potentiale im Selbstverständnis und Leitbild der Hochschule Fulda**

Ressourcen	Potentiale
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Partizipation, Empowerment, Nachhaltigkeit</li> <li>✓ Förderung verantwortungsbewusster Persönlichkeiten</li> <li>✓ fundierte kritische Reflexion</li> <li>✓ Bereitschaft zur Übernahme sozialer und ökologischer Verantwortung</li> <li>✓ Mitwirkung an Selbstverwaltung</li> <li>✓ Verbesserung der Lebensqualität</li> <li>✓ Praxisbezug</li> <li>✓ Interdisziplinäre, fachbereichsübergreifende Kooperation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Entwicklung und Aufnahme eines gemeinsamen Gesundheitsbegriffs im Leitbild</li> <li>➤ Entwicklung einer Gesundheitskultur an der Hochschule</li> <li>➤ Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe der Hochschule</li> <li>➤ Einbindung der Hochschulleitung</li> </ul>

Quelle: Eigene Darstellung

## *Profilbildung*

Ein zweiter, diese Ressourcen ergänzender Ansatz, findet sich in den Grundsätzen zur Entwicklungsplanung der Profilbildung der Hochschule, wie in *Tabelle 5* (S.54) zu sehen. Dort wird den Themen Gesundheit, Ernährung und Lebensmitteln eine besondere Bedeutung zugemessen. Diese Schwerpunktsetzung tangiert in erster Linie die vier gesundheits- bzw. ernährungswissenschaftlichen Fachbereiche OE, PG, LT und SW [Hochschule Fulda 2008]. Sie gehören zu den wichtigsten Ressourcen der Hochschule Fulda bei der Initiierung und Entwicklung einer Gesundheitsfördernden Hochschule. Diese vier Fachbereiche stellen mit Forschung und Lehre ihr Fachwissen zu Gesundheit und Ernährung auf hohem, wissenschaftlichem Niveau zur Verfügung. Inhalte der einzelnen Fachbereiche sind beispielsweise im Fachbereich Lebensmitteltechnologie u.a. die ernährungsphysiologische Bedeutung von Lebensmitteln. Der Fachbereich Pflege und Gesundheit betreibt Gesundheitsförderung und Prävention als einen Schwerpunkt seiner Forschungs- und Entwicklungstätigkeit. Gesundheitsförderung im Rahmen psychosozialer Beratung stellt einen Schwerpunkt des Fachbereichs Sozialwesen dar. Für den Fachbereich Oecotrophologie sind Ernährung und Gesundheit eines von drei Kernthemen [Hochschule Fulda 2008]. Durch diese vier Fachbereiche vor Ort besteht eine besondere Chance, die kurzen Wege zur schnelleren und unkomplizierteren Kommunikation für eine interdisziplinäre und fachbereichsübergreifende Zusammenarbeit zu nutzen. Vor allem die Verknüpfung der verschiedenen Aspekte und Sichtweisen des ganzheitlichen Ansatzes der Gesundheitsförderung könnte die Forschung durch eine sich ergänzende Zusammenarbeit richtungsweisend vorantreiben (vgl. Kapitel 2.5.). Es bestehen an der Hochschule Fulda bereits solche Strukturen interdisziplinärer und fachbereichsübergreifender Zusammenarbeit, beispielsweise in dem fachbereichsübergreifenden Studiengang Public Health Nutrition, der sich speziell mit dem Aspekt Ernährung und Gesundheitsförderung befasst. Solche Ansätze sind erweiterungsfähig und könnten vertieft werden. Darüber hinaus wird die Forschungstätigkeit der genannten vier Fachbereiche durch regionale, nationale und internationale Zusammenarbeit mit anderen Hochschulen unterstützt. So bestehen enge Kontakte z.B. zur Uni Kassel und zur Uni Marburg, zu weiteren Unis in Finnland, Polen, Russland, Schweiz, Italien, Iran und Korea sowie USA und Australien. Insgesamt gibt es 64 bilaterale Kooperationen mit anderen Hochschulen [mündliche Aussage: Frau Kohlenberg-Müller, Hochschule Fulda, Fachbereich OE, 18.07.2008]. Durch den fachlich, inhaltlichen Bezug zur Thematik, sollten v.a. diese vier ernährungs- und gesundheitswissenschaftlich ausgerichteten Fachbereiche die Verankerung der Gesundheitsförderung im Leitbild

der Hochschule Fulda forcieren, die Durchführung von Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe in der gesamten Hochschule einfordern und die Entwicklung zu einer Gesundheitsfördernden Hochschule anstreben.

**Tab. 5: Ressourcen und Potentiale durch die Profilbildung der Hochschule Fulda**

Ressourcen	Potentiale
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Besondere Bedeutung von Gesundheit, Ernährung und Lebensmittel</li> <li>✓ Forschung, Lehre und Fachwissen der Fachbereiche OE, PG, LT, SW</li> <li>✓ fachbereichsübergreifender Studiengang PHN</li> <li>✓ regionale, nationale und internationale Zusammenarbeit mit anderen Hochschulen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ interdisziplinäre und fachbereichsübergreifende Zusammenarbeit durch kurze Wege und schnelle Kommunikation</li> <li>➤ Verknüpfung verschiedener Aspekte und Ansätze der ganzheitlichen Gesundheitsförderung vor Ort</li> <li>➤ Ausbau des Angebots an fachbereichsübergreifenden Studiengängen</li> <li>➤ eigene Zieldefinition für die Fachbereiche OE, PG, LT, SW:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheitsförderung im Leitbild</li> <li>• Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe</li> <li>• Aufbau einer Gesundheitsfördernden Hochschule</li> </ul> </li> </ul>

Quelle: Eigene Darstellung

### *Fachbereich Oecotrophologie*

Der Fachbereich OE stellt eine weitere Ressource dar, wie in *Tabelle 6* (S.55) zu sehen ist. Zunächst findet sich innerhalb des Fachbereichs OE eine personelle Ressource. Frau Prof. Dr. Kathrin Kohlenberg-Müller ist als Mitglied dieses Fachbereichs und Studiengangsleiterin von PHN zugleich Vizepräsidentin der Hochschule Fulda. In dieser Eigenschaft ist sie u.a. auch für den Schwerpunkt Lehre und Studium zuständig. Diese beiden Ebenen, die direkte Verbindung zwischen Fachbereich und Hochschulleitung und die Verknüpfung von Theorie und Praxis, von Lehre und Studium könnten die Etablierung einer Gesundheitsfördernden Hochschule befördern. Gerade dieser Praxisbezug und die anwendungsorientierte Forschung und Lehre stellen ein besonderes Anliegen von Hochschule und Fachbereichen dar. Dieser Praxisbezug besteht bereits durch zahlreiche Außenkontakte und Zusammenarbeit mit externen Partnern. Die Übertragung der wissenschaftlichen Lehrinhalte und Forschungsergebnisse in die eigene Arbeits- und Lebenswelt der Hochschule wird allerdings noch zu wenig genutzt und stellt somit noch ein großes, ungenutztes Potential der Hochschule Fulda dar. Der angestrebte Praxisbezug könnte stärker hergestellt werden, indem beispielsweise Studienleistungen, wie Seminararbeiten, Haus- oder Gruppenarbeiten, Bachelor- oder Diplomarbeiten stärker an dem eigenen

Setting orientiert wären. So könnten anstelle der Nährwertberechnung der Menüs von Kindertagesstätten ersatzweise die Menüs der Mensa berechnet werden, um die Ergebnisse dann aufzuarbeiten und gegebenenfalls Veränderungen zu bewirken. Zu Übungszwecken durchgeführte Befragungen zur Ernährungsweise und Essverhalten ausländischer Studenten oder der Arbeitsplatzsituation der Mensamitarbeiter könnten ausgewertet, diskutiert und im Sinne der Gesundheitsförderung zu Verbesserungsmaßnahmen verwendet werden, anstelle ungenutzt in der Ablage zu verschwinden. Diese direkte Übertragung wissenschaftlicher Inhalte und Erkenntnisse auf die praktische Ebene sowie eine Überprüfung der Effektivität ergriffener Maßnahmen vor Ort, böten Gelegenheiten, Studierende durch Partizipation und Empowerment an der Umsetzung von Theorie in Praxis zu beteiligen, wie beispielsweise die erfolgte Installation von Trinkwasserspendern als Ergebnis studentischer Projektarbeit. Die Nutzung der Aktivität und Eigeninitiative der Studierenden direkt im eigenen Umfeld wären gelebte Realität von Partizipation und Empowerment (vgl. Kapitel 2.3. und 2.4.). Auch dies wäre eine weitere, ausbaufähige Ressource für eine Gesundheitsfördernde Hochschule in Fulda.

**Tab. 6: Ressourcen und Potentiale der Hochschule Fulda durch den Fachbereich Oecotrophologie**

<b>Ressourcen</b>	<b>Potentiale</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ personelle Ressource durch die Vizepräsidentin als Mitglied des Fachbereichs OE und Zuständige für die Verbindung von Lehre und Studium</li> <li>✓ Praxisbezug und Anwendungsorientierung von Forschung und Lehre</li> <li>✓ Außenkontakte, Zusammenarbeit mit externen Partnern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Verknüpfung der Ebenen Fachbereich und Hochschulleitung und Theorie und Praxis</li> <li>➤ Intensivierung der Übertragung von wissenschaftlichen Lehrinhalten und Forschungsergebnissen in die Arbeits- und Lebenswelt der eigenen Hochschule</li> <li>➤ Studienleistungen verstärkt am eigenen Setting orientieren, verwerten der Ergebnisse, Übertragung in die Praxis der Hochschule, Evaluation der Maßnahmen</li> <li>➤ Ausbau von Partizipation und Empowerment durch Nutzung von Aktivität und Eigeninitiative der Studierenden</li> </ul>

Quelle: Eigene Darstellung

### *Projekte*

In diesem Zusammenhang stehen auch, wie *Tabelle 7* (S.59) zeigt, die verpflichtenden Studienprojekte, die unter dem Dach des Vereins ProFu durchgeführt werden. Hier finden sich unter dem Schwerpunkt Ernährung und Gesundheit Projekte wie:

- Allergie und Ernährung,
- Sport und Ernährung,
- EvE (Ernährungswissen versus Ernährungsverhalten),
- WEGA (bewusstes Ernährungsverhalten),
- FoodKids (Vollwerternährung für Kinder und Jugendliche, Übergewicht bei Kindern)
- und Heilpflanzenkunde.

Aber auch Projekte aus den Bereichen Ernährungswirtschaft, wie

- Innovatives Regionalmanagement (z.B. Organisation eines Öko-Bauernmarktes),
- QualLe (Qualitätsmanagement in der Gemeinschaftsverpflegung)
- oder Sinne und Sensorik

könnten als Ressourcen für eine Gesundheitsfördernde Hochschule genutzt werden.

Aus dem Bereich Haushaltsbezogene Dienstleistungen sind die Projekte

- FoodCoop (Biovermarktung auf dem Campus)
- und vor allem das Projekt Cafe Chaos

zu nennen. Aber auch zahlreiche Projekte, die bereits beendet wurden, deren Inhalte aber in dem hier vorliegenden Zusammenhang durchaus von Interesse wären, könnten wieder aufgegriffen werden oder als Informations- und Erfahrungsquelle dienen, zumal deren Leiter zum Teil heute noch an der Hochschule Fulda tätig sind. Da wären zu nennen:

- Arbeit – Umwelt – Betrieb (Arbeit und Ernährung),
- Ernährungsberatung,
- Ernährung und Religion,
- Biomobil,
- UGGV (Umweltberatung für Gastronomie und Gemeinschaftsverpflegung),
- Vollwerternährung in der Gemeinschaftsverpflegung,
- Wellteam (betriebliche Gesundheitsförderung) und
- WIP (Wissen, Information über ökologische Produkte, Einfluss auf das Konsumverhalten).

Interessant wäre auch das Projekt EssZess, das sich mit der Umsetzung der theoretischen Grundlagen der Gemeinschaftsverpflegung in die Praxis und mit der Umgestaltung des Mensaraums beschäftigt hatte. Das Projekt Innovation führte Umfragen zu Essgewohnheiten und Trends in der Ernährung an der Hochschule Fulda durch [ProFu 2004]. All diese Projekte stellen Ressourcen dar, um Theorie in Praxis umzusetzen. Auch böte sich in den Projekten fachbereichsübergreifende

Zusammenarbeit an, bzw. Zusammenarbeit mit dem Umfeld der Hochschule, wie etwa im Projekt Cafe Chaos. Tatsächlich aber werden gerade diese Ressourcen nicht optimal genutzt, Arbeit und Ergebnisse dieser Projekte finden nur selten Eingang in die Praxis der eigenen Hochschule. Veränderungen im Alltag der Hochschule sind v.a. für die Studierenden zu selten spürbar. Ein positives Beispiel ist die Einrichtung zweier Trinkwasserspender auf dem Hochschulgelände als Ergebnis der Arbeit des Projekts Mensa des Studiengangs Public Health Nutrition zur Verbesserung der Flüssigkeitsversorgung von Studenten. Allerdings liegt weiteres Verbesserungspotential in diesem Projekt. So müssten weitere Trinkwasserspender, vor allem in den Bereichen der Hochschule eingerichtet werden, die weiter entfernt von der Mensa liegen. Außerdem müsste die Kennzeichnung und Bewerbung dieser Anlagen sowie die Information über die Bedeutung ausreichender Flüssigkeitsversorgung, z.B. für die geistige Leistungsfähigkeit, deutlich verbessert werden, damit die Studierenden sie überhaupt zur Kenntnis nehmen und nutzen. Aus Projekten müssten und könnten nachhaltig wirksame Maßnahmen hervorgehen, die evaluiert und weiterentwickelt würden. Das positivste Beispiel im Bereich Ernährung dürfte das Projekt Cafe Chaos sein. Dieses älteste Projekt des Fachbereichs OE stellt die gelungene, nachhaltige Umsetzung und Anwendung der Theorie unter aktiver Einbeziehung der Studenten in die Praxis der eigenen Hochschule dar. Durch curricular eingebundene Maßnahmen, eine kommunikative Arbeitsweise mit kurzen Entscheidungswegen und Nutzung des wissenschaftlichen Interesses der Beteiligten werden hier die Prinzipien des salutogenetischen Ansatzes, Partizipation, Empowerment und Nachhaltigkeit, wie in Kapitel 2.2. bis 2.4. dargestellt, verwirklicht. Die Einbindung des Projekts in die direkte Arbeits- und Lebenswelt der Hochschule unter Einbeziehung des Umfelds kann als Beispiel von *Best Practice* gesehen werden und sollte als hervorragende Ressource stärker genutzt werden. Eine Bereitschaft zur Zusammenarbeit und Interesse dieses Projekts an einer Gesundheitsfördernden Hochschule liegt vor. Die geplante Übernahme des alten Mensagebäudes nach dem Mensaneubau durch das Cafe Chaos, könnte ebenfalls zu einer Ressourcenausweitung führen.

Die Entdeckung der eigenen Hochschule als Forschungsgegenstand und praktisches Erprobungsfeld durch die Fachwissenschaften könnte und sollte forciert werden. Durch eine intensivere Ausnutzung dieser Ressource ließe sich eine größere Nachhaltigkeit erreichen. Eigene praktische, positive Erfahrungen während der Ausbildung zukünftiger Generationen von Praktikern, Forschern und Entscheidungsträgern würden gesundheitsfördernde Denkweisen in die unterschiedlichsten gesellschaftlichen Sektoren einbringen. Dieser Effekt würde sich nicht nur bei den Studierenden der

gesundheits- und ernährungswissenschaftlichen Fachbereiche einstellen, sondern auch auf und durch die Studierenden der anderen Fachrichtungen wirken.

Auch vom Fachbereich Oecotrophologie durchgeführte Forschungsprojekte oder Fachtagungen könnten bei entsprechender inhaltlicher Ausrichtung als Ressourcen für den Aufbau einer Gesundheitsfördernden Hochschule in Fulda dienen.

Beispielhaft ist hier das Forschungsprojekt „take 5–4U“ zu nennen, das von den Professoren Dr. Georg Koscielny, Dr. Christoph Klotter und Dr. Anja Kroke, alle Mitglieder des Fachbereichs Oecotrophologie, betreut wird. Projektziel ist eine Schulgastronomie, die eine optimierte Schulverpflegung unter Berücksichtigung der zielgruppenspezifischen Bedürfnisse und vorhandener interner und externer Strukturen anbietet sowie eine positive, nachhaltige Einflussnahme auf das Ernährungsverhalten ausübt. Das Projekt strebt eine *„integrierte Betrachtung der soziokulturellen, wirtschaftlichen und präventiven Dimension von Ernährung sowie praktische und nachvollziehbare Handlungshilfen im Setting Schule“* [Koscielny et al. 2008: 5] als Lern- und Lebensraum an. Durch die Bündelung *„schulischer, wissenschaftlicher und wirtschaftlicher Kräfte“* [Koscielny et al. 2008: 9] soll Gesundheitsprophylaxe in Schulen und damit Ernährungsbildung in Deutschland möglichst flächendeckend und nachhaltig verbessert werden. Manager eines solchen Konzepts sollte ein speziell ausgebildeter Schuloecotrophologe sein. Das Projekt baut auf bereits vorhandenen Forschungsergebnissen auf. In jedem Fall sollten die Erfahrungen und Ergebnisse dieses Forschungsprojekts als hervorragende, gut übertragbare Quelle vor Ort genutzt werden. Was spricht gegen einen Hochschuloecotrophologen? Auch hier gibt es noch sehr viel ungenutztes und ausbaufähiges Potential.

Darüber hinaus wäre eine Kontaktaufnahme und Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen in jedem Fall eine wichtige, motivierende und erfolgversprechende Ressourcenerweiterung.

**Tab. 7: Ressourcen und Potentiale durch die Projekte der Hochschule Fulda**

Ressourcen	Potentiale
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ laufende Studienprojekte</li> <li>✓ frühere Studienprojekte</li> <li>✓ Forschungsprojekte</li> <li>✓ Ausbildung zukünftiger Praktiker, Forscher und Entscheidungsträger</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ fachbereichsübergreifende Zusammenarbeit der Projekte</li> <li>➤ verstärkte Zusammenarbeit: Projekte – Umfeld</li> <li>➤ verstärkte Umsetzung der Projektarbeit in den Hochschulalltag</li> <li>➤ Weiterentwicklung und Evaluation der Projekte</li> <li>➤ Synergieeffekte durch Nutzung der Erfahrungen des Projekts Cafe Chaos und des Forschungsprojekts „take5-4U“</li> <li>➤ Optimierung des Projekts Flüssigkeitsversorgung an der Hochschule</li> <li>➤ Nutzung der eigenen Hochschule als Forschungsgegenstand und praktischem Erprobungsfeld</li> <li>➤ nachhaltige Ressourcennutzung</li> <li>➤ gesundheitsfördernde Einflussnahme auf unterschiedliche gesellschaftliche Sektoren durch positive Erfahrungen der Studierenden</li> <li>➤ intensivierte Auseinandersetzung mit der Thematik durch Forschungsprojekte und Fachtagungen der Hochschule</li> <li>➤ Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen</li> </ul>

Quelle: Eigene Darstellung

### *Qualitätsmanagement*

Als weitere wichtige Ressource zeigt *Tabelle 8* (S.60) das Qualitätsmanagement der Hochschule Fulda. Ziel dieses Qualitätsmanagements ist neben der allgemeinen Verbesserung der Qualität der Hochschule u.a. auch speziell die Verbesserung der Studiensituation und der Dienstleistungsabläufe, wozu auch eine geeignete und optimierte Versorgung im Bereich der Ernährung der Studierenden gehört. Auch hier bietet sich eine personelle Ressource an. Das Qualitätsmanagement der Hochschule Fulda wird von Herrn Prof. Dr. Johann Janssen aus dem Fachbereich Oecotrophologie bearbeitet und betreut. Durch seine fachlich, inhaltliche Nähe zur hier beschriebenen Problematik, könnte dies eine große Chance für die besondere Berücksichtigung und Einbeziehung des Ernährungsaspekts im Qualitätsmanagement - System der Hochschule sein. Die Erstellung eines Prozesses für den Bereich der Gesundheitsförderung zur systematischen Planung, Koordination, Durchführung und Evaluation entsprechender Maßnahmen ist bereits angedacht und könnte und sollte als ein grundlegender Baustein einer Gesundheitsfördernden Hochschule genutzt werden. Durch das QM - System wäre die Nachhaltigkeit und Evaluation entsprechender gesundheitsfördernder Maßnahmen gesichert, wodurch ein weiterer Aspekt eines erfolgreichen gesundheitsfördernden Settings abgedeckt wäre (vgl. Kapitel 2.4.).



**Tab. 8: Ressourcen und Potentiale durch das Qualitätsmanagement der Hochschule Fulda**

<b>Ressourcen</b>	<b>Potentiale</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Verbesserung der Studiensituation und der Dienstleistungsabläufe</li> <li>✓ personelle Ressource durch den Leiter des Qualitätsmanagements als Mitglied des Fachbereichs OE</li> <li>✓ Gesundheitsförderung als Teil des Qualitätsmanagements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Optimierung der Versorgung im Bereich Ernährung</li> <li>➤ Verknüpfung QM und OE</li> <li>➤ systematische Planung, Koordination, Durchführung und Evaluation von gesundheitsfördernden Maßnahmen</li> <li>➤ Nachhaltigkeit der Maßnahmen</li> </ul>

Quelle: Eigene Darstellung

### *Vorhandene gesundheitsfördernde Aktivitäten*

Tabelle 9 (S. 61) zeigt, dass auch in den wenigen, bereits vorhandenen gesundheitsfördernden Maßnahmen, wie dem Hochschulsport oder der Zertifizierung der Hochschule Fulda zu einer familienfreundlichen Hochschule, ausbaufähige Ressourcen liegen, die durch ihre praktische Erfahrung auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung zu Synergieeffekten führen könnten, wie z. B. der Umgang mit verwaltungstechnischen Fragen und Problemen. Die Zertifizierung zur familienfreundlichen Hochschule als gesundheitsfördernder Maßnahme zeigt die Bereitschaft der Hochschule, besondere Bedürfnisse ihrer Mitglieder zu erkennen und zu berücksichtigen. Diese Einstellung könnte auf andere Bereiche, wie gesundheitsfördernde Ernährung übertragen werden. Auch der Hochschulsport mit seinen zahlreichen Aktivitäten und interdisziplinären Arbeit, wie im Projekt Sport und Ernährung, könnte seine Erfahrungen weitergeben, damit diese bei der praktischen Umsetzung genutzt werden können. Aber auch die Arbeit des Hochschulsports könnte verbessert werden, indem beispielsweise über dessen Aktivitäten über die Homepage der Hochschule und nicht nur über Aushänge im Verwaltungsgebäude informiert würde. Auch die bestehende Zusammenarbeit des Hochschulsports mit der Techniker Krankenkasse als externem Partner im Bereich Gesundheitsförderung ist erweiterungsfähig. Die TK ist bundesweit und im Arbeitskreis Gesundheitsfördernder Hochschulen als aktive Unterstützerin Gesundheitsfördernder Hochschulen tätig, indem sie Aktivitäten finanziell unterstützt oder eigene Maßnahmen anbietet, z.B. die Gesundheitswerkstatt der TK. Auch die Zusammenarbeit mit der Stadt Fulda, möglicherweise eine Initiierung der Teilnahme am Gesunde Städte Programm der WHO, könnte im Sinne von Netzwerkarbeit für Stadt und Hochschule eine Ressource darstellen, ebenso wie die Kontaktaufnahme zu der in Fulda arbeitenden Gesundheitsfördernden Grundschule. Dies würde der im Entwicklungsplan zur Profilierung der Hochschule geforderten Kooperation in regionalen und internationalen

Netzwerken und der gesellschaftlichen Öffnung der Hochschule Fulda entgegenkommen.

**Tab. 9: Ressourcen und Potentiale durch vorhandene gesundheitsfördernde Maßnahmen an der Hochschule Fulda**

Ressourcen	Potentiale
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hochschulsport</li> <li>✓ Familienfreundliche Hochschule</li> <li>✓ Zusammenarbeit mit der TK</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Synergieeffekte</li> <li>➤ Übertragung der Bereitschaft der Hochschule, die Bedürfnisse ihrer Mitglieder zu berücksichtigen, auf den Bereich Ernährung</li> <li>➤ Ausbau und Optimierung der bisherigen Aktivitäten</li> <li>➤ verstärkte Netzwerkbildung</li> <li>➤ Erweiterung der Zahl der externen Partner</li> <li>➤ Initiierung der Teilnahme Fuldas am Gesunde Städte Programm der WHO zur Unterstützung einer Gesundheitsfördernden Hochschule</li> <li>➤ Kontaktaufnahme mit der Gesundheitsfördernden Grundschule in Fulda</li> </ul>

Quelle: Eigene Darstellung

### *Studierende*

Wichtig ist auch die Nutzung der individuellen Ressourcen der Studenten, wie dies *Tabelle 10* (S. 62) zeigt. Hierzu gehören beispielsweise die Förderung des Wissens und der Information zu gesundheitsförderlichem Essverhalten durch Aushänge, Informationsveranstaltungen, Gesundheitstage, spezielle Kurse usw.. Auf das vorhandene Interesse der Studierenden an Gesundheitsförderung, speziell auch an Gesunder Ernährung im Setting Hochschule kann zurückgegriffen werden [Universität Bielfeld 2007]. Dieses Interesse sollte bewusst aufgegriffen, gefördert, intensiviert und genutzt werden. Auch die Tatsache, dass 45% der Studierenden der Hochschule Fulda an den vier ernährungs- und gesundheitswissenschaftlichen Fachbereichen OE, PG, SW und LT eingeschrieben sind, stellt eine Ressource dar. Bei diesen Studierenden kann davon ausgegangen werden, dass sie über ein besonderes Interesse und Sensibilität sowie Fachwissen im Bereich von Gesundheit und Ernährung verfügen. Die unterschiedlichen soziokulturellen Hintergründe und Ernährungsgewohnheiten ausländischer Studenten könnten ebenfalls als Ressource dienen. Der traditionell höhere Verzehr beispielsweise an Brot, Obst und Gemüse ausländischer Studenten [Schmid 2002] könnte positiv für das Speisenangebot genutzt werden. Auch die Altersstruktur der Erstsemester, annähernd 50% der Studierenden sind unter 20 Jahre alt, könnte für eine aussichtsreiche, positive Einflussnahme auf das Ernährungsverhalten genutzt werden, denn, je jünger die Betroffenen, desto

erfolgversprechender sind Maßnahmen zur Veränderung des Ernährungsverhaltens (vgl. Kapitel 3.5.).

**Tab. 10: Ressourcen und Potentiale durch die Studierenden der Hochschule Fulda**

Ressourcen	Potentiale
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Wissen und Information zu gesundheitsfördernder Ernährung</li> <li>✓ Interesse an Gesundheitsförderung</li> <li>✓ große Zahl der Studierenden der ernährungs- und gesundheitswissenschaftlichen Fachbereiche</li> <li>✓ Ernährungsgewohnheiten ausländischer Studenten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ besonderes Interesse und Sensibilität der Studierenden an der Thematik</li> <li>➤ vorhandenes Fachwissen bei einer großen Zahl der Studierenden</li> <li>➤ Nutzung und Übertragung positiven Ernährungsverhaltens ausländischer Studierender</li> <li>➤ günstige Altersstruktur der Studierenden</li> </ul>

Quelle: Eigene Darstellung

### Mensa

Zu den wichtigsten Ressourcen zählt die Mensa als Hauptversorgungsbetrieb der Hochschule (Tabelle 11, S. 63). Durch sie besteht der direkte Kontakt zwischen Anbietern und Nutzern. Ihr Angebot beeinflusst das Ernährungsverhalten, da aufgrund des relativ geschlossenen Settings der Hochschule dieses Angebot zumindest für die Zeit des Verweils an der Hochschule eingeschränkt ist. Die Auswahl und Art dieses Angebots könnte unter ernährungswissenschaftlichen, gesundheitsförderlichen Aspekten stärker beeinflusst werden. Eine verstärkte Zusammenarbeit beispielsweise zwischen der Mensa, dem Studentenwerk und dem Fachbereich OE könnten die Auswahl des Essensangebots, die Zubereitungsweise oder die Bewerbung gesundheitsfördernder Speisen systematischer unterstützen. Z.B. könnten verstärkt fett- und kalorienarme Produkte, Verwendung von jodiertem oder fluoridiertem Salz oder schonende Zubereitungsarten, wie Kochen, Dünsten etc. eingesetzt werden, ohne dass eine aktive, individuelle Entscheidung der Nutzer hierzu notwendig wäre. Die Auswirkungen solcher Maßnahmen zählen im Bereich gesundheitsfördernder Ernährung zu den effektivsten (vgl. Kapitel 3.5.). Die Aus- und Fortbildung der Mensaköche wären im Sinne einer gesundheitsfördernden Ernährungsweise eine zusätzliche Ressource. Sonderpreise für gesundes Essen oder zusätzliche Informationen, z.B. durch Nährwertangaben auf den Menüs würden eigenverantwortliche Auswahlmöglichkeiten schaffen und dadurch möglicherweise gesundheitsförderndes Essverhalten unterstützen. Auch die bewusste Positionierung der angebotenen Ware könnte positiv genutzt werden. Der Berücksichtigung spezieller Bedürfnisse an der Hochschule, aufgrund der Zusammensetzung der Studentenschaft,

könnte beispielsweise durch eine entsprechende Datenerhebung stärker Rechnung getragen werden. An einer solchen intensiven Zusammenarbeit im Sinne der Gesundheitsförderung liegt von Seiten des Studentenwerks ein starkes Interesse vor [mündliche Aussage: Frau Hagspihl, 19.06.2008]. Diese Chance sollte unbedingt ergriffen werden.

Auch durch den gegenseitigen Erfahrungs- und Wissensaustausch der beiden Versorgungsbetriebe, Mensa und Cafe Chaos, könnten Synergieeffekte entstehen. Selbst die Konkurrenzsituation der drei Verpflegungsbetriebe könnte eine Ressource darstellen, wenn es der Hochschule Fulda gelänge, z.B. eine gesundheitsfördernde Ernährungskultur an der gesamten Hochschule zu etablieren.

**Tab. 11: Ressourcen und Potentiale der Mensa der Hochschule Fulda**

Ressourcen	Potentiale
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hauptversorgungsbetrieb der Hochschule</li> <li>✓ Speisenangebot</li> <li>✓ Interesse und Offenheit des Studentenwerks, Ansprechpartnerin: Frau Hagspihl</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nutzung der Vorteile des geschlossenen Settings der Hochschule</li> <li>➤ Ernährungsangebot unter besonderer Berücksichtigung gesundheitsfördernder Aspekte</li> <li>➤ verstärkte Zusammenarbeit zwischen Mensa, Studentenwerk und Fachbereich OE</li> <li>➤ gesundheitsfördernde Zubereitung der Speisen</li> <li>➤ Bewerbung, Sonderpreise für gesundheitsfördernde Ernährungsangebote</li> <li>➤ verstärkter Einsatz und Einbindung von Interventionen auf der Makroebene in spezielle Maßnahmen der eigenen Hochschule</li> <li>➤ Einbindung, Aus- und Weiterbildung der Mensaköche</li> <li>➤ Angebot an Ernährungsinformationen</li> <li>➤ Positionierung der gesundheitsfördernden Ernährungsangebote</li> <li>➤ Datenerhebungen zu dem Ernährungsverhalten und den Ernährungswünschen der Studenten</li> <li>➤ Erfahrungs- und Wissensaustausch zwischen den Versorgungsbetrieben</li> </ul>

Quelle: Eigene Darstellung

### **4.3. Stressoren**

Neben den Ressourcen müssen aber auch mögliche Stressoren an der Hochschule Fulda bestimmt und berücksichtigt werden, wobei diese Stressoren wie bereits erwähnt sowohl negativ als auch positiv wirksam sein können (vgl. Kapitel 2.2.). Zunächst könnte ein denkbarer Stressor der Einstieg in die Gesundheitsfördernde Hochschule selbst sein. Hierfür erforderliche Maßnahmen könnten, aus Angst vor neuer, zusätzlicher, womöglich erfolgloser Arbeit oder durch schlechte Erfahrungen Abwehrreaktionen bei den Beteiligten hervorrufen. Durch effektive und erfolgreiche

Überzeugungsarbeit und Berücksichtigung berechtigter Einwände könnten aber diese Befürchtungen in Motivation umgewandelt werden. In Erwartung positiver Auswirkungen, könnten durch das Konzept einer Gesundheitsfördernden Hochschule die Zielsetzungen der Hochschule besser erreicht werden. So könnten sich folgende positiven Effekte zeigen:

- Anstieg der Absolventenzahl
- Neu- und Weiterentwicklung interdisziplinärer Studienangebote
- Verbindung Gesellschafts- und naturwissenschaftlich-technischer Perspektiven
- Qualitätssteigerung
- Wettbewerbsvorteile
- Steigerung der Attraktivität der Hochschule
- geringere Zahl von Studienabbrechern oder
- gesünderes Ernährungsverhalten an der Hochschule Fulda.

Als Stressoren könnten aber auch die einzelnen Fachbereiche wirken. Zunächst die Fachbereiche, die inhaltlich nicht mit Ernährung und Gesundheit befasst sind, da ihnen eventuell die Bedeutung der Gesundheit für die Lebensqualität, und damit ihre eigene Verantwortung und ihre eigenen Möglichkeiten nicht bewusst sind. Aber auch die fachbezogenen Fachbereiche sind mögliche Stressoren, indem unterschiedliche Aspekte und Schwerpunkte der Gesundheitsförderung im Vordergrund stehen und zu Diskrepanzen führen können. In diesem Zusammenhang könnten auch die differierenden Vorstellungen von Gesundheit und gesunder Ernährungsweise und gesundheitsförderndem Essverhalten zwischen Experten und Laien als Stressoren wirken.

Weitere Stressoren könnten die unterschiedlichen Bedürfnisse und Voraussetzungen der einzelnen Statusgruppen sowie ein divergierendes Gesundheitsverständnis zwischen Mitarbeitern und Studierenden, deutschen und ausländischen Studenten, den Geschlechtern und der jeweiligen individuellen Position auf dem Gesundheits – Krankheits – Kontinuum sein. Dies würde je nach Lebensbedingungen und Lebenserfahrungen sowie soziokulturellem Hintergrund eine differenzierte und genaue Berücksichtigung erfordern. Bei den nicht - wissenschaftlichen Mitarbeitern stehen beispielsweise Beschwerden im Hals – Nacken - Bereich und damit die ergonomische Arbeitsplatzgestaltung im Vordergrund, wobei die Unterschiede zwischen Männern und Frauen erheblich ausfallen können [Uni Oldenburg 2002]. Bei den wissenschaftlichen Mitarbeitern ist z.B. die Komplexität, weitgehende Selbstbestimmtheit der Arbeit und

Handlungsautonomie zwar prinzipiell gesundheitsförderlich, können aber langfristig zur Überforderung und einem Burnout-Syndrom mit entsprechenden psychischen und physischen Folgen führen [Faller 2006]. Bei den deutschen Studierenden stehen Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen, Nervosität und Unruhe im Vordergrund ihres Krankheitsempfindens [Universität Bielefeld 2007], während bei den ausländischen Studierenden eher Beschwerden im Bereich der psychosomatischen Erkrankungen festgestellt werden [Krämer et al. 2000]. Gerade auch für den Aspekt Ernährungsgewohnheiten und Ernährungsweise sowie Essverhalten müsste die unterschiedlichen Bedürfnisse und Voraussetzungen der einzelnen Gruppen berücksichtigt werden. Obwohl es hier allgemeingültige Ernährungsrichtlinien gibt, die für alle Menschen die Grundlage von Gesundheit sind, wie eine ausgeglichene Energiebilanz, ein ausgewogenes Verhältnis des Fettsäuremusters usw., müssten auch bei der Umsetzung von Interventionen im Ernährungsbereich durch Partizipation auf die unterschiedlichen Ausgangssituationen und die unterschiedlichen Bedürfnisse der einzelnen Mitglieder Rücksicht genommen werden, damit getroffene Maßnahmen akzeptiert werden und damit erfolgreich sein können. So müsste berücksichtigt werden, dass Frauen deutlich mehr Obst und Gemüse essen als Männer [Universität Bielefeld 2007], dass ausländische Studierende andere Ernährungsgewohnheiten und -vorlieben haben als deutsche Studenten, beispielsweise mehr Brot, Obst und Gemüse verzehren [Schmid 2002]. Der Bedarf an Kalorien und den einzelnen Nährstoffen kann je nach den Arbeits- und Lebensbedingungen sehr unterschiedlich sein. Ein proteinreiches, hochkalorisches Mittagessen ist für einen Studierenden, der für Marathonläufe trainiert, sinnvoll, während es einem Studenten, der den ganzen Tag vor dem Computer verbringt und sich kaum bewegt, mit Sicherheit zu Übergewicht führen würde. Was der Einzelne unter einem guten oder gesunden Essen oder unter dem Begriff Geschmack oder Genießen versteht, ist abhängig von der individuellen Lebensgeschichte, emotionalen Verknüpfungen und dem persönlichen, soziokulturellen Hintergrund. Welche Bedeutung beispielsweise Essen und Ernährung im Alltag des Einzelnen spielen, ist ebenfalls sehr unterschiedlich. Beides kann lediglich der Stillung des Hungers dienen oder aber eine wichtige Form des Genießens sein. Essen kann hauptsächlich Teil der sozialen Kommunikation sein oder nur als Möglichkeit dienen, Frustrationen abzubauen. Auch das Alter und die regionale Herkunft der Studierenden kann als Stressor wirken. So sind die Studierenden der Erstsemester in Fulda zum großen Teil unter 20 Jahre alt. Es kann also davon ausgegangen werden, dass sie direkt von der Schule kommen und möglicherweise erstmals eigene Verantwortung für ihre Ernährung tragen. Dies stellt besondere Anforderungen an die Hochschule. Auch stammen in Fulda ein Großteil der

Studierenden aus dem direkten Umfeld Fuldas, wobei dann davon ausgegangen werden kann, dass diese Studenten noch zuhause wohnen. Dadurch müssen andere Dinge berücksichtigt werden als bei einer Studentenschaft, die vornehmlich in eigenen Wohnungen oder Wohngemeinschaften lebt. Diese unterschiedlichen Sichtweisen und Bedeutungen von Essen und Ernährung stellen Stressoren dar und müssen beachtet werden, wenn gesundheitsfördernde Ernährungsmaßnahmen erfolgreich sein sollen. Auch die unterschiedlichen Versorgungsanbieter, Mensa, Cafe Chaos und Academica können neben ihrer Eigenschaft als Ressource auch zugleich Stressoren sein. Das Studentenwerk Gießen schränkt möglicherweise die Eigenständigkeit und Handlungsfähigkeit der Mensa in bestimmten Bereichen ein, was Kompromisse notwendig macht. Das Cafe Chaos könnte möglicherweise Zwängen unterliegen, die den eigenen Zielen und Entscheidungen entgegen stehen. Beim Academica stehen eher reine gewinnorientierte Interessen im Vordergrund, die mit einer gesundheitsfördernden Ernährung sicherlich schwerer vereinbar sind. Damit könnte sich die Konkurrenzsituation der drei Anbieter als Stressor erweisen. Stressoren finden sich aber auch auf der strukturellen Ebene, so etwa während der Mittagspause in den Stoßzeiten der Mensa, bei der das Essen mehr Stress als Genuss sein kann. Ein weiterer Stressor für die Gäste könnte das Angebot von Süßigkeiten an der Kasse sein, und damit die Verführung zum Naschen. Andererseits könnten positive Stressoren, wie günstige Preise für Salate oder kalorienarme Essensangebote verstärkt eingesetzt werden. Aber auch verwaltungstechnische oder finanzielle Vorschriften und Grenzen müssten als Stressoren berücksichtigt werden. Stressoren wie auch Ressourcen lassen sich nicht vollständig im Vorfeld praktischer Maßnahmen erfassen. Sie zeigen sich häufig erst während der Umsetzung eines geplanten Vorhabens und müssen dann in der aktuellen Situation durch alle Beteiligten gemeinsam genutzt bzw. durch geeignete Strategien entschärft werden. So wurden Ressourcen und Stressoren auch in dieser Arbeit nicht erschöpfend erfasst, sondern nur beispielhaft aufgezeigt.

#### **4.4. Coping**

Aus dem Gesamtbild der vorhandenen Ressourcen und ihrer Nutzung sowie der Berücksichtigung der möglichen Stressoren müssen durch die Partizipation aller Beteiligten nachhaltige Lösungsstrategien gefunden und umgesetzt werden, um das gemeinsame Ziel einer Gesundheitsfördernden Hochschule zu erreichen. Da erfolgreiche Copingstrategien auf der Stärkung des Kohärenzgefühls der Beteiligten basieren, müssen dessen drei Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und

Bedeutsamkeit berücksichtigt werden (vgl. Kapitel 2.2.). Im Sinne der Verstehbarkeit muss die Hochschule Fulda das Gefühl vermitteln, dass es klare und durchsichtige Strukturen gibt, wie und wo die Hochschule durch entsprechende Maßnahmen gesundheitsfördernd im Bereich der Ernährung für ihre Mitglieder tätig ist. Im Sinne der Handhabbarkeit soll den Hochschulmitgliedern deutlich werden, dass sie selbst aktiv Einfluss auf ihre Lebens- und Arbeitsbedingungen an der Hochschule Fulda nehmen können, wobei sie die zur Verfügung stehenden Ressourcen im Ernährungsbereich kennen und gegebenenfalls neue rekrutieren können. Im Sinne der Bedeutsamkeit sollte die Hochschule Fulda für alle Mitglieder eine Bereicherung ihres Lebens darstellen und eine Verbesserung ihrer Gesundheit ermöglichen. Konkret heißt das im Bereich Ernährung: Ernährung mit all ihren Facetten muss als bedeutende, nachhaltige Komponente der eigenen Gesundheit und damit der eigenen Lebensqualität erkannt und als Wert und positives Gefühl verstanden werden. Diese Einstellung zu Gesundheit und Ernährung muss sowohl auf individueller Ebene als auch auf der Ebene der Gesundheitsfördernden Hochschule vorhanden sein, indem sie die gesamte Organisation einbindet und dem Ziel Gesundheitsförderung verpflichtet. Die Hochschule Fulda muss Rahmenbedingungen schaffen, die ein gesundheitsförderndes Arbeiten und Leben an der Hochschule möglich machen, hierzu gehört auch das Angebot einer gesundheitsfördernden Ernährung und die Möglichkeit zur Entwicklung eines gesundheitsfördernden Essverhaltens. Für alle Mitglieder der Hochschule müssen gesundheitsfördernde Maßnahmen im Bereich der Ernährung angeboten werden, die dem Einzelnen transparente Informationen und Wahlmöglichkeiten zur Verfügung stellen, nach denen er in Eigenverantwortung Entscheidungen für seine eigene Ernährungsweise und sein Essverhalten treffen kann. Diese Copingstrategien beziehen sich auf Rahmenbedingungen, aber auch auf ganz konkrete Maßnahmen. Zu den Rahmenbedingungen gehören neben den bereits mehrfach genannten Strukturen, wie Partizipation, Empowerment und Nachhaltigkeit, auch die Definition eines gemeinsamen Gesundheitsbegriffs, die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Ernährungs- und Esskultur an der Hochschule, der Umgang mit gesundheitlichen Handicaps usw.. Als konkrete Maßnahmen wären zu nennen, die Erfassung von Daten als grundlegender Information zu der Ernährungssituation, dem Essverhalten, ernährungsmitbedingter Erkrankungen, anthropometrischer Daten der Hochschulmitglieder usw.. Zu denken ist hierbei beispielsweise an Gesundheitssurveys, wie sie an einigen Hochschulen bereits durchgeführt werden [z.B. Meier et al. 2007]. Zu den konkreten Maßnahmen gehören aber auch die Förderung der Netzwerkarbeit oder der Aufbau von Steuerungsgruppen, Gesundheitszirkeln oder



Arbeitsgruppen zur Bearbeitung relevanter Ernährungsthemen unter Einbeziehung aller Betroffenen (vgl. Kapitel 3.5.).

#### **4.5. Gesundheits – Krankheits – Kontinuum**

Es stellt sich zum Schluss die Frage, welche Auswirkungen durch eine Gesundheitsfördernde Hochschule auf die Gesundheit, z.B. durch eine verbesserte Ernährungsweise und ein verbessertes Essverhalten des Einzelnen bzw. der Gemeinschaft der an der Hochschule Tätigen zu erwarten sind, und wie können diese gemessen werden. Die erwarteten Auswirkungen müssten im Vorfeld beschrieben und aufgrund vorher festgelegter Indikatoren gemessen und auf ihre Nachhaltigkeit überprüft werden. Diese Indikatoren könnten allgemeiner Art sein, wie

- Steigerung der Zahl der Studierenden,
- weniger Studienabbrecher,
- eine geringere Zahl an Krankmeldungen unter den Mitarbeitern usw..

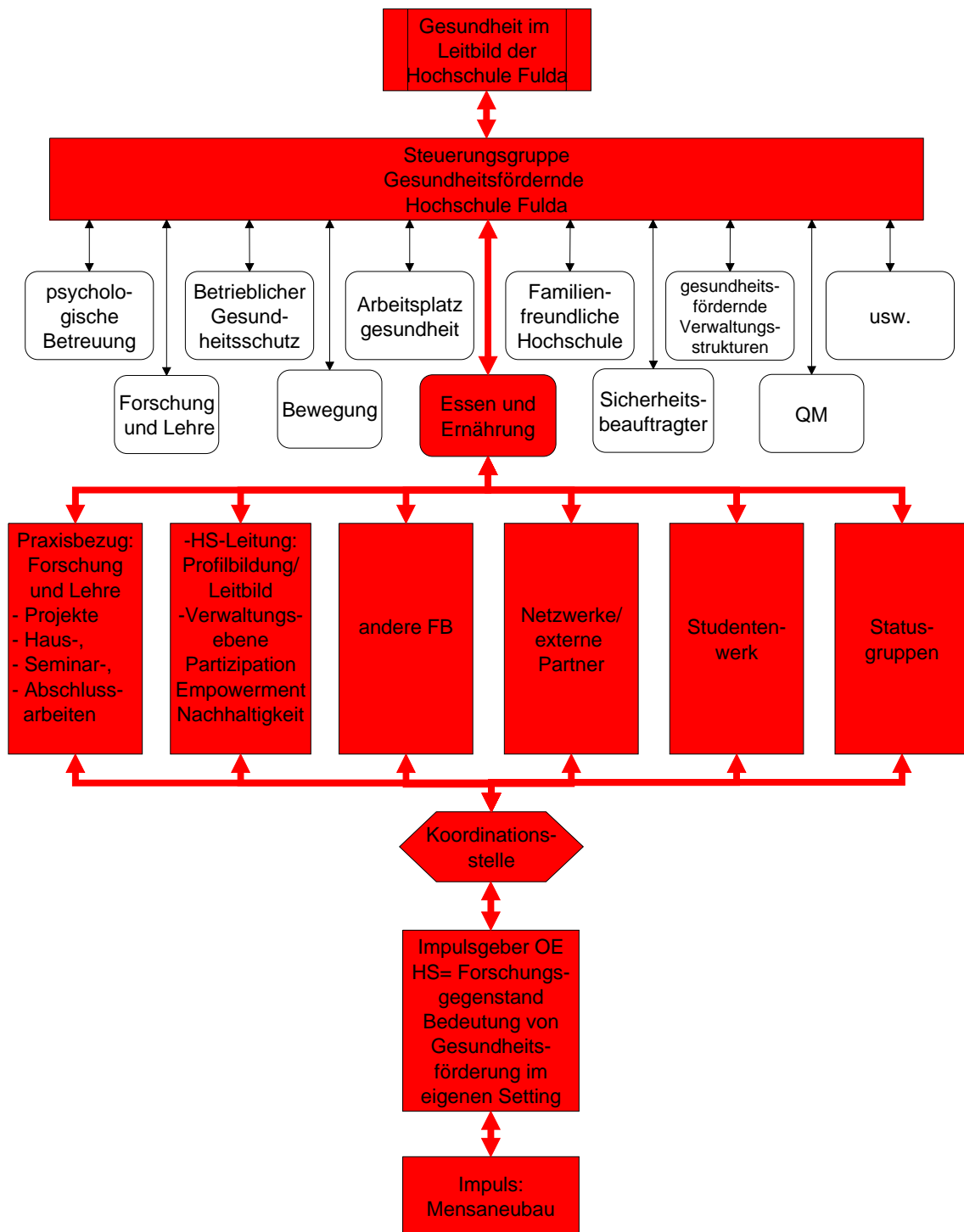
Im Bereich der Ernährung ließen sich Daten wie BMI oder die Anzahl ernährungsmitbedingter Erkrankungen der Hochschulmitglieder erfassen und im zeitlichen Verlauf vergleichen, so etwa zwischen Studienbeginn und Studienende oder im Verlauf der Jahre. Diese Daten könnten zwar Hinweise geben oder Maßnahmen begründen, aber nie einen ursächlichen Zusammenhang zur Gesundheitsfördernden Hochschule herstellen, da andere Einflussfaktoren nicht auszuschließen wären. Ursächlicher wären dagegen Veränderungen im Ernährungsbewusstsein, Ernährungswissen und Essverhalten. So könnten z.B. Veränderungen beim Verzehr von Gemüse, Obst und Getreideprodukten, Süßigkeiten oder gesüßten Getränken in der Mensa festgestellt werden. Anhand solcher Daten könnte beschrieben werden, ob und in welchem Umfang die gesundheitsfördernden Maßnahmen der Hochschule erfolgreich waren, und wo weitere Maßnahmen notwendig sind.

### **5. Ergebnisse: Konzept einer Gesundheitsfördernden Hochschule Fulda unter dem Aspekt Ernährung**

Um eine Gesundheitsfördernde Hochschule im Setting – Ansatz zu etablieren gibt es zwei verschiedene Wege. Der top – down Ansatz, in dem von der Hochschulleitung aus ein Gesamtkonzept entwickelt wird, das die universitären Strukturen, Prozesse und Gesundheitskultur von oben nach unten entwickelt und einbindet. Einen solchen Weg

wählten z.B. die University of Central Lancashire (vgl. Kapitel 3.5.) oder auch die Ruhr-Universität Bochum (allerdings nur für die Hochschulmitarbeiter, vgl. Kapitel 3.3.). Der zweite Weg, bottom – up, startet von einer bestimmten Problematik oder einem aktuellen Anlass aus, wie Projekten, Thementagen oder Workshops zu Gesundheitsthemen, den Schritt zum Aufbau einer Gesundheitsfördernden Hochschule. Für ein solches Beispiel steht die Universität Bielefeld (vgl. Kapitel 3.5.). Dieser Weg, bottom – up, würde sich auch für die Hochschule Fulda anbieten, da er bereits auf anderem Gebiet, mit der Einführung des Qualitätsmanagement – Systems, erfolgreich in Fulda gegangen wurde. Dabei stand am Anfang im Sinne eines Pilotprojekts der Wunsch der Mitglieder des Fachbereichs OE, ein Qualitätsmanagement - System für ihren Fachbereich zur Verbesserung der Organisation und damit der erfolgreicherer Arbeit zu entwickeln. Mittlerweile wurde aus dieser Idee und Aktivität des Fachbereichs OE ein bundesweit ausgezeichnetes, erfolgreiches Qualitätsmanagement – System, das so überzeugend arbeitet, dass dieses System auf die Arbeit der gesamten Hochschule übertragen werden soll. In ähnlicher Weise könnten aus dem Fachbereich OE als Impulsgeber auch erste Schritte in Richtung einer Gesundheitsfördernden Hochschule gegangen werden. *Abbildung 5* (S. 70) zeigt eine mögliche konzeptionelle Vorgehensweise im Überblick.

**Abb.5: Konzept zur Etablierung einer Gesundheitsfördernden Hochschule Fulda**



Quelle: Eigene Darstellung

Anlass könnte der zum Jahre 2013 geplante Mensaneubau sein. Der Fachbereich OE würde als Impulsgeber für eine Gesundheitsfördernde Hochschule agieren, indem er die Chance wahrnimmt, bei der Planung des Mensaneubaus aufgrund seiner fachlich, wissenschaftlichen Kompetenz auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung durch

Ernährung mitzuwirken. Der Fachbereich könnte die Hochschule selbst zum Forschungsgegenstand machen und die Ergebnisse der Forschung und Lehre zur Gesundheitsförderung im eigenen Setting umsetzen. Er könnte diesen Ansatz nutzen, um die angestrebte Profilierung der Hochschule Fulda im Bereich Ernährung und Gesundheit praxisbezogen voranzutreiben. Um diese Aufgabe im Sinne des Setting – Ansatzes zu leisten, könnte der Fachbereich z. B. eine Koordinationsstelle Mensaneubau einrichten, die im Sinne eines Gesundheitszirkels arbeiten könnte (vgl. Kapitel 3.5.). Ihre Aufgabe wäre es, zunächst alle betroffenen Akteure in die Arbeit einzubeziehen und alle Aktivitäten zu koordinieren. Diese Arbeit sollte für alle transparent und bei gemeinsamer Zielsetzung dennoch thematisch offen sein. Ihre Arbeit müsste in die Verwaltungsorganisation und akademische Organisation der Hochschule eingebunden sein. Alle relevanten Ressourcen der Hochschule müssten ermittelt und genutzt, bzw. neue Ressourcen eröffnet werden.

Zu koordinieren wären die Erhebung und Berücksichtigung der Bedürfnisse der Nutzer, d.h. der Studierenden und Mitarbeiter der Hochschule sowie die Forderungen und Notwendigkeiten der Betreiber, d.h. des Studentenwerks und seiner Mitarbeiter. Einbezogen werden müssten wissenschaftliche Erkenntnisse und Anforderungen an eine gesundheitsfördernde Mensa aus Sicht des Fachbereichs OE. Eine gesundheitsfördernde Mensa sollte als Baustein einer Gesundheitsfördernden Hochschule verstanden werden und im Rahmen der Profilbildung und der Prinzipien des Leitbilds der Hochschule durch die Hochschulleitung auf der verwaltungstechnischen wie akademischen Ebene unterstützt werden. Auch die Aspekte der anderen Fachbereiche sollten berücksichtigt und einbezogen werden. Die Nutzung der Netzwerkarbeit und die Einbeziehung externer Partner würden die Synergieeffekte erweitern. Von besonderer Bedeutung wäre die Zusammenarbeit mit dem Studentenwerk, da dies in die bereits laufenden Planungsarbeiten zum Mensaneubau eingebunden ist und großes Interesse an der Zusammenarbeit mit einer Koordinierungsstelle des Fachbereichs OE bekundet hat. Die Vertreterin des Studentenwerks würde sich von dem gegenseitigen Erfahrungs- und Informationsaustausch eine Optimierung erhoffen und durch die partizipative Zusammenarbeit eine erhöhte Akzeptanz der Mensa durch die Hochschule und ihre Mitglieder erwarten. So könnten notwendige Daten, die eine Entscheidungsfindung des Studentenwerks unterstützen könnten, durch die studentischen Projekte, Seminararbeiten usw. erhoben und zur Verfügung gestellt werden. Andererseits könnten auch Ideen und Anforderungen von Seiten des Fachbereichs diskutiert und umgesetzt werden.

Beispiele für solche Themen finden sich in *Tabelle 12*. Sie umfassen verschiedene Handlungsebenen, beispielsweise das Studentenwerk als Mensabetreiber, das Ernährungsangebot der Mensa und die Ebene der Nutzer.

**Tab. 12: Gesundheitsförderndes Veränderungspotential im Bereich der Mensa**

<b>Studentenwerk (Mensabetreiber)</b>	<b>Ernährungsangebot</b>	<b>Nutzer</b>
Schulung der Mensamitarbeiter	Zubereitungsart: z.B. fettarm, kalorienarm, vitaminschonend	Informationen: z.B. Zutatenliste, Kalorien- und Fettangaben, Fettsäuremuster
Ambiente der Mensa	Auswahl: z.B. salz-, fettarme, kalorienreduzierte Produkte, jodierte, folsäureangereicherte Zutaten, gesunde Fette	Hinweise: z.B. für Allergiker, Diabetiker, z.B. auf Gluten, Schweinefleisch
Essensausgabe in den Stoßzeiten	Berücksichtigung besonderer Ernährungsgewohnheiten ausländischer Studenten	Kinderessen
Darbietung der Speisen	Lebensmittelangebot	Mensa als studentischer Treffpunkt
Positionierung der Lebensmittel, z.B. Snacks	Sonderangebote für gesunde Lebensmittel	Studentisches Mensamarketing

Quelle: Eigene Darstellung

Letztlich könnte aus der zunächst zeitlich begrenzt arbeitenden Koordinationsstelle Mensaneubau eine langfristig und nachhaltig arbeitende Stelle werden, die für die Evaluation und Weiterentwicklung der getroffenen Interventionen bzw. neuer Maßnahmen zuständig ist. Denkbar und anzustreben wäre der Übergang in eine dauerhafte Einrichtung, z.B. in eine Arbeitsgruppe Essen und Ernährung, die sich auch mit anderen Aspekten gesundheitsfördernder Ernährungsweisen und Essverhaltens befasst. Letztlich könnte sich durch eine überzeugende und erfolgreiche Zusammenarbeit auf diesem Gebiet der Gesundheitsförderung, dieser Impuls auf die gesamte Hochschule übertragen. Optimalerweise würden sich auf dieser Ebene weitere Arbeitskreise parallel gründen, die die unterschiedlichsten gesundheitsfördernden Aspekte der Hochschule abdecken könnten. So etwa ein Arbeitskreis Bewegung, in dem u.a. die bisherige Arbeit des Hochschulsports subsumiert und erweitert werden könnte. Weitere Arbeitskreise könnten sich mit der Arbeitsplatzgesundheit für Mitarbeiter und Studenten, mit der psychologischen Betreuung, gesundheitsfördernden Verwaltungsstrukturen, Gesundheitsförderung in

Forschung und Lehre, Gesundheitsförderung und Qualitätsmanagement usw. beschäftigen. Diese Arbeitskreise würden je nach Bedarf und Art des aktuellen Arbeitsthemas mit einander in Kontakt stehen. Als koordinierender Überbau, in den auch die Hochschulleitung eingebunden wäre, könnte eine Steuerungsgruppe Gesundheitsfördernde Hochschule gebildet werden, durch die Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe an der Hochschule Fulda garantiert würde, indem sie entsprechende Rahmenbedingungen schafft und bei der Erarbeitung, Durchführung und Evaluation der einzelnen Maßnahmen unterstützend tätig wird. Unter Berücksichtigung dieser gesundheitsfördernden Aspekte und Themen könnte sich auf längere Sicht eine Gesundheitsfördernde Hochschule Fulda entwickeln. Im Leitbild dieser Hochschule wäre Gesundheitsförderung für alle Mitglieder festgeschrieben und würde als Querschnittsaufgabe an der gesamten Hochschule nachhaltig umgesetzt.

## 6. Diskussion

Ausgehend vom dem Thema der vorliegenden Arbeit *„Konzeptionelle und praktische Überlegungen zum Aufbau einer Gesundheitsfördernden Hochschule in Fulda – unter besonderer Berücksichtigung des Aspekts Ernährung“* mussten zunächst folgende Fragestellungen bearbeitet werden:

- Welche Konzepte von Gesundheit und Gesundheitsförderung werden derzeit diskutiert bzw. welches Konzept wird favorisiert?
- Wie sieht der Stand der Entwicklung zum Thema Gesundheitsfördernde Hochschulen aus?
- Welche Potentiale weist die Hochschule Fulda auf, die einen Einstieg auf den Weg zu einer Gesundheitsfördernden Hochschule ermöglichen?

Schon die zahlreichen Definitionsversuche des Gesundheitsbegriffs durch die unterschiedlichsten wissenschaftlichen Disziplinen zeigen, dass es nicht möglich ist, eine allgemeingültige, einheitliche Definition von Gesundheit zu formulieren [Antonovsky 1997, Bengel et al. 2001, Franzkowiak 2006b, Hurrelmann/Franzkowiak 2007]. Dennoch lassen sich Gemeinsamkeiten, die den meisten Definitionsansätzen zugrunde liegen, folgendermaßen zusammenfassen:

- Es gibt keine klare Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit.
- Gesundheit definiert sich nicht nur über biologisch/medizinische Parameter, sondern ist auch abhängig von sozialen Aspekten und individuellem Empfinden und Handeln.

In diesem Kontext hat das Salutogenetische Modell Antovoskys eine besondere Stellung und gilt als eine Art Rahmentheorie, wenn es auch wegen seiner Komplexität noch nicht ausreichend operationalisiert und empirisch überprüft ist [Antonovsky 1997, Bengel et al. 2001, Erikson/Lindström 2005, Lindström/Erikson 2005, Franzkowiak 2006b, Hurrelmann/Franzkowiak 2007]. Antonovskys Modell überwindet die „fundamentale Dichotomie“ zwischen Gesundheit und Krankheit, berücksichtigt die Bedeutung biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren und zeigt die Bedeutung von Protektivfaktoren, Individual- und Umweltressourcen auf [Antonovsky 1997, Bengel et al. 2001, Erikson/Lindström 2005, Lindström/Erikson 2005, Franzkowiak 2006b, Hurrelmann/Franzkowiak 2007]. Dieses Modell unterstützt damit ressourcenorientierte, kompetenzsteigernde und unspezifische Gesundheitsmaßnahmen unter Einbeziehung der Zielgruppe und ihrer sozialen Umwelten.

Vor allem in der Gesundheitsförderung und Prävention, zwei sich ergänzenden Ansätzen [Hurrelmann 2006, Kaba-Schönstein 2006, Rosenbrock 2006, Hurrelmann 2007], findet dieses Modell der Salutogenese Anwendung [Bengel et al. 2001]. Gesundheitsförderung auf salutogenetischer Grundlage liegt dem Konzept der Gesundheitsförderung der WHO zugrunde [WHO 1978, 1986, 2005, Agenda 21 1992, Europäische Union 2005]. Auch die Gesundheitsförderung in Deutschland beruht auf diesen Grundlagen, findet entsprechenden Niederschlag in der Gesetzgebung und wird als gesamtgesellschaftliche Aufgabe angesehen [Bundesgesundheitsministerium 2006, Kaba-Schönstein 2006, Gesundheitsministerkonferenz 2008]. Schlüsselstrategie einer so verstandenen Gesundheitsförderung ist der Setting – Ansatz, der die gesamte Lebens- und Arbeitswelt der Menschen umfasst und sowohl die Individuen als auch die Gemeinschaft und das soziale Umfeld einbezieht [WHO 1986, Grossmann/Scala 2006, Trojan 2006a, 2006b]. Die Implementierung eines gesundheitsfördernden Settings sollte langfristig die Gesundheit aller Mitglieder des Settings fördern und die Entstehung oder Verschlimmerung von Krankheiten verhindern [Stock 2007]. Eng verknüpft mit dem Setting – Ansatz sind die sozialen Netzwerke, die in Krisensituationen soziale Unterstützung für Individuen und Gemeinschaften bereitstellen [Trojan 2006b] und nachweisbar bei der Bewältigung von Krankheit, bzw. bei der Förderung von Gesundheit eine besondere Rolle spielen [Berkman/Syme 1979, Hölling et al. 2008].

Neben zahlreichen Setting – Projekten der WHO gibt es seit 1997 auch das Projekt „Gesundheitsfördernde Hochschulen“ [WHO 1986].

Weltweit führend in der studentischen Gesundheitsförderung sind die USA. In Europa ist die University of Lancaster, in Deutschland die Universität Bielefeld richtungsweisend im Bereich Gesundheitsfördernder Hochschulen. Gemessen an der

Gesamtzahl der Betroffenen ist die Zahl der Gesundheitsfördernden Hochschulen in Deutschland als marginal zu bezeichnen [Arbeitskreis 2003]. Vor allem die Umsetzung einer Gesundheitsfördernden Hochschule im Setting – Ansatz findet noch zu selten statt, häufig handelt es sich lediglich um Projekte, die zudem wenig nachhaltig sind und meist nicht evaluiert werden. Demzufolge findet sich Gesundheitsförderung nur selten im Leitbild von Hochschulen. Auch die größte Statusgruppe der Hochschulen, mit 80% die Studierenden, werden bei der Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen am wenigsten berücksichtigt, beteiligt bzw. eingebunden [vgl. Kap. 3.3. und Hartmann et al. 2003]. Dennoch gibt es zahlreiche Aktivitäten zur Gesundheitsförderung an Hochschulen in Deutschland [vgl. Sonntag et al. 2000, Faller/Schnabel 2006, Krämer et al. 2007].

Aufgrund der in Kapitel 1 bis 3 dargestellten Überlegungen, wurde in Kapitel 4 das Potential der Hochschule Fulda benannt und in Kapitel 5 ein Konzept für die Entwicklung einer Gesundheitsfördernden Hochschule entwickelt, das auf dem von der WHO propagierten Setting – Ansatz, basierend auf dem Salutogenetischen Modell Antonovskys, aufbaut und sich zunächst auf den Aspekt der Ernährung fokussiert. Wie gezeigt werden konnte, verfügt die Hochschule Fulda über zahlreiche Ressourcen, die im Rahmen einer Orientierung hin zu einer Gesundheitsfördernden Hochschule als Potential ausgenutzt und erweitert werden könnten. Vor allem aufgrund der vorhandenen vier ernährungs-, bzw. gesundheitswissenschaftlich ausgerichteten Fachbereiche und des existierenden Qualitätsmanagements an der Hochschule Fulda sowie der angestrebten Profilentwicklung, Gesundheit – Ernährung – Lebensmittel, erscheint es fast zwingend, dass die Hochschule Fulda eine Entwicklung zur Gesundheitsfördernden Hochschule anstrebt, und damit im Bereich Gesundheitsförderung auch auf wissenschaftlicher Ebene eine führende Rolle einnimmt. Mit zunehmendem Wettbewerb unter den Hochschulen könnte eine Gesundheitsfördernde Hochschule zu einer deutlichen Attraktivitätssteigerung der Hochschule Fulda führen. Durch die Implementierung eines Gesundheitsfördernden Settings sollte langfristig über die Ernährung die Gesundheit aller Mitglieder der Hochschule Fulda gefördert und die Entstehung oder Verschlimmerung ernährungsmitbedingter Krankheiten verhindert werden. Weiterhin könnte, bezogen auf die Studierenden, eine Steigerung der Studienzufriedenheit eintreten und dadurch eine Senkung der Abbrecherquote, Verkürzung der Studiendauer und Steigerung der Bewerberzahl. Insgesamt könnten diese positiven Außen- und Innenwirkungen zu einem Imagegewinn der Hochschule Fulda beitragen.



Gerade die Zunahme ernährungsmitbedingter Erkrankungen mit ihren individuellen und gesellschaftlichen Folgen, fordern die Verantwortung der Hochschule Fulda für ihre Mitglieder und die gesamte Gesellschaft heraus. Als eine Gesundheitsfördernde Hochschule mit ihren Chancen und Potentialen kann und sollte die Hochschule Fulda verstärkt an einer nachhaltigen, zukunftsorientierten Problemlösung mitarbeiten. Um an dieser Problemlösung zu arbeiten, wurden verschiedene Überlegungen für das dann gewählte Konzept angestellt. Zunächst wurde der Aspekt der Effektivitätskriterien für Gesundheitsförderung beleuchtet.

Die zunehmende Implementierung von Interventionen zur Gesundheitsförderung auch in anderen Lebensbereichen und die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen führen zu der verstärkten Forderung nach messbaren Ergebnissen und dem objektiven Nachweis der Effektivität gesundheitsfördernder Maßnahmen. Auch ein Konzept, wie das hier vorgelegte zur Implementierung einer Gesundheitsfördernden Hochschule Fulda, muss sich dieser Forderung stellen. Wegen des komplexen Ansatzes gesundheitsfördernder Maßnahmen kann im Bereich der Hochschule bisher allerdings nur auf wenige Studien zurückgriffen werden, die die Effektivität solcher Maßnahmen eindeutig belegen, wenngleich die schon aktiv arbeitenden Hochschulen aufgrund ihrer Selbstbewertung und Ergebnisevaluationen von positiven Effekten berichten [vgl. Kapitel 3.5. und Unold/Walter 2007]. Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sind die positiven Auswirkungen gesundheitsfördernder Maßnahmen auf Gesundheit und Leistungsfähigkeit seit langem bekannt und mittlerweile vielfältig nachgewiesen. Als Effekte werden u.a. ein verbesserter allgemeiner Gesundheitszustand genannt, aber auch eine positive Auswirkung auf die Mitarbeitermotivation, die Arbeitsqualität und die Betriebskosten [Pfaff/Slesina 2001].

Die in der Wissenschaft und bei politischen Entscheidungsträgern als „Goldstandard“ geltenden randomisierten, kontrollierten Studien (RCTs) scheinen zur Bewertung von Interventionen in komplexen Settings nicht auszureichen. Ungeeignete Messmethoden oder zu kurze Interventionszeiten können die identifizierten Effekte von Interventionen verfälschen [Thorogood et al. 2007]. Die Meinungen der Forscher bezüglich der Methoden zur Effektivitätsbestimmung und der Wahl der Studiendesigns gesundheitsfördernder Maßnahmen sind demzufolge sehr unterschiedlich [Stewart-Brown 2006]. Auch die getroffenen Maßnahmen und Programme sind sehr heterogen, so dass sich die Ergebnisse in den seltensten Fällen direkt miteinander vergleichen lassen. Gerade wegen dieser typischen Heterogenität von Zielgruppen und Maßnahmen sollte nach Sonntag et al. auf „best practice-Modelle“ zurückgegriffen

werden, wobei Netzwerke, wie beispielsweise der Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen eine besondere Rolle spielen [vgl. Kap. 3.3. und Gräser 2007, Sonntag et al. 2007]. Der Fokus von Gesundheitsförderung liegt auf Prozessen, die langfristig angelegt, und deren Einflüsse auf die Gesundheit auch indirekt sind und Lebensqualität einschließen, weshalb neben der Ergebnismessung auch Prozesse evaluiert werden müssen [Ruckstuhl/Abel 2001]. Ein möglicher Ansatz zur Bewertung der Effektivität von Gesundheitsförderung ist z.B. das Outcome Modell von Nutbeam [Nutbeam 2000]. Bei diesem Modell stellen neben den Ergebnissen auch die Prozessverläufe Erfolgsfaktoren dar und haben einen gleich hohen Stellenwert. Neben Kompetenzen und Handlungsmöglichkeiten sind auch die Einflussnahme von Gruppen auf ihre Umwelt, auf soziale, ökonomische und ökologische Bedingungen wichtige Ergebnisse von Gesundheitsförderung. Zusätzlich zur Gesundheitskompetenz und dem Lebensstil des Individuums ist gerade auch die Wirkung auf die Interdependenz von Lebensweise und Lebenswelt ganzer Gruppen von Bedeutung [Ruckstuhl/Abel 2001]. Dieser Ansatz findet sich auch in den Prinzipien der in Kapitel 3.5. beschriebenen Gesundheitszirkel oder dem in Kapitel 3.6. aufgezeigten Qualitätsmanagement in Gesundheitsfördernden Hochschulen wieder und ist Grundlage des vorgestellten Konzepts.

Eine Weiterentwicklung spezifischer Meßmethoden und Indikatoren sowie eine Kombination unterschiedlicher methodologischer Ansätze aus der beobachtenden und qualitativen Forschung, darunter Prozess- und Ergebnisevaluation sowie Praxiserfahrung sollte dazu beitragen, dass der Wirkungsnachweis der kollektiven und strukturellen Maßnahmen der Gesundheitsförderung besser bewertbar und dadurch die Akzeptanz dieser Maßnahmen bei Praktikern und Politikern erhöht wird [Stewart-Brown 2006]. In diese Richtung arbeitet zur Zeit das Kooperationsprojekt der Universität Hamburg und des Deutschen Jugend Instituts (DJI) „*Gesundheit beginnt in der Familie*“ [DJI 2008]. Mit einem multimethodischen Untersuchungsdesign kombiniert es quantitative Wirksamkeitsforschung mit mehrdimensionaler, qualitativer Prozessevaluation. Zur Verwendung standardisierter Erhebungsinstrumente äußern sich die Forscher folgendermaßen: „*Die Frage ist dann oftmals nicht, <ob die Intervention im Allgemeinen effektiv ist, sondern ob sie zu diesem Zeitpunkt in der Entwicklung eines Gesundheitsproblems, in diesem Setting, unter Berücksichtigung der Interessen dieser Akteure die richtige ist>*“ [Friedrich et al. 2008: 19].

Da also die Effektivität gesundheitsfördernder Maßnahmen im Setting in ihrer Komplexität bisher nicht nachzuweisen ist, sollte aber dennoch die Sinnhaftigkeit des komplexen Ansatzes des hier entwickelten Konzeptes belegt werden. Um die

Effektivität von Empowermentstrategien beurteilen zu können, wurde auf Effektivitätsmessungen einzelner, wichtiger Elemente der Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa - Charta der WHO zurückzugegriffen, für die in der Literatur bereits Nachweise vorliegen. Solche Merkmale sind beispielsweise Partizipation und Empowerment (vgl. Kapitel 2.2., 2.3. und 2.4.). Das Health Evidence Network (HEN), ein Informationsdienst des WHO-Regionalbüros Europa für Entscheidungsträger im Bereich öffentlicher Gesundheit und des Gesundheitswesens der europäischen Staaten, erstellte 2006 im Auftrag des europäischen Regionalbüros der WHO eine Übersichtsarbeit zu den Ergebnissen und Effekten von Empowermentstrategien auf die öffentliche Gesundheit und gesundheitliche Ungleichheiten [Wallerstein 2006]. Grundlage der Übersichtsarbeit war eine Literaturrecherche der gängigsten Datenbanken englischer, peer-reviewter Literatur auf dem Gebiet von Public Health und Gemeindepsychologie (community psychology), die Bibliographien der ausgewählten Artikel und graue Literatur. Die Suche erfolgte aufgrund festgelegter Begriffe. Die Artikel wurden anhand einer weitgefassten Definition des Begriffs Empowerment ausgewählt [Wallerstein 2006]. Als Ergebnis dieses Reviews zeigte sich, dass es sich bei Empowermentstrategien um komplexe Strategien in komplexen Zusammenhängen handelt, die zu selbstbestimmtem Handeln – Empowerment - befähigen und dadurch die Gesundheit verbessern. So zeigten Studien, dass über ein besseres Gemeinschaftsgefühl, wie Nachbarschaftshilfe [Parker et al. 2001] oder Bürgerbeteiligung an einem Sanitär- und Trinkwasserprojekt [Eng et al. 1990], die Gesundheit verbessert wurde. Auch Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen [Wallerstein 2006] oder die Förderung von Empowerment von Familien [Dixon et al. 2001, Sherman 2003] konnten sehr effektiv Gesundheit positiv beeinflussen.

Vor allem in der Arbeit mit Jugendlichen waren Empowermentstrategien erfolgreich. Durch strukturierte, organisierte Aktivitäten wurden die Jugendlichen in die Entscheidungen und Handlungen eingebunden, wodurch in erster Linie ihre mentale Gesundheit gefördert wurde. In der Folge kam es beispielsweise zu geringerem Drogenkonsum mit entsprechend positiven Auswirkungen auf ihre Gesundheit [Altman et al. 1998, Roth/Brooks-Gunn 1998, Lerner/Thompson 2002]. Insgesamt wurde den Empowermentstrategien gesundheitsfördernde Wirksamkeit bescheinigt, wenn

- die Beteiligten in ihrer Fähigkeit gestärkt werden, verfügbare Gesundheitsressourcen zu nutzen und Zugang zu Informationen bezüglich der Förderung öffentlicher Gesundheit zu erhalten,
- Aktivitäten kleiner gesundheitsbewusster Gruppen genutzt werden, um ein gesundheitsförderndes Umfeld und ein verstärktes Gemeinschaftsgefühl zu schaffen,

- Bürgerinitiativen gefördert werden,
- eine gesundheitsfördernde Politik gestärkt wird, durch organisationsinterne und organisationsübergreifende Maßnahmen, Übertragung von Befugnissen und Entscheidungsgewalt auf die Beteiligten, Förderung staatlicher und institutioneller Rechenschaftsablage und Transparenz, und
- die Sensibilität für die von den Beteiligten selbst definierten gesundheitlichen Bedürfnissen erhöht wird [Wallerstein 2006].

Die Literaturlauswertung durch diesen Review führte zusammenfassend zu vier Kernaussagen, die auch Grundlage des in dieser Arbeit entwickelten Konzepts einer Gesundheitsfördernden Hochschule Fulda sind:

1. In einem bestimmten Setting erfolgreich durchgeführte Interventionen können nicht ohne weiteres übertragen werden. Sie müssen dem jeweiligen lokalen Kontext angepasst und für die entsprechende Bevölkerungsgruppe entwickelt und ausgewertet werden [Wallerstein 2006].

Das heißt in diesem Kontext, dass der Status, die Ressourcen, Stressoren und Potentiale der Hochschule Fulda erfasst und dargelegt und entsprechende Interventionen vorgeschlagen wurden (vgl. Kapitel 4).

2. Besonders erfolgversprechend sind Strategien, die die gesamte Gemeinschaft einbeziehen [Wallerstein 2006].

Das hier entwickelte Konzept weist in Kapitel 5 darauf hin, dass das gesamte Setting Hochschule, ausgehend von allen Statusgruppen, unter Einbeziehung der akademischen und Verwaltungsorganisation Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe der gesamten Hochschule verstehen sollte, bis hin zu der Entwicklung eines gemeinsamen Gesundheitsbegriffs und einer hochschuleigenen Gesundheitskultur.

3. Am wirksamsten sind die Strategien, die eine aktive Beteiligung der Betroffenen fördern und so Selbstbestimmtheit bei der Entscheidungsfindung, ein Gemeinschafts- und Zugehörigkeitsgefühl und psychologische Stärkung der Beteiligten herbeiführen [Wallerstein 2006].

Das in Kapitel 5 geschilderte Konzept geht von der Partizipation aller Beteiligten aus, um auf der Grundlage eines gemeinsam entwickelten Konsenses die gesundheits-

bezogenen Bedürfnisse der Betroffenen zu erkennen, Interventionen zu beschließen und zu implementieren.

4. Interventionen, die besonders auf Jugendliche abzielten, wirkten sich in vielerlei Hinsicht positiv auf deren Befähigung und Gesundheit aus. So führten sie zu einer Verbesserung ihrer psychischen Gesundheit und dadurch schulischen Leistungen [Wallerstein 2006].

Das Konzept betont die Bedeutung des Settings Hochschule mit seinem jungen Klientel und den hieraus sich ergebenden erfolgversprechenden Möglichkeiten, positiv gesundheitsfördernden Einfluss auszuüben.

Um das vorgelegte Konzept weiter zu begründen, wurde auch auf Daten aus dem Setting Gesundheitsfördernder Schulen zurückgegriffen, da sowohl das Konzept als auch das Setting gut vergleichbar mit dem Hochschulansatz sind. Im Gegensatz zu der noch kurzen Laufzeit des Programms Gesundheitsfördernder Hochschulen mit entsprechend dürrer Datenlage, liegen hier bereits Ergebnisse zum Nachweis der Effektivität von Maßnahmen vor.

Die schulische Gesundheitsförderung hat sich in den letzten 50 Jahren parallel zur Gesundheitsförderung in anderen Settings etabliert. Seit den 1990er Jahren entwickelte die WHO in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission und dem Europarat das Konzept der „*Gesundheitsfördernden Schule*“ [Stewart-Brown 2006]. Die Effektivität dieses Konzepts sollte 2006 im Rahmen eines Überblickberichts, ebenfalls durchgeführt von Health Evidence Network (HEN), dargestellt werden. Grundlage dieses Berichts ist eine umfassende Analyse von systematischen Metastudien zum Einfluss schulischer Gesundheitsinitiativen auf ausgewählte Aspekte der Gesundheit und des Wohlbefindens (seelische/psychische Gesundheit, aggressives Verhalten, gesunde Ernährung, Bewegung, Substanzenge- und missbrauch, schulischer Fahrunterricht und Interventionen durch Peers) [Stewart-Brown 2006]. Der Bericht baut auf der letzten umfassenden Analyse in diesem Bereich aus dem Jahre 1997 auf. Diese Analyse wurde im Auftrag des britischen „*Health Technology Assessment Programm*“ durchgeführt und umfasste 32 Metastudien [Stewart-Brown 2006]. Darüber hinaus fand eine systematische Literaturrecherche zur Identifikation von Metastudien aus der Zeit nach 1997 in zahlreichen, namhaften Datenbanken statt. Ein- und Ausschlusskriterien wurden exakt definiert, ebenso die Begriffe Schule, Gesundheitsförderung und „*Gesundheitsfördernde Schule*“. Insgesamt wurden die Abstracts von 448 Publikationen heruntergeladen. Davon wurden 45 Artikel und

Berichte detailliert analysiert. Es handelte sich um 15 Metastudien mit insgesamt 826 Studien [Stewart-Brown 2006].

Die wichtigsten Ergebnisse des Berichts zu den Bereichen seelische/psychische Gesundheit, Ernährung und Bewegung und zum Konzept „Gesundheitsfördernde Schule“ sehen im einzelnen wie folgt aus:

1. Fünf Metastudien mit insgesamt 312 Studien befassten sich mit der Förderung seelisch/psychischer Gesundheit bzw. der Prävention psychischer Erkrankungen.

Es konnte gezeigt werden, dass Programme wirksam waren, die den gesamtschulischen Ansatz verfolgten und die wesentlichen Elemente des Konzepts „Gesundheitsfördernde Schule“ berücksichtigten, wie Veränderung der Schulumgebung, Entwicklung persönlicher Fähigkeiten im Rahmen des Unterrichts, Einbeziehung von Angehörigen und der Gemeinde, wie auch die aktive Einbeziehung der gesamten Schule. Rein wissensbasierte Programme, z.B. lediglich Vorträge zur Thematik, zeigten sich wenig effektiv.

2. Zwei Metastudien mit insgesamt 48 Studien beschäftigten sich mit Interventionen zur Förderung gesunder Ernährung und Bewegung.

Die meisten Programme wurden als effektiv eingestuft, mit alters- und geschlechtsspezifischen Effekten, Mädchen und ältere Schüler profitierten mehr. Auch hier zeigte sich, dass vor allem Ansätze, die die ganze Schule umfassten, einschließlich des Angebots gesunder Verpflegung in der Schulkantine, am erfolgreichsten waren. Bei jungen Frauen wirkten sich bezüglich gesunder Ernährung Peer-Interventionen positiv aus. Die Qualifizierung der Lehrkräfte war eine wichtige Voraussetzung für die Effektivität der Interventionen.

3. Zum Bereich schulischer Gesundheitsförderung und „Gesundheitsfördernde Schule“ wurden 12 Interventionsstudien verglichen.

Die untersuchten Schulen mussten nicht Teilnehmer des Programms „Gesundheitsfördernde Schule“ sein. Keine der untersuchten Schulen hatte alle Aspekte des Konzepts „Gesundheitsfördernde Schule“ umgesetzt. Interventionen in drei Bereichen wurden evaluiert: Schulklima und / oder -umgebung; Unterricht und/oder Einbeziehung von Angehörigen und/oder Gemeinde; Modelle aktiver Beteiligung der gesamten Schule. Es wurden fördernde Wirkungen auf folgende Bereiche festgestellt: Schule als soziale und materielle Umgebung, Personalentwicklung, schulisches Verpflegungsangebot, Angebot von Bewegungsprogrammen und soziales Klima der Schule. Einige Studien konnten ein verbessertes Gesundheitsverhalten, z.B. bei den

Essgewohnheiten, und verbesserte Gesundheit selbst, z.B. Fitness, feststellen. [Stewart-Brown 2006].

Auch dieser Bericht konnte belegen, dass, in diesem Fall durch schulische Gesundheitsförderung, die Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern verbessert werden konnte. Es zeigte sich, dass schulische Gesundheitsförderung effektiv sein kann, dies aber nicht immer ist, und je nach Gesundheitsaspekt unterschiedlich effektiv ist. Hauptergebnis war: Schulische Programme zur Förderung der seelischen/psychischen Gesundheit sind besonders effektiv. Auch Programme zur Förderung gesunder Ernährung und Bewegung wurden als effektiv befunden, wobei diese Programme am besten entwickelt sind. Auch sie zielen auf die Entwicklung des schulischen Umfelds und die Einbeziehung der Eltern ab. Die Evidenz für die Wirksamkeit des Konzepts „Gesundheitsfördernde Schule“, wie auch anderer vergleichbarer Konzepte, konnte für einzelne Charakteristika dieses Ansatzes nachgewiesen werden, wie komplexe und multifaktorielle Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen sowie langfristige und intensive Interventionen, wenn auch eine ganzheitliche Evaluation der entsprechenden Programme in den lokalen Settings aus den genannten Gründen nicht erbracht werden konnte [Stewart-Brown 2006]. Somit bestätigt und unterstützt auch dieser Review die bisher geführte Argumentation und sollte die Akzeptanz gesundheitsfördernder Maßnahmen in Settings auch auf politischer Ebene befördern.

Damit bleibt zusammenfassend festzuhalten: Obwohl es noch keine Aussagen umfassender Studien im Bereich der Gesundheitsförderung an Hochschulen im Setting – Ansatz gibt, weisen Studien aus dem Bereich Gesundheitsfördernder Schulen und aus dem Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung neben den Eigenerfahrungen und -bewertungen Gesundheitsfördernder Hochschulen eindeutig nach, dass dieser Ansatz erfolgreich und vielversprechend ist. Auch Studien, die einzelne Aspekte des Setting – Ansatzes untersuchten, weisen in diese Richtung. So konnten die dem Konzept Gesundheitsfördernder Settings zugrunde liegenden Charakteristika - Partizipation, Empowerment, ganzheitlicher Ansatz und langfristige Maßnahmen - durch die vorliegenden Studien als gesundheitsfördernd ausgewiesen werden. Die Effektivität von Empowermentstrategien, als einer der grundlegenden Strategien zur Förderung von Gesundheit, konnte aufgrund umfangreicher Literaturrecherchen belegt und ihre positiven Auswirkungen auf die Gesundheit aufgezeigt werden. Berücksichtigt werden muss jedoch, dass erfolgreiche Interventionen in einem bestimmten Setting nicht ohne weiteres auf ein anderes

übertragen werden können, sondern, dass die Interventionen dem jeweiligen Kontext angepasst werden müssen.

Aus diesen Gründen erschien es gerechtfertigt, ein Konzept basierend auf dem Setting – Ansatz zur Etablierung einer Gesundheitsfördernden Hochschule Fulda zu entwickeln.

Diese Arbeit hat die konkreten Ressourcen und Potentiale der Hochschule Fulda aufgezeigt, die die Machbarkeit und Sinnhaftigkeit eines solchen Schrittes hin zu einer Gesundheitsfördernden Hochschule untermauern. Durch diese Arbeit wurde die Bereitschaft und das Interesse zur Zusammenarbeit des Studentenwerks und des Projekts Cafe Chaos mit dem Fachbereich OE zur Unterstützung und Weiterentwicklung einer gesundheitsfördernden Ernährungssituation an der Hochschule Fulda geweckt.

Des weiteren konnte diese Arbeit aufzeigen, dass die Möglichkeit für den Fachbereich OE und die Hochschule Fulda als Organisation besteht, mit dem Mensaneubau gesundheitsfördernd Einfluss auf den Bereich Ernährung an der Hochschule Fulda zu nehmen. Die Arbeit zeigte auch, dass es für den Studiengang PHN vor Ort möglich ist, u.a. über die Partizipation und das Empowerment der Studierenden, Theorie in Praxis umzusetzen und dadurch unmittelbar, aber auch im Bereich von Forschung und Lehre, über die Ernährung auf die Weiterentwicklung gesundheitsfördernder Strukturen zu wirken.

Das hier vorgelegte Konzept versteht sich als Initialzündung und zeigte, dass es sinnvoll ist, den ersten Schritt zu einer Gesundheitsfördernden Hochschule über ein Pilotprojekt zu gehen, da somit die Möglichkeit eröffnet wird, zunächst im kleinen Kreis Entwicklungsarbeit ohne größere strukturelle Widerstandsprobleme zu leisten, um dann ein ausgereiftes, erfolgreiches Verfahren mit entsprechenden Instrumenten vorzuweisen, die dann eine Weiterentwicklung zu einer Gesundheitsfördernden Hochschule in Gang setzen können.

Allerdings muss einschränkend festgehalten werden, dass das hier entwickelte Konzept Ergebnis einer Einzelarbeit ist und somit die Möglichkeiten und Anregungen, die durch Diskussionen in Teamarbeit entstehen, nicht genutzt werden konnten. Dieses Konzept sollte deshalb als Input verstanden werden, und müsste vor einer praktischen Umsetzung durch Diskussion der Beteiligten noch erweitert und modifiziert werden. Diese Arbeit berücksichtigt vorrangig den Aspekt der Ernährung, obwohl der Verfasserin die komplexe Beziehung von Ernährung und Essen v.a. in ihrer Wirkung



auf Verhaltensänderungen bekannt ist. Bei einer Umsetzung des Konzepts müssten hier im Sinne der Ganzheitlichkeit noch Erweiterungen stattfinden. Außerdem wurde das Konzept vorrangig aus der Sicht der Oecotrophologie entwickelt. Um dem postulierten Ansatz gerecht zu werden, müssten verstärkt auch das Fachwissen und die Kompetenzen anderer Fachbereiche, vor allem aus dem Fachbereich PG, berücksichtigt werden.

## **7. Zusammenfassung**

Ernährung ist ein wesentlicher Teil des Lebens und beeinflusst in besonderer Weise die Gesundheit und Leistungsfähigkeit von Menschen. In Deutschland und weltweit weisen ernährungsmitbedingte, chronische Erkrankungen eine hohe Inzidenz und Prävalenz auf und sind häufige Ursache für Todesfälle. Da Ernährung von Lebensstilen und daraus resultierendem Ernährungsverhalten beeinflusst wird, sind diese verhaltensbedingten Faktoren potentiell beeinflussbar und der Prävention und Gesundheitsförderung zugänglich.

Für den Begriff Gesundheit gibt es keine allgemeingültige, einheitliche Definition. Das Salutogenetische Modell Antonovskys stellt zur Zeit das einflussreichste Gesundheitskonzept dar, das unter der Berücksichtigung von Protektivfaktoren und Individual- und Umweltressourcen Grundlage für Gesundheitsförderung im Sinne der WHO ist. Deren Konzept geht von der Ganzheitlichkeit des Menschen aus, bezieht alle Ebenen des menschlichen Lebens ein und basiert auf Partizipation und Empowerment aller Beteiligten unter Nutzung aller individuellen und sozialen Ressourcen. Als Schlüsselstrategie wird der Setting – Ansatz gewählt, der das gesamte Lebens- und Arbeitsumfeld von Menschen umfasst.

Im Kontext dieser Arbeit ist das Setting Gesundheitsfördernder Hochschulen von besonderem Interesse. Durch das junge Klientel und in der Funktion als Bildungs- und Ausbildungsinstitution zukünftiger Forscher, Wissenschaftler und Entscheidungsträger stellt es für die Gesundheitsförderung ein enormes Potential dar und trägt eine besondere Verantwortung für zukünftige Generationen. In Deutschland ist die Zahl Gesundheitsfördernder Hochschulen noch sehr gering und die Bedeutung der Ernährung wird in diesem Zusammenhang nur marginal thematisiert. Daher besteht hier dringender Handlungsbedarf.

Infolge der Komplexität gesundheitsfördernder Maßnahmen in Settings, der Heterogenität der Betroffenen und Interventionen, der langfristigen Wirkungsweise und der Prozessorientierung, fehlen bisher noch geeignete Studiendesigns und

Messmethoden, um die Effektivität gesundheitsfördernder Maßnahmen in Settings als Ganzem zu belegen. Die Effektivität einzelner Komponenten, wie Partizipation und Empowerment der Beteiligten, sowie Selbstbewertung und Evaluation von Maßnahmen unter Einbeziehung von Qualitätsmanagementsystemen durch die betroffenen Hochschulen konnten jedoch belegen, dass dieser Ansatz erfolgreich und vielversprechend ist.

Unter dieser Prämisse wurde für die Hochschule Fulda ein Konzept zum Aufbau einer Gesundheitsfördernden Hochschule entwickelt, nachdem die Voraussetzungen, Ressourcen und Potentiale, aber auch mögliche Stressoren aufgezeigt wurden.

Die Hochschule Fulda verfügt über vier ernährungs-, bzw. gesundheitswissenschaftliche Fakultäten vor Ort, ist mit zahlreichen Universitäten weltweit vernetzt, arbeitet intern bereits fachbereichsübergreifend und verfügt zudem über ein erfolgreich arbeitendes Qualitätsmanagementsystem. Die Hochschule Fulda fordert in ihrem Leitbild Partizipation und Empowerment und für ihre weitere Profilierung die Weiterentwicklung der Schwerpunkte Gesundheit, Ernährung und Lebensmittel. Durch Übertragung ihrer wissenschaftlichen Lehrinhalte und Forschungsergebnisse in die eigene Arbeits- und Lebenswelt der Hochschule besteht noch ein großes, ungenutztes Potential. Mit dem geplanten Neubau einer Mensa würde sich ein geeigneter Einstieg im Sinne eines Pilotprojekts in eine Gesundheitsfördernde Hochschule bieten. Auf dieser Grundlage erscheint die Hochschule Fulda prädestiniert, den Weg hin zu einer Gesundheitsfördernden Hochschule zu gehen.

Schlüsselwörter: Gesundheit, Ernährung, Partizipation, Empowerment, Setting – Ansatz, Gesundheitsfördernde Hochschulen, Hochschule Fulda

## **8. Summary**

Nutrition as a fundamental part of life affects humans' health and capacity in a special way. In Germany and worldwide chronic diseases being closely connected with nutrition show great incidences and prevalences and determine death in numerous cases. Nutrition becomes influenced by behaviour which depends on life-style. Such factors due to behavior potentially are susceptible and accessible to prevention and health promotion.

There is no generally accepted and standardized definition for the term of health. At the moment Antonovsky's salutogenetic model is the most influential concept

of health. This model accounts for protective factors and for personal and social resources as well as physical capacities as the basic principle for health promotion. This corresponds to the WHO's agenda. WHO's concept comes from the wholeness of man. To benefit from personal and social resources this concept implicates each level of life and bases on participation and empowerment of all participants. As the basic key strategy the settings approach is chosen, including men's complete environment, that means work and leisure.

The interest of this paper is directed towards the settings of health promoting universities. Due to the young clientele and the function as institution of education for future scientists and decision makers universities provide an enormous potential for health promotion and bear responsibility to generations to-be. In Germany the numbers of health promoting universities and in this context the relevance of nutrition are marginal. Need for action is strongly recommended.

Health promoting activities in settings, that means heterogeneity concerned to persons and interventions, long-term effectiveness and process orientation are very complex. As a result of complexity of health promoting activities in settings, until now there is a lack of adequate designs for studies and outcome measures to document the effectiveness of health promoting activities in settings on the whole. Affected universities could demonstrate the effectiveness of particular components, such as participation and empowerment of the involved persons as well as self-evaluation and evaluation of interventions considering quality management systems. This could document that this approach is successful and auspicious.

In that assumption this concept was developed, to establish a health promoting university. For that requirements as resources, potentials and possible stress factors were identified.

The University of Applied Sciences Fulda is well grounded in four locally schools of nutrition and health sciences. It is networking worldwide with numerous universities. It's internally departments are already working in cooperation. The university is having access to a successful working quality management system. In it's guidelines the University of Applied Sciences Fulda is postulating participation and empowerment and for further profiling enhancing focuses on health, nutrition and food. There is existing a wide and idle potential by assigning academic content of teaching and results of the latest researches to the university's own environment. As a pilot scheme the new building of the cafeteria could be the beginning of getting into a health promoting university. Based on this background the University of Applied Sciences Fulda seems to be predestinated, to become a health promoting university.

Keywords: health, nutrition, participation, empowerment, setting approach, health promoting universities, University of Applied Sciences Fulda

## Literaturverzeichnis

Academica: 2008: <http://www.academica-fulda.de>

Stand 25.05.2008

ACHA: American College Health Association: <http://www.acha-ncha.org/overview.html>

Stand 02.05.2008

Agenda 21: 1992 <http://www.agrar.de/agenda/agd21k00.htm>

Stand 23.02.2008

Altman, D.G., Feighery, E., Robinson, T.N., Haydel, K.F., Strausberg, L., Lorig, K., Killen, J.D.: Psychosocial factors associated with youth involvement in community activities promoting heart health, in: Health education & Behavior, 1998, 25(4), S. 489-500

Antonovsky, A.: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Deutsche erweiterte Ausgabe von Alexa Frankle, dgvt, Tübingen 1997

Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen 2003: Hartmann, Th. et al.: Gesundheitsförderung an deutschen Hochschulen, Bestandsaufnahme der Strukturen und Projekte 2002,

[http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/inhalte/05\\_materialien\\_links/Literatur/10172-2003.pdf](http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/inhalte/05_materialien_links/Literatur/10172-2003.pdf)

Stand 11.03.2008

Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen 2007a: Gütekriterien

[http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/HTML/D\\_GF\\_HS\\_national/D2\\_Goetkriterien1.html](http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/HTML/D_GF_HS_national/D2_Goetkriterien1.html)

Stand 11.03.2008

Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen 2007b:

[http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/HTML/A\\_Arbeitskreis/A1\\_Wer\\_sind\\_wir?](http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/HTML/A_Arbeitskreis/A1_Wer_sind_wir?)

Stand 04.10.2007

Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen 2008a: Basiswissen Gesundheitsförderung,

[http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/B\\_Basiswissen\\_GF/B1\\_Historische\\_Entw\\_gesetzl\\_Grundl/B1\\_Basiswissen\\_GF\\_Historische\\_Entw\\_gesetzl\\_Grundl.pdf](http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/B_Basiswissen_GF/B1_Historische_Entw_gesetzl_Grundl/B1_Basiswissen_GF_Historische_Entw_gesetzl_Grundl.pdf)

Stand 01.03.2008

Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen 2008c: Projektdatenbank

[http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/HTML/D\\_GF\\_HS\\_national/D4\\_Projektdatenbank1.html](http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/HTML/D_GF_HS_national/D4_Projektdatenbank1.html)

Stand 12.03.2008

Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen 2008d: Rahmenbedingungen

[http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/HTML/D\\_GF\\_HS\\_national/D1Rahmenbedingungen1.html](http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/HTML/D_GF_HS_national/D1Rahmenbedingungen1.html)

Stand 12.03.2008

- Baric, L., Conrad, G. (Hrsg.): Gesundheitsförderung in Settings. Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit zur praktischen Anwendung des Settingansatzes der Gesundheitsförderung, Conrad Verlag für Gesundheitsförderung, Wien 1999
- Bengel, J. et al.: Was erhält Menschen gesund? BzGA, Köln 2001
- Berkman, L.F., Syme S.L.: Social Networks, Host Resistance, and Mortality – A Nine-Year Follow-up Study of Alameda County Residents, in: American Journal of Epidemiology, 2 (109) 1979 , S. 186-204
- Booth, B., Ritchie, B.: Foreword, in: Tsouros, A.; Dowding, G., Dooris, M., Thompson, J.(Hrsg.): Health promoting Universities 1998,  
[www.euro.who.int/document/e60163.pdf](http://www.euro.who.int/document/e60163.pdf)  
 Stand 18.03.2008
- Bundesgesundheitsministerium: 2008  
[http://www.bmg.bund.de/cln\\_040/nn\\_599776/DE/Themenschwerpunkte/Gesundheit/gesundheit-node,param=.html\\_nnn=true](http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_599776/DE/Themenschwerpunkte/Gesundheit/gesundheit-node,param=.html_nnn=true)  
 Stand 25.02.2008
- DAAD: Wissenschaft weltoffen 2008, Studierende insgesamt, ausländische Studierende, Bildungsausländer 1976 bis 2007,  
<http://wissenschaft-weltoffen.de/daten/1/1/3>  
 Stand 03. 07.2008
- Cafe Chaos: 2008  
<http://www.cafe-chaos-fulda.de>  
 Stand 25.05.08
- DGE (Hrsg.): Ernährungsbericht 2004, Bonn 2004
- Dixon, L., Stewart, B., Burland, J., Delahanty, J., Lucksted, A., hoffman, M.: Pilot study of the effectiveness of family-to-family education programm, in: Psychiatric Services, 2001, 52 (7). S. 965-967
- DJI (Deutsches Jugend Institut) 2008: Projekt: Gesundheit beginnt in der Familie,  
<http://www.dji.de/cgi-bin/projekte/output.php?projekt=446&Jump1=LINKS&Jump2=38>  
 Stand 16.07.2008
- Dooris, M.: Health Promoting University Project: Phase I Progress and Evaluation Report. University of Central Lancashire. Preston. 1997
- Dooris, M.: Promoting sustainable health within a university setting: a case study, in: Sonntag, U. et al.: Gesundheitsfördernde Hochschulen, Juventa, München 2000, S. 163-169
- Dooris, M.: The challenge of evaluation, University of Central Lancashire, Faculty of Health,2007,  
<http://www.uclan.ac.uk/facs/health/hsdu/evidence/evaluation.htm>  
 Stand 28.04.2008
- Elliott, A., Aucott, L., Hannaford, Ph., Smith, W. : Weight Change in Adult Life and Health Outcomes. In: Obesity Research 2005, Nr. 13, S. 1784 - 1792

- Eng, E., Bristol, J., Cunningham, A.: Participation effect from water projects on EPI, in: Social Science & Medicine, 1990, 30(12), S. 1349-1358
- EQUIHP, European Quality Instrument for Health promotion, 2005a, <http://ws5.e-vision.nl/syteam3/images/Annexe%2010%20EQUIHP.pdf>  
Stand 07.07.2008
- EQUIHP, User Manual, 2005b, <http://ws5.e-vision.nl/syteam3/images/User%20Manual1.pdf>  
Stand 07.07.2008
- Eriksson, M., Lindström, B.: Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a Systematic review, in: J Epidemiol. Community Health 2005, 59, S. 460-466
- Eriksson, M., Lindström, B.: Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review, in: Epidemiol Community Health, 2007 Nov; 61(11) S. 938-944
- Europäische Union 2005: <http://www.euro.who.int/Document/E87861G.pdf>  
Stand 01.03.2008
- Faller, G., Schnabel, P.-E. (Hrsg.): Wege zur gesunden Hochschule, edition sigma, Berlin 2006
- Franzkowiak, P.: Gesundheitsberichterstattung im Setting Hochschule, in: Sonntag, U. et al.: Gesundheitsfördernde Hochschulen, Juventa, München 2000, S. 71-79
- Franzkowiak, P.: Salutogenetische Perspektive, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a.d. Selz 2006b, S. 198-200
- Friedrich, S., Redlich, A., Höck, J., Jeschke, K.: Wie kann eine Praxis angemessene Forschung im Rahmen der Gesundheitsförderung aussehen?, in: impulse, Newsletter zur Gesundheitsförderung 2/2008, S. 18-19
- Fulda: 2008: <http://www.fulda.de>  
Stand 25.05.2008
- Gesundheitsministerkonferenz 2008: <http://www.gmkonline.de/?&nav=allgemeines>,  
Stand 23.02.2008
- Gräser, S.: Der Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen als gestaltende und vernetzende Plattform für das Setting Hochschule, in: Krämer, A et al.: Gesundheitsförderung im Setting Hochschule, Juventa München 2007, S. 167-185
- Gräser, S., Belschner, W.: Ansatz und Ziele einer Gesundheitsfördernden Hochschule in Deutschland, in: HIS Kurzinformation Bau und Technik. Gesundheitsförderung in der Hochschule, B3 Hannover: Hochschul-Informationen-System 2001, S.23 -29
- Grossmann, R., Scala, K.: Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a.d. Selz 2006, S. 205-206

- Hartmann, Th., Heinrichson, T., Hering, T., Sonntag, U.: Gesundheitsförderung an deutschen Hochschulen. Bestandsaufnahme der Strukturen und Projekte im Jahr 2002. Magdeburg 2003  
<http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/>  
 Stand 13.03.2008
- Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung – HAGe 2008:  
<http://www.hage.de>  
 Stand 10.03.2008
- Hochschule Fulda: 2008  
<http://www.hs-fulda.de>  
 Stand 25.05.2008
- Hölling, H., Schlack, R., Dippelhofer, A., Kurth, B.-M.: Personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren und gesundheitsbezogene Lebensqualität chronisch kranker Kinder und Jugendlicher, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Mai 2008
- Hurrelmann, K.: Gesundheitssoziologie, Juventa, München 2006
- Hurrelmann, K.: Determinanten von Gesundheit, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a.d. Selz 2007, S. 26-28
- Hurrelmann, K., Franzkowiak, P.: Gesundheit, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a.d. Selz 2007, S. 52-55
- Isserstedt, W., Middendorff, E., Fabian, G., Wolter, A.: Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2006, 18. Sozialerhebung des deutschen Studentenwerks durchgeführt durch HIS Hochschul-Infomations-System, Berlin 2007
- Kaba-Schönstein, L.: Gesundheitsförderung, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a.d. Selz 2006, S. 73-111
- Knorr-Cetina, K. Die Fabrikation von Erkenntnis: Zur Anthropologie der Naturwissenschaft, Suhrkamp, Frankfurt/Main 2002
- Koscielny, G., Klotter, Ch., Kroke, A.: take 5-4U, Entwicklung eines Konzeptes zur Erschließung von Innovationspotential in der „Wertschöpfungskette Food“ am Beispiel der Vermarktung von regional erzeugten Lebensmitteln in der Schulverpflegung, 2008  
<http://www.take5-4u.de/fileadmin/take5/gfx/Fo-Projekt1.pdf>  
 Stand 21.07.2008
- Krämer, A., Sonntag, U., Steinke, B., Meier, S., Hildebrandt, C. (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Setting Hochschule, Juventa, München 2007
- Lerner, R.M., Thompson, L.S.: Promoting healthy adolescent behaviour and development: issues in the design and evaluation of effective youth programs, in: Journal of Pediatric Nursing, 2002, 17(5), S. 338-344



- Lindström, B., Eriksson, M.: Salutogenesis, in: J Epidemiol. Community Health 2005, 59, S. 440-442
- Lincke, H. J., Stößel, U. : Gesundheitsförderung im Setting Universität aus Sicht von Schlüsselpersonen, in: Prävention 03/2007, S. 83-86
- Maxwell, A., Krämer, A.: Was können wir von Amerika lernen – Anregungen zur Gesundheitsförderung an der Hochschule, in: Faller, G., Schnabel, P.-E. (Hrsg.): Wege zur gesunden Hochschule, edition sigma, Berlin 2006, S. 191-199
- Meier, S., Tuschinske, S., Faller, G., Steinke, B., Krämer, A.: Gesundheitssurvey für Studierende in NRW, Universität Bielefeld, Gesundheitslabor 2007
- Nutbeam, D.: Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary Health education and communication strategies into the 21<sup>st</sup> century, in: Health Promotion International, Vol 15, No.3 2000, S. 259-267
- Parker, E.A., Lichtenstein, R.L., Schulz, A.J., Israel, B.A., Schork, M.A., Szeinmann, K.J., James, S.A.: Disentangling measures of individual perceptions of community social dynamics: results of a community survey, in: Health Education & Behavior, 2001, 28(4). S. 462-486
- Pfaff, H., Slesina, W. (Hrsg.): Effektive betriebliche Gesundheitsförderung, Juventa Verlag, München 2001
- ProFu: 2004: Chronik  
[http://hs-fulda.de/uploads/media/Chronik\\_Verein\\_ProFu\\_e.V.\\_1984-2004.pdf](http://hs-fulda.de/uploads/media/Chronik_Verein_ProFu_e.V._1984-2004.pdf)  
 Stand 25.05.2008
- Quellenberg, U.: Die Ernährungssituation der Dortmunder Studierenden, in: Ernährungsumschau, 4/2008, S. 202-209
- Rappaport, J.: Terms of Empowerment/Exemplars of Prevention: Toward a Theory for Community Psychology; in: American Journal of Community Psychology, Vol. 15, No.2, 1987
- RKI: Kernaussagen des Gesundheitsberichts „Gesundheit in Deutschland“ 2006  
[http://www.rki.de/cln\\_048/nn\\_204568/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/Kernaussagen,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/Kernaussagen.pdf](http://www.rki.de/cln_048/nn_204568/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/Kernaussagen,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/Kernaussagen.pdf)  
 Stand 27.02.2008
- Rosenbrock, R.: Gesundheitspolitik, Huber, Bern 2006
- Roth, J., Brooks-Gunn, J.: Promoting healthy adolescents: synthesis of youth development program evaluations, in: Journal of Research on Adolescence, 1998, 8(4), S. 105-118
- Ruckstuhl, B., Abel, Th.: Ein Modell zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung, in: Prävention 2/2001, S. 35-38

- Schmid, B.: Ethnische Ernährungsweisen und ihre Veränderung – Ernährungsgewohnheiten von italienischen, griechischen und türkischen Migrantinnen in Süddeutschland, in: Gedrich, K., Oltersdorf, U. (Hrsg.), Regionale und ethnische Ernährungsweisen in Deutschland, Bundesforschungsanstalt für Ernährung, Karlsruhe 2002, 23. Wissenschaftliche Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Ernährungsverhalten e.V. 11.-12.10.2001, Freising/Weißenstephan, S. 101-119, <http://www.agev.net/tagung2001/agev2001doku.pdf>  
Stand 26.09.2007
- Schnabel, P.- E. Faller, G.: Die Hochschule als Ort für Gesundheitsförderung – konzeptionelle Grundlagen, in: Faller, G., Schnabel, P.-E. (Hrsg.): Wege zur gesunden Hochschule, edition sigma, Berlin 2006, S. 23-34
- Seymour, J., Yaroch, A., Serdula, M., Blanck, H., Khan, L.: Impact of nutrition environmental interventions on point-of-purchase behavior in adults: a review, in: Preventive Medicine 2004, Nr. 39, S. 108-136
- Sherman, M.D.: The Support and Family Education (SAFE) program: mental health facts for families, in: Psychiatric Services, 2003, 54(1), S. 35-37
- Siebert, D., Hartmann, Th.: Settingbezogene Gesundheitsförderung in Deutschland – ein Überblick, in: Krämer, A. et al.; Gesundheitsförderung im Setting Hochschule, Juventa, München 2007, S. 201-208
- Slesina, W.: Evaluation betrieblicher Gesundheitszirkel, in: Pfaff, H., Slesina, W. (Hrsg.): Effektive betriebliche Gesundheitsförderung, Juventa Verlag, München 2001, S. 75-95
- Sonntag, U., Gräser, S., Stock, Chr., Krämer, A. (Hrsg.): Gesundheitsfördernde Hochschulen, Juventa, München 2000
- Sonntag, U. Steinke, B., Hildebrand C.; Meier, S., Krämer, A.: Gesundheitsförderung im Setting Hochschule – Wissenschaftliche Instrumente, Praxisbeispiele und Perspektiven, in: Krämer, A. et al.; Gesundheitsförderung im Setting Hochschule, Juventa, München 2007, S. 7-9
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheitsbericht für Deutschland, Stuttgart 1998
- Statistisches Bundesamt: Pressebroschüre Hochschulstandort Deutschland 2005  
<http://www.destatis.de>  
Stand 13.03.2008
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). Datenreport 2006, Auszug aus Teil 1,  
<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/sites/destatis/Internet/DE/content/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/Datenreport/Datenreport.psmi>  
Stand 11.05.2008
- Stewart-Brown, S.: What is the evidence on school health promotion in improving Health preventing disease and, specifically, what is the effectiveness on health promoting schools approach? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network Report) 2006, Deutsche Fassung:  
<http://www.euro.who.int/Document/E88185G.pdf>  
Stand 18.03.2008

- Stock, Chr.: Die Relevanz von Qualitätssicherung für die Gesundheitsfördernde Hochschule, in: Krämer, A. et al.: Gesundheitsförderung im Setting Hochschule, Juventa, München 2007, S. 113-121
- Studentenwerk: 2007 [http://www.studentenwerk.de/pdf/Hauptbericht\\_18SE.pdf](http://www.studentenwerk.de/pdf/Hauptbericht_18SE.pdf)  
Stand 26.05.2008
- Studentenwerk: 2008 <http://hrza1.hrz.uni-giessen.de/studentenwerk/navigation.html>  
Stand 26.05.2008
- Thorogood, M., Simera, I., Dowler, E., Summerbell, C., Brunner, E.: A systematic review of population and community dietary interventions to prevent cancer, in: Nutrition Research Reviews 2007, Nr. 20, S. 74-88
- Trojan, A.: Gemeindeorientierung, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a.d. Selz 2006a, S. 43-45
- Trojan, A.: Soziale Netzwerke und Netzwerkförderung, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim a.d. Selz 2006b, S. 208-210
- Tsouros, A.: Health promoting Universities: concept and strategy, in: Sonntag, U. et al.: Gesundheitsfördernde Hochschulen, Juventa Verlag München 2000, S. 15-24
- Uclan (University of Central Lancashire) 2006: Health Promoting University, <http://uclan.ac.uk/facs/health/hpu/abouthpu.htm>  
Stand 28.04.2008
- Uclan (University of Central Lancashire) 2007: Universities and colleges, <http://uclan.ac.uk/facs/health/hsdu/settings/unicol.htm>  
Stand 28.04.2008
- Unnold, K., Walter, U.: Universität Bielefeld – Konzept für eine gesunde Hochschule, in: Krämer, A., Sonntag, U., Steinke, B., Meier, S., Hildebrandt, C. (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Setting Hochschule, Juventa, München 2007. S. 143 - 152
- Wallerstein, N.: What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen. WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network Report) 2006, <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>  
Stand 18.03.2008
- WHO: 1946: [http://www.searo.who.int/LinkFiles/About\\_SEARO\\_const.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/About_SEARO_const.pdf)  
Stand 27.03.2008
- WHO: Alma Ata 1978: [http://www.who.int/hpr/NPH/dovs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/dovs/declaration_almaata.pdf)  
Stand: 21.02.2008
- WHO: Ottawa 1986: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/print.html>  
Stand 26.02.07

WHO: Jakarta 1997:

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>

Stand 01.03.2008

WHO: Athener Erklärung für Gesunde Städte 1998,

[http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010917\\_1?PrinterFriendly=1&lang=ua...](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010917_1?PrinterFriendly=1&lang=ua...)

Stand 09.10.2007

WHO: Bangkok 2005:

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/en/index.html>

Stand 26.02.2007

WHO: Types of Healthy Settings 2008

[http://www.who.int/healthy\\_settings/types/universities/en/print.html](http://www.who.int/healthy_settings/types/universities/en/print.html)

Stand 10.03.2008

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung		
Deckblatt:	eigene Darstellung	Deckblatt
Abbildung 1:	Vereinfachte Darstellung des Salutogenetischen Modells Antonovskys Quelle: eigene Darstellung, modifiziert nach: Bengel et al.: Was erhält Menschen gesund? BzGA, Köln 2001: 36	10
Abbildung 2:	Gütekriterien für eine Gesundheitsfördernde Hochschule Quelle: <a href="http://www.gesundheitsfördernde-hochschulen.de/HTML/D_GF_HS_national/D2_Gütekriterien1.html">http://www.gesundheitsfördernde-hochschulen.de/HTML/D_GF_HS_national/D2_Gütekriterien1.html</a> Stand 11.03.2008	27
Abbildung 3:	Qualitätskriterien für Gesundheitsförderung des EQUIHP – Instruments Quelle: Modifiziert nach EQUIHP, User Manual, 2005, <a href="http://ws5.e-vision.nl/systeem3/images/User%20Manual1.pdf">http://ws5.e-vision.nl/systeem3/images/User%20Manual1.pdf</a> S.9, Stand 07.07.2008	41
Abbildung 4:	Vorhandene Ressourcen für eine Gesundheitsfördernde Hochschule Fulda, anhand des Salutogenetischen Modells nach Antonovsky eigene Darstellung	44
Abbildung 5:	Konzept zur Etablierung einer Gesundheitsfördernden Hochschule Fulda eigene Darstellung	70

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	<p>Überblick über Gesundheitsfördernde Aktivitäten an deutschen Hochschulen mit dem Schwerpunkt Ernährung eigene Darstellung</p> <p>Quellen: 1. Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen 2008: Projektdatenbank, <a href="http://www.gesundheitsfördernde-hochschule.de/HTML/D_GF_HS_national/D4_Projektdatenbank1.html">http://www.gesundheitsfördernde-hochschule.de/HTML/D_GF_HS_national/D4_Projektdatenbank1.html</a> Stand: 12.03.2008</p> <p>2. Homepages der genannten Hochschulen: <u>Suchbegriffe:</u> Leitbild / -ziele, Portrait, Identität, Wir über uns etc. Gesundheit, Gesundheitsförderung, etc. Arbeitskreis, Steuerkreis, etc. Stand: April 2008</p>	Anhang
Tabelle 2:	<p>Projekte der in der Projektdatenbank des Arbeitskreises Gesundheitsfördernde Hochschulen gemeldeten Hochschulen eigene Darstellung</p> <p>Quelle: Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen 2008c: Projektdatenbank <a href="http://www.gesundheitsfördernde-hochschulen.de/HTML/D_GF_HS_nationalD4/Projektdatenbank1.html">http://www.gesundheitsfördernde-hochschulen.de/HTML/D_GF_HS_nationalD4/Projektdatenbank1.html</a> Stand 12.03.2008</p>	35
Tabelle 3:	<p>Zahlenmäßige Verteilung der Studierenden der Hochschule Fulda nach Geschlecht, Herkunft, Fachbereichen eigene Darstellung</p> <p>Quelle: nach Zahlen der Hochschulstatistik Fulda, <a href="http://www.hs-fulda.de/fileadmin/PS/statistik/studierendenstatistik_WS_2007_k_01.pdf">http://www.hs-fulda.de/fileadmin/PS/statistik/studierendenstatistik_WS_2007_k_01.pdf</a> Stand 19.06.08</p>	46
Tabelle 4:	<p>Ressourcen und Potentiale im Selbstverständnis und Leitbild der Hochschule Fulda eigene Darstellung</p>	52
Tabelle 5:	<p>Ressourcen und Potentiale durch die Profilbildung der Hochschule Fulda eigene Darstellung</p>	54
Tabelle 6:	<p>Ressourcen und Potentiale der Hochschule Fulda durch den Fachbereich Oecotrophologie eigene Darstellung</p>	55
Tabelle 7:	<p>Ressourcen und Potentiale durch die Projekte der Hochschule Fulda eigene Darstellung</p>	59

Tabelle 8:	Ressourcen und Potentiale durch das Qualitätsmanagement der Hochschule Fulda eigene Darstellung	60
Tabelle 9:	Ressourcen und Potentiale durch vorhandene gesundheitsfördernde Maßnahmen an der Hochschule Fulda eigene Darstellung	61
Tabelle 10:	Ressourcen und Potentiale durch die Studierenden der Hochschule Fulda eigene Darstellung	62
Tabelle 11:	Ressourcen und Potentiale der Mensa der Hochschule Fulda eigene Darstellung	63
Tabelle 12:	Gesundheitsförderndes Veränderungspotential im Bereich der Mensa eigene Darstellung	72

## Abkürzungsverzeichnis

ACHA	American College Health Association
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
AG	Arbeitsgemeinschaft
AI	Angewandte Informatik
BfGe	Bundesvereinigung für Gesundheit
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
DJI	Deutsches Jugend Institut
DSHS	Deutsche Sporthochschule
EPIC	European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition
EQUIHP	European Quality Instrument for Health Promotion
ET	Elektrotechnik und Informationstechnik
EU	Europäische Union
EUROSTAT	Statistisches Amt der Europäischen Gemeinschaft
e.V.	eingetragener Verein
GRD	Generalized Resistance Deficit
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
GRR	Generalized Resistance Ressource
HAW	Hochschule für Angewandte Wissenschaften
HEN	Health Evidence Network
HIS	Hochschulinformationssystem
HP	Health Promotion
HPU	Health Prom0ting Universities
HS	Hochschule
KIGGS	Kinder- und Jugendgesundheitssurvey
LT	Lebensmitteltechnologie
MONICA	MONItoring Cardiovascular disease
NGO	Non Governmental Organisation
NRW	Nordrhein - Westfalen
OE	Oecotrophologie
PG	Pflege und Gesundheit
PH	Public Health
PHN	Public Health Nutrition
QM	Qualitätsmangement
RCT	Randomised controlled study
RKI	Robert – Koch – Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
SK	Sozial- und Kulturwissenschaften
SOC	Sense of Coherence
SW	Sozialwesen
TH	Technische Hochschule
TK	Techniker Krankenkasse
U	Universität
USA	United States of America
W	Wirtschaft
WCRF	World Cancer Research Fund
WHO	World Health Organisation



## Anhang

**Tab.1: Überblick über Gesundheitsfördernde Aktivitäten an deutschen Hochschulen mit dem Schwerpunkt Ernährung**

Name/ Fakultät/ Institute	Verantwortlich	Start	Ziel- gruppe	Aktivitäten	Evaluation	Gesundheits- förderung im Leitbild	Ansatz: Einzelmaß- nahmen/Setting	
Aachen TH Medizin	Arbeitsgruppe „Gesundheitsförderung“ Der Hochschularzt	2005	alle	Projekte Gesundheitssurvey Studierende (2006)	ja (2007)	Indirekt (Strukturen)		Setting Konzept
Augsburg U	Gesundheitsmanagement Gesundheitszirkel	2005	alle	Projekte Umfragen geplant	keine	nein		Setting Konzept
Bielefeld U  Gesundheits- wissenschaften	Gesundheitsmanagement Steuerkreis Gesundheit Gesundheitszirkel	1994	alle	Projekte Gesundheitsberichtserstattung wissenschaftliche Mitarbeiter Gesundheitssurvey Studenten (2005) Maßnahmen und Konzepte für Gesundheitsförderung Studenten Gesundheitsförderliches Führungsverhalten Konzept für Gesundheitsfördernde Projekte	ja (2007)	nein  Fakultät f. Gesundheits- wissenschaften → Leitbild „Gesunde Fakultät“		Setting Konzept
Bochum U  Medizin	Gesundheitsmanagement Steuerkreis Gesundheit	2003	Mit- arbeiter	Projekte (z.T.auch Studenten) Gesundheitsverhalten/Arbeits- prozesse/Arbeitsplätze/-klima Entwicklung Gesundheitskonzept Mitarbeiterbefragung	ja	nein  Mitarbeiter: „Gesunde Ruhr Universität Bochum“ (Leitbild)		Setting Konzept allerdings nur Mitarbeiter

Name/ Fakultät/ Institute	Verantwortlich	Start	Ziel- gruppe	Aktivitäten	Evaluation	Gesundheits- förderung im Leitbild	Ansatz: Einzelmaß- nahmen/Setting	
							Einzel- maß- nahmen	Setting Konzept
Braunschweig TU	Stabstelle	2005	alle	Projekte	nein	nein	Einzel- maß- nahmen	
Bremen U  Gesundheits- Wissenschaften Institut f. Präventions- forschung und Sozialmedizin Institut f. PH und Pflege- Forschung	Plenum Gesundheit Lenkungskreis Gesundheit	2002	alle	Projekte	nein	indirekt (Strukturen)		Setting Konzept
Darmstadt TU	Arbeitskreis Gesundheit	2002	Mit- arbeiter	Projekte (auch Studenten) Gesundheitssurvey Mitarbeiter (2004) Ergebnisse sollen über Partizipation umgesetzt werden	ja	nein		Setting Konzept (nur Mitarbeiter)
Frankfurt/M U	Nichtraucherschutz- beauftragte	2006	alle	Erarbeitung einer Dienstvereinbarung zum Rauchen	nein	nein	Einzel- maß- nahme	

Name/ Fakultät/ Insitute	Verantwortlich	Start	Ziel- gruppe	Aktivitäten	Evaluation	Gesundheits- förderung im Leitbild	Ansatz: Einzelmaß- nahmen/Setting	
Freiburg U  Medizin	Arbeitskreis betriebliches Gesundheitsmanagement  Arbeitskreis Nachhaltige Uni Freiburg (hier auch Gesundheit)	2006	Mit- arbeiter	Projekte (z.T. auch Studenten) Befragung zu Arbeitsbedingungen 2007/08 (Mitarbeiter)	steht noch aus	nein		Setting Konzept (nur Mitarbeiter)
Göttingen U  Medizin	Uniklinikum	2007	Mit- arbeiter	Projekt	nein	nein	Einzel- maß- nahme	
Hamburg HAW	Hamburger Hochschulsport	2007	alle	Projekt	nein	liegt nicht vor	Einzel- maß- nahme	
Hamburg U  Medizin	Arbeitskreis Gesundheitsförderung Gesundheitszirkel	2003	Nicht- Wissen- schaft liche Mit- arbeiter	Projekte Fehlzeitenanalyse (2006)	liegt vor, kann aber mangels Unter- stützung nicht veröffentlicht werden	nein		Setting erwünscht, bisher keine Unter- stützung durch Leitung und Studenten
Hannover U	Gesundheitsmanagement (Leitbild)	2005	alle	Projekte (2005-2007) Entwicklung von Konzepten, Befragungen	geplant	nein		Setting Konzept
Kaiserslautern TU	Arbeitskreis Gesundheitsförderung	2003	alle	Projekte	nein	nein	Einzel- maß- nahmen	

Name/ Fakultät/ Institute	Verantwortlich	Start	Ziel- gruppe	Aktivitäten	Evaluation	Gesundheits- förderung im Leitbild	Ansatz: Einzelmaß- nahmen/Setting	
Karlsruhe U	Projektgruppe Arbeitskreis Gesunde Universität	2001	Nicht wissen- schaftl. Mit- arbeiter	Projekte Gesundheitsförderungskonzept Nichtwissenschaftl. Mitarbeiter 2 Gesundheitsberichte	ja (2004 und 2007)	ja		Setting Konzept. Zunächst nur nicht- wissen- schaftl. Mitarbeiter
Kassel U  Zentrum f. Hochschul- forschung	Institut f. Sport und Sportwissenschaften	2005	Mit- arbeiter	Gesundheitssurvey Mitarbeiter	liegt noch nicht vor	indirekt (Strukturen)	Einzel- maß- nahme	
Kiel U  Medizin	Arbeitskreis Gesundheitsförderung	2004	Mit- arbeiter	Projekte (auch Studenten)	nein	nein	Einzel- maß- nahmen	
Köln DSHS	Diplomand	2005	Mit- arbeiter	Gesundheitssurvey Mitarbeiter Gesundheitssurvey Studenten Gesundheitszirkel geplant	geplant ja (2006)	nein	Einzel- maß- nahme	
Köln FH	Forum Gesundheit	2005	alle	Projekte Meinungsumfrage zu Angeboten	ja	nein	Einzel- maß- nahmen	
Köln U  Medizin	Rektoratsbeschluss	2004	alle	Projekt: Rauchen	nein	nein	Einzel- maß- nahme	
Lüneburg U  Centre for Sustainability Management Zentrum für Angewandte Gesundheits- wissenschaften	Institut f. Umweltkommunikation	2004	alle	Projekt: Sustainable University – Lebenswelt HS Nachhaltigkeitsbericht (2007)	ja	nein		Setting Konzept, aber als Projekt

Name/ Fakultät/ Institute	Verantwortlich	Start	Ziel- gruppe	Aktivitäten	Evaluation	Gesundheits- förderung im Leitbild	Ansatz: Einzelmaß- nahmen/Setting	
Magdeburg U  Medizin	Arbeitssicherheit und Umweltschutz	2007	alle	Projekt	nein	ja	Einzel- maß- nahme	
Magdeburg- Stendahl H  Sozial- und Gesundheits- wesen	Studiengang Gesundheitsförderung und -management	2000	alle	Projekt: Entwicklung eines Konzepts Gesundheitsfördernde HS Gesundheitssurvey Studenten (2006) Befragung: Bewegung von Studenten (2006)	ja  ja	nein		Setting Konzept im Aufbau als Projekt eines Studien- gangs
München TU  Medizin Ernährung/ Landnutzung/ Umwelt	Arbeitsgruppe Gesundheitsförderung	2001	alle	Projekte	teilweise	nein	Einzel- maß- nahmen	
Münster FH  Oecotophologie	Arbeits-, Umwelt-, Gesundheitsschutz	2005	alle	Projekt	nein	nein	Einzel- maß- nahme	
Münster U  Medizin	Hochschulsport und Arbeitskreis Sucht	2005	alle	Projekte	nein	nein	Einzel- maß- nahmen	
Oldenburg U	Psychosoziale Beratungs- stelle und Studentenwerk	2007	Studen- ten	Projekt	nein	nein	Einzel- maß- nahme	
Paderborn U	Arbeitskreis Gesunde Hochschule	2006	alle	Projekte Aufbau eines Gesundheitsfördernden Konzepts	nein	nein		Setting Konzept im Aufbau

Name/ Fakultät/ Institute	Verantwortlich	Start	Ziel- gruppe	Aktivitäten	Evaluation	Gesundheits- förderung im Leitbild	Ansatz: Einzelmaß- nahmen/Setting	
Wuppertal U	Steuerkreis Gesunde Bergische Universität Wuppertal	2002	Mit- arbeiter	Mitarbeiterbefragung (2003)	ja	nein		Setting Konzept nur Mit- arbeiter
			Alle =Wissen -schaftl./ nicht wissen- schaftl. Mit- arbeiter/ Studen- ten			Strukturen = Partizipation, Empowerment, Nachhaltigkeit (wenn eines dieser Merkmale vorhanden)	Setting-Konzept = Empowerment, Partizipation, Querschnittsaufgabe	

Quellen: Eigene Darstellung: 1. Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen 2008c: Projektdatenbank,

[http://www.gesundheitsfördernde-hochschulen.de/HTML/D\\_GF\\_Hsnational/D4\\_Projektdatenbank1.html](http://www.gesundheitsfördernde-hochschulen.de/HTML/D_GF_Hsnational/D4_Projektdatenbank1.html)

Stand 12.03.2008

2. Homepages der genannten Hochschulen: Suchbegriffe: Leitbild / -ziele, Portrait, Identität, Wir über uns etc.  
Gesundheit, Gesundheitsförderung, etc.  
Arbeitskreis, Steuerkreis, etc.,

Stand April 2008

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift

## **Danksagungen**

Mein Dank gilt in erster Linie der hervorragenden und intensiven fachlichen und persönlichen Betreuung durch Frau Prof. Dr. Anja Kroke während meines Studiums und vor allem während der Zeit der Erstellung meiner Master – Thesis. Sie war für mich immer ansprechbar und hat durch ihre freundliche und hilfreiche Unterstützung entscheidend zum Gelingen meiner Arbeit beigetragen.

Ein weiterer Dank gilt meinem Mann, der mich in der Zeit meines Studiums immer unterstützt, den Stress während dieser Zeit mit viel Geduld ertragen und auf einen großen Teil gemeinsamer Freizeit verzichtet hat.