

Hans-Georg Predel / Manuela Preuß / Georg Rudinger (Hg.)

Healthy Campus – Hochschule der Zukunft

Bonn University Press



V&R



unipress

Applied Research in Psychology and Evaluation

Vol. 7

Edited by / Herausgegeben vom
Zentrum für Evaluation und Methoden (ZEM)
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
Prof. Dr. Georg Rudinger

zem.

Hans-Georg Predel / Manuela Preuß /
Georg Rudinger (Hg.)

Healthy Campus – Hochschule der Zukunft

Mit 49 Abbildungen

V&R unipress

Bonn University Press

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISSN 2198-7068

ISBN 978-3-8470-0893-4

Weitere Ausgaben und Online-Angebote sind erhältlich unter: www.v-r.de

**Veröffentlichungen der Bonn University Press
erscheinen im Verlag V&R unipress GmbH.**

© 2018, V&R unipress GmbH, Robert-Bosch-Breite 6, D-37079 Göttingen / www.v-r.de
Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen
schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Titelbild: © Frank Homann / Universität Bonn

Inhalt

Vorwort	7
Reinhardt Lutz Grußwort – eine Idee und ihre Zukunft	11
Konferenzprogramm	17
Angelika Claßen Grußwort	21
Janika Mette / Sabine König / Brigitte Steinke Campus unter Strom – so geht’s Deutschlands Studierenden	23
Arne Göring Studentische Gesundheitsförderung im und durch Hochschulsport aus lebensweltlicher Perspektive – Chancen und Herausforderungen	39
Max Sprenger / Helmut J. Schmidt Rund – um gesund: CampusPlus – Eine neue Sicht auf Gesundheit	59
Kristin Krämer / Thorsten Schiffer Implementierung eines Betrieblichen Gesundheits- managements (BGM) für die Beschäftigten an der Deutschen Sporthochschule Köln (DSHS Köln)	77
Manuela Preuß / Hans-Georg Predel / Georg Rudinger Healthy Campus Bonn – Gesund studieren und arbeiten	81

Manuela Preuß / Peter Preuß	
Studi-Pausenexpress – Auswirkungen einer Bewegungspause für Studierende auf körperliche Aktivität, Gesundheitskompetenz und Wohlbefinden	119
Autorenverzeichnis	141

Vorwort

Die Bedeutung der Hochschulen auch für den Bereich der Gesundheit ergibt sich unter anderem aus deren bildungspolitischen Auftrag. Dieser hat – über die Vermittlung von Wissen und Kompetenzen hinaus – Hochschule als Sozialisationsraum zu sehen. So entwickeln, formen und verfestigen die Hochschulen in den Zeiträumen, die Beschäftigte aber eben auch die Studierenden in der »Lebenswelt Hochschule« verbringen, u. a. auch gesundheitsbezogene Einstellungen, die diese dann als zukünftige Entscheidungsträger und Multiplikatoren in die Gesellschaft tragen.

Unter diesem Aspekt gewinnen die Themenfelder Gesundheit und Gesundheitsförderung auch im Wettbewerb um die besten Köpfe für Hochschulen zunehmend an Bedeutung. Dafür ist vor allem eine Vernetzung der hochschulischen Infrastruktur auf organisationaler Ebene und die Entwicklung und konzeptionelle Zusammenführung effizienter gesundheitsförderlicher Maßnahmen und Strukturen in Forschung, Lehre und Verwaltung unabdingbar. Kooperationen mit der Personalentwicklung, dem AstA, dem Hochschulsport, mit dem Studierendenwerk aber auch mit externen Partnern (z. B. Krankenkassen) sind hierfür unerlässlich. In einem solchen umfassenden und ganzheitlichen Ansatz geht es vor allem um die Vermittlung eines nachhaltigen Gesundheitsbewusstseins und eines bewegungsbezogenen Lebensstiles – letztlich im Sinne einer lebenslangen Verantwortungsübernahme für die eigene Gesundheit, idealerweise im Sinne einer umfassenden individuellen Gesundheitskompetenz, da diese neben strukturellen und bestimmten motivationalen Aspekten die entscheidende Einflussgröße für adäquates Gesundheitsverhalten darstellt.

Die *Healthy-Campus-Konferenz*, welche im April 2016 im Universitätsclub Bonn stattfand, war so angelegt, dass sie Hochschulen mit entsprechenden Initiativen zu einem intensiven Austausch bzgl. der Konzepte mit dem Ziel gegenseitiger Optimierung dieser Ansätze zusammenbringen wollte. Diese Initiativen haben also die nachhaltige Förderung und Stärkung der individuellen Gesundheitskompetenz aller universitären Zielgruppen (Verhaltensprävention) sowie den Ausbau gesundheitsförderlicher Strukturen (Verhältnisprävention)

zum Gegenstand. Entsprechend lassen sich als Schwerpunkte der Beiträge folgende Thematiken erkennen:

- Förderung der Eigenverantwortung für eine gesundheitsorientierte Lebensweise
- Stärkung der individuellen Gesundheitskompetenz
- Ausbau und Entwicklung von gesundheitsförderlichen Strukturen
- Verankerung von Gesundheit als Wert in der Hochschulkultur

Der erste Beitrag von Janika Mette, Sabine König und Brigitte Steinke (Techniker Krankenkasse) unter dem Titel »Campus unter Strom – so geht’s Deutschlands Studierenden« beschäftigt sich mit dem allgemeinen Gesundheitsstatus von Studierenden in Deutschland.

Im zweiten Beitrag von Arne Göring, Hochschulsport Göttingen, Institut für Sportwissenschaften, wird die »Studentische Gesundheitsförderung im und durch den Hochschulsport aus lebensweltlicher Perspektive« beleuchtet.

Mit dem Titel »Rund – um gesund: CampusPlus« präsentieren Max Sprenger und Helmut J. Schmidt von der Technischen Universität Kaiserslautern im folgenden Beitrag eine neue Sicht auf die Gesundheit in der Lebenswelt »Hochschule«.

Kristin Krämer und Thorsten Schiffer, Deutsche Sporthochschule Köln, Bereich BGM, stellen die Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) für die Beschäftigten an der Deutschen Sporthochschule Köln vor.

Im Weiteren beschreiben Manuela Preuß, Hans-Georg Predel und Georg Rudinger, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn und Deutsche Sporthochschule Köln das Healthy-Campus-Konzept der Universität Bonn.

Zum Abschluss stellen Manuela und Peter Preuß, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, mit dem »Studi-Pausenexpress« ein spezifisches Projekt zur Bewegungsförderung bei Studierenden an der Universität Bonn vor.

Wie es der editorische »Zufall« so will, bildet die inhaltlich motivierte Reihung der Beiträge auch in etwa ihr Eingangsdatum im Zeitraum Mitte 2016 bis Ende 2017 ab. So möchten die Herausgeber vor allem den am Beginn dieser Übersicht genannten Autorinnen und Autoren für ihre Geduld danken, sind doch seit der Konferenz ca. zwei Jahre vergangen. Dass dieser Band nun aber wirklich erscheinen kann, ist nicht zuletzt der kompetenten redaktionellen Assistenz von Annika Holler zu verdanken. Die Thematik ist und bleibt ja aktuell.

Die Healthy-Campus-Konferenz wurde von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Nds. e. V. gemeinsam mit den Herausgebern dieses Tagungsbandes organisiert (<http://www.gesundheit-nds.de/index.php/veranstaltungen/dokumentationen/524-healthy-campus>), in Kooperation mit dem Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen und mit

freundlicher Unterstützung der Techniker Krankenkasse durchgeführt. Der Dank geht an diese Kooperationspartner, an alle bei der Tagung und deren Organisation Mitwirkenden, wie natürlich auch an die Healthy-Campus-Förderer »Universität Bonn« und »Deutsche Sporthochschule Köln – DSHS«, deren Engagement in den Grußworten der DSHS-Kanzlerin und des Bonner Kanzlers deutlich wird.

Köln/Bonn, im März 2018

Die Herausgeber

Grußwort – eine Idee und ihre Zukunft

Ich möchte Ihnen einen Überblick über unser Healthy Campus-Konzept geben, also darüber, wie wir an der Universität Bonn Gesundheitsförderung sehen, bewerten und umsetzen.

Dem Programmheft können Sie bereits einige Hinweise entnehmen, welchen Stellenwert wir an der Universität Bonn dem Thema Gesundheitsförderung beimessen. Prof. Predel, Frau Dr. Preuß und Prof. Rudinger – die drei Haupttreiber von Healthy Campus – stellen dort fest, Gesundheitsförderung sei ein ganz wesentlicher und zunehmend wichtig werdender Faktor im Wettbewerb um die besten Köpfe für Hochschulen. Und ich ergänze: Es gibt nun wirklich nichts Wichtigeres als die Gewinnung und die Bindung der besten Köpfe, seien es Professoren oder wissenschaftliches-/technisches bzw. administratives Personal. Für Studenten lässt sich dieses Credo unter Bologna-Bedingungen leider nicht mehr uneingeschränkt unterschreiben.

Der Leiter des Gesundheitsmanagements bei der Techniker Krankenkasse, Thomas Holm (Teilnehmer der heutigen Konferenz), geht das Thema in einem Duz-Sonderheft aus dem Jahr 2013 wie folgt an:

»Ziel müsse sein, die kommende Generation von Leistungsträgern als potenzielle Multiplikatoren für gesundheitsfördernde Strukturbildung in Wirtschaft und Gesellschaft vorzubereiten, sowie deren Verständnis und Akzeptanz für ein modernes betriebliches Gesundheitsmanagement zu etablieren. Hochschulabsolventen seien prädestiniert ihre an der Hochschule entwickelte Gesundheitskompetenz in die Arbeitswelt von morgen zu übertragen.«

Ich möchte im Folgenden eine Annäherung an das versuchen, was Healthy Campus sein und bewirken will.

- 1) Zunächst: was ist das für ein Ding »Healthy Campus Bonn«?
 - Nun, es ist mehr als nur Sport und Sportförderung
 - Auch das Thema richtige Ernährung gehört dazu (wobei offen bleiben soll, was richtig in diesem Zusammenhang heißt).

- Und es gehört dazu vor allem Erwerb und Verfestigung von Kompetenzen, die dazu befähigen, Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben. Prof. Predel hat diese Form des gelungenen Selbstmanagements – und zwar bezogen auf Studenten – auf die prägnante Formel gebracht, dass jeder Absolvent zugleich ein Experte für einen gesunden Lebensstil und deshalb gewissermaßen »Master in eigener Gesundheitskompetenz« ist.

2) Welche Zielgruppen hat Healthy Campus?

Alle Mitglieder der Hochschule, also nicht nur die Studenten, sondern auch die Beschäftigten. Jeder, der in der Bonner Hochschule arbeitet, lernt, forscht und lehrt soll angesprochen und erreicht werden. (Anspruch und Wirklichkeit klaffen allerdings noch relativ weit auseinander).

3) Warum gibt es das Projekt Healthy Campus Bonn?

Dies ist die zentrale Frage, die Sinnfrage! Hier wären viele Antworten möglich. Einige habe ich bereits mit meinen beiden Eingangszitaten gegeben. Man könnte das Thema sogar primär ökonomisch oder vorrangig politisch betrachten:

Beispiele gefällig? Die Industrie- und Handelskammer und der Stadtsportbund Bonn sowie Kreissportbund Rhein-Sieg versprechen sich, im Rahmen eines jüngst geschlossenen Kooperationsvertrages von Gesundheitsförderung, »wirtschaftliche und gesellschaftspolitische Renditen«, Gesundheitsförderung und Sport seien »kostbare Investitionsgüter«. Die EU verordnet und erwartet in einer Entschließung 2007 niedergelegt »Health in All Policies«. Bislang ist indes nicht erkennbar, dass die Querschnittsaufgabe Gesundheitsförderung »in All Policies« – in allen Politik-, Gesellschafts- und Lebensbereichen, den von der EU gewünschten angemessenen Stellenwert bekommen hätte. Der Deutsche Bundestag hat mit seinem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (sog. Präventionsgesetz) unter Bezug auf Forderungen der Weltgesundheitsorganisation WHO die Sinnfrage geradezu spiritualisiert und veredelt und Gesundheitsförderung auf die Verfassungsebene eines obersten Staatszweckes erhoben.

Ich zitiere aus der Gesetzesbegründung: »Gesundheit ist die Grundlage für die Entfaltungsmöglichkeiten jedes einzelnen Bürgers und ist Voraussetzung für die Leistungsfähigkeit des Gemeinwesens.« Dies ist richtig, so richtig wie die Friedenssicherung, insbesondere die Abwesenheit von Krieg und Gewalt als allgemeiner Staatszweck unbestritten ist. Beides mögen und müssen Handlungsmaximen der großen Politik sein. Für den Alltag vor Ort in den Institutionen und Teilbereichen einer Gesellschaft ist indessen mit solchen Ansätzen wenig Operationalisierbares an die Hand gegeben. Niemandem fiel es schwer, Gesundheitsförderung zusätzlich noch mit der verfassungsverbürgten Menschenwürde in einen zwingenden Wertungskontext zu bringen. Wäre es aber nicht fast schon albern zu sagen, wir verfolgten Healthy

Campus aus Gründen der Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Gemeinwe-
sens oder aus Gründen der Menschenwürde.

Wir sollten uns nicht verheben oder aus höchsten Werten deduzieren, son-
dern uns operationalisierbare Ziele und leistbare Umsetzungsschritte vor-
nehmen. Healthy Campus Bonn versucht dies. Es will nicht mehr und nicht
weniger als das, was man mit gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen
und Maßnahmen auf Individualebene und vielleicht auch noch auf gesell-
schaftlicher Ebene tatsächlich erreichen kann. Hier sind nicht zweckratio-
nale Diskurse, sondern praktische Phantasie gefragt. Um es provokativ zu-
zuspitzen, worauf ich hinaus will: Ich sage Ihnen, mir ist es persönlich
ziemlich egal, welche Zwecke man mit Gesundheitsförderung verfolgen
kann. Wohlgemerkt, es geht jetzt um die Zweck- und nicht um die Zielfrage.
Gesundheit darf nach meiner Auffassung nicht auf mögliche Verzwec-
kungsperspektiven reduziert werden. Denn Gesundheit ist ein Selbstzweck.
Dieser Selbstzweck »Gesundheit« ist so wertvoll, dass er es jenseits von allen
damit verknüpfbaren Nützlichkeitsüberlegungen verdient, nachhaltig ver-
folgt zu werden. Mit dieser Sichtweise wäre man dann zugleich gegenüber
einem möglichen Verdacht gefeit und immun, man bezwecke als Arbeitgeber
mit gesundheitsfördernden Maßnahmen im Endeffekt doch nur, die leis-
tungsoptimierten Beschäftigten auf subtile Weise zu noch stärkerer Selbst-
ausbeutung zu verführen.

Kurz und gut: Meine in Bonn wohl bekannte New-public-Management-
Aversion lässt mich auch hier und heute gegen jedweden Versuch von
Verzweckung oder Instrumentalisierung kritisch argumentieren und mich
deshalb Gesundheitsförderung ala Healthy Campus selbstzweckhaft be-
trachten. Um mich im gesundheits- und gesellschaftspolitischen Diskurs
aber nicht selbst als Diskussionspartner auszuschließen, lasse ich natürlich
die häufig genannten Fremdzwecke wie Multiplikatorenfunktion, Vorbild-
funktion, Reduzierung gesellschaftlicher Kosten, Wettbewerbsvorteile usw.
irgendwie doch noch gelten.

- 4) Wie soll Gesundheitsförderung organisiert werden bzw. wie wird Gesund-
heitsförderung im Rahmen von Healthy Campus betrieben? Zunächst der
allgemeine Hinweis, der Sie als Fachleute nicht überraschen wird: Es gibt
sehr viele gute Vorschläge für gesundheitsfördernde Maßnahmen. Und
Vieles wird an verschiedenen Hochschulen (hervorzuheben Paderborn)
ausprobiert. In dem schon erwähnten duz-Spezialheft von 2013 gehen Frau
Dr. Sonntag und Frau Dr. Steinke in mehreren Beiträgen den Rahmenbe-
dingungen und wesentlichen Bausteinen für ein gutes Gesundheitsmanage-
ment an den Hochschulen nach.

Wenn ich die verschiedenen Vorschläge für gesundheitsfördernde Maß-
nahmen und die verschiedenen Modelle aus der Praxis an den Hochschulen

zusammenfassend beschreiben soll, so fällt als Erstes der Ansatz der Ganzheitlichkeit ins Auge. Dies sowohl fachlich-thematisch als auch organisatorisch und im Hinblick auf die einzubeziehenden Expertenkreise, Vertreter der Statusgruppen, Vertreter der Personalräte, Betriebsärzte, psychosoziale Beratungsstellen, Studienberatung, AStA, Mitarbeiter des Arbeitsschutzes und weiterer Schlüsselpersonen. Allenthalben mehr oder weniger intensiv involviert sind affine Querschnittsthemen wie »Gute Arbeit«, »systematische Personalentwicklungen« und »Qualitäts- und Qualitätsmanagement«, um nur einige Beispiele zu erwähnen. Hinzu kommen externe Akteure und Partner. Man sieht auch ohne weitere Belege: Das Thema Gesundheitsförderung an Hochschulen ist hyperkomplex. Und genau das ist nicht nur eine Herausforderung, sondern zugleich auch die Falle und der Grund für einen möglichen Misserfolg. Aber seit Luhmann wissen wir, Wirklichkeit gestaltet man geschickt durch Reduzierung von Komplexität.

Dazu, welches die wichtigsten Erfolgsfaktoren für eine erfolgreiche Implementierung von Gesundheitsförderung an Hochschulen sind, hat sich der seit 1995 bundesweit aktive »Arbeitskreis gesundheitsfördernder Hochschulen« mit den von ihm entwickelten 10 Gütekriterien Gedanken gemacht. Wenn ich diese Gütekriterien an Healthy Campus Bonn anlege, dann wage ich die These: »Wir genügen von einer Ausnahme abgesehen allen Kriterien, wengleich nicht überall zu 100 Prozent.«

- D.h. wir arbeiten nach dem Setting-Ansatz im Sinne eines gesamtkonzeptuellen Vorgehens
- Wir haben Healthy Campus Bonn in unserem Hochschulentwicklungsplan und damit auf der Ebene der Hochschulziele verankert
- Wir berücksichtigen Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe
- Wir haben eine zentrale hochschulweit zuständige Steuerungsgruppe eingesetzt
- Ziele und Maßnahmen werden transparent dargestellt und die Umsetzung wird im Sinne einer Qualitätssicherung evaluiert
- Unser sehr breites Angebotsspektrum an gesundheitsförderlichen Initiativen setzt sowohl personenbezogen/verhaltensorientiert als auch verhältnisbezogen/strukturorientiert an
- Dem Prinzip der Nachhaltigkeit ist Genüge getan
- Die Einbeziehung von Menschen mit Behinderungen gehört zum Konzept
- Wir sind mit anderen Hochschulen und anderen gesundheitsförderlichen Institutionen vernetzt.

Die über vorgenannte Gütekriterien hinausweisende Bonner Besonderheit, mit der wir eine gewisse Alleinstellung beanspruchen können, ist die systematische Forschungsbegleitung durch Hochschullehrer aus unterschiedlichen Disziplinen, angefangen von der Herz- und Kreislaufforschung über

Statistik und Umfragewissenschaft, die Ernährungswissenschaft, die Ernährungsepidemiologie, die Psychologie und last but not least die Sportwissenschaft. Regelmäßig wiederkehrende Online-Befragungen der Studenten werden genutzt, um Maßnahmen unmittelbar auf die Bedürfnisse dieser Gruppe angepasst vorschlagen zu können. Parallel hierzu werden die Effekte der angebotenen Interventionsmaßnahmen wissenschaftlich evaluiert und ausgewertet.

Zur Historie von Healthy Campus

Ich bin seit Jahren jeweils im Januar zum Sport- und Gesundheitscheck im Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin der Sporthochschule Köln bei Prof. Predel. Anlässlich einer dieser Untersuchungen machte mich Georg Predel, wie ich meinen Unterlagen entnehmen kann, war dies 2007, mit seiner Idee »Healthy Campus« bekannt. Er sagte mir, dass ihm bei seinen früheren Postdoktoranden- und weiteren Forschungsaufenthalten in Berkeley und Stanford aufgefallen sei, wie viele Menschen sich dort auf dem Campus sportlich betätigten. Dagegen spielten Gesundheit und Bewegung an deutschen Universitäten kaum eine nennenswerte Rolle. Er war der Meinung, dass sich dies ändern müsse. Seine Frage damals an mich war, ob das, was in Berkeley und Stanford möglich sei, auch an einer deutschen Universität – etwa an einer konservativen, wie der Bonner – denkbar sei.

Wahrscheinlich waren damals meine Sport- und Gesundheits-Befundergebnisse so erfreulich, dass ich die an sich wahnwitzige Gleichsetzung von Stanford und Bonn enthusiastisch akzeptierte und auf den Aspekt Sport und Gesundheit bezogen sogar ernst nahm. Damals wurde die Idee zu einer Kooperation Sporthochschule Köln – Universität Bonn mit dem Namen »Healthy Campus« geboren.

Von der Idee bis zu den ersten Realisierungsschritten vergingen noch einige Jahre. Konzeptionell waren wir in der Zwischenzeit allerdings nicht untätig. Vor allem galt es, Partner zu finden, die sich unser Anliegen zu eigen machten und mithelfen konnten, die Idee zu pushen und die ersten Realisierungsschritte zu vorzubereiten. Mit Prof. Rudinger war schon sehr früh ein idealer Mitstreiter gefunden. Sehr schnell biss auch Prof. Stehle an. Weitere wissenschaftliche Partner mussten gesucht bzw. umworben werden. Ferner mussten projektvorbereitend die in der Personalentwicklung für die betriebliche Gesundheitsförderung an der Universität Bonn bereits etablierten Strukturen ausgebaut und an den größeren Rahmen eines Healthy Campus angepasst werden. Abzuklären waren weiterhin Fragen der Startfinanzierung und der Grundausstattung, insbesondere der personellen Ausstattung des Projekts, und die Gewinnung ge-

eigneter Personen, die sich um die administrativen und organisatorisch-betrieblichen Angelegenheiten von Healthy Campus kümmern konnten. Nachdem klare Vorstellungen über Konzept und Zeithorizonte sowie klare Regelungen über Organisation, Finanzierung und Umsetzungsschritte entwickelt waren und auch die an der Begleitforschung zu beteiligenden Hochschullehrer feststanden, konnte das Sporthochschule Köln – Uni Bonn-Projekt »Healthy Campus« zum Wintersemester 2011/2012 deutlich sichtbar auf den Weg gebracht werden. Hauptbestandteil des Projekts war zunächst, wie schon erwähnt, eine semesterweise Online-Befragung der Erstsemester und sukzessiv aufwachsend auch der fortgeschrittenen Semester nebst wissenschaftlicher Begleitung, Evaluierung und Maßnahmenempfehlungen. Später wurde diese auf den studentischen Adressatenkreis bezogene Healthy-Campus-Initiative auf sämtliche Beschäftigten der Universität Bonn ausgeweitet. Die Angebote für Studierende und Beschäftigte reichen von semesterweise stattfindenden Ringvorlesungen über Gehwettbewerbe, Institutsolympiaden, Pausenexpressangebote, Yoga und mobile Massagen während der Arbeitszeit, bis hin zu besonderen Gesundheits- und Präventionstagen, Firmenläufen, Teilnahme am Bonn-Triathlon usw. und so fort. Healthy Campus will der Vielzahl dieser Maßnahmen die Dachstruktur und den »institutionellen Überbau« bieten.

Healthy Campus hat einen hohen Vernetzungsgrad erreicht: neben der kooperationsvertraglich geregelten Zusammenarbeit zwischen Sporthochschule Köln und Universität Bonn, beispielsweise durch Einbindung der Techniker Krankenkasse, sowie des größten Bonner Sportvereins, SSF Bonn, oder des Bonner Studentenwerks und vieler weiterer Partner. Wir sondieren zurzeit eine Erweiterung des Healthy Campus-Ansatzes durch Einbeziehung der Universität zu Köln und / oder der Fachhochschule Bonn-Rhein-Sieg. Mittlerweile ist auch die Alanus-Hochschule an uns herangetreten.

Healthy Campus ist mittlerweile organisatorisch, finanziell und personell abgesichert und damit institutionell verankert. Nichts ist allerdings so gut, dass man es nicht noch besser machen kann. Und optimieren lässt sich Healthy Campus ganz sicher noch. Unsere Hoffnung geht dahin, dass unsere Studenten und Beschäftigten die Angebotsvielfalt von Healthy Campus Bonn nicht nur wertschätzen, sondern zunehmend auch verstärkt nutzen. Noch mehr wäre erreicht, wenn Healthy Campus Bonn als Ausdruck einer alles durchdringenden Lebensstilphilosophie auch die Sozial-, Studien- und Arbeitsverfaßtheit unserer Universität individuell und institutionell prägen würde.

Reinhardt Lutz
Kanzler der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Konferenzprogramm



Healthy Campus – Hochschule der Zukunft?



14. April 2016
Universitätsclub Bonn



Deutsche
Sporthochschule Köln
German Sport University Cologne

Referentinnen und Referenten

Gudrun Ahlers

Fachreferentin Gesundheitsmanagement, Techniker Krankenkasse

Angelika Claßen

Kanzlerin der Deutschen Sporthochschule Köln

Dr. Arne Göring

Zentrale Einrichtung Hochschulsport, Institut für Sportwissenschaften, Georg-August-Universität Göttingen

Thomas Holm

Leiter Fachreferat Gesundheitsförderung in Lebenswelten, Techniker Krankenkasse

Dr. Reinhardt Lutz

Kanzler der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Prof. Dr. Ute Nöthlings

Institut für Ernährungs- und Lebensmittelwissenschaften, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Prof. Dr. Hans-Georg Predel

Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin, Deutsche Sporthochschule Köln

Dr. Manuela Preuß

Healthy Campus Bonn, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Dr. Peter Preuß

Hochschulsportbeauftragter, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Prof. Dr. Georg Rudinger

Institut für Psychologie, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Astrid Schäfer

Referat Beratung und soziale Dienste, Studieren mit Kind, Dachverband Deutsches Studentenwerk Berlin

Prof. Dr. Helmut J. Schmidt

Präsident der Technischen Universität Kaiserslautern

Prof. Dr. Renate Soellner

Institut für Psychologie, Universität Hildesheim

Dr. Ute Sonntag

Stellvertretende Geschäftsführerin, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

Dr. Brigitte Steinke

Fachreferentin Gesundheitsmanagement, Techniker Krankenkasse

Programm

- 10:00 Uhr **Anmeldung und Begrüßungskaffee**
- 10:30 Uhr **Begrüßung**
Prof. Dr. Hans-Georg Predel
- 10:40 Uhr **Grußwort**
Healthy Campus Bonn: eine Idee und
ihre Zukunft
Dr. Reinhardt Lutz
- 11:00 Uhr **Campus unter Strom - So geht's
Deutschlands Studierenden**
Gudrun Ahlers, Dr. Brigitte Steinke
- 11:30 Uhr **Diskussion**
- 11:40 Uhr **Rund-um gesund: CampusPlus - eine
neue Sicht auf Gesundheit**
Prof. Dr. Helmut J. Schmidt
- 12:10 Uhr **Diskussion**
- 12:20 Uhr **Mittagspause**
- 13:20 Uhr **Psychologische und Soziale Beratung
für Studierende - ein Beitrag der
Studentenwerke für ein gesundes
Studium**
Astrid Schäfer
- 13:50 Uhr **Diskussion**
- 14:00 Uhr **Gesundheitsförderung im und durch
Hochschulsport: Herausforderungen
auf dem Weg zu einer gesundheits-
fördernden Organisation**
Dr. Arne Göring
- 14:30 Uhr **Diskussion**
- 14:40 Uhr **Kaffeepause**

- 15:00 Uhr **Diet-Body-Brain: ein interdisziplinäres
Forschungsprojekt mit Beteiligung von
Healthy Campus**
Prof. Dr. Ute Nöthlings
- 15:30 Uhr **Diskussion**
- 15:40 Uhr **Gesundheitskompetenz an
Hochschulen - ein förderwürdiges
Konzept?**
Prof. Dr. Renate Soellner
- 16:10 Uhr **Diskussion**
- 16:20 Uhr **Round Table**
Hochschule der Zukunft: Im
Spannungsfeld von Bildungsexzellenz
und Gesundheitskompetenz
Teilnehmende:
Angelika Claßen, Thomas Holm,
Dr. Manuela Preuß, Dr. Peter Preuß
und Dr. Ute Sonntag
Moderation:
Prof. Dr. Hans-Georg Predel und
Prof. Dr. Georg Rudinger
- 17:00 Uhr **Diskussion und Ausblick**
Abschluss
- 17:15 Uhr **Ende**

Grußwort

Zunächst einmal herzlichen Glückwunsch zu Idee und Bezeichnung »Healthy Campus«, die eine Vision in sich birgt und zu Phantasien anregt: Wie würde ein zu 100 % verwirklichter Healthy Campus aussehen? Das Hochschulgelände, die Einrichtungen, die Art und Weise der Zusammenarbeit und Kommunikation, die Arbeits- und Studienzeiten, die Ernährung, die Möglichkeiten zu Bewegung. Haben wir diese Vision, dieses Ziel, wirklich schon umfassend definiert und einen Weg dorthin abgesteckt? So weit sind wir wohl noch nicht.

An der Deutschen Sporthochschule Köln haben wir angesichts der thematischen Ausrichtung der Hochschule gute Voraussetzungen, diese Vision zu entwickeln, uns dieser zu nähern und sie dann kontinuierlich weiter zu entwickeln. Wir haben dabei sowohl die Studierenden (SGM Studentisches Gesundheitsmanagement) als auch die Beschäftigten (BGM Betriebliches Gesundheitsmanagement) in unser Konzept einbezogen. Dabei streben wir mehr als punktuelle Einzelaktionen an, sondern möchten die Studien- und Arbeitsbedingungen in einem beteiligungsorientierten und die verschiedensten Bereiche des Hochschullebens integrierenden Prozess gesundheitsfördernd verbessern. Wir sind davon überzeugt, dass unsere Wettbewerbs- und Innovationsfähigkeit gesteigert wird, wenn es uns gelingt, die Leistungsfähigkeit und die physische und psychische Gesundheit aller an der Hochschule tätigen Menschen zu erhalten und diese auch auf diesem Weg zu motivieren und an uns zu binden. Das Gesundheitsmanagement ist eine klassische win-win-Situation für die Hochschule und die Studierenden bzw. Beschäftigten.

Neben der Eigenverantwortung möchten wir dabei auch den Rahmenbedingungen Beachtung schenken: Unter Einbeziehung der bereits bestehenden Strukturen und Aktivitäten möchten wir systematisch eine verhaltens- und verhältnisbezogene Gesundheitsförderung für Studierende und Beschäftigte aufbauen. Wir freuen uns dabei über einen intensiven Austausch wie auf der Tagung zum Healthy Campus, denn dies gibt neue Ideen und schafft die Möglichkeit zur Vernetzung.

Letztendlich: Wir alle wollen doch sinnvolle Arbeit bei guten Rahmenbedingungen kompetent erledigen – und dabei gesund sein, uns wohlfühlen und Spaß haben. Und je mehr uns dies gelingt, umso näher sind wir dem Ziel des »Healthy Campus« schon gekommen.

Angelika Claßen
Kanzlerin der Deutschen Sporthochschule Köln

Campus unter Strom – so geht's Deutschlands Studierenden

Die Gesundheit von Studierenden – (k)ein neues Thema?

Seit einiger Zeit ist die Gesundheit von Studierenden in Deutschland stärker in den Fokus des Interesses gerückt. So wurden innerhalb der letzten Dekade wiederholt Befragungen zur Gesundheits- und Studiensituation bei dieser Zielgruppe durchgeführt. Einen thematischen Schwerpunkt bildete dabei die Ermittlung studienbezogener Belastungen und Ressourcen aus Sicht der Studierenden. Ebenso erfuhr der Aspekt der psychischen Gesundheit der Studierenden eine besondere Beachtung. Im Folgenden werden Beispiele aufgeführt.

Eine umfangreiche Studierendenbefragung stellt in diesem Kontext die periodische Sozialberichterstattung »HISBUS« dar. HISBUS ist ein Projekt der Deutsches Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung GmbH (DZHW). Die Befragungen werden seit 2002 beispielsweise von Ministerien, dem Deutschen Akademischen Austauschdienst, dem Deutschen Studentenwerk und anderen in Auftrag gegeben (HISBUS, 2016). Im Rahmen der Befragungen werden die Meinungen, Einstellungen und Erfahrungen einer repräsentativen Anzahl Studierender hinsichtlich verschiedener bildungspolitischer Themenbereiche erfragt (DZHW, 2016). Die Befragungsergebnisse werden veröffentlicht und speziell auch Entscheidungsträgern in Hochschulen, Parlamenten und Ministerien zur Verfügung gestellt (ebd., 2016).

In den Jahren 2005 bis 2007 wurde der »Gesundheitssurvey für Studierende in Nordrhein-Westfalen« durch die Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld mit Unterstützung der Techniker Krankenkasse (TK) und der Landesunfallkasse Nordrhein-Westfalen durchgeführt. Im Rahmen dieser Befragung wurden Studierende an 13 Universitäten und vier Fachhochschulen in Nordrhein-Westfalen zu Gesundheitsressourcen und -risiken befragt (Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen, 2012). Die Erhebung diente dem Ziel, verlässliche Daten über die Gesundheit von Studierenden zu ermitteln, um auf dieser Grundlage geeignete Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für Studierende zu entwickeln (ebd., 2012).

Darüber hinaus werden an der Freien Universität Berlin (FU Berlin) seit dem Jahr 2008 periodische Erhebungen zum Thema Gesundheit im Studium bei den Studierenden durchgeführt (Arbeitsgruppe Public Health: Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung, FU Berlin, 2016).

Themenschwerpunkte sind hier unter anderem die subjektive Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Studierenden sowie deren Studienbedingungen. Die Daten der Studierenden werden onlinebasiert erhoben und die Ergebnisse in Form von Projektberichten und Veröffentlichungen aufbereitet. Seit dem Jahr 2012 unterstützt die Arbeitsgruppe der FU Berlin auch andere Hochschulen bei Studierendenbefragungen sowie bei der Erstellung von Gesundheitsberichten mit Hilfe des eigens entwickelten University Health Reports (Arbeitsgruppe Public Health: Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung, FU Berlin, 2016). Der Aufbau erforderlicher Datenbanken für dieses Analysetool wurde von der TK unterstützt.

Der Beitrag der TK

Bereits seit mehr als 15 Jahren engagiert sich die TK im Bereich Gesundheitsförderung an Hochschulen. In diesem Zusammenhang wurden auch Routinedaten zur Arbeitsunfähigkeit und zu den Arzneimittelverordnungen TK-versicherter Studierender ausgewertet. So veröffentlichte die TK im Jahr 2007 eine Sonderauswertung »Gesund Studieren«. Darin sind Befragungsergebnisse des Gesundheitssurvey für Studierende in Nordrhein-Westfalen und Arzneimitteldaten von Studierenden in einen Zusammenhang gestellt worden. Die Grundlage für die Analyse dieser Arzneimitteldaten bildeten die bundesweit erfassten Routinedaten zu Arzneiverordnungen von mehr als 130.000 Studierenden im Alter zwischen 20 und 34 Jahren, die 2006 bei der TK versichert waren (TK, 2007). Erstmals wurde hier die gesundheitliche Situation von Studierenden mit der von jungen Erwerbspersonen verglichen. Schon seinerzeit war erkennbar, dass vor allem ältere Studierende vermehrt Arzneimittel zur Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems verordnet bekamen (ebd., 2007).

In den Gesundheitsreporten 2011 und 2015 hat sich die TK erneut der Gesundheit von Studierenden zugewandt. In beiden Gesundheitsreporten wurden die Arzneimittelverordnungen und Arztbesuche (ambulant-ärztliche Versorgung) Studierender ausgewertet und mit denen gleichaltriger Erwerbspersonen verglichen. Im Gesundheitsreport 2011 – kurz nach der Bologna-Reform des Hochschulstudiums – zeigte sich bei den Studierenden erneut ein erstaunlich hohes Verordnungsvolumen für Psychopharmaka im Unterschied zu der Vergleichsgruppe der Erwerbspersonen (TK, 2011). Auch im Gesundheitsreport 2015 wurde das Thema aufgegriffen.

Dabei war erkennbar, dass die Gruppe der Studierenden überwiegend gesund war, wobei jüngere Studierende grundsätzlich weniger gesundheitliche Beschwerden aufwiesen als ältere Studierende (TK, 2015a). Im Vergleich zu jungen Erwerbspersonen gingen Studierende im Jahr 2013 laut Gesundheitsreport insgesamt seltener zum Arzt und erhielten weniger Diagnosen (ebd., 2015a). Bei der Interpretation der Daten muss jedoch beachtet werden, dass junge Erwerbspersonen im Unterschied zu Studierenden in der Regel verpflichtet sind, sich bei längerer Arbeitsunfähigkeit krank zu melden, einen Arzt aufzusuchen und eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorzulegen. Untersucht man, welche Facharzt disziplinen von beiden Gruppen aufgesucht wurden, lässt sich feststellen, dass psychologische Psychotherapeuten von Studierenden deutlich häufiger kontaktiert wurden als von jungen Erwerbspersonen (TK, 2015a). Dies trifft in geringerem Ausmaß auch für Fachärzte der Nervenheilkunde zu und spiegelt sich in der stärkeren Betroffenheit von Studierenden in der Diagnosegruppe der »Affektiven Störungen« (ICD 10, F30–39) wider. Hierzu gehören unter anderem die depressiven Erkrankungen. Auch »andere Angststörungen« (ICD 10, F41) wurden bei Studierenden häufiger diagnostiziert. Bei den Arzneimittelverordnungen zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei den Krankschreibungen. Über alle Arzneimittelklassen hinweg haben Studierende 2014 insgesamt weniger Arzneimittelverordnungen mit geringeren Dosen als gleichaltrige Erwerbspersonen erhalten. Schaut man genauer hin, wurde den Studierenden jedoch im Hinblick auf Dermatika (Medikamente zur Behandlung von Hauterkrankungen) und Medikamente zur Behandlung des Nervensystems im Vergleich zu jungen Erwerbspersonen ein höheres Volumen an Medikamenten verordnet. Dies äußert sich unter anderem in häufigeren Verordnungen von Antidepressiva (vgl. Abb. 1), wobei ältere Studierende (über 26 Jahre) wesentlich häufiger Antidepressiva erhielten als jüngere Studierende (ebd., 2015a).

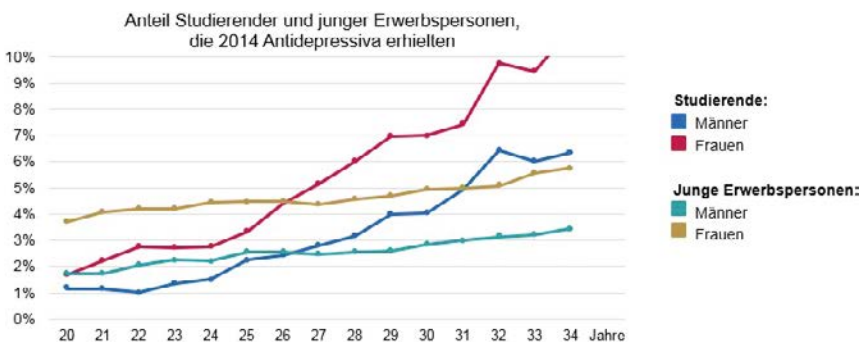


Abbildung 1: Verordnung von Antidepressiva in 2014 (erstellt auf der Grundlage der Daten des TK-Gesundheitsreports 2015, TK, 2015a)

Die Ergebnisse deuten insgesamt darauf hin, dass Studierende psychisch stärker belastet sind als junge Erwerbspersonen. Andererseits könnte unter Studierenden auch eine höhere Bereitschaft vorherrschen, sich professionelle Unterstützung zu suchen, was zu dem genannten Unterschied beitragen könnte. Die Daten der Befragung weisen darauf hin, dass insbesondere ältere Studierende stärker psychisch belastet sind im Vergleich zu jüngeren Studierenden. Diese Belastung könnte eine Folge der Studienbedingungen sein. Möglich ist auch, dass unabhängig vom Studium aufgetretene psychische Probleme bei den Studierenden zu einer zeitlichen Verlängerung oder einem späteren Beginn des Studiums führen. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass das Verordnungsvolumen bei Studierenden über alle Substanzen hinweg von 2006 bis 2014 um 51 Prozent gestiegen ist (TK, 2015a). Auch wurden über die Zeit insgesamt mehr Studierende medikamentös behandelt (ebd., 2015a).

TK-CampusKompass

Wie kommt es, dass Studierende mehr Psychopharmaka konsumieren als Berufstätige im selben Alter? Stehen die Belastungen der Studierenden in einem direkten Zusammenhang mit den Studienbedingungen oder haben andere Faktoren einen wesentlichen Einfluss auf das Wohlbefinden der angehenden Akademiker?

Um diesen und weiteren Fragen nachzugehen, hat die TK das Meinungsforschungsinstitut Forsa beauftragt, einen repräsentativen Querschnitt von 1000 Studierenden in Deutschland zu ihrer Lebenssituation, zum Gesundheitsverhalten und zur Mediennutzung zu befragen. Die Befragungsergebnisse sind im TK-CampusKompass zusammenfassend dargestellt und ergänzen die erfassten Routinedaten der Gesundheitsreporte um wichtige Informationen. Beispielsweise können mit Hilfe der Ergebnisse Belastungen, die zu gesundheitlichen Beschwerden führen, besser erkannt und Ansatzpunkte zur Ressourcenstärkung und Belastungsverringerung aufgefunden gemacht werden.

Die Mehrheit der Studierenden gibt in der Befragung an, dass es ihnen gut geht (TK, 2015b). Dies stimmt auch mit den im Gesundheitsreport 2015 erfassten Diagnosedaten überein (TK, 2015a). In der Befragung des TK-CampusKompass schätzen insgesamt 84 Prozent der Befragten ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein, 13 Prozent bewerten ihn zufriedenstellend (TK, 2015b). Die Einschätzung »guter Gesundheitszustand« trifft jedoch nicht auf alle Befragten zu, sondern variiert stark in Abhängigkeit vom Studienfach. Besonders gesund fühlen sich laut der Befragung Studierende der Medizin und Psychologie sowie Studierende sogenannter MIN-Fächer (Mathematik, Informatik, Naturwissenschaften). In diesen Studienfächern stuften 90 Prozent ihre Gesundheit als gut

oder sehr gut ein. Besonders belastet fühlen sich der Befragung zufolge hingegen Studierende der Geisteswissenschaften. Hier beurteilen 73 Prozent ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut. 27 Prozent geben ihn als zufriedenstellend, weniger gut oder schlecht an. Dies könnte auch auf den hohen Anteil weiblicher Studierender in diesen Fächern zurückzuführen sein – schließlich zeigt sich insgesamt, dass Frauen von nahezu allen gesundheitlichen Beschwerden stärker betroffen sind als ihre männlichen Kommilitonen. Die am häufigsten genannten Beschwerden sind Kopfschmerzen, Erschöpfung durch Stress und Rückenschmerzen. Mit dem Alter treten bei allen Studierenden häufiger Beschwerden auf. Der allgemeine Trend zunehmender psychischer Belastungen wird durch die Befragungsergebnisse insgesamt bestätigt (ebd., 2015b).

Stresslevel von Studierenden

44 Prozent der Studierenden fühlen sich laut den Ergebnissen der Befragung durch Stress erschöpft, wobei auch hier die weiblichen Studierenden mit 54 Prozent gegenüber den männlichen Studierenden mit 35 Prozent eine stärkere Betroffenheit angeben (TK, 2015b). Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (TK, 2013) sind Studierende häufiger gestresst. Doch was löst diesen Stress aus? Hauptsächlich fühlen sich die Studierenden durch Prüfungen unter Druck gesetzt, die seit der Bologna-Reform in ihrer Anzahl deutlich zugenommen haben (TK, 2015b). Auch der als schwer bzw. umfangreich eingeschätzte Lernstoff und die Mehrfachbelastung durch Studium und Nebenjob werden als belastend erlebt. Besonders gestresst sind laut der Befragung die Geisteswissenschaftler, hier fühlt sich jeder Dritte häufig gestresst. Wer zu Studienzeiten noch zu Hause lebt, fühlt sich hingegen weniger belastet als der Durchschnitt (ebd., 2015b).

Bewegungsverhalten von Studierenden

Wie gut es den Studierenden geht, hängt laut Befragungsergebnissen erkennbar damit zusammen, wie häufig diese sich bewegen. Fast die Hälfte (49 Prozent) der sportlich inaktiven Studierenden fühlt sich durch Stress erschöpft (TK, 2015b). Bei den sportlich Aktiven trifft dies nur auf 38 Prozent zu. Außerdem leiden die »Sportmuffel« deutlich häufiger an Rückenschmerzen (42 Prozent), Schlafproblemen (33 Prozent) und Konzentrationsstörungen (30 Prozent) als ihre aktiven Kommilitonen (TK, 2015b; vgl. Abb. 2).



Abbildung 2: Auswirkungen sportlicher Aktivität (in Anlehnung an den TK-CampusKompass, TK, 2015b, S. 8)

Laut Befragungsergebnissen sind Studierende, die sich in Ihrer Freizeit bewusst für Offline-Phasen entscheiden, von gesundheitlichen Beschwerden wie Rücken- oder Kopfschmerzen weniger häufig betroffen als diejenigen Studierenden, die sich keine bewusste Auszeit vom Netz nehmen. (TK, 2015b; vgl. Abb. 3).

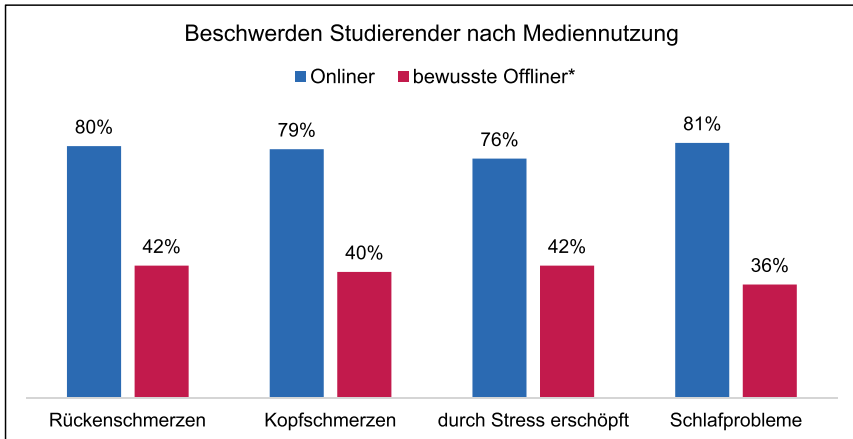


Abbildung 3: Mediennutzung und Beschwerden bei Studierenden in den letzten 12 Monaten (in Anlehnung an den TK-CampusKompass, TK, 2015b, S. 19)

Bundesweiter Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen – ein Beitrag zu Strukturen

Der Bundesweite Arbeitskreis Gesundheitsfördernder Hochschulen (AGH) besteht seit 1995 und wurde von der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. und dem Forschungsverbund Gesundheitswissenschaften Niedersachsen gegründet. Die TK ist seit 2002 förderndes und ständiges Mitglied dieses Arbeitskreises. Koordiniert wird der AGH von der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG & AFS). Die TK bringt neben einer finanziellen Förderung auch ihr langjähriges, auf Hochschulen zugeschnittenes Prozess- und Fach-Know-how ein.

Der AGH leistet einen wichtigen Beitrag dazu, das Thema Gesundheitsförderung in Hochschulen voranzutreiben. Im AGH ist es gelungen, verschiedene Akteure und Institutionen so miteinander zu vernetzen, dass Synergien erreicht werden. Der Arbeit des AGH ist es auch zu verdanken, dass sich Hochschulen in den letzten 20 Jahren zunehmend dem Thema Gesundheitsförderung gewidmet haben. Ausgewiesenes Ziel des AGH ist es, gesundheitsfördernde Lebens-, Lern- und Arbeitsbedingungen an Hochschulen zu initiieren, zu unterstützen und entsprechende Projekte miteinander zu vernetzen. Darüber hinaus initiiert, koordiniert und begleitet der Arbeitskreis Projekte, an denen mehrere Hochschulen beteiligt sind. Der AGH orientiert sich an der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986), dem Setting-Ansatz und dem salutogenen Paradigma.

Der AGH ist offen für alle Hochschulen und deren Statusgruppen sowie Institutionen, die im Hochschulbereich und in der Gesundheitsförderung tätig sind. Er wird über einen E-Mail-Verteiler organisiert. Viele aktive Mitglieder des AGH sind inzwischen hauptamtlich als Gesundheitsmanager an Hochschulen tätig. Andere gehören dem Arbeitsschutz, dem Betriebsärztlichen Dienst, dem Hochschulsport oder der Sucht- und Sozialberatung an. Auch Studierende sind im AGH vertreten. Zusätzlich zu den Sitzungen finden themenspezifische Workshops und Tagungen statt, die dem wissenschaftlichen und praxisnahen Austausch zu Themen der gesundheitsfördernden Hochschule dienen. Auf der Internetpräsenz des AGH (www.gesundheitsfoerderndehochschulen.de) findet man eine tabellarische Chronologie und ein Archiv über alle Aktivitäten des Arbeitskreises seit seiner Gründung. Zum zehnjährigen Jubiläum des AGH haben die Mitglieder nach einem über zweijährigen Diskussionsprozess Gütekriterien für die Gesundheitsförderung an Hochschulen verabschiedet. Diese zehn Gütekriterien spiegeln den hohen Qualitätsanspruch an die Gesundheitsförderung in Hochschulen wider und können als Maßstab für alle Hochschulen auf diesem Gebiet angesehen werden.

Studentisches Gesundheitsmanagement – Konzeptentwicklung

Die TK und die LVG & AFS haben zusammen mit dem AGH im Jahr 2014 ein Projekt zum Thema studentisches Gesundheitsmanagement ins Leben gerufen. Bis dato fehlte es an einem Gesamtkonzept, das zeigte, wie Gesundheitsmanagement für Studierende wirksam werden kann. Die Entwicklung eines solchen Konzepts ist das Ziel dieses Projekts.

Für das zu entwickelnde Konzept ist es wichtig, die Besonderheiten von Hochschulen zu berücksichtigen. So sind Hochschulen in ihrer Organisationsstruktur speziell aufgebaut. Im Gegensatz zu Unternehmen vereinen sie verschiedene Fachbereiche, Institutionen und unterschiedliche Statusgruppen. Die beschriebene Komplexität hat auch Auswirkungen auf die Gesundheitsförderung in diesem Setting, da es eine Vielzahl an Akteuren und Zielgruppen zu berücksichtigen gilt. In dem Gesamtkonzept sollen die organisationalen, individuellen und gesamtgesellschaftlichen Vorteile für Hochschulen dargestellt werden. Im Zuge des Wettbewerbs um kluge Köpfe und Hochschulstandorte stellen gesundheitsförderliche Studienbedingungen Standortvorteile dar. Wird das Thema Gesundheitsförderung in der Hochschulkultur und Lehre verankert, ist die Chance sehr hoch, dass Studierende mit gesundheitsbezogenen Kompetenzen in die Arbeitswelt eintreten und ihre Arbeitsaufgaben bis hin zur Führung entsprechend ausgestalten können.

Fokusgruppen mit Studierenden

In dem Projekt zum studentischen Gesundheitsmanagement wurden im Rahmen einer bundesweiten Bedarfsanalyse in dem Zeitraum Herbst 2015 bis Frühjahr 2016 Fokusgruppen mit Studierenden an deutschen Hochschulen durchgeführt. Im Mittelpunkt standen hierbei Fragen zur Studien- und Gesundheitssituation. Bei der Methode der Fokusgruppe handelt es sich um eine moderierte Gruppendiskussion, bei der die Teilnehmer in kleinen Gruppen von sechs bis zehn Personen ihre Meinungen und Erfahrungen zu einem vorher definierten Thema austauschen. Ziel ist es, in relativ kurzer Zeit möglichst viele Facetten einer spezifischen Thematik oder eines Problembereichs zu erörtern. Die variable Zusammensetzung von Fokusgruppen ermöglicht eine effektive und flexible Themenbearbeitung. Diskussions- und Arbeitsprozesse können durch diese Methode gebündelt und die Partizipation der Betroffenen erhöht werden. Fokusgruppen können als qualitatives Befragungsinstrument im Gesundheitsmanagement multifunktional, d. h. sowohl als Diagnose- als auch als Interventionsmethode, eingesetzt werden.

Im Zuge der systematischen Auswertung des Materials aus den Fokusgruppen

zeigte sich, dass die Studierenden bestimmte Themenbereiche besonders häufig nannten. Hierzu zählen unter anderem die Bereiche Prüfungs- und Bewertungswesen, Vorlesungs- und Pausenzeiten, Mensa, Räumlichkeiten und Mobiliar, Hochschulsport sowie die Themen Studieren mit Kind oder mit Behinderung.

Exemplarisch sollen im Folgenden die Fokusgruppen an der Technischen Hochschule Wildau (TH Wildau) dargestellt werden. Im Herbst 2015 wurden dort drei Fokusgruppen mit Studierenden durchgeführt. Die Studierenden hatten sich freiwillig zur Teilnahme gemeldet und gehörten unterschiedlichen Studiengängen und Fachsemestern an. Im Zentrum der Fokusgruppen stand die Frage: Was empfinden die Studierenden als besonders förderlich bzw. hinderlich für ein gesundes Studieren an der TH Wildau? In einem partizipativen Prozess diskutierten die Studierenden zahlreiche Ressourcen und Belastungsfaktoren. Als besonders relevante Ressourcen für gesundes Studieren an der Hochschule nannten sie das persönliche Umfeld sowie den guten Kontakt zu den Kommilitonen und Dozenten. Auch der schön gestaltete, moderne Campus, das breite Veranstaltungsprogramm sowie die Angebote des Hochschulsports wurden als zentrale Ressourcen genannt. Darüber hinaus wurden verschiedene studienbezogene Belastungsfaktoren diskutiert, z. B. die Anmeldepflicht für Klausuren, die subjektiv als zu kurz empfundenen Pausen zwischen den Veranstaltungsblöcken, fehlende Freizeit- und Aufenthaltsräume auf dem Campus und das Essen in der Mensa. In der Steuerungsgruppe zum Projekt wurden anschließend entsprechende Handlungsempfehlungen entwickelt und Veränderungen eingeleitet. Insgesamt betrachtet zeigte sich bei der Auswertung der Fokusgruppen in Wildau, dass die Studierenden mit ihrer Studiensituation zufrieden waren und sich an ihrer Hochschule wohl fühlten.

Partizipation als Erfolgsfaktor

Die Erfahrungen mit Fokusgruppen zeigen, dass diese eine geeignete Methode darstellen, um Studierende partizipativ in Gesundheitsprojekte an Hochschulen einzubinden. Gemäß der Leitlinie der Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung bildet das Prinzip der Partizipation – neben den Prinzipien Integration, Ganzheitlichkeit und Projektmanagement – einen wesentlichen Erfolgsfaktor für Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) (Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung, 2007). Die positive Wirkung eines partizipativen BGM-Ansatzes wurde in zahlreichen empirischen Studien belegt (Baker, Israel, & Schurman, 1994; Goetzel et al., 2007; Harden, Peersman, Oliver, Mauthner, & Oakley, 1999). Auch bei Gesundheitsprojekten im Setting Hochschule ist die Partizipation der Zielgruppe von be-

sonderer Relevanz. Nur wenn es gelingt, die Studierenden aktiv in das Projektgeschehen einzubinden, sind substantielle und nachhaltige Veränderungen an der Hochschule zu erwarten.

Studierende als Multiplikatoren an Hochschulen

Eine weitere Möglichkeit, die Partizipation von Studierenden bei Gesundheitsprojekten zu erhöhen, ist der Einsatz von studentischen Multiplikatoren. Der Begriff des Multiplikators leitet sich von der Vorstellung ab, dass Multiplikatoren die Inhalte des Gesundheitsprojektes an der Hochschule verbreiten (»multiplizieren«) sollen, z. B. durch Gespräche mit anderen Personen oder durch die aktive Kommunikation über soziale Kanäle (Wagner, Richter, Fröse, Steinke, & Deutel, 2008). In der Literatur finden sich für das Konzept der Multiplikatoren teils synonyme Begriffe, wie z. B. Gesundheitsbotschafter, -assistenten oder -lotsen.

Aufgaben und Funktionen studentischer Multiplikatoren

Studentische Multiplikatoren können dazu beitragen, den Informations- und Kommunikationsprozess des Gesundheitsprojektes an der Hochschule zu beflügeln. Sie bilden die Schnittstelle zwischen den Studierenden, den Mitarbeitern an der Hochschule sowie den Steuerungsgremien. Sie fungieren an der Hochschule als erste Ansprechpartner für Studierende rund um das Thema Gesundheit und stehen diesen als Vertrauenspersonen für Gespräche zur Verfügung.

Dabei ermöglicht ihre besondere Rolle den Multiplikatoren eine Kommunikation auf Augenhöhe und »von Student zu Student«. Auch können die Multiplikatoren vermittelnd tätig werden und die Studierenden an andere Experten an der Hochschule, wie z. B. den Allgemeinen Studierendenausschuss (ASStA) oder die Sozialberatung, verweisen. Als Initiatoren, Koordinatoren und Organisatoren können die Multiplikatoren Maßnahmen an der Hochschule planen, organisieren, durchführen und evaluieren. Im Rahmen von Gesundheitsaktionen oder -zirkeln können die Multiplikatoren zudem die Rolle des Moderators übernehmen. In ihrer Funktion als Botschafter sind die Multiplikatoren in den hochschulinternen Kommunikationsprozess eingebunden. Dabei besteht ihre Aufgabe darin, projektbezogene Informationen an die Studierenden weiterzugeben und so zur Transparenz des Vorgehens beizutragen. Eine wichtige Aufgabe der Multiplikatoren besteht zudem in deren aktiver Mitwirkung bei Sitzungen des Steuerungsgremiums. Das konkrete Aufgabenprofil der Multiplikatoren

sollte bedarfsgerecht aus den Gegebenheiten und Strukturen der jeweiligen Hochschule abgeleitet werden.

Die studentischen Multiplikatoren werden durch das Steuerungsgremium an der Hochschule ausgewählt und eingesetzt. Bei der Einführung eines Multiplikatoren-Systems an der Hochschule sollte zunächst geklärt werden, welche Aufgaben und Funktionen damit für die Studierenden verbunden sind. Erste Erfahrungen mit diesem Modell konnten zeigen, dass es sinnvoll ist, die Ressource der Multiplikatoren für eine regelmäßige bedarfsgerechte Maßnahmensteuerung einzusetzen und zu nutzen. Es hat sich zudem als sinnvoll erwiesen, mehrere Studierende aus unterschiedlichen Studiengängen und Fachsemestern an der Hochschule als Multiplikatoren einzusetzen. Ein Nebeneffekt bei dem Einsatz studentischer Multiplikatoren kann darin gesehen werden, dass die Eigenmotivation der Studierenden erhöht wird, sich selbst an Maßnahmen der Gesundheitsförderung an der Hochschule zu beteiligen.

Schulung studentischer Multiplikatoren

Die Schulung studentischer Multiplikatoren ist sinnvoll, damit diese anschließend ihre Aufgaben möglichst selbstständig bearbeiten können. Ziel ist, dass die Multiplikatoren ihr erworbenes Wissen anwendungsorientiert einsetzen und an andere Studierende weitergeben können.

Die Schulung der zukünftigen Multiplikatoren sollte multimodal aufgebaut sein. Die Multiplikatoren sollten dabei einen Überblick über relevante hochschulinterne Strukturen und Projekte bekommen. Empfehlenswert ist zudem die Vermittlung von Gesundheitsmanagement-Fachwissen. Auch die Erweiterung der Methodenkompetenz der Multiplikatoren, z. B. durch die Aneignung von Moderations- und Präsentationstechniken, ist empfehlenswert. Grundsätzlich sollte der Wissensstand der Multiplikatoren bei der Konzeption der Schulungsinhalte unbedingt berücksichtigt werden. Es hat sich bewährt, den Multiplikatoren ein Manual mit relevanten Schulungsinhalten als Nachschlagewerk zur Verfügung zu stellen. Auch sind Refresher-Schulungen für die Multiplikatoren empfehlenswert. Dies ist insbesondere dann sinnvoll, wenn sich personelle Fluktuationen im Multiplikatoren-System an der Hochschule ergeben. In diesen Refresher-Schulungen können Erfahrungen und erworbene Einsichten der erfahrenen Multiplikatoren an neue Multiplikatoren weitergegeben werden. Die persönliche Vernetzung der Multiplikatoren, z. B. durch regelmäßig stattfindende Treffen, ist ebenfalls zu empfehlen.

Gesundheitsförderung für Studierende: Best practice

An immer mehr Hochschulen in Deutschland wurden in den letzten Jahren Projekte, die sich der Gesundheitsförderung von Studierenden zuwenden, ins Leben gerufen. Die TK unterstützt diese Projekte sowohl in finanzieller Hinsicht als auch durch die fachliche Begleitung der Projekte an den Hochschulen. In der Zusammenarbeit mit den Hochschulen versteht sich die TK als Partner auf Augenhöhe. Für den Erfolg dieser Projekte ist es besonders wichtig, dass man diejenigen zusammenbringt und gewinnt, die zur Förderung der Gesundheit von Studierenden etwas beitragen können. Das sind die Hochschulleitungen, die Studierendenvertretungen, die Fachschaften und andere Akteure an der Hochschule. Ein Erfolgsfaktor ist das Empowerment der Hochschulakteure in diesem Thema. In diesem Zusammenhang hat die TK spezielle Erfahrungen sammeln können, die unter anderem in den folgenden zwei Projektskizzen zum Gesundheitsmanagement für Studierende vorgestellt werden.

Beispiel: Universität Paderborn

Die Universität Paderborn widmet sich bereits seit 2009 dem hochaktuellen Thema des Gesundheitsmanagements für Studierende.

Die Gesundheitsförderung bei Studierenden an der Hochschule wurde seither im Rahmen zweier Projektphasen vorangetrieben. Initiatoren des Projekts an der Hochschule setzen sich aus dem Lehrstuhl für Arbeits- und Organisationspsychologie, der AG Didaktik des Sports, dem Hochschulsport, der TK und dem Arbeitskreis Gesunde Hochschule zusammen. Die Initiatoren werden dabei von der Hochschulleitung stark unterstützt. Um das Thema breit aufzustellen und strukturell in alle Ebenen der Universität zu tragen, wird das Projektteam maßgeblich von einem Projektbeirat sowie von 20 Kooperationspartnern unterstützt. Langfristig besteht das Ziel des Projekts darin, das Thema Gesundheit in das Leitbild der Universität Paderborn zu integrieren (Schaper, Bischof, Kussin, 2014).

Im Jahr 2009 wurde das Pilotprojekt »Studium heute – gesundheitsfördernd oder gesundheitsgefährdend? Eine Lebensstilanalyse« unter dem Slogan »Gesund und erfolgreich in Paderborn studieren (GriPs)« durchgeführt. Hierbei stand die Erfassung und Analyse gesundheitlicher Problemlagen bei den Studierenden mittels qualitativer und quantitativer Erhebungsinstrumente im Vordergrund (Brandl-Bredenbeck, Köster, & Kämpfe, 2013). So wurde zum einen ein Online-Fragebogen verwendet und zum anderen leitfadengestützte Konstruktinterviews mit Studierenden geführt. Anschließend wurden die empirisch erhobenen Daten genutzt, um geeignete Maßnahmen zur Gesundheits-

förderung für die Studierenden abzuleiten. Das Projekt orientiert sich mit seinem stufenweisen Aufbau am Public Health Action Cycle (PHAC), welcher Interventionen in vier Phasen – die Problembestimmung, Strategieformulierung, Umsetzung und Bewertung – aufteilt (Rosenbrock, 1995). »GriPs« deckt dabei die ersten beiden Phasen ab und bildet die Grundlage für das Folgeprojekt »mein beneFIT@upb.de«. Exemplarische Maßnahmen sind Hochschulsportkurse für Erstsemester (»Ersti-Fit«), ein Konzept für die Einführungstage der neuen Studierenden und ein Gesundheitstag für Studierende. Zudem wurden Veranstaltungen zum Thema Gesundheit in als Angebot im Studium Generale an der Hochschule integriert und der Studierendenwettbewerb »Gesunder Campus« ins Leben gerufen (Köster, Schaper, Fergland, Bischof, Kussin, Kämpfe, 2015). Bei der Entwicklung der Maßnahmen wurde Wert darauf gelegt, möglichst viele Studierende partizipativ einzubinden.

Zudem wurde auf Grundlage der ersten beiden Phasen der sogenannte Gesundheitspass für Studierende eingeführt (Brandl-Bredenbeck, Kämpfe, & Köster, 2013). Seit 2013 wird dieser Pass über die Einschreibungsunterlagen verschickt, so dass bereits mit Semesterstart alle Studierenden über die gesundheitsförderlichen Angebote an der Universität Paderborn informiert sind. In dem Gesundheitspass werden alle bereits vorhandenen sowie die neu entwickelten verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen zur Gesundheitsförderung gebündelt (Schaper, Bischof, & Kussin, 2014). Vor allem die nachhaltige Umsetzung, Bewerbung und Bewertung stehen beim Gesundheitsmanagement für Studierende an der Universität Paderborn im Fokus.

Beispiel: Technische Universität Kaiserslautern

An der Technischen Universität (TU) Kaiserslautern wird seit 2014 unter dem Titel »Bio-psycho-soziale Gesundheit der Studierenden der TU Kaiserslautern« ein dreijähriges Projekt zur Gesundheit von Studierenden durchgeführt (Sprenger, 2014). Das übergeordnete Ziel des Projekts besteht in der Gesundheitsförderung der Studierenden an der Hochschule (TU Kaiserslautern, 2016). Hierzu soll im Auftrag der Universitätsleitung und unter Federführung des Hochschulsports ein breit angelegtes Gesundheitskonzept entwickelt werden (ebd., 2016). Bei der Entwicklung und Umsetzung des studentischen Gesundheitsmanagements wird die Hochschule von der TK unterstützt. Die Steuerung des Projekts erfolgt über drei Gremien: den Lenkungskreis (bestehend aus Hochschulleitung und Projektsteuerung), den Steuerkreis (bestehend aus operativ arbeitenden Akteuren) sowie einem Studierendengremium (bestehend aus studentischen Vertretern möglichst aller Fachschaften und Institutionen der TU Kaiserslautern). Der gesamte Prozess ist partizipativ ausgerichtet, d.h. die

Zielgruppe der Studierenden wird in alle Prozessschritte aktiv eingebunden. Zu Beginn des Projektes stand die Analyse der Gesundheits- und Studiensituation der Studierenden im Fokus. Hierzu wurde der University Health Report als etabliertes Befragungsinstrument zur Studierendengesundheit eingesetzt. Über 1.400 Studierende der TU Kaiserslautern nahmen an der Befragung teil.

Auf Basis der Befragungsergebnisse konnten anschließend Maßnahmen entwickelt werden, die sich an den Bedürfnissen der Studierenden orientierten. Die entwickelten Maßnahmen zur Förderung der Studierendengesundheit werden unter dem Titel »CampusPlus« an der Hochschule umgesetzt. Hierzu zählen unter anderem Maßnahmen und Angebote zur Schaffung von Austausch- und Kontaktmöglichkeiten unter den Studierenden, zur Entspannung und Entschleunigung, zur Förderung des allgemeinen Wohlbefindens sowie zur Förderung von Bewegung und Sport auf dem Campus. Auch wurden Maßnahmen initiiert, um das Gesundheitsbewusstsein der Studierenden zu stärken und die Studierenden für Gesundheitsthemen zu sensibilisieren (ebd., 2016).

Literatur

- Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen (2012). *Gesundheitssurvey für Studierende in Nordrhein-Westfalen*. Online verfügbar unter: http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/F_Gesundheitssurvey_NRW/F0_Gesundheitssurvey_NRW.html.
- Arbeitsgruppe Public Health: Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung, FU Berlin (2016). *University Health Report – Ein Kooperationsangebot für Hochschulen*. Online verfügbar unter: <http://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/ppg/forschung/gbe-s/uhr/index.html>.
- Baker, E. A., Israel, B. A., & Schurman, S. J. (1994). A participatory approach to worksite health promotion. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 17(2).
- Brandl-Bredenbeck, H.-P., Kämpfe, A., & Köster, C. (2013). *Studium heute. Gesundheitsfördernd oder gesundheitsgefährdend? Eine Lebensstilanalyse*. Aachen: Meyer & Meyer.
- DZHW (2016). *HISBUS-Ergebnisse – Ergebnisse der bisherigen HISBUS-Onlinebefragungen*. Online verfügbar unter: <http://www.dzhw.eu/publikation/HISBUS-Ergebnisse>.
- Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (2007). *Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung*. Online verfügbar unter: http://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/publikationen/luxemburger_deklaration/Luxemburger_Deklaration.pdf.
- Goetzl, R. Z., Shechter, D., Ozminkowski, R. J., Marmet, P. F., Tabrizi, M. J., & Roemer, E. C. (2007). Promising practices in employer health and productivity management efforts: Findings from a benchmarking study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine/ American College of Occupational and Environmental Medicine*, 49(2), 111–130.

- Harden, A., Peersman, G., Oliver, S., Mauthner, M., & Oakley, A. (1999). A systematic review of the effectiveness of health promotion interventions in the workplace. *Occupational Medicine*, 49(8), 540–548.
- HISBUS (2016). *HISBUS – FAQ*. Online verfügbar unter: <http://www.hisbus.de/faq>.
- Köster, C., Schaper, N., Fergland, D., Bischof, S., Kussin, U., & Kämpfe, A. (2015). »Hol dir deinen beneFIT« – Einführung eines Gesundheitspasses zur Förderung der Studierendengesundheit an der Universität Paderborn. In: A. Göring, & D. Möllenbeck (Hrsg.), *Bewegungsorientierte Gesundheitsförderung an Hochschulen* (S. 427–435). Göttingen: Universitätsverlag Göttingen.
- Rosenbrock, R. (1995). *Public Health als soziale Innovation*. In: *Das Gesundheitswesen*, 3/1995, 140–144.
- Schaper, N., Bischof, S., Kussin, U. (2014). *Zwischenbericht zur Durchführung eines Pilotprojektes für die Techniker Krankenkasse mit dem Titel – Implementierung und Evaluation des Gesundheitspasses für Studierende – mein beneFIT@upb.de*. Hamburg: TK intern.
- Sprenger, M. (2014). *TU Kaiserslautern und Techniker Krankenkasse rücken Gesundheit der Studierenden in den Fokus*. Online verfügbar unter: <https://www.uni-kl.de/aktuelles/news/news/detail/News/tu-kaiserslautern-und-techniker-krankenkasse-ruecken-gesundheit-der-studierenden-in-den-fokus/>.
- TK (2015a). *Gesundheitsreport 2015*. Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK. TK: Hamburg.
- TK (2015b). *TK-CampusKompass*. TK-Studie zur Gesundheit und Mediennutzung von Studierenden. TK: Hamburg.
- TK (2013). *Bleib locker, Deutschland! TK-Studie zur Stresslage der Nation*. TK: Hamburg.
- TK (2011). *Gesundheitsreport 2011*. Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band 26. TK: Hamburg.
- TK (2007). *Gesund studieren*. Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band 16. TK: Hamburg.
- TU Kaiserslautern (2016). *Studentisches Gesundheitsmanagement (SGM) an der TU Kaiserslautern*. Online verfügbar unter: <https://www.uni-kl.de/sgm>.
- Wagner, S., Richter, H., Fröse, C., Steinke, B., & Deutel, S. (2008). Betriebliches Gesundheitsmanagement in einem Health-Care-Unternehmen unter dem Aspekt der besonderen Bedeutung von Promotoren und Multiplikatoren (S. 451–469). In W. Kirch, B. Badura, & H. Paff: *Prävention und Versorgungsforschung (Ausgewählte Beiträge des 2. Nationalen Präventionskongresses und 6. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung, Dresden, 24. bis 27. Oktober 2007)*. Springer: Berlin, Heidelberg.

Studentische Gesundheitsförderung im und durch Hochschulsport aus lebensweltlicher Perspektive – Chancen und Herausforderungen

Einleitung

Die Gesundheitsförderung hat in den letzten zwanzig Jahren eine große gesellschaftliche Aufmerksamkeitssteigerung erfahren. Spätestens mit der Novellierung des Präventionsgesetzes im Jahr 2016 rückt auch das deutsche Hochschulwesen zunehmend in den Fokus einer auf Settings ausgerichteten Gesundheitsförderung (Kläber 2016). Neben den Angestellten und Bediensteten von Hochschulen, die im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung als spezifische Zielgruppe recht früh identifiziert werden konnten, richten die Hochschulen den Blick nun auch verstärkt auf die Gesundheit von Studierenden. Mit dem Hinweis auf die gesellschaftlich wichtige Multiplikatorenfunktion von Studierenden und die gestiegene Zahl an studentischen Erkrankungsprävalenzen werden an immer mehr Hochschulen Programme zur Gesundheitsförderung von Studierenden entwickelt. Wenngleich eine systematische, empirische Auseinandersetzung mit dem Gesundheitsstatus, also den gesundheitsorientierten Bedarfen und Erwartungen von Studierenden in Deutschland noch aussteht, gewinnen insbesondere bewegungsbezogene und sportliche Interventionen zur Gesundheitsförderung von Studierenden zunehmend an Bedeutung (im Überblick Göring 2015). Dies ist insofern wenig verwunderlich, als dass sportliche Aktivitäten zu den beliebtesten Freizeitaktivitäten deutscher Studierender gehören und in bedarfsorientierten Abfragen zur Gesundheitsförderung als wesentliches Handlungsfeld genannt werden (Wollesen et al., 2015). Insbesondere die Hochschulsporteinrichtungen, die das Thema Sport und Bewegung an den Hochschulen vertreten, haben sich mittlerweile mit zahlreichen Aktivitäten, Projekten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung an Hochschulen geöffnet (Preuß et al., 2015; König et al., 2015). Im Ringen um Ressourcen und Legitimation verspricht die studentische Gesundheitsförderung einen scheinbaren institutionellen Bedeutungsgewinn, der sowohl finanziell, z. B. durch eine externe Projektförderung, als auch inhaltlich, im Sinne einer institutionellen Aufmerksamkeit, mit großen Hoffnungen versehen ist (Gerdes 2015).

Der folgende Beitrag untersucht die Chancen und Herausforderungen, die eine gesundheitsorientierte Ausrichtung des Hochschulsports im Rahmen der studentischen Gesundheitsförderung offeriert. Grundsätzliche Erkenntnisse zur gesundheitsförderlichen Wirkung von Sport und Bewegung, z. B. in Bezug auf kardiovaskuläre oder auch metabolische Adaptationsprozesse werden diesbezüglich als bekannt vorausgesetzt und im weiteren Verlauf nicht vertieft. Vielmehr werden die für ein Studium und die Hochschule spezifischen Lebensbedingungen und Handlungskontexte analysiert und aus sport- und gesundheitswissenschaftlicher Perspektive diskutiert. Dafür wird zunächst ein entwicklungs- und bildungssoziologischer Zugang gewählt, der lebensweltliche Zugänge mit institutionell-bildungstheoretischen Ansätzen des Hochschulwesens verbindet. Anschließend wird die Bedeutung sportlicher Aktivitäten für die Gesundheitsförderung von Studierenden anhand empirischer Erkenntnisse evaluiert. Der Beitrag schließt mit einer Diskussion über die Herausforderung der Gesundheitsförderung im und durch Hochschulsport.

Die Lebenswelt Hochschule – entwicklungspsychologische und bildungssoziologische Grundlegungen

Obwohl ein Studium formaljuristisch mehrheitlich im Erwachsenenalter stattfindet, wird es aus entwicklungspsychologischer und bildungstheoretischer Perspektive als letzte Phase einer hierarchischen Binnendifferenzierung der Jugendsituation betrachtet. Das Studium stellt aus entwicklungspsychologischer Perspektive eine Art entwicklungsspezifischen Sonderfall dar, den Hurrelmann (2004) als *spätes Jugendalter* oder *Spätadoleszenz* bezeichnet. Für bildungssoziologische Annäherungen an Studierende als Forschungsgegenstand und das Studium als Forschungsfeld wird vermehrt auf sozialwissenschaftliche Theorieangebote zurückgegriffen, die in der Mehrheit auf lebensweltliche Ansätze rekurren (Reinders & Butz 2001). Lebensweltforschung im Verständnis von Schütz & Luckmann (1979) richtet ihren Fokus auf die subjektive Wahrnehmung und Interpretation spezifischer Lebensbedingungen und das Handeln und Erleben von Individuen und Gruppen in bestimmten Lebenszusammenhängen (Reinders 2006). Dient ein Studium formal als post-schulische Ausbildungsphase, in der anspruchsvolles Faktenwissen und methodische Kenntnisse unter dem Primat der Wissenschaftlichkeit angeeignet werden, fokussiert die studentische Lebensweltforschung die gesellschaftlich vermittelten und individuell ausgestalteten Entwicklungsbedingungen, denen junge Menschen im Rahmen der Lebensphase Studium ausgesetzt sind (Briedis & Minks 2004; Felden & Schiener 2010). Eine solche Analyse der studentischen Lebenswelt dient dabei im

Hinblick auf eine konzeptionelle Unterfütterung der Gesundheitsförderung als heuristischer Rahmen, der die Eckpfeiler und Leitlinien einer passgenauen Interventionsstrategie beschreibt. Im Bestreben, die Analyse der komplexen Lebenswelt Studierender auch theoretisch zu fundieren, wird zunächst auf zwei Grundmodelle der soziologischen Jugendforschung zurückgegriffen. Während das Transitionsmodell des Studiums einen gerichteten Übergang zum Erwachsenenalter beschreibt, wird im Moratoriumskonzept das Studium als letzte juvenile Lebensphase mit einem eigenständigen kulturellen Status fokussiert.

Studium als Transition

Unter transitiven Aspekten repräsentiert ein Studium einen Lebensabschnitt, der mit wenig sozialem und kulturellem Eigengewicht ausgestattet ist. Zinecker nennt es »[...] ein vorübergehendes Ereignis ohne zwingende lebensgeschichtliche, sozialisatorische Tiefenwirkung« (Zinacker 1991, S. 9). »Transitionen bezeichnen [...] sozial prozessierte, verdichtete und akzelerierte Phasen in einem im permanenten Wandel befindlichen Lebenslauf« (Welzer 1993, 37). Das Studium als transitiv gedeutete spätadoleszente Lebensphase hat demnach die Funktion eines raschen Übergangs in die berufliche Erwachsenenwelt im Sinne einer gesellschaftlichen Rollen- und Funktionsübernahme. Die Entwicklung des Individuums verläuft aus dieser Perspektive gerichtet und ist von normativen Erwartungen geprägt, die insbesondere das soziale Verhalten aber auch die Leistungsfähigkeit in unterschiedlichen Bezugssystemen, z. B. im Studium, betreffen. Harvighurst (1972) konzipiert den menschlichen Lebenslauf vor diesem Hintergrund als eine strukturierte Abfolge von Anforderungen und Erwartungen, die es im Laufe der individuellen Entwicklung zu bewältigen gilt. Dabei werden biologische Voraussetzungen mit bestimmten, gesellschaftlich geprägten Umwelanforderungen verknüpft. Studierende, so die Ansicht der transitiven Jugendforschung, nehmen diese Erwartungen implizit als individuell zu bewältigende aber gleichsam ambivalente Entwicklungsaufgaben wahr. Studierende müssen sich demnach mit für sie typischen gesellschaftlichen Konventionen auseinandersetzen und diese gleichzeitig mit der eigenen Selbstvorstellung, die in der Spätadoleszenz noch widersprüchlich sein kann, in Einklang bringen. »Daher bildet [...] die Spätadoleszenz häufig einen Kristallisationspunkt der eigenen Biografie, von dem aus sich die weitere Entfaltung der eigenen Persönlichkeit ausbreitet« (Leuzinger-Bohleber 2001, 16).

Während die erfolgreiche Lösung der einzelnen Entwicklungsaufgaben zu Zufriedenheit und einer stabilen Identitätsentwicklung führt, kann ein Scheitern in studentischen Handlungssituationen mit sozialer Ablehnung, Identitätskrisen und persönlicher Unzufriedenheit einhergehen (Holm-Halluda 2001). Die

Bewältigung der studentischen Entwicklungsaufgaben als aktive Gestaltungshandlung hängt dabei maßgeblich von der individuellen Leistungsfähigkeit und den zur Verfügung stehenden internen und externen Ressourcen, den spezifischen gesellschaftlichen Erwartungen sowie den individuellen Kompetenzen ab, die sich auf der Basis bereits vollzogener Sozialisationsprozesse entwickelt haben. Entwicklungsaufgaben repräsentieren damit »[...] ein Bindeglied im Spannungsverhältnis zwischen individuellen Bedürfnissen und gesellschaftlicher Anordnung« (Oerter & Dreher 2002, S. 269). Für die Spätadoleszenz und das Studium als Lebensphase haben u. a. Dreher & Dreher (1985) einen empirisch überprüften Themenkatalog vorgelegt (vgl. auch Müller-Bülow 2005). Konkrete Entwicklungsaufgaben sind demnach:

- Die Ablösung vom Elternhaus im Sinne einer emotionalen Unabhängigkeit von den Eltern und anderen relevanten Erwachsenen
- Die Ausbildung einer spezifischen Geschlechtsrolle, die sich auch in einer Vorbereitung auf feste Partnerschaften, Ehe und Familienleben versteht
- Den Aufbau eines reflektierten Selbstbildes
- Die Entwicklung eines internalisierten moralischen Bewusstseins, im Sinne der Ausbildung und Verstetigung eines ethischen Systems, welches als Leitfaden für das eigene Verhalten dient
- Die Entwicklung von dauerhaften und strapazierfähigen sozialen Beziehungen zu Altersgenossen. Hier wird auch der Aufbau eines eigenen und zum Teil neuen Freundeskreises eingeschlossen
- Die Entwicklung einer beruflichen Zukunftsperspektive, durch die Ausbildung konkreter Vorstellungen über die berufliche Laufbahn und die Entwicklung einer eigenen Zukunftsperspektive.

Transitive Studierendenforschung richtet ihren Fokus damit vor allem auf die gesellschaftlich zugewiesene Bedeutung eines Studiums im Sinne der damit verbundenen Erwartungen und Ansprüche. Insbesondere aus der Perspektive der Stressforschung sensu Lazarus (1990) erfährt das Transitionskonzept auch eine gesundheitswissenschaftliche Erweiterung, die davon ausgeht, dass die Bewältigung einer transitiven Entwicklungsaufgabe als stressinduzierende Belastungssituation konzipiert und untersucht werden kann (Jerusalem et al., 2003; Bray & Born 2010).

Studium als Moratorium

Betrachtet man das Studium als eigenständige Lebensphase, so steht nicht der Übergang in die Berufswelt und das Erwachsenenleben im Vordergrund des Interesses, sondern dessen sozialkultureller und psychosozialer Selbstwert, der

in der Bildungssoziologie im Modell des Moratoriums zum Ausdruck kommt (Reinders 2006). Das Studium repräsentiert aus dieser Perspektive eine Art gesellschaftlichen Schonraum, den Zinnecker mit Verweis auf das Studium als spezifisches Bildungsmoratorium bezeichnet, welches durch ein selektives Gewähren-lassen seitens der Gesellschaft und durch provokative Verspieltheit seitens der Jugend gekennzeichnet ist (Zinnecker 2000). Das Augenmerk des Moratoriumsmodells liegt damit auf der Verwirklichung von Gegenwartsbezügen. Die morative Jugendphase beschreibt jene jugendtypischen Lebensweisen und Planungen der Zukunft, die nicht die Eingliederung in das Bestehende in den Vordergrund stellt (vgl. Merkens 1996). Vielmehr wird »[...] die individuelle Konstruktion der eigenen Lebensphase« (Reinders & Wild 2003, 25) zum zentralen Bezugspunkt. Dem Verständnis des Studiums als ein Moratorium liegt die Annahme zu Grunde, dass die Studierenden nicht mit gesellschaftlichen Erwartungen und Anforderungen konfrontiert werden, sondern eine Teilentpflichtung gesellschaftlicher Erwartungen stattfindet. Charakteristisch für ein solches Moratorium ist demnach nicht nur die Gewährung eines zeitlich begrenzten Entwicklungsschonraums, sondern eine strukturelle Ambivalenz, die als doppelte Freisetzung gekennzeichnet wird: Einerseits die Freisetzung aus dem institutionalisierten Arbeitsprozess der Berufswelt, andererseits die Freisetzung aus familiären Lebensformen mit ihren Verpflichtungen gegenüber der Herkunftsfamilie und einer zukünftigen, eigenen Familiengründung (Zinnecker & Molnar 1988). Bei Ferchhoff (1999) wird eine solch späte Jugendphase als psychosoziale Neuorientierung gekennzeichnet, die Möglichkeiten offeriert, unter dem Schutz der institutionellen Einbettung mit Identitätsfolien zu experimentieren und soziale Beziehung jenseits tradierter Netzwerke aufzubauen und zu etablieren. Die morativ ausgerichtete Jugendforschung eint dabei die Vorstellung, dass Autonomie, Gegenwartsbezug und eine partielle Entpflichtung in einem Schonraum wichtige Rahmenbedingungen für die psychosoziale Entwicklung von Jugendlichen, insbesondere im Studium, sind. Dabei impliziert der Aspekt der Gegenwartsorientierung einen Ausgestaltungsanspruch eigener Lebensentwürfe, die durch eigene soziale Lebensformen und Orientierungsmuster gekennzeichnet sind. Empirisch wird vor allem eine Hinwendung zur Peer-Group und eine damit verbundene gegenwartsorientierte Gestaltung im Freizeitbereich als Kennzeichen beschrieben (Reiners & Butz 2001).

Insbesondere die entwicklungspsychologische Adoleszenzforschung hat die Anschlussfähigkeit des Moratoriumsmodells für gesundheitswissenschaftliche Fragestellungen mit dem Konzept der ›Spätadulzenz als Krise‹ (Holm-Halluda 2001; Leuzinger-Bohleber 2001) vorangetrieben. Aus dieser Perspektive stellt beispielsweise das Studium eine besonders vulnerable Phase dar, die als spezifisches Anpassungs- und Bewältigungsmuster biographischer Erwartungen und Aufgaben gekennzeichnet ist (Fillip 1981).

Studentische Gesundheitsförderung zwischen Transition und Moratorium

Im bildungssoziologischen Transitions- und Moratoriumskonzept als heuristische Eckpfeiler einer gesundheitswissenschaftlichen Annäherung an das Studium offenbaren sich zwei grundsätzlich unterschiedliche Orientierungspunkte. Während die Bewältigung gesellschaftlich definierter Entwicklungsaufgaben auf die Zukunft und damit gleichsam auf den Übergang in die Arbeitswelt ausgerichtet ist, bleibt das Studium im Sinne des Moratoriumsgedanken auf das Hier und Jetzt konzentriert. Beide Konzepte verdeutlichen dabei die Ambivalenz des Studiums: Einerseits gilt es, die Studienzeit als Entpflichtung von gesellschaftlichen Anforderungen eigenständig zu gestalten und sich gleichzeitig eigene Wert- und Sozialstrukturen aufzubauen. Andererseits dominieren Erwartungen, sich möglichst zielstrebig und effizient berufsrelevante Kompetenzen anzueignen, um den Eintritt in die Arbeitswelt erfolgreich zu bewältigen.

Grundsätzlich besitzt das Studium damit eine große gesundheitliche Bedeutung. Während eine erfolglose Bewältigung der transitiven Entwicklungsaufgaben und lebensweltlichen Anforderungen zu konkreten Stressbelastungen und damit zu manifesten Gesundheitseinschränkungen führen kann, trägt demgegenüber eine gelingende Auseinandersetzung mit den subjektiv bedeutsamen Herausforderungen des Studiums zu einer Erweiterung des individuellen Verhaltens- und Identitätsrepertoires bei, die als grundsätzlich entwicklungs- und gesundheitsfördernd betrachtet werden kann (Wendt 1997; Heublein et al., 2010).

Ein auf einem solchen lebensweltlichen Verständnis des Studiums aufbauendes gesundheitsförderndes Konzept setzt damit ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis voraus (Guedes & Wollesen 2015), in dem vor allem psychosoziale Gesundheitsaspekte inkludiert werden. Gesundheitsförderung im Studium bedeutet demzufolge, den Fokus auf die konkreten Entwicklungsaufgaben zu legen und die institutionellen Rahmenbedingungen des Studiums – also die für den Lebensabschnitt Studium typischen Belastungssituationen – zu identifizieren. Mit Verweis auf salutogenetische Gesundheitskonzepte stehen diese Belastungen den individuellen Ressourcen gegenüber, die Studierende benötigen, um die entsprechenden Belastungssituationen zu bewältigen (Möllenbeck 2015).

Werden übergreifende, nicht institutionell begründete Belastungssituationen außer Acht gelassen, gewinnen vor allem psychosoziale Faktoren an Bedeutung. Folgt man den vorliegenden empirischen Studien zur Thematik, dann ist vor allem die Ablösung vom Elternhaus und die soziale Neuorientierung, kombiniert mit der Abkopplung sozialer Unterstützungssysteme die zentrale Entwick-

lungsaufgabe des Studiums. Insbesondere der Studienbeginn aber auch die Studienabschlussphase gilt mit Verweis auf die beiden beschriebenen Konzepte als besonders kritische Ereignisse, die mit Erfahrungen von Unsicherheit, Desorientierung und Hilflosigkeit verbunden sein können (Brunner & Bachmann 1999; Bachmann et al., 1999). Es ist insofern wenig verwunderlich, dass in zahlreichen empirischen Studien zum Wohlbefinden von Studierenden vor allem psychosoziale Belastungen dominieren (Stock & Krämer 2000; Allgöwer 2000). Nach Bachmann et al. (1999), die eine der wenigen Längsschnittstudien zur Frage der Gesundheitsentwicklung im Studium vorgelegt haben, »[...] weisen sämtliche gesundheitsrelevanten Persönlichkeitseigenschaften (Selbstwert, Optimismus, Autonomie, Empathie und Humor) [im Studienverlauf] eine zwar geringe, aber in allen Fällen statistisch signifikante Abnahme auf« (ebd. 1999, S. 190). Meier et al. (2007) berichten, dass ungefähr die Hälfte der Studentinnen und 40 % der Studenten ihr Wohlbefinden durch Zeitstress und Hektik sowie fehlende Rückzugsmöglichkeiten negativ beeinflusst sehen. 31 % der Studierenden bemängeln Anonymität an der Hochschule und 28 % der Studierenden nennen depressive Verstimmungen als häufiges Beschwerdebild (Bonse-Rohmann et al., 2014). Insgesamt bewerten Studierende ihre psychosoziale Belastungssituation sowie ihre gesundheitliche Gesamtsituation schlechter als Nicht-Studierenden des gleichen Alters (u. a. Stewart-Brown et al., 2000; Adlaf et al., 2001).

Demgegenüber stellen insbesondere soziale Unterstützungsstrukturen und Gemeinschaftsnetze, positive interpersonelle Interaktionen und die Möglichkeit zur Selbstbestimmung protektive Faktoren im Setting Hochschule dar (Holm-Halluda 2001, Brunner & Bachmann 1999). Auch in der angloamerikanischen Studierendenforschung wird soziale Unterstützung als bedeutendste Ressource beschrieben (Hefner & Eisenberg 2009). Studierende, die über feste freundschaftliche Beziehungen zu anderen Studierenden verfügen und eine hohe soziale Unterstützung wahrnehmen, haben eine deutlich geringere Belastungswahrnehmung als Studierende ohne derartige soziale Kontakte (Göring & Möllenbeck 2010).

Während die auf das Studium bezogene Gesundheitsforschung in den 1990er und 2000er Jahren vor allem Belastungssituationen identifizierte, die sich aus dem Wechsel des Wohnortes, dem Verlassen der Familiensituation sowie dem Zwang zur Selbstorganisation und Strukturierung ergibt (Allgöwer 2000), liegt der gegenwärtige gesundheitswissenschaftliche Fokus auf den leistungsspezifischen Anforderungen, die Studierende im Studienverlauf bewältigen müssen. Aktuelle Studien berichten über eine überdurchschnittlich hohe Stressbelastung von Studierenden, die vor allem mit hohen Leistungsanforderungen, Zeitnot und Zukunftsängsten assoziiert wird (Holm-Halluda et al., 2009; Bonse-Rohmann 2014). Die als Bologna-Prozess bezeichnete Studienreform, die zu einer

grundsätzlichen Neuausrichtung der Studienstrukturen mit einer höheren Akzentuierung beruflich relevanter Kompetenzen geführt hat, scheint diese Entwicklung noch zu fördern: Studierende in den Bachelorstudiengängen zeigen sich in den Bereichen Leistungsdruck, Zeitnot und soziale Kontakte stärker belastet als Studierende aus den älteren Diplom- und Magisterstudiengängen (Herbst et al., 2017). Dabei zeigt sich auch eine Verschiebung der wahrgenommenen Belastungssituationen im Studienverlauf: von Studierenden in höheren Semestern werden überdurchschnittlich häufig die Begriffe Zukunftsangst, Unsicherheit, Orientierungslosigkeit sowie Hilflosigkeit genannt; unterdurchschnittlich hingegen die Assoziationen Zeitnot und Leistungsdruck (Thees et al., 2012). Nach Herbst et al. (2016), die eine der umfangreichsten Studien zur Belastungssituation von Studierenden in Deutschland vorgelegt haben, weisen über 50 % aller Studierenden in Deutschland ein überwiegend hohes Stresslevel auf, der vor allem durch subjektiv wahrgenommenen Leistungs- und Prüfungsdruck, aber auch durch mangelnde Zeitressource für nicht studienspezifische Aktivitäten hervorgerufen wird (ebd.). Zahlreiche Studien nennen Unzufriedenheit, Schlaf- und Konzentrationsstörungen aber auch depressive Verstimmungen als konkrete, messbare Folgen des hohen Stressniveaus von Studierenden (u. a. Bonse-Rohmann 2014). Laut einem Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse (Grobe & Dörning 2011) werden knapp fünf Prozent der Studierenden in Deutschland Psychopharmaka verordnet. Auch der riskante Substanzkonsum von Studierenden, der als manifestes Risikoverhalten bei Studierenden identifiziert werden kann und die hohe Studienabbruchquote in einigen Studiengängen wird als Reaktion auf die studentische Stresswahrnehmung interpretiert. Darüber hinaus berichten 12 % der Studierenden in einer Befragung des Bundesministeriums für Gesundheit, dass sie schon einmal leistungssteigernde Substanzen eingenommen haben, um die Studienanforderungen bewältigen zu können (Middendorf et al., 2012). Die hohe psychosoziale Belastung von Studierenden ist insofern besonders bemerkenswert, als dass Studierende nur vergleichsweise schlecht in der Lage sind, eigene Regulations- und Verarbeitungsstrategien zur Stress- und Belastungsverarbeitung zu entwickeln und erfolgreich anzuwenden (Pauly 2004).

Wenngleich auch biomedizinische Risikofaktoren von Studierenden, wie eine zu geringe Alltagsaktivität (Dinger & Behrens 2006) und ein partiell schlechtes Ernährungsverhalten (Schweter et al., 2011) identifiziert werden, konturiert sich auf der Basis der vorliegenden Studien die psychosoziale Gesundheit als expliziter Kern einer auf Studierende ausgerichteten Konzeption zur Gesundheitsförderung. Die studentische Gesundheitsförderung in Hochschulen sollte dementsprechend auf die spezifische Lebenssituation von Studierenden Bezug nehmen und zu einer Ressourcen- und Kompetenzentwicklung beitragen, die es Studierenden ermöglicht, selbstbestimmte Handlungsstrategien zur Bewälti-

gung der spezifischen Entwicklungsaufgaben aufzubauen und den Leistungsdruck zu kompensieren (Middendorff et al., 2012). Wie von Schulz et al. (2009) und Büttner (2013) vorgeschlagen, sollten insbesondere Interventionen zur Gesundheitsförderung von Studierenden entwickelt werden, die sie dabei unterstützen, Stresssituationen erfolgreich zu bewältigen und soziale Unterstützungsprozesse zu generieren, auch im Sinne einer Modifizierung der eigenen Erwartungshaltung und der subjektiven Interpretation institutioneller Anforderungen.

Sport, Studium und Gesundheit

Sportliche Aktivitäten besitzen für Studierende in Deutschland eine hohe Relevanz. Je nach Studiendesign und methodischem Zugang werden gegenwärtig Aktivitätsquoten von rund 70 % ermittelt (Göring 2010; Preuß et al., 2015), wobei große Unterschiede zwischen einzelnen Standorten festzustellen sind (Fahlenbock et al., 2009). Studierende an Fachhochschulen treiben insgesamt weniger Sport als Studierende an Universitäten. Ebenso sind weibliche Studierende weniger aktiv als ihre männlichen Kommilitonen. Es zeigen sich zudem große Unterschiede in den Aktivitätsmustern spezifischer Fachkulturen (Göring & Rudolph 2015). Je nach Angebot und Größe der Hochschule nutzen zwischen 20 % und 70 % der eingeschriebenen Studierenden die Angebote von Hochschulsporteinrichtungen (Fahlenbock et al., 2010) Rund 20 % der Studierenden sind als Mitglieder in Sportvereinen aktiv und knapp 10 % sind Mitglieder kommerzieller Einrichtungen. Die meisten Studierenden (rund 50 %) sind allerdings informell aktiv: Sie joggen, fahren Fahrrad oder schwimmen ohne jegliche organisatorische Anbindung (ebd.). Bezüglich der betriebenen Sportarten dominieren vor allem fitnessorientierte Aktivitäten, wie das Training an Geräten, die Teilnahme an Fitness- und Gesundheitskursen sowie ein nicht auf Wettkämpfe ausgerichtete Joggen, Radfahren und Schwimmen. Rund 15 % der sportlich aktiven Studierenden sind in Mannschaftssportarten aktiv, 5 % betreiben Kampfsportarten oder nehmen an Tanzgruppen teil. Nur 20 % Prozent der aktiven Studierenden nehmen an offiziellen Wettkämpfen teil (Möllenbeck 2011). Als dominante Motivstrukturen von Studierenden können allgemeine Fitnessmotive (körperliche Leistungsfähigkeit, Körperformung), gesundheitliche Beweggründe aber vor allem die Suche nach einem physischen Stressregulator als Ausgleich zum belastenden Studienalltag identifiziert werden (ebd.).

Es ist insofern gut nachvollziehbar, dass sportliche Angebote bei Studierenden in einem engen assoziativen Verhältnis zur individuellen Gesunderhaltung der Studierenden stehen (Wollesen 2015). So messen Studierende dem eigenen Sporttreiben einen durchgängig hohen Wert für die individuelle Ge-

sundheitserhaltung und die subjektive Leistungsfähigkeit im Studium bei (Guedes & Wollesen 2015). Bei gesundheitsspezifischen Bedarfsabfragen wird der Ausbau sportlicher Interventionen und die Entwicklung passgenauer Sportangebote von Studierenden mit der höchsten Priorität versehen (Meier et al., 2007). Betrachtet man den Forschungsstand zu den gesundheitlichen Effekten sportlicher Aktivität, so kann die hohe Bedeutungszuweisung sportlicher Aktivitäten für die Gesundheitsförderung auch empirisch belegt werden. Es ist allgemein anerkannt, dass regelmäßige sportliche Aktivität das individuelle kardiologische Erkrankungsrisiko reduziert, die Wahrscheinlichkeit einer Stoffwechselerkrankung verringert, die Lebenserwartung erhöht und einen positiven Einfluss auf die Erhaltung des Muskel-Skelett-Apparats zeigt (im Überblick Oja et al., 2015). Verschiedene Studien zeigen, dass sich derartige Effekte bereits in jungen Jahren, z. B. in der Spätadoleszenz nachweisen lassen (Babic et al., 2014).

In Bezug auf die Gesundheitsförderung von Studierenden sind derartige positive Einflüsse auf die Gesundheit zwar von grundsätzlicher Bedeutung, für einen spezifischen Ansatz zur studentischen Gesundheitsförderung sind diese allerdings zu vernachlässigen. Denn für eine lebensweltliche Ausrichtung der Gesundheitsförderung von Studierenden ist – legt man die vorgestellten Ausführungen konzeptionell zu Grunde – vor allem der Einfluss sportlicher Aktivitäten auf die psychosoziale Gesundheit relevant. Auch zu dieser Fragestellung liegen mittlerweile zahlreiche grundlegende Studien vor, die einen signifikanten Effekt sportlicher Aktivitäten auf die allgemeine mentale und soziale Gesundheit beschreiben (im Überblick Schulz et al., 2012).

Verdichtet man die Fragestellungen nach den Effekten sportlicher Aktivität auf die psychosoziale Gesundheit explizit von Studierenden, so ergibt sich folgendes Bild: Studierende, die regelmäßig Sport treiben fühlen sich stärker sozial unterstützt und verfügen über ein breiteres soziales Netzwerk als nicht aktive Studierende (Göring & Möllenbeck 2010, Reeve et al., 2013). Randomisierte Längsschnittstudien zeigen, dass regelmäßig ausgeübter Sport die studienspezifische Ängstlichkeit reduziert und zu einer Verbesserung des Selbstkonzeptes beiträgt (Asci 2003; Boyle & LaRose 2009). Gleichzeitig zeigen sportlich aktive Studierende weniger depressive Symptome als Nicht-Sportler und weisen eine höhere emotionale Stabilität auf (Brown & Blanton 2002; Harbour et al., 2008). Sie sind insgesamt zufriedener mit ihrer Lebenssituation und der spezifischen Studiensituation (Möllenbeck 2013). Sportlich aktive Studierende weisen darüber hinaus ein überdurchschnittlich hohes Zugehörigkeitsgefühl zu ihrer Hochschule auf (Civitci 2015). Erste Vergleichsstudien zeigen, dass sportlich aktive Studierenden eine im Vergleich zu sportlich inaktiven Studierenden geringere Studienabbruchneigung aufweisen (Baker 2007) und insgesamt bessere Studienabschlüsse erreichen (Keating et al., 2013; Fredricks et al., 2006). In

Bezug auf das Stresserleben berichten sportlich aktive Studierende über eine geringere Stresswahrnehmung und eine diesbezüglich geringere allgemeine Belastungswahrnehmung (Vankim et al., 2013). Dabei ist eine geschlechtsspezifische Differenz zu konstatieren: Frauen zeigen bei einem insgesamt höheren Stresslevel geringere stressreduzierende Effekte durch sportliche Aktivität als ihre männlichen Kollegen. Zum Zusammenhang von sportlicher Aktivität und einem gesundheitsförderlichen Verhalten in anderen Lebensbereichen sind die vorliegenden Ergebnisse noch ambivalent: Zwar zeigen sportlich aktive Studierende höhere Gesundheitskompetenzwerte (Göring & Rudolph 2015) und ein gesünderes Ernährungsverhalten (Racette et al., 2005). Gleichzeitig legen andere Studien einen negativen Einfluss der sportlichen Aktivität insbesondere auf den Alkoholkonsum von Studierende nahe (Ward & Gryczynski 2007). Göring et al. (2017) konnten diesen Zusammenhang auch für eine deutsche Stichprobe replizieren.

Im Allgemeinen ist mit Verweis auf die derzeitige Studienlage von einer überaus positiven Wirkung sportlicher Aktivitäten auf die physische, psychische und soziale Gesundheit von Studierenden im Setting der Hochschule auszugehen (im Überblick Keating et al., 2010). Allerdings berichten die wenigen vorliegenden Studien, die einen differenzierten Blick auf die spezifische Aktivitätsformen richten (z. B. hinsichtlich der ausgeübten Sportart, des Umfangs, der Intensität und der Organisationsform), dass diese Effekte nicht grundsätzlicher Natur sind. So zeigen diverse Forschungsberichte relevante Effekte erst ab einer regelmäßigen, mindestens 60 Minuten pro Woche umfänglichen Sportaktivität mit mindestens moderater Intensität (Plotnikoff et al., 2015). Auffällig sind auch die Wirkungsunterschiede der verschiedenen Sportarten: Während hinsichtlich des Stresserlebens alle untersuchten Sportaktivitäten signifikante Effekte aufweisen, zeigen sich in Bezug auf soziale Gesundheitsdimensionen wie die Zahl der relevanten Beziehungen im Studium oder die wahrgenommene soziale Unterstützung insbesondere für Mannschafts- und Kampfsportarten positive Wirkungszusammenhänge (Möllenbeck 2011). Wenngleich die Forschungsaktivitäten zu dieser Fragestellung noch nicht ausreichend sind, entsteht zusammenfassend doch folgendes Bild: Sportaktivitäten, die in Gruppen durchgeführt werden und für die soziale Interaktionen grundlegend sind, scheinen solchen Sportarten hinsichtlich der psychosozialen Gesundheitseffekte überlegen zu sein, die keine derartigen Grundmuster aufweisen (VanKim & Nelson 2013). Eine institutionelle Anbindung scheint dabei den sozialen Gesundheitseffekt noch zu verstärken. So weisen Teilnehmende an Hochschulsportangeboten und Sportvereinsmitglieder eine höhere soziale Unterstützung als sportliche aktive Studierende in anderen, kommerziellen Organisationen und nicht sportlich aktive Studierende auf. In Bezug auf die Einflüsse der Studienbedingungen auf das Sportverhalten konnte gezeigt werden, dass vor allem die zeitlich variie-

renden Studienanforderungen einen massiven Einfluss auf die Ausübung sportlicher Aktivitäten besitzen (Möllenbeck 2011). Die Prüfungsvorbereitung und andere zeitlich anspruchsvolle Studienanforderungen geraten demzufolge bei vielen Studierenden in einen Priorisierungskonflikt, der zu einer Reduktion oder sogar dem Abbruch der sportlichen Aktivität in Prüfungsphasen und damit zu einer erhöhten Stresssensitivität führt. Unklar bleibt derzeit noch welche Veränderungen das Sporttreiben von Studierenden am Übergang von der Schule in die Hochschule erfährt. Möllenbeck (2011) geht auf Grund einer empirischen Befragung an der Universität Göttingen von einer quantitativen Steigerung der sportlichen Aktivität mit Eintritt des Studiums aus. Amerikanische Studien gehen dagegen von einer deutlichen Reduktion der studentischen Sportaktivitäten aus (Bray & Born 2010).

Studentische Gesundheitsförderung im und durch Hochschulsport – Chancen und Herausforderungen

Den Forschungsstand resümierend kann die Bedeutung sportlicher Aktivitäten für die studentische Gesundheitsförderung als durchaus groß eingeschätzt werden. Denn das Sporttreiben ist für Studierende nicht nur eine beliebte Freizeitaktivität, sondern auch im Hinblick auf das subjektive Gesundheitsverhalten ein bedeutsames Handlungsfeld. Mit Blick auf die gesundheitlichen Effekte, die sportliche Aktivitäten bei Studierenden hervorbringen, kann Sport insgesamt als eine effektive gesundheitsfördernde Interventionsform für Studierende bezeichnet werden.

Die daraus entstehenden Chancen für den Hochschulsport als Organisationsstruktur der Hochschulen sind groß. Denn in keinem anderen Handlungsfeld der studentischen Gesundheitsförderung lassen sich Studierende derart effektiv mobilisieren und gleichzeitig relevante gesundheitliche Wirkungen erreichen wie im Bereich des Sports. Gleichzeitig offeriert der Sport ein grundsätzlich breites Handlungsspektrum, welches unterschiedliche Bewegungsmöglichkeiten und eine Diversität an Motiven und Präferenzen zulässt und bedient. Der Hochschulsport erscheint also als eine geradezu ideale Organisation, um die studentische Gesundheitsförderung für eine große Vielzahl an Studierenden zugänglich zu machen.

Allerdings sind die gesundheitsfördernden Potenziale des Hochschulsports nicht voraussetzungslos. Zum einen muss es den Hochschulsporteinrichtungen gelingen, Angebote zu konzipieren, die eine regelmäßige und dauerhafte Sportaktivität generiert und die auch in Lern- und Prüfungsphasen nachgefragt wird. Dies wird nur dann gelingen, wenn sportliche Interventionen zur stu-

dentischen Gesundheitsförderung die dominanten Motivationsstrukturen der Studierenden abbilden und vor allem flexible, an die Zeitanforderungen der Studierenden angepasste, Sportangebote hervorbringen. Der Hochschulsport muss also, wenn er die studentische Gesundheitsförderung als Handlungsfeld erschließen will, lebensweltlich passungsfähig sein. Dass sich in diesem Zusammenhang vor allem fitness- und gesundheitssportliche Aktivitäten wie das Training an Geräten, allgemeine Fitnesskurse oder Angebote wie Yoga, Pilates oder auch Functional Training als Angebote zur studentischen Gesundheitsförderung durchgesetzt haben, ist insofern nachvollziehbar. Diese Aktivitäten treffen nicht nur auf ein hohes Interesse bei den Studierenden, sondern berücksichtigen gleichzeitig die qualitativen Anforderungen an ein physiologisch effektives Training, wie es u. a. in den Gesundheitswissenschaften gefordert wird. Fitness- und Gesundheitssportangebote des Hochschulsports ermöglichen zudem, die institutionellen Zeitanforderungen im Sinne unterschiedlicher Lern- und Semesterphasen zu berücksichtigen und eine zeitunabhängige Nachfrage zu ermöglichen. Da diese Aktivitäten in der Regel keine sozialen Abhängigkeiten wie beispielsweise der Mannschaftssport hervorbringen, ist eine hoch flexible Nachfrage ohne soziale Verpflichtung zu jeder Zeit möglich. Die vorliegenden qualitativen Studien zur Zeitpriorisierung von Studierenden (Bloch 2009; König 2013) lassen dabei die Annahme plausibel erscheinen, dass eine flexible Inanspruchnahme studentischer Sportangeboten zukünftig zu einem noch wichtigerem Merkmal erfolgreicher Hochschulsportprogramme avancieren wird.

Gewiss kann eine solche Ausrichtung der studentischen Gesundheitsförderung im Hochschulsport quantitativ erfolgreich und qualitativ effektiv sein. Denn durch entsprechende Angebote lassen sich nicht nur viele Studierende erreichen und mobilisieren, sie dienen vielen Studierenden gleichzeitig als ein wichtiges Regulativ zum stressvollen und bewegungsarmen Studienalltag. In der Funktion einer studienspezifischen Regenerationsquelle ermöglichen derartige Sportangebote das subjektive Belastungsempfindungen zu kanalisieren und die kognitive Anspannung zu regulieren. Ohne Zweifel leisten derartige Angebote einen spezifischen Beitrag zur Gesundheit und zum Wohlbefinden von Studierenden. Ein solcher Ansatz zur Gesundheitsförderung ist allerdings aus mehreren Gründen nicht unproblematisch, rückt damit doch eine normative Gesundheitsvorstellung in den Fokus, die den schlanken, athletischen Körper als Ideal eines gesunden Lebensstils propagiert und die Selbstmodellierung zum Leitbild einer jugendlichen Gesundheitsförderung erhebt (Suter 2017). Obgleich diesbezüglich nur wenige Studien vorliegen, liegt die Vermutung nahe, dass eine derart verstandene Körperarbeit zu einer normativen Grundhaltung avanciert, die stigmatisierende und ausgrenzende Wirkung auf Studierende haben kann, die von diesem dominanten Gesundheitsideal abweichen. Die hohe Zahl an

Sportsuchtgefährdeten an Hochschulen (Göring et al., 2015) und der enge Zusammenhang des Sportverhaltens zu orthorektischen Ernährungsweisen bei Studierenden (Rudolph et al., 2017) können als Indizien einer solchen Entwicklung gedeutet werden. Es kommt hinzu, dass eine, die studentischen Bedarfe und Anforderungen berücksichtigende, Konzeption von Gesundheitsförderung als Teil einer auf Ökonomisierung der Lebensbedingungen und Selbstoptimierung ausgerichteten Verhaltensstrategie interpretiert werden kann. Werden sportliche Aktivitäten unter der Prämisse der Gesundheitsförderung ausschließlich mit dem Ziel eines körperlichen Ausgleichs und eines Stressregulativs genutzt, dann wird damit vor allem Vorstellungen entsprochen, die das Studium unter Bedingungen der Effektivität und der Effizienz betrachten.

Auf die Theorieangebote der Jugend- und Bildungssoziologie rekurrierend, wird ein solcher Ansatz zur Gesundheitsförderung von Studierenden aber auf die Dauer unvollständig bleiben, weil die grundsätzliche psychosoziale Belastungssituation des Studiums als Transition und Moratorium unberücksichtigt bleibt. Wenn der Hochschulsport auch im Hinblick auf eine gelingende psychosoziale Entwicklung von Studierenden erfolgreich sein will, dann müssen vor allem solche Aktivitäten geschaffen werden, die vielfältige Gestaltungsspielräume offerieren und die eine Identitäts- und Persönlichkeitsentwicklung von Studierenden unterstützen. Dies gelingt vermutlich am Ehesten durch einen auf die individuelle Kompetenzentwicklung ausgerichteten Aneignungsprozess, wie er sich zum Beispiel im Lernprozess traditioneller Sportarten findet und der zu Selbstwirksamkeitserfahrungen und zu einer Stabilisierung des Selbstwertes führt. Aus dieser Perspektive müsste der Hochschulsport zudem eine über die Spannungsregulation und den Stressabbau hinausgehende Hochschulsportpraxis forcieren, die Interaktionsanlässe und Gelegenheitsstrukturen beinhaltet und soziale Unterstützungsprozesse generiert. Nur wenn es dem Hochschulsport gelingt, auch diese substantiellen psychosozialen Gesundheitseffekte zu fördern, wird er einen nachhaltigen Beitrag zur studentischen Gesundheitsförderung erbringen.

Um eine zeitgemäße und lebensweltlich ausgerichtete Gesundheitsförderung im und durch Hochschulsport zu etablieren, wird es demnach notwendig sein, ein eigenes, hochschulspezifisches Modell des Gesundheitssports zu entwickeln, welches vor allem die lebensweltliche Spezifik des Studiums berücksichtigt. An die Qualitäten des Gesundheitssports angelehnt, muss ein solches Modell die Motivstrukturen des studentischen Sports mit ihrer Priorisierung auf Stressabbau, körperlichen Ausgleich und Körperformung mit traditionellen Strukturmerkmalen des Sports verbinden und damit Interaktionsanlässe, soziale Identitäts- und Unterstützungsprozesse sowie Selbstwirksamkeitserfahrungen ermöglichen. Im Hinblick auf die studentischen Leistungs- und Zeitanforderungen wird eine solche Modellentwicklung kein leichtes Unterfangen sein.

Dies gilt auch für die spezifische Forschung zum und über den Hochschulsport. Eine systematische, auf das studentische Sporttreiben und die damit verbundenen Wirkungen fokussierte Sportwissenschaft ist derzeit nicht erkennbar. Dies ist insofern bedauerlich, als dass das studentische Sporttreiben insbesondere mit dem Fokus auf gesundheitsfördernde Potenziale eine Vielzahl an Fragestellungen und Forschungsproblemen hervorbringt. Eine differenzierte und systematische Hochschulsportforschung, wie sie insbesondere in den USA bereits existiert, könnte einen substantiellen Beitrag zu einer Weiterentwicklung des Hochschulsports und der Gesundheitsförderung in Deutschland leisten und damit auch die settingbezogene Gesundheitsforschung in Deutschland um einen wesentlichen Baustein erweitern.

Literatur

- Adlaf, E.M., Gliksman, L., Demers, A., & Newton-Taylor, B. (2001). The prevalence of elevated psychological distress among Canadian undergraduates: Findings from the 1998 Canadian Campus Survey. *Journal of American College Health*, 2, S. 67–72.
- Allgöwer, A. (2000). *Gesundheitsförderung an der Universität: Zur gesundheitlichen Lage von Studierenden*. Opladen: Leske + Budrich.
- Asci, F.H. (2003). The effects of physical fitness training on trait anxiety and physical self-concept of female university students. *Journal of Psychology of Sport and Exercise*, 3, S. 255–264.
- Babic, M. J., Morgan, P. J., Plotnikoff, R. C., Lonsdale, C., White, R. L., & Lubans, D. R. (2014). Physical activity and physical self-concept in youth: Systematic review and meta-analysis. *Sports medicine* (Auckland, N.Z.), 11, S. 1589–1601.
- Bachmann, N., Berta, D., Egli, P., & Hornung, P. (1999). *Macht Studieren krank? Die Bedeutung von Belastung und Ressourcen für die Gesundheit der Studierenden*. Bern: Huber.
- Bonse-Rohmann, M., Heidenreich, T., Kaba-Schönstein, L., & Mezger, T. (2014). Gesundheitliche Situation und Gesundheitsverhalten von Studierenden. Aktuelle Befunde der Hochschule Esslingen. *Zeitschrift für Prävention und Gesundheitsförderung*, 4, S. 281–286.
- Bray, S.R., & Born, H.A. (2004). Transition to University and Vigorous Physical Activity: Implications for Health and Psychological Well-Being. *Journal of American College Health*, 4, S. 45–52.
- Briedis, K., & Minks, K.-H. (2004). *Zwischen Hochschule und Arbeitsmarkt. Eine Befragung der Hochschulabsolventinnen und Hochschulabsolventen des Prüfungsjahres 2001. HIS Hochschulplanung Nr. 169*. Hannover.
- Brown, D.R., & Blanton, C.J. (2002). Physical activity, sports participation and suicidal behaviour among college students. *Medicine and science in sports and exercise*, 7, S. 1087–1096.
- Brunner, S., & Bachmann, N. (1999). Psychische und physische Gesundheit im Verlauf des Studiums, In: Bachmann, N., Berta, D., Egli, P. & Hornung, P. (Hrsg.), *Macht Studieren*

- krank? Die Bedeutung von Belastung und Ressourcen für die Gesundheit der Studierenden.* Bern: Huber, S. 77–92.
- Büttner, T.R., & Dlugosch, G.E. (2013). Stress im Studium. Die Rolle der Selbstwirksamkeitserwartung und der Achtsamkeit im Stresserleben von Studierenden. *Zeitschrift für Prävention und Gesundheitsförderung*, 2, S. 106–111.
- Civitci, A. (2015). Perceived Stress and Life Satisfaction in College Students- Belonging and Extracurricular Participation. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 205, S. 271–281.
- Dinger, M., & Behrens, T. (2006). Accelerometer-determined physical activity of free-living college students. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 11, S. 774–779.
- Dreher, E., & Dreher, M. (1985). Entwicklungsaufgaben im Jugendalter: Bedeutsamkeit und Bewältigungskonzepte. In: Liepmann, D. & Sticksrud, A. (Hrsg.), *Entwicklungsaufgaben und Bewältigungsprobleme in der Adoleszenz*. Göttingen: Hogrefe, S. 56–70.
- Fahlenbock, M., Hense, T., Hübner, H. & Wulf, O. (2010). *Hochschulsport Umfrage NRW 2009*. Münster: Lit Verlag.
- Felden, H.v., & Schiener, J. (Hrsg.), (2010). *Transitionen – Übergänge vom Studium in den Beruf: Zur Verbindung von qualitativer und quantitativer Forschung*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Filipp, S. H. (Hrsg.), (1981). *Kritische Lebensereignisse*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Fredricks, J.A., & Eccles, J. (2006). Is extracurricular participation associated with beneficial outcomes? concurrent and longitudinal relations. *Developmental Psychology*, 4, S. 698–713.
- Gerdes, M. (2015): Strukturen der betrieblichen Gesundheitsförderung an Hochschulen. In: Göring, A., & Möllenbeck, D. (Hrsg.), *Bewegungsorientierte Gesundheitsförderung an Hochschulen*. Göttingen: Universitätsverlag Göttingen, S. 195–208.
- Göring, A. (2010). Hochschulsport in Deutschland: Ergebnisse der HIS-Studie. In: *Hochschulsport*, 2 (2010), S. 10–13.
- Göring, A., & Möllenbeck, D. (2010). Gesundheitspotenziale des Hochschulsports – Sporttreiben als soziale Unterstützung und zur Belastungsbewältigung im Studienalltag. *Zeitschrift für Prävention und Gesundheitsförderung*, 3, S. 238–242.
- Göring, A., & Rudolph, S. (2015). Die Gesundheitskompetenz von Studierenden in Abhängigkeit von sportlicher Aktivität. In: Göring, A. & Möllenbeck, D. (Hrsg.), *Bewegungsorientierte Gesundheitsförderung an Hochschulen*. Göttingen: Universitätsdrucke, S. 147–166.
- Göring, A., Jetzke, M., & Rudolph, S. (2017). Sportliche Aktivität und Alkoholmissbrauch bei Studierenden. *Sucht*, 1, S. 33–41.
- Grobe, T., & Dörning, H. (2011). *Gesundheitsreport 2011. Gesundheitliche Veränderungen bei jungen Erwerbspersonen und Studierenden*. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- Guedes, N.P., & Wollesen, B. (2015). Gesundheitliche Belastungen, Gesundheitskonzepte und Umsetzungshindernisse in der Gesundheitsförderung von Studierenden. In: Göring, A., & Möllenbeck, D. (Hrsg.), *Bewegungsorientierte Gesundheitsförderung an Hochschulen*. Göttingen: Universitätsverlag Göttingen, S. 101–114.
- Harbour, V.J., Behrens, T.K., Kim, H.S., & Kitchens, C.L. (2008). Vigorous physical activity and depressive symptoms in college students. *Journal of Physical Activity and Health*, 4, S. 516–526.

- Havighurst, Robert J. (1972). *Developmental tasks and education*. New York / London: Juventus.
- Hefner, J., & Eisenberg, D. (2009). Social support and mental health among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 4, S. 491–499.
- Herbst, U., Voeth, M., Eidhoff, A. T., Müller, M., & Stief, S. (2016). *Studierendenstress in Deutschland – eine empirische Untersuchung*. Berlin: AOK-Bundesverband.
- Heublein, U., Hutzsch, C., Schreiber, J., Sommer, D., & Besuch, G. (2010). *Ursachen des Studienabbruchs in Bachelor- und in herkömmlichen Studiengängen*. Hannover: HIS: Forum Hochschule.
- Holm-Hadulla, R. (Hrsg.). (2001). *Psychische Schwierigkeiten von Studierenden*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hurrelmann, Klaus. (2004). *Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung*. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Jerusalem, M., Klein-Heßling, J., & Mittag, W. (2003). Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften / Journal of public health*, 3, S. 247–262.
- Keating, X., Castelli, D., & Ayers, S. (2013). Association of weekly strength exercise frequency and academic performance among students at a large university in the United States. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 3, S. 1988–1993.
- Kläber, M. (2016). Das Präventionsgesetz und dessen Möglichkeiten für den (Hochschul)Sport. *Hochschulsport*, 1, S. 12–14.
- König, K. (2013). *Zeithandeln von Bachelorstudierenden im Kontext von organisationalen Anforderungen*. Dissertation an der Universität Hildesheim.
- Krämer, A., Stock, C., & Allgöwer, A. (1997). Gesundheitsförderung an der Universität: Bewegung und sportliche Aktivität bei Studierenden. In: Schulke, H. J., Troschke, J. v., & Hoffmann, A. (Hrsg.), *Gesundheitssport und Public Health*. Freiburg: Schriftenreihe der Deutschen Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften 7, S. 96–109.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2001). Spätadoleszenz – Ein biographischer Kristallisationspunkt? Versuch einer pluralistischen, modellzentrierten Annäherung an spätadoleszente Entwicklungsprozesse. In: Holm-Hadulla, R. (Hrsg.), *Psychische Schwierigkeiten von Studierenden*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, S. 14–40.
- Meier, S., Milz, S., & Krämer, A. (2007). *Gesundheitssurvey für Studierende in NRW*. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- Merkens, H. (1996). *Jugend in einer pädagogischen Perspektive*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Middendorf, E., Poskowsky, J., & Isserstedt, W. (2012). *Formen der Stresskompensation und Leistungssteigerung bei Studierenden. HISBUS-Befragung zur Verbreitung und zu Mustern von Hirndoping und Medikamentenmissbrauch*. HIS: Hannover.
- Möllenbeck, D. (2011). *Gesundheitsförderung im Setting Universität: Verbreitung und Effekte sportlicher Aktivität bei Studierenden – eine salutogenetische Untersuchung. Reihe Junge Sportwissenschaft, 14*. Hofmann-Verlag: Schorndorf.
- Möllenbeck, D. (2015). Gesundheitliche Ressourcen und Belastungen von Studierenden. In: Göring, A. & Möllenbeck, D. (Hrsg.), *Bewegungsorientierte Gesundheitsförderung an Hochschulen*. Göttingen: Universitätsverlag Göttingen, S. 167–182.
- Müller-Bülow, M. (2005). Die Studentischen Lebenswelten in Zeiten des Bologna-Prozesses. In: F. Gützkow & G. Quaisser (Hrsg.), *Jahrbuch Hochschule gestalten 2005*.

- Denkanstöße zum Bologna-Prozess. Hochschulwesen – Wissenschaft und Praxis.* Bielefeld: Universitätsverlag Webler, S. 153–164.
- Oerter, R., & Dreher, E. (2002). Jugendalter. In: Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Beltz, S.265–295.
- Oja, P., Titze, S., Kokko, S., Kujala, U.M., Heinonen, A., Kelly, P., Koski, P., & Foster, C. (2015). Health benefits of different sport disciplines for adults: systematic review of observational and intervention studies with meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 7, S. 434–440.
- Pauly, A. (2004). *Lustig ist das Studentenleben – Suchtverhalten im Studium*. Dissertation, Universität zu Köln.
- Preuß, M., Preuß, P., Kuhlmann, K. J., Ponert, M., Mehliß, K., Beauducel, A., Rudinger, G., & Predel, H-G. (2015). Bewegungsorientierte Gesundheitsförderung an Hochschulen. In: Göring, A., & Möllenbeck, D. (Hrsg.), *Bewegungsorientierte Gesundheitsförderung an Hochschulen*. Göttingen: Universitätsverlag Göttingen, S. 37–64.
- Racette, S.B., Deusinger, S., Strube, M., Highstein, G.R., & Deusinger, R.H. (2005). Weight changes, exercise, and dietary patterns during freshman and sophomore years of college. *Journal of American College Health*, 52, S. 244–251.
- Reeve, K.L., Shumaker, C.J., Yearwood, E.L., Crowell, N.A., & Riley, J.B. (2013): Perceived stress and social support in undergraduate nursing students' educational experiences. *Nurse Education Today*, 4, S. 419–424.
- Reinders, H., & Wild, E. (2003). Adoleszenz als Transition und Moratorium. Plädoyer für eine Integration gegenwarts- und zukunftsorientierter Konzeptionen von Jugend. In: Reinders, H & Wild, E. (Hrsg.), *Jugendzeit – Time Out? Zur Ausgestaltung des Jugendalters als Moratorium*. Opladen: Leske + Budrich, S. 15–36.
- Reinders, H. & Butz, P. (2001). Entwicklungswege Jugendlicher zwischen Transition und Moratorium. *Zeitschrift für Pädagogik*, 6, S. 913–928.
- Reinders, H. (2006). *Jugendtypen zwischen Bildung und Freizeit. Theoretische Präzisierung und empirische Prüfung einer differenziellen Theorie der Adoleszenz*. Münster: Waxmann Verlag.
- Rudolph, S., Göring, A., & Pitschel, K. (2015). Kann Sport süchtig machen? Das Gefährdungspotential von Gesundheits- und Fitnesssport auf die Entwicklung einer Sportsucht bei Studierenden. In: Göring, A., & Möllenbeck, D. (Hrsg.): *Bewegungsorientierte Gesundheitsförderung an Hochschulen*. Göttingen: Universitätsverlag, S. 183–195.
- Rudolph, S., Göring, A., Jetzke, M., Großarth, D., & Rudolph, H. (2017). Zur Prävalenz von orthorektischem Ernährungsverhalten bei sportlich aktiven Studierenden. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 1, 10–13.
- Schulz, H., Vögele, C., & Meyer, B. (2009). Optimism, self-efficacy, and perceived stress as predictors of self-reported health symptoms in college students. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 17, S. 185–194.
- Schulz, K.-H., Meyer, A., & Langguth, N. (2012). Körperliche Aktivität und psychische Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 1, S. 55–65.
- Schütz, A., & Luckmann, T. (1979). *Strukturen der Lebenswelt Band 1*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

- Schweter, A., Heimgärtner, C., Jäger, J., Schleicher, K., Witetschek, S., & Lührmann, P. (2011). Ernährungsverhalten und körperliche Aktivität von Schwäbisch Gmünder Studentinnen. *Zeitschrift für Prävention und Gesundheitsförderung*, 4, S. 270–276.
- Stewart-Brown, S., Evans, J., Patterson, J., Petersen, S., Doll, H., Balding, J., & Regis, D. (2000). Health of students in institutes of higher education: An important and neglected public health problem? *Journal of Public Health Medicine*, 22, S. 492–499.
- Stock, C., & Krämer, A. (2000). Psychosoziale Belastung und psychosomatische Beschwerden von Studierenden: Ergebnisse einer Längsschnittstudie. In: Sonntag, U., Gräser S., Stock C., Krämer A. (Hrsg.), *Gesundheitsfördernde Hochschulen*. Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 127–138.
- Suter, S. (2017). *Im Namen der Gesundheit*. Bielefeld: Transcript.
- Thees, S., Gobel, J., Jose, G., Bohrhardt, R., & Esch T. (2012). Die Gesundheit von Studierenden im Bologna-Prozess. *Zeitschrift für Prävention und Gesundheitsförderung*; 7, S. 196–202.
- Vankim, N.A., & Nelson, T.F. (2013). Vigorous physical activity, mental health, perceived stress, and socializing among college students. *American Journal of Health Promotion*, 1, S. 7–15.
- Ward, B. W., & Gryczynski, J. (2007). Alcohol use and participation in organized recreational sports among university undergraduates. *Journal of American College Health*, 56, S. 273–280.
- Welzer, H. (1993). *Transitionen. Zur Sozialpsychologie biographischer Wandlungsprozesse*. Tübingen: Beltz.
- Wendt, D. (1997). *Entwicklungspsychologie: Eine Einführung*. München: Kohlhammer.
- Wollesen, B., Rahlfs, A.L., Gansser, S., & Guedes, N.P. (2015). Alltagsbelastungen und Wünsche zur Gesundheitsförderung von Studierenden. In: Göring, A., & Möllenbeck, D. (Hrsg.), *Bewegungsorientierte Gesundheitsförderung an Hochschulen*. Göttingen: Universitätsverlag Göttingen, S. 21–35.
- Zinnecker, J. (1991). Jugend als Bildungsmoratorium. Zur Theorie des Wandels der Jugendphase in west- und osteuropäischen Gesellschaften. In: Melzer, W., Heitmeyer, W., Liegle, L., & Zinnecker, J. (Hrsg.), *Osteuropäische Jugend im Wandel*. Weinheim: Juventa, S. 9–25.
- Zinnecker, J., & Molnar, P. (1988). Lebensphase Jugend im historisch-interkulturellen Vergleich: Ungarn 1985 – Westdeutschland 1954 – Westdeutschland 1984. In Ferchhoff, W. & Olk, T. (Hrsg.), *Jugend im internationalen Vergleich*. Weinheim: Juventa, S. 181–209.
- Zinnecker, J. (2000). Selbstsozialisation. Essay über ein aktuelles Konzept. *ZSE : Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 3, S. 272–290.

Rund – um gesund: CampusPlus – Eine neue Sicht auf Gesundheit

CampusPlus wurde initiiert durch den Präsidenten und den Kanzler der Technischen Universität Kaiserslautern (TUK) und steht für ein neues integratives Konzept zur Gestaltung des Campus der TUK. Es hat zum Ziel, über Lehre, Forschung und das klassische Angebot einer Hochschulsporteinrichtung hinaus die studentische Lebenswelt auf dem Campus zu fördern und zu bereichern und damit auch die Attraktivität des Hochschulstandortes Kaiserslautern zu erhöhen. Im Zuge der Einrichtung und Umsetzung des Konzeptes wurde das Leitbild der Universität erweitert:

»Studierende sollen neben bester wissenschaftlicher Ausbildung und Qualifikation auch gesund aus der universitären Ausbildung auf den Arbeitsmarkt gebracht werden. Die TUK kümmert sich um den Studenten als Ganzes, nicht einzig um seine wissenschaftliche Qualifikation«.

Dieses Leitbild wurde in den fünf Campusausprägungen Sport, Gesundheit, Sozialraum, Familie und Kultur in einer Vielzahl von Maßnahmen operativ ausgestaltet. Als »Projekt Leben und Studieren« gestartet, ist CampusPlus inzwischen fest im Studienalltag der TUK verankert. In Zusammenarbeit mit der Techniker Krankenkasse wurde in einem mehrstufigen Forschungs- und Umsetzungsprojekt eine wissenschaftliche Grunderhebung des Gesundheitsstatus der Studierenden der TUK durchgeführt. Parallel dazu, aber auch aufbauend auf den in den Ergebnissen dieser Erhebung identifizierten gesundheitlichen Risikofaktoren wurden verschiedene Einzelvorhaben und Initiativen zur Förderung und nachhaltigen Sicherung der Gesundheit der Studierenden umgesetzt. In diesem Beitrag berichten wir über Einzelaspekte dieses Projektes sowie über die Entstehung und das Angebotsprofil von Campusplus.

Profil der TU Kaiserslautern

Unsere Universität wurde 1970 als Teil der Doppeluniversität Trier-Kaiserslautern gegründet. Sie war zunächst in den Räumen der ehemaligen pädagogischen Hochschule untergebracht, aber schon 1971 wurde mit dem Bau eines neuen Universitäts-Campus am Rande des Pfälzer Waldes begonnen. 1975 wurde die Doppeluniversität getrennt und seitdem ist die Universität Kaiserslautern eigenständig und die einzige Technische Hochschule in Rheinland-Pfalz. 2003 wurde der technisch-ingenieurwissenschaftlichen Orientierung der Universität Rechnung getragen und sie in Technische Universität Kaiserslautern umbenannt.



Abbildung 1: Perspektive auf die TUK

Im Laufe der Jahre hat sich die TUK mit aktuell zwölf Fachbereichen, 121 Studiengängen, 160 Professorinnen und Professoren, 14.500 Studierenden und 2190 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie einem jährlichen Drittmittelaufkommen von ca. 60 Millionen Euro eine hervorragende Reputation erarbeitet. Sie belegt in Hochschulrankings Spitzenplätze und genießt in Forschung und Lehre international hohes Ansehen. Sie bildet das Gravitationszentrum der Kaiserslauterer »Science Alliance«, einem Zusammenschluss der TUK, der Hochschule Kaiserslautern, Instituten der Max Plack- und Fraunhofer Gesellschaft, dem Deutschen Forschungszentrum für Künstliche Intelligenz (DFKI) und weiteren außeruniversitären Forschungsinstituten. Die TUK formt zusammen mit den Instituten der Science Alliance und einer Reihe von HighTech Firmen am Wissenschaftsstandort Kaiserslautern eines der größten IT-Cluster in Europa.

TECHNISCHE UNIVERSITÄT KAISERSLAUTERN

...auf einen Blick

(Stand: 31.12.15)

- 12** Fachbereiche
- 160** Professorinnen und Professoren
- 121** Studiengänge
- 14.500** Studierende
- 2.190** Mitarbeiter/Innen
- Drittmiteleinwerbung:** 58,5 Mio. €
- Gesamthaushalt:** 208,2 Mio. €

Abbildung 2: TUK im Profil

Positive Ausgangsfaktoren für CampusPlus

Im Vorfeld der Etablierung des Konzeptes CampusPlus gab es eine Reihe positiver Ausgangsfaktoren, die letztendlich zu unserer Entscheidung geführt haben, das Profil der TUK neben »Lehre« und »Forschung« um eine auch für den Außenraum deutlich sichtbare dritte Säule »Leben« zu erweitern.



Abbildung 3: TUK drei Säulen Modell

Die Frühprägung des Präsidenten in den USA

Während meiner Postdoc Zeit in den USA habe ich die hohe Wertigkeit des Hochschulsports für eine amerikanische Universität erkannt und schätzen gelernt. In meiner Host University, der Indiana University (IU), in Bloomington hat *Marc Spitz* für die Olympiade 1972 in München trainiert und Bilder mit seinen sieben gewonnenen Goldmedaillen waren in der Universität überall präsent. Einer der berühmtesten Spieler der US National Basketball Association, *Isiah Thomas*, war zu der Zeit Mitglied des IU Indiana Basketball Teams, *Bobby Knight* war der Trainer des Teams und wurde später Nationaltrainer. Diese herausragenden Sportlerpersönlichkeiten brachten der Indiana University eine unglaubliche Reputation ein und erhöhten die Sichtbarkeit und die Bedeutung der Universität in der Region und darüber hinaus. Aber die Vorzeigethleten bilden nur eine Seite der Medaille. Ihre Erfolge sind die Basis für die hohe Motivation der »normalen« Studierenden, sich selber in den vielfältigen Sportangeboten der Universität zu engagieren. Erfolgsorientierung und Ehrgeiz spielen dabei sicherlich eine große Rolle – die Vorbilder sind Anreiz und Herausforderung zugleich – aber genauso wichtig sind die positiven Effekte für die Gesundheit der Studierenden und die vielfältigen Impulse für das »soziale« Leben auf dem Campus außerhalb der Lehrveranstaltungen und Labore.

Als ich dann Präsident der TU Kaiserslautern wurde und nach Möglichkeiten Ausschau hielt, das Studium und die TUK insgesamt für die Studierenden und Mitarbeiter attraktiver zu gestalten, halfen mir meine Erfahrungen aus den USA. Exzellenz in Forschung und Lehre sollte dadurch ergänzt werden, dass Studierende und Mitarbeiter sich auf dem Campus der TUK wohlfühlen und es war mir klar, dass das Sportangebot dabei eine herausragende Rolle einnehmen muss. Sport auf dem Campus trägt zu einer ausgeglichenen Work-Life-Balance bei, es kann ein wichtiger Faktor in der Persönlichkeitsentwicklung der Studierenden sein und zur Ausprägung von psychischen und sozialen Kompetenzen beitragen, die auch für die Übernahme von Verantwortung in Führungspositionen im späteren Berufsleben einen großen Stellenwert haben. Besonders motivierend für die Etablierung von CampusPlus war aber auch die Sportbegeisterung in der Stadt Kaiserslautern und der Region.

Sportbegeisterung als Standortfaktor und eine hervorragende TUK Sportinfrastruktur

Getragen durch den Erfolg in der Bundesliga, aber mehr noch durch den überall zu spürenden Stolz auf die Erfolgsgeschichte des 1. FC Kaiserslautern (FCK) und seiner Spieler bilden die »Roten Teufel« auch heute noch den wohl größten Identifikationsfaktor für Stadt und Region. Das Weltmeisterschaftswunder von Bern im Jahre 1954 war wesentlich geprägt durch die fünf Spieler der deutschen Nationalmannschaft aus Kaiserslautern. Fritz Walter, Ottmar Walter, Horst Eckel, Werner Liebrich und Werner Kohlmeyer werden auch heute noch in Kaiserslautern als Idole verehrt.

Noch wichtiger für die Akzeptanz und die erfolgreiche Umsetzung von CampusPlus ist jedoch die hervorragende Sportinfrastruktur an der TUK. Ein integraler Bestandteil ist das Sportzentrum Pfalz, welches durch die räumliche Nähe zu Kaiserslauterns größten Sportvereinen der Turn- und Sportgemeinde (TSG) und dem Deutschen Alpen Verein (DAV), dem Heinrich-Heine-Gymnasium mit integrierter Eliteschule des Sports und des Fußballs, dem Sportbund Pfalz sowie den hochschuleigenen Sportstätten, die starke Sportorientierung des TUK Campus mit prägt.

Das Zentrum der Sportaktivitäten auf dem Campus bildet jedoch der *Hochschulsport der TUK*. Er ist mit 28 hauptamtlichen Mitarbeitern und über 380 studentischen Mitarbeitern, Übungsleitern und Trainern eine der größten Hochschulsporteinrichtungen in Deutschland. Mit über 90 Sportarten, einem eigenen Fitnessstudio, 24 Outdoor Exkursionen pro Jahr, diversen Wettkampfaktivitäten sowie einer Vielzahl unterschiedlicher Events bewegt der Hochschulsport in Spitzenzeiten ca. 11.000 Nutzer pro Woche, eine Zahl, die in Relation gesetzt zur Größe der TUK wohl durch keine andere Universität in Deutschland getoppt wird.

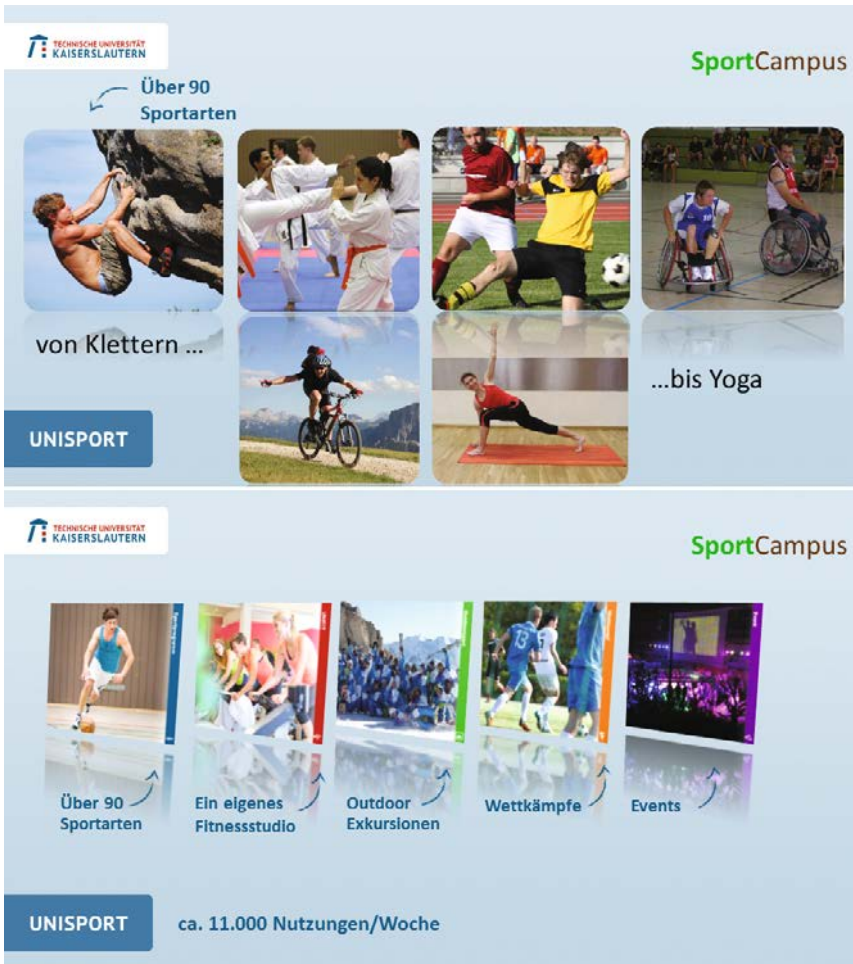


Abbildung 4 und 5: Sportangebote der TUK

Der Hochschulsport hat die Entwicklungen im Gesundheitsbereich der vergangenen Jahrzehnte aufgenommen und realisiert, dass ein rein monoperspektivischer Ansatz auf Gesundheit im Sinne der veralteten Definition als »Abwesenheit von Krankheit« auch im Setting Universität deutlich zu kurz greift.

Der österreichische Psychologe *Josef Wilhelm Egger*, der als Wegbereiter für eine ganzheitliche Denk- und Arbeitsweise in der wissenschaftlichen Medizin gilt hat in zahlreichen Publikationen aufbauend auf dem von Engel 1977 aufgestellten »biopsychosozialen Modell« (Engel, 1977) weiterentwickelt. »Das biopsychosoziale Modell gilt inzwischen als die bedeutendste Theorie für die

Beziehung zwischen Körper und Geist« (Egger, 2005). Adaptiert an diese Sichtweise hat der Hochschulsport in den vergangenen Jahren das Projekt »bio-psycho-soziale Gesundheit der Studierenden der TU Kaiserslautern« aufgesetzt und sein Angebotsprofil über das klassische Hochschulsportprogramm hinaus kontinuierlich in Richtung Gesundheit und Wohlbefinden der Studierenden auf dem Campus erweitert.

Komponenten und Beispiele in CampusPlus

Wie schon oben erwähnt hat die TUK ihr Profil über »Forschung« und »Lehre« hinaus durch eine dritte Säule »Leben« erweitert. CampusPlus ist das Konzept, mit dem diese dritte Säule in den letzten Jahren operativ ausgefüllt und das Leben auf dem Campus in verschiedenen Ausprägungen für Bedienstete und Studierende attraktiver gestaltet wurde.



Abbildung 6: Campusplusbereiche in der dritten Säule »Leben«

SportCampus

In 2015 wurde Campusletics gestartet. Dies bezeichnet einen an der TUK konzipierten Sportstättenhybrid aus urbanen Sporttrends, wie Slacklines, Calisthenics oder Freeletics, klassischen Elementen der »Trimm Dich Bewegung« sowie der Integration bestehender baulicher Infrastruktur wie Tribünen- oder Treppenelementen in sportliche Aktivitäten.

Integraler Bestandteil von Campusletics ist ein über drei Kilometer langer, für jeden frei zugänglicher Fitnessparcours der elf Fitnessstationen auf dem Campus und im angrenzenden Pfälzer Wald enthält und der von den Studierenden, aber auch von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sehr gut angenommen wird. Selbst der Präsident nutzt gelegentlich in seinen spärlichen Pausen dieses Angebot und wird dabei tatkräftig von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Hochschulsports unterstützt.

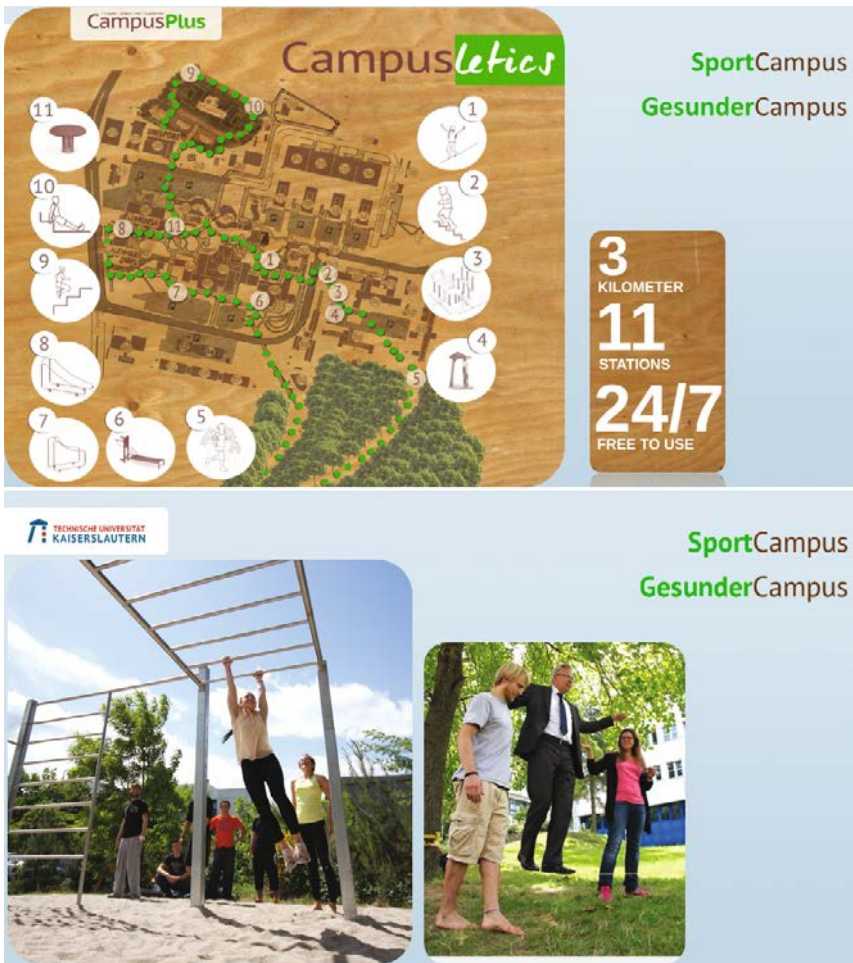


Abbildung 7 und 8: Campusletics auf dem Campus der TUK

KulturCampus

Der KulturCampus wird wesentlich mitgestaltet durch *CampusKultur*, einer zentralen Einrichtung der TUK, die sich der Kunst, Kultur und dem Zeitgeist widmet und in jedem Semester attraktive Veranstaltungsreihen rund um einen Themenfokus mit Ausstellungen, Lesungen, Exkursionen, Kursen und Vorträgen organisiert. Auch die fast 60 studentischen Hochschul- und Initiativgruppen, die durch Campuskultur koordiniert werden, wie z. B. die Initiative CampusTV, die Uni Big Band, die Theater-, Foto- und Labor-Arbeitsgemeinschaften, das Klassische Orchester, und der Moderne- und der Klassische Chor tragen wesentlich zur Gestaltung des KulturCampus bei.



Abbildung 9: Kulturcampus TUK

Kultur Campus, Gesunder Campus, Sozialer Campus

Darüber hinaus hat die TUK mit großen Veranstaltungen wie dem Sommerball der TUK mit über 800 Teilnehmern oder der Univillawanderung mit ca. 400 aktiven Sportlern, die eine Strecke von 28 km zwischen der Stadt Kaiserslautern und dem hochschuleigenen Tagungszentrum »Villa Denis« erwandern, ein Angebotsprofil entwickelt, das für Angehörige der Universität wie für Bürger aus Stadt und Region gleichermaßen attraktiv ist und das für die Integration der TUK in das Stadtleben und die Region einen besonderen Stellenwert besitzt.

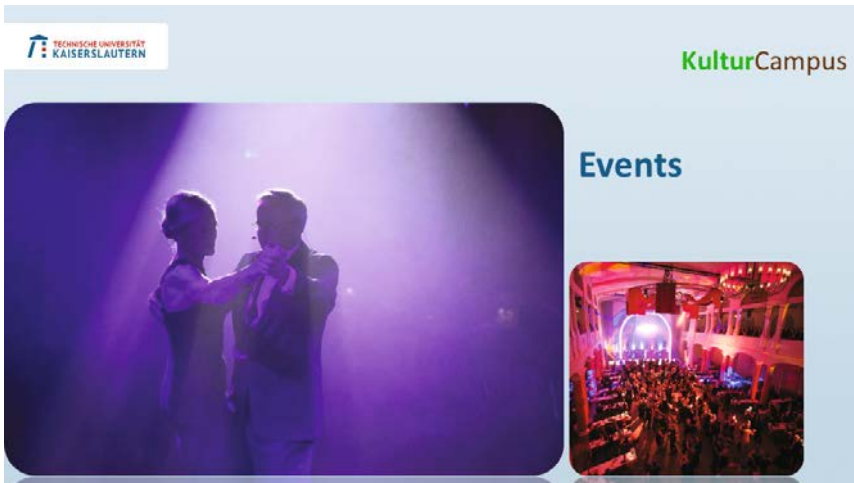


Abbildung 10: Kulturcampus im Bereich der Events



Abbildung 11: Die Univillawanderung

Im Sommersemester wird jeden Tag auf dem Gelände vor der Mensa ein Freizeit- und Chillbereich mit Hängematten, Sitzsäcken, und Musik zur Entspannung aufgebaut – auch unser Kanzler genießt dort gelegentlich die coole Atmosphäre.



Abbildung 12: Campuspause-Angebote wie Hängemattenpark, Headis oder MTB-Verleih

Hinzu kommt eine kürzlich eingerichtete mobile Espresso Station und ein von einem Biobauern wöchentlich mit Produkten aus der Region bestückter mobiler Bioladen. An einem Fahrradverleihstand ausgestattet mit 10 Mountainbikes können sich die Studierenden und Mitarbeiter kostenfrei Fahrräder ausleihen. 900 verliehene Fahrräder in 2015 dokumentieren die hohe Akzeptanz dieses Angebots.

Die TUK ist in den vergangenen Jahren auch im Bereich des *Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM)* mit dem Fokus auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Universität besonders aktiv gewesen. Es wurde eine »Steuerungsgruppe Betriebliches Gesundheitsmanagement« eingerichtet, die sich der vielfältigen Themen des BGM annimmt. Angebote wie der *Pausenexpress*, eine von Mitarbeitern des Hochschulsports ein bis zweimal in der Woche angeleitete Gymnastik in den Büros der Mitarbeiter, der *Sport- und Gesundheitstag* mit Gesundheitschecks (Blutdruck/Blutzucker, Augendruck, InBody-Analyse, Venengesundheit, Fußvermessung) und das Angebot zur Erwerbung des Sportabzeichens sowie *mobile Massagen* gehen deutlich über das Standardangebot eines BGM hinaus.



TECHNISCHE UNIVERSITÄT
KAISERSLAUTERN

GesunderCampus

Unsere Angebote für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

- PausenExpress
- Sport- und Gesundheitstag
- Massage

Abbildung 13: BGM-Angebote an der TUK

Studentisches Gesundheitsmanagement und der University Health Report an der TUK

Die Aktivitäten zum Studentischen Gesundheitsmanagement (SGM) an der TU Kaiserslautern begannen Ende 2014 mit dem Projekt »Bio-psycho-soziale Gesundheit der Studierenden der TUK« kurz BPS mit dem Ziel einer umfassenden Gesundheitsförderung und -erhaltung unserer Studierenden. Über die oben erwähnten positiven Randbedingungen für eine Neugestaltung des Campuslebens hinaus hatte eine Analyse gezeigt, dass Studentisches Gesundheitsmanagement an kaum einer Hochschule in Deutschland systematisch und nachhaltig betrieben wird. Um diese Lücke zu schließen, musste also Neuland betreten werden, sowohl hinsichtlich zu etablierender Strukturen als auch im Hinblick auf geeignete Konzepte und Maßnahmen. Mit CampusPlus hat sich die TUK diesen Herausforderungen gestellt und im Rahmen ihrer Initiative ein umfangreiches System von Strukturen, Konzepten und Maßnahmen zur Förderung der Studentischen Gesundheit im Kontext des oben erwähnten ganzheitlichen Ansatzes entwickelt.

Eine der ersten Maßnahmen im Rahmen des SGM war eine Datenerhebung, gemeinsam mit der FU Berlin im Rahmen eines University Health Reports (UHR).



Abbildung 14: Die Uhr an der TUK

In der Befragung (Töpitz et al., 2016), an der 1414 Präsenzstudierende der TUK teilnahmen und in der fast dreißig unterschiedliche Themenkomplexe erfasst und analysiert wurden, wurde geprüft wie es um den Gesundheitszustand der Studierenden der TUK bestellt ist. Aspekte wie Depression, Burnout, Engagement, soziale Unterstützung durch Studierende und Lehrende, sowie insbesondere Auswirkungen sportlicher Aktivitäten auf das Studium und die Lebenszufriedenheit sind einige der hierbei adressierten Themen. In den vergangenen zwei Jahren haben wir im Rahmen dieses Projektes und auf der Basis der Befragungsergebnisse und auch unter Berücksichtigung des neuen Präventionsgesetzes ein aus unserer Sicht beispielgebendes System zum SGM entwickelt, das auf der organisatorischen Ebene durch einen Lenkungskreis, einen Steuerkreis sowie durch den Arbeitskreis »Studierendengesundheit« geführt wird.

Die Ergebnisse des UHR weisen insgesamt darauf hin, dass es den Studierenden der TUK im Vergleich zu anderen Universitäten, an denen ähnliche Befragungen stattgefunden haben, gut geht, wobei sich die Fachbereiche bei den verschiedenen Themenkomplexen deutlich unterscheiden. Im Folgenden stellen wir ausgewählte Ergebnisse des UHR vor.

Engagement im Studium

Engagement im Studium wurde in der UHR Studie mithilfe einer Kurzform der Utrecht Work Engagement Scale for Students (Schaufeli & Bakker, 2003) erfasst. Die Studierenden gaben an, wie häufig sie die Empfindungen »Hingabe«, »Vitalität« und »Vereinnahmung« auf einer Skala von »nie« (0) bis »immer« (6) haben. Es wurde dann ein Mittelwert über alle Items gebildet und damit eine Einordnung in geringes, mittleres und hohes Engagement vorgenommen.

Etwa ein Drittel der befragten Studierenden zeigten sich in beiden Geschlechtergruppen sehr engagiert (32,2 %) (Töpritz et al., 2016, S. 61). Bei den Fachbereichen gab es wieder erhebliche Unterschiede. Besonders hoch war das Engagement in den Fachbereichen Mathematik, Architektur sowie Elektro- und Informationstechnik. Der Anteil der hoch engagierten Studierenden ist an der TUK etwas größer als bei Studierenden der UHR-Vergleichsstichprobe.

Fachbereich	gering	mittel	hoch
Architektur	10,0	36,7	53,3
Sozialwissenschaften	33,1	37,5	29,4
Biologie	26,5	51,0	22,4

Abbildung 15: Engagement (Töpritz et al., 2016, S. 63)

Körperliche Aktivität

Zur Erfassung ihrer körperlichen Aktivität wurden die Studierenden gefragt, an wie vielen Tagen in der Woche sie ins Schwitzen oder außer Atem kommen und wie lange sie jeweils so aktiv sind. Abgefragt wurde auch die Selbsteinschätzung hinsichtlich ausreichender körperlicher Bewegung in den Antwortkategorien »gering«, »mittel« und »hoch«.

Knapp die Hälfte (48,3 %) der Studierenden achtet stark auf ausreichende körperliche Bewegung (Töpritz et al., 2016, S. 104). Wie die Tabelle zeigt gibt es wieder deutliche Unterschiede zwischen den Fachbereichen. Von den Studierenden folgen 43 % der Befragten der WHO Empfehlung ([WHO], 2010) mindestens 2,5 Std. pro Woche so aktiv zu sein, dass man ins Schwitzen kommt oder außer Atem gerät, was ein signifikant höherer Anteil ist als in der altersgleichen Bevölkerungsgruppe. Darüber hinaus sind die männlichen Studierenden deutlich aktiver als die weiblichen Studierenden.

Fachbereich	gering	mittel	hoch
Informatik	33,8	31,2	35,1
Biologie	7,1	46,9	45,9
EIT	15,6	25,0	59,4

Abbildung 16: Körperliche Aktivität (Töpritz et al., 2016, S. 106)

Ausprägung des Erschöpfungserlebens im Studium – Burnout

Burnout bei Studierenden bezeichnet einen Erschöpfungszustand ausgelöst durch Anforderungen des Studiums, die die Ressourcen der Studierenden überfordern. Im Kontext der Umstellung von Diplom- auf Bachelor- und Masterabschlüsse im Bologna-Prozess und der damit verbundenen Verdichtung und Credit-Orientierung des Studiums wurde in den Medien vermehrt über Burnout bei Studierenden berichtet. Die Fragen nach Burnout (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996) wurden in den UHR Fragenkatalog aufgenommen, um hier eine belastbarere empirische Basis zu schaffen. In der Befragung gaben die Studierenden auf einer siebenstufigen Skala an, wie oft sie Erschöpfung, Bedeutungsverlust des Studiums und reduziertes fachliches Wirksamkeitserleben empfinden: »nie« (0), »einige Male im Jahr und seltener« (1), »einmal im Monat« (2), »einige Male im Monat« (3), »einmal pro Woche« (4), »einige Male pro Woche« (5), »täglich« (6). Anhand dieser Angaben würden die Studierenden in den drei Dimensionen den Kategorien »gering«, »mittel« bzw. »hoch« zugeordnet.

In der Ergebnisauswertung zeigte sich, dass zwischen einem Drittel und einem Viertel der Studierenden der TU Kaiserslautern sehr erschöpft (28,7 %) sind (Töpritz et al., 2016, S. 55). Ein etwa genauso großer Anteil der Studierenden erlebt einen Bedeutungsverlust des Studiums (27,7 %). Nur ein sehr geringer Teil der Studierenden (2,7 %) hat ein bezogen auf das Studium stark reduziertes Wirksamkeitserleben. Es gibt keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Geschlechtern, jedoch wieder deutliche Unterschiede zwischen den Studierenden verschiedener Fachbereiche. Im Vergleich zu einer UHR-Vergleichsstichprobe sind die Werte bei Studierenden der TUK auf allen drei Burnout Dimensionen etwas niedriger.

Fachbereich	gering	mittel	hoch
Sozialwissenschaften	61,1	19,1	19,7
Mathematik	49,5	18,7	31,8
Architektur	50,0	10,0	40,0

Abbildung 17: Ausprägung des Erschöpfungserlebens im Studium (Töpritz et al., 2016, S. 57)

Wahrgenommene soziale Unterstützung im Studium

Unterschieden wurde in der Befragung zwischen sozialer Unterstützung durch andere Studierende und sozialer Unterstützung durch Lehrende (Töpritz et al., 2016, S. 78). Zum ersteren gehört, z. B. die Weitergabe von Arbeitsmaterial und Informationen, die Bereitschaft zur Besprechung von Studieninhalten, Hilfe bei der Gestaltung des Stundenplans und auch positives Feedback hinsichtlich Studienleistungen. Zu sozialer Unterstützung von Lehrenden gehören Studienberatung, Unterstützungsangebote oder Motivation durch konstruktive Rückmeldungen. Die Aussagen der Studierenden wurden auf einer Skala von 1 bis 6 bewertet, wobei 1 »nie«, 2 »selten«, 3 »manchmal«, 4 »oft«, 5 »sehr oft« und 6 »immer« entspricht. Studierenden der TU Kaiserslautern nehmen im Mittel die soziale Unterstützung durch Studierende oft bis sehr oft ($M=4,2$) und die soziale Unterstützung durch Lehrende manchmal bis oft ($M=3,3$) wahr. Es gibt keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen, allerdings deutliche Unterschiede in der Wahrnehmung der sozialen Unterstützung durch Lehrende und kaum Unterschiede der Wahrnehmung der sozialen Unterstützung durch die Studierenden zwischen den Fachbereichen.

Fachbereich	durch Studierende	durch Lehrende
Wirtschaftswissenschaften	4,0	2,6
Chemie	4,2	3,2
Mathematik	4,5	4,1

Abbildung 18: Wahrgenommene soziale Unterstützung im Studium (Töpritz et al., 2016, S. 81)

Fazit

Natürlich bilden die dargestellten Ergebnisse nur einen sehr kleinen Ausschnitt aus der umfangreichen Auswertung der UHR Befragung. Der Prozess der Ergebnisauswertung, die Identifizierung von Handlungsfeldern und die Ableitung geeigneter Maßnahmen ist bei weitem noch nicht abgeschlossen. Insbesondere die Reflektion der Befragungsergebnisse zu den Studienbedingungen auf Universitärebene, aber auch feingranularer aufgelöst auf der Fachbereichsebene, bietet Potentiale für weitere Verbesserungen und Interventionen im SGM.

Trotzdem lässt sich schon heute ein rundum positives Fazit ziehen. Die TUK konnte im Rahmen der Projektlaufzeit ein umfangreiches Programm an Maßnahmen, Analysen und Strukturen schaffen und umsetzen, die ein solides Fundament für die Konsolidierung und die Weiterentwicklung des neu geschaffenen Studierenden Gesundheitsmanagements in der Zukunft darstellen. Die Durchführung des UHR gemeinsam mit diversen Fokusgruppen und Nacherhebungen zum Thema SGM hat die Möglichkeit geschaffen, die Situation der Studierenden an der TUK genau zu analysieren und zielgerichtete Maßnahmen zur Verbesserung der Studierendengesundheit daraus abzuleiten. Insgesamt hat das Projekt wesentlich zur Sensibilisierung und Bewusstseins Schärfung für das Thema SGM in der TUK beigetragen und wir konnten darauf aufbauend unsere Studierenden auf vielfältige Weise zielgerichtet fördern.

Literatur

- [WHO], W. H. (2010). *Global Recommendations on Physical Activity*. Geneva: World Health Organization.
- Egger, J. W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell – Grundzüge eines wissenschaftliche begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*, 3–13.
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science Vol 196*, 129–136.
- Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. (1996). *Maslach burnout inventory manual (3. Aufl.)*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Schaufeli, W., & Bakker, A. (2003). *UWES – Utrecht Work Engagement Scale*. Utrecht: Preliminary Manual [Version1, November 2003].
- Töpritz, K., Lohmann, K., Gusy, B., Farnir, E., Gräfe, C., & Sprenger, M. (2016). *Wie gesund sind Studierende der Technischen Universität Kaiserslautern? Ergebnisse der Befragung 06/15*. Berlin: Schriftenreihe der AB Public Health: Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung NR- 01/P16.

Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) für die Beschäftigten an der Deutschen Sporthochschule Köln (DSHS Köln)

Die DSHS Köln stellt für rund 6000 Studierende und 1000 Beschäftigte eine Lern-, Arbeits- und Lebenswelt dar. Hier treffen verschiedene Statusgruppen mit unterschiedlichen Anforderungen, Belastungen und Bedürfnissen aufeinander. Auch die Hochschule selbst befindet sich in einem ständigen Veränderungsprozess. Eine gesundheitsfördernde Hochschulkultur, in der sich gesunde Studien- und Arbeitsbedingungen wieder finden und zu einem kompetenten Umgang mit der eigenen Gesundheit befähigt wird, hilft sowohl den Studierenden und MitarbeiterInnen als auch der Organisation. Denn Gesundheit stellt eine Grundvoraussetzung für Leistungsfähigkeit, Lebensfreude und Motivation dar.

Konzeption

Das BGM der DSHS Köln wurde auf die folgenden konzeptionellen Grundlagen gestützt:

Der »Settingansatz« bildet in der Gesundheitsförderung eine zentrale Strategie. Als Setting wird dabei ein abgegrenztes sozialräumliches System verstanden, in dem Menschen ihren Alltagstätigkeiten nachgehen und in dem Gesundheit »von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt wird« (WHO, Ottawa-Charta, 1986). Die DSHS Köln versteht sich als Stätte von Lehre und Forschung auch als Arbeits- und Lebensumgebung, in der die Gesundheit aktiv gefördert werden soll. Dabei zielt sie sowohl auf die Stärkung der Handlungskompetenz des Einzelnen zur Erhaltung der eigenen Gesundheit (Verhaltensprävention) als auch auf die gesundheitsfördernde Gestaltung der Arbeitsverhältnisse (Verhältnisprävention) ab.

Ausgehend von einem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis lehnen wir uns an die Gesundheitsdefinition von Hurrelmann an, wonach sich Gesundheit aus physischen, psychischen und sozialen Anteilen zusammensetzt, die sich wechselseitig beeinflussen. Gesundheit wird als dynamisches Gleichgewicht des Wohlbefindens und der Lebensfreude verstanden und erlebt, welches durch

gelungene Bewältigung von inneren (körperlichen und psychischen) und äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gegeben ist.

Das BGM nimmt die Gesundheitsressourcen in den Fokus und kann daher die Gesundheitspotentiale an der DSHS Köln fördern und soziale, psychische und physische Gesundheit stärken. Andererseits sollen gesundheitliche Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz wie Berufserkrankungen, psychische Belastungen und Arbeitsausfälle vermieden werden. Das BGM richtet sich als Querschnittsaufgabe an alle Beschäftigten der Hochschule. Auch die Beschäftigten selbst werden als Experten ihrer eigenen Arbeitsplätze gesehen und angeregt, sich aktiv an der Gestaltung des BGM ein zu bringen.

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement der Sporthochschule wird nach den Prinzipien des Projektmanagements in einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess ressourcen- und zielorientiert entwickelt. Erreicht wird dies durch ein planvolles, systematisches Vorgehen im Sinne eines PDCA-Qualitätsregelkreises mit den Phasen Plan, Do, Check, Act. Außerdem sollen aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse (auch der Hochschule selbst) zu Arbeit, Organisation und Gesundheit berücksichtigt und in einem zielgerichteten und überprüfbaren Lern- und Gestaltungsprozess verknüpft werden.

Ausgangssituation an der DSHS Köln

Es bestanden und bestehen partiell noch verschiedene Einzelmaßnahmen, die zwar untereinander teilweise vernetzt sind, jedoch keiner Gesamtstrategie folgen.

Als einige wenige Beispiele seien die Ambulanz für Sporttraumatologie und Gesundheitsberatung, der Betriebssport, das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM), das Familienservicebüro und die Stabsstelle Betriebsarzt / Fachkraft für Arbeitssicherheit benannt. Eine Vernetzung zu anderen Hochschulen besteht über den Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen (AGH).

Im Rahmen der Umsetzung des »Vertrags für gute Beschäftigungsbedingungen für das Hochschulpersonal« und dem dort verorteten Auftrag zur Etablierung eines effektiven Gesundheitsmanagements hat das Thema »Implementierung eines ganzheitlichen und systematischen betrieblichen Gesundheitsmanagements« an Bedeutung gewonnen. Es wurde ein Konzept für die Einführung des BGM in die DSHS Köln erarbeitet. Die Vorgaben bei der Erarbeitung des Konzeptes waren, die bereits bestehenden Strukturen und Aktivitäten mit ein zu beziehen, die Etablierung nach wissenschaftlichen Erkenntnissen aus zu richten und gleichzeitig nach den Bedürfnissen der Hochschule auf zu bauen. Mit Hilfe dieses Konzeptes konnte die Techniker Krankenkasse (TK) als Kooperationspartner gewonnen werden. Anfang 2016 wurde die Unterstützung in Form von Beratung und Finanzierung des Vorhabens sowohl für das

BGM als auch für das studentische Gesundheitsmanagement (SGM) durch die DSHS Köln und die TK vertraglich festgehalten.

Zu Beginn der Implementierungsphase des BGM wurde ein – bewusst klein gehalten – Steuerungskreis eingerichtet, der für die strategische Ausrichtung des BGM verantwortlich ist. Die Aufgabe des Steuerungskreises war und ist es, die Arbeitsbedingungen, Probleme und Interessen der Beschäftigten zu analysieren und passgenaue gesundheitsfördernde Maßnahmen zu entwickeln und zu etablieren. Hierzu werden Fachexperten bei Bedarf themenspezifisch mit einbezogen. Mittelfristig ist es geplant, dass diese verstärkt in einem Arbeitskreis oder einzelnen Arbeitsgruppen mit einbezogen werden.

Bisheriger Verlauf

Der Steuerungskreis trifft sich regelmäßig etwa alle zwei bis drei Monate. Ende 2016 widmete sich der Steuerungskreis in einem Workshop mit externer Moderation den Belastungen und Ressourcen, die im Arbeitsumfeld DSHS Köln aus Sicht der InteressenvertreterInnen bestehen. Auf Grundlage der Ergebnisse wurden die nachfolgenden 8 Schwerpunktthemen definiert, mit Hilfe der SWOT-Analyse beleuchtet und im Anschluss strategische und konkrete Ziele für die einzelnen Schwerpunktthemen definiert und Maßnahmen geplant (Abb. 1).

	Schwerpunktthemen	strategisches Ziel	konkrete Ziele	Maßnahmen
BGM - Aufbau Managementsystem	Struktur	Aufbau und Etablierung nachhaltiger Strukturen für das BGM	*koordinierte Struktur ... 5 weitere Ziele	*Erstellung einer Dienstvereinbarung für das BGM ... 5 weitere Maßnahmen
	Prozesse	Die Hochschule gestaltet Arbeitsabläufe gesundheitsfördernd	*systematische Durchführung der Kernprozesse ... 4 weitere Ziele	*Identifikation von Prozessen in denen das Thema Gesundheit "leicht" einbezogen werden kann ... 3 weitere Maßnahmen
	Kommunikation	Bekanntheit des BGM sowie die Akzeptanz gesundheitsbezogener Projekte und Maßnahmen steigern	*80% der MA wissen, dass es an der DSHS ein BGM gibt ... 4 weitere Ziele	*Erstellung eines Gesundheitsportals ... 6 weitere Maßnahmen
	Datenanalyse	Durchführung zielgruppenorientierter Analysen für den Überblick zur aktuellen Gesundheitssituation sowie zur Identifikation v. Handlungsbedarfen	*Zielgruppenspezifische Befragungen zu gesundheitsrelevanten Themen ... 3 weitere Ziele	*Projekt "Gesundes Dezernat" als partizipatives Verfahren ... 5 weitere Maßnahmen
BGM - Inhalte	Arbeitsbelastungen	Reduzierung von gesundheitsgefährdenden Arbeitsbelastungen sowie Förderung von Entlastungsmöglichkeiten	*Identifizierung von Zielgruppen / Belastungsgruppen ... 3 weitere Ziele	*Durchführung eines partizipativen Verfahrens ... 3 weitere Maßnahmen
	Gesundheitskompetenzen (GK)	Aufbau, Erhaltung und Förderung der GK der MA zur nachhaltigen Förderung eines gesundheitsorientierten Lebensstils	*Angeboterweiterung durch themenbezogene und zielgruppenspezifische Angebote ... 3 weitere Ziele	*Erweiterung des Gesundheitsförderungsangebotes um Entspannungsangebote (PME, Achtsamkeit, ...) ... 9 weitere Maßnahmen
	Gesundheit als Führungsaufgabe	Gesundheit wird als Führungsaufgabe wahrgenommen	*Sensibilisierung der Führungskräfte (FK) für das Thema Gesundheit ... 4 weitere Ziele	*Angebot im Rahmen der Weiterbildung für FK zum Kompetenzausbau "gesundes Führen" ... 3 weitere Maßnahmen
	Konfliktmanagement	Konstruktiver Umgang mit Konflikten	*Sensibilisierung für einen konstruktiven Umgang mit Konflikten ... 4 weitere Ziele	*Beratungskompass im Gesundheitsportal ... 2 weitere Maßnahmen

Abbildung 1: Darstellung der 8 Schwerpunktthemen, der strategischen Ziele und beispielhaft je ein konkretes Ziel und eine Maßnahme

Aktuell und Ausblick

Aktuell wird zwischen den Personalräten und der Hochschule eine Dienstvereinbarung für das BGM an der DSHS Köln erarbeitet, die sowohl Festlegungen für den Strukturaufbau BGM als auch für die Prozessgestaltung im BGM enthalten soll.

Darüber hinaus wurde eine Internetseite für das BGM gestaltet. Diese ist gemeinsam mit dem SGM über ein Gesundheitsportal erreichbar. Auf der Internetseite BGM finden zum einen alle Interessierten Informationen und Angebote an der DSHS Köln rund um das Thema Gesundheit. Zum anderen wird über die Internetseite die Möglichkeit genutzt, die MitarbeiterInnen über die Arbeit des BGM an der DSHS Köln zu informieren, die Kontaktaufnahme mit den AnsprechpartnerInnen zu erleichtern und eine aktive Beteiligung am BGM – Prozess zu fördern.

Des Weiteren sollen in Kürze erste Maßnahmen aus dem Schwerpunktthema Gesundheitskompetenz (Abb. 2) umgesetzt werden. Da wir hierbei den Fokus auf die Themenbereiche Stressprävention und Ernährung legen, wird das Gesundheitsförderungsangebot Stück für Stück um Entspannungskurse, Angebote zum gesundheitsfördernden Umgang mit Stress und Ernährungsangebote erweitert werden. Im nächsten Jahr sollen die Maßnahmen aus dem »Konzept zum weiteren Vorgehen« kontinuierlich umgesetzt werden. Außerdem wird der Fokus neben der stärkeren Integration der Experten auf den Ausbau der Beteiligungsmöglichkeiten für die Beschäftigten an der Gestaltung des BGM gelegt.

Strategisches Ziel	
Aufbau, Erhaltung und Förderung der Gesundheitskompetenzen der MitarbeiterInnen (MA) zur nachhaltigen Förderung eines gesundheitsorientierten Lebensstils	
Konkrete Ziele	Maßnahmen
*Angebotserweiterung durch themenbezogene und zielgruppenspezifische Angebote zur Förderung der Gesundheitskompetenz	*Erweiterung des gesundheitsfördernden Angebotes um Entspannungsangebote **PME **Achtsamkeit **Autogenes Training
*MA kennen das Angebot des BGM und wissen wo gesundheitsrelevante Informationen zu finden sind	*Erweiterung des Gesundheitsförderungsangebotes um Ernährungsangebote
*Nutzungsrate der Angebote: durchschnittlich 75%	*Beratungsangebot zu Gesundheitsfragen + Vortrag "Gesundheit und Wohlbefinden"
*Führungskräfte bilden GK aus, agieren als Vorbilder und fördern die Gesundheit ihrer Beschäftigten	*Erweiterung des gesundheitsfördernden Angebotes um Angebote zum Umgang mit Stress **Zeitmanagement **Selbstmanagement *Aufnahme der Themen im Gesundheitsportal **Informationen zur Stressprävention **Informationen zu gesunder Ernährung

Abbildung 2: Schwerpunktthema Gesundheitskompetenz mit dem zugehörigen strategischen Ziel und konkreten Zielen sowie den geplanten Maßnahmen

Healthy Campus Bonn – Gesund studieren und arbeiten

Was bedeutet Healthy Campus Bonn und was steckt dahinter? Der folgende Beitrag gibt einen kurzen Überblick zum Hintergrund, der Entstehungsgeschichte und der Zielsetzung. Bereits etablierte Maßnahmen und wissenschaftliche Projekte werden kurz skizziert und ausgewählte Maßnahmen bzw. Projekte beispielhaft vorgestellt. Darüber hinaus wird die onlinegestützte Feedbackfunktion der Healthy Campus Studierendenbefragung näher beleuchtet. Ein abschließender Ausblick rundet den Beitrag ab.

Hintergrund, Entwicklung und Ziele

Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement spielen sowohl im beruflichen Kontext als auch im studentischen Leben eine zunehmende Rolle und sind für Betriebe, Ausbildungsstätten und insbesondere auch für Hochschulen von großer Bedeutung. Sowohl Studierende als auch Beschäftigte an Hochschulen weisen ungünstige Lebensstilmerkmale auf. Wissenschaftliche Untersuchungen belegen, dass auch Studierende unter einer Vielzahl von psychovegetativen und orthopädischen Beschwerden leiden und erhebliche Defizite in ihrem Bewegungs- und Ernährungsverhalten aufweisen (Busch, Maske, Ryl, Schlack, & Hapke, 2013; Meier et al., 2010; Meier, Milz, & Krämer, 2007; Richter-Kuhlmann, 2012; Techniker Krankenkasse, 2015a;b). Die stetige Entwicklung der Arbeitswelt geht mit steigendem Leistungsdruck und Stressbelastungen, Verdichtung der Arbeitsaufgaben, Veränderungen in den Beschäftigungsverhältnissen, vermehrter körperlicher Inaktivität durch sitzende Tätigkeiten einher. Darüber hinaus ist die Bedeutung des demografischen Wandels nicht zu unterschätzen (Preuß et al., 2015). Die Gesundheitsförderung setzt auf Leitlinien, Zieldefinitionen und Qualitätskriterien, die Anregungen geben und zur Entwicklung einer umfassenden und nachhaltig wirksamen Förderung der Gesundheit am Arbeits- und Studienplatz beitragen sollen. Die wissenschaftliche Literatur stützt einen gesundheitlichen und ökonomischen Nutzen von betrieblicher Gesundheits-

förderung. In Studien wurden positive Auswirkungen von betrieblicher Gesundheitsförderung u. a. auf verschiedene Gesundheitsparameter, eine Reduzierung der Krankheitstage, eine Erhöhung der Arbeitsproduktivität bis hin zu einem gesünderen Lebensstil nachgewiesen (Preuß et al., 2015; Strijk, Proper, van Mechelen, & van der Beek, Allard J, 2013). Nach der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung (World Health Organization, 1986) zielt »Gesundheitsförderung auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen«.

Die Gesundheit eines Menschen wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst, die neben der Persönlichkeit auch das Arbeits- und soziale Umfeld beinhalten. Ein Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) beinhaltet nach Badura (2003) die »... Entwicklung betrieblicher Rahmenbedingungen, Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation und die Befähigung zum gesundheitsförderlichen Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Ziel haben.«

Die Organisation »Universität« bringt im Vergleich zu klassischen großen und kleinen Betrieben eine besondere Vielfalt und Heterogenität mit sich, die eine besondere Herausforderung darstellen und im Rahmen von Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement zwingend Berücksichtigung finden müssen. Im universitären Kontext unterliegt einem Gesundheitsmanagement die gesundheitsorientierte Gestaltung von Arbeit, Studium, Forschung und Lehre sowie die Förderung von gesundheitsorientierten Verhaltensweisen aller universitären Statusgruppen.

Die Bestrebungen der Universität Bonn für die Gesundheitsförderung finden seit 2007 in der betrieblichen Gesundheitsförderung Ausdruck und wurden seit 2012 durch die Einbindung der Healthy Campus Gesundheitsinitiative für Studierende in Kooperation mit der Deutschen Sporthochschule Köln intensiviert. In 2014 wurden die betriebliche Gesundheitsförderung und die Gesundheitsinitiative Healthy Campus unter dem Dach »Healthy Campus Bonn« (Gesund studieren und arbeiten) im Bereich Personalentwicklung & Karriere zusammengeführt und strukturell an der Universität Bonn verankert. Healthy Campus Bonn ist seitdem Bestandteil des Hochschulentwicklungsplans. Mit dieser strukturellen Einbettung wird die Zusammenführung, Weiterentwicklung und wissenschaftliche Begleitung der Präventionsansätze und Gesundheitsfördermaßnahmen für alle universitären Zielgruppen an der Universität Bonn verfolgt. Diese Aufgabe verlangt neben der Weiterentwicklung der inhaltlichen und strategischen Ausrichtung ebenso eine intensive Arbeit an vielen universitären Schnittstellen mit der Vernetzung und Koordination universitätsinterner Akteure.

Die Ziele von Healthy Campus Bonn liegen in der Weiterentwicklung eines ganzheitlichen Konzeptes zur nachhaltigen Förderung und Stärkung der in-

dividuellen Gesundheitskompetenz und zur Unterstützung einer guten Lern- und Arbeitsfähigkeit aller universitären Zielgruppen (Verhaltensprävention). Arbeitsmedizinische, psychische, soziologische, arbeitskulturelle und geschlechtsspezifische sowie altersspezifische und individuelle Belastungsmuster spielen eine zentrale Rolle und müssen Berücksichtigung finden, da sie das körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden von Beschäftigten und Studierenden beeinflussen.

Ein weiterer Schwerpunkt stellt die Entwicklung von gesundheitsförderlichen Strukturen im Sinne einer organisationalen Gesundheitskompetenz an der Universität Bonn dar (Verhältnisprävention), d. h. gesundheitsförderliche Strukturen sowie Arbeits- und Studienbedingungen sollen an der Universität Bonn weiter auf- und ausgebaut werden. Auf diese Weise sollen Strukturen für gesunde Verhältnisse im Arbeits- und Studienumfeld geschaffen werden, die allen Statusgruppen ein gesundheitsorientiertes Wirken an der Universität Bonn ermöglichen.

Letztlich wird die Verankerung von Gesundheit als Wert in der Hochschulkultur der Universität Bonn angestrebt.

Im Rahmen von Healthy Campus Bonn stützt sich der Aufbau des ganzheitlich angelegten Konzeptes auf das Prinzip der Salutogenese und verfolgt einen Setting- bzw. lebensweltorientierten Ansatz. Im Gegensatz zur pathogenetischen Sichtweise fokussiert die salutogenetische Perspektive darauf, was Menschen gesund hält und wendet sich der Erforschung der Prozesse zu, die Gesundheit erhalten und fördern (Franke, 2015). Der Settingansatz stellt in der Gesundheitsförderung eine Kernstrategie dar (Hartmann & Sonntag, 2015; Hartung & Rosenbrock, 2015; World Health Organization, 1986). Als Setting werden verschiedene Lebenswelten der Menschen bezeichnet z. B. in Kindergärten, Schulen, Betrieben und auch in Hochschulen. Ein Setting stellt somit ein zusammenhängendes soziales Gefüge dar, in dem Menschen ihren Alltag gestalten und das die Gesundheit dieser Menschen mit beeinflusst (Hartung & Rosenbrock, 2015). Die universitäre Vernetzung aller internen Akteure und auch der Einbezug sowie die Partizipation aller Statusgruppen spielen hierbei ebenso eine zentrale Rolle. In diesem ganzheitlichen Konzept wird Gesundheit nach der WHO-Definition (World Health Organization, 1946) als »... ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen« verstanden. Beanspruchungen, Ressourcen und Belastungen aller universitären Beschäftigten (Wissenschaft sowie Technik und Verwaltung) und Studierenden werden in den Blick genommen wie auch alle weiteren einwirkenden Faktoren auf den einzelnen Menschen. Somit beinhalten die ausgewählten Handlungsfelder sowohl verhältnis- als auch verhaltensbezogene Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Arbeits- und Studiengestaltung

(organisationale Gesundheitskompetenz) und zur Unterstützung gesundheitsgerechteren Verhaltens (individuelle Gesundheitskompetenz).

Dabei erfordert ein ganzheitlicher, nachhaltiger, bedarfsorientierter und wissenschaftlich begleiteter Ansatz die Erhebung der Ausgangssituation, eine Analyse der bestehenden Maßnahmen, sichtbare Ziele und die Sensibilisierung der Führungskräfte (Vorbildfunktion) für das Thema. In einer aufeinander abgestimmten Abfolge von Analyse, Maßnahmenplanung sowie -umsetzung und Evaluation werden die bedarfsorientierten Handlungsfelder aufgearbeitet. Mittels wissenschaftlicher Begleitung und Evaluation wird die Wirkung und Nachhaltigkeit gesichert und die eingesetzten Maßnahmen können bedarfsgenau justiert und weiterentwickelt werden. Darüber hinaus wird in eigenen wissenschaftlichen Studien ein Forschungsbeitrag geleistet und durch die Einbindung interdisziplinärer wissenschaftlicher Fachkompetenz eine grundlegende Qualitätssicherung erreicht.

Healthy Campus Studierendenbefragung als Analysebeispiel

So wurde beispielsweise für den Aufbau des studentischen Gesundheitsmanagements zur Analyse des Ausgangszustandes mit der Healthy Campus Studierendenbefragung im Wintersemester 2011/12 gestartet. Die onlinebasierte und feedbackgestützte Befragung zur Erhebung von Gesundheits- und Lebensstilparametern wurde insgesamt in sieben Befragungswellen bis einschließlich zum Wintersemester 2014/15 durchgeführt. Im Wintersemester wurden jeweils die Erstsemester und im Sommersemester wurden alle Studierenden (mit Ausnahme der jeweiligen Personen, die bereits an der Umfrage teilgenommen haben) befragt. Neben Ernährungs- und Sportgewohnheiten wurden relevante Kompetenz- und Persönlichkeitsmerkmale sowie subjektiv empfundene Belastungen erfasst, um im Zusammenspiel mit Kenntnissen über Ernährungs-, Sport- sowie Bewegungsgewohnheiten und -präferenzen entsprechende Maßnahmen abzuleiten. Auf diese Weise kann eine Optimierung der Passung zwischen individuellen Bedürfnissen und vorhandenen Angeboten erreicht werden. Ab dem Wintersemester 2013/2014 wurde eine elektronische Feedback-Intervention implementiert, um den Studierenden eine zur Befragung verknüpfte, direkte Rückmeldung zur subjektiven Einordnung sowie eine darauf abgestimmte und individuell passende Handlungsempfehlung zu geben. Weitere Details zur Feedbackfunktion der Healthy Campus Studierendenbefragung finden sich in einem separaten Abschnitt.

Maßnahmenumsetzung

Im Rahmen von Healthy Campus Bonn werden alle Universitätsangehörigen durch eine gezielte Optimierung und Erweiterung des vorhandenen Angebotspektrums hinsichtlich körperlicher bzw. sportlicher Aktivitäten, einer ausgewogenen Ernährung sowie stressreduzierender Maßnahmen für ein nachhaltiges Gesundheitsbewusstsein und für einen bewegungsbezogenen Lebensstil sensibilisiert. Denn ein gesunder Lebensstil, basierend auf regelmäßigen körperlichen/sportlichen Aktivitäten und ausgewogener Ernährung, ist unbestritten eine zentrale Voraussetzung für körperliche und geistige Gesundheit – von der Kindheit bis ins hohe Alter (Predel & Tokarski, 2005).

Ergänzend wird in Verbindung mit entsprechenden Informations- und Motivationskampagnen gezielt ein gesundheitsorientierter Lebensstil implementiert und in seinen Konsequenzen wissenschaftlich untersucht. Die Gestaltung der universitären Infrastruktur spielt hierbei eine wichtige Rolle.

Die bestehenden und bereits etablierten zielgruppenspezifischen und zielgruppenübergreifenden Maßnahmen werden von Healthy Campus Bonn und in Zusammenarbeit mit internen und externen Kooperationspartnern durchgeführt.

Das Maßnahmenportfolio bietet für die Zielgruppe der Studierenden:

- Beratungsangebote und Aktionstage zu ausgewählten Gesundheitsthemen, wie z. B. die Healthy Campus Bonn Woche in den Mensen (Kooperationen mit dem Hochschulsport, Institut für Ernährungs- und Lebensmittelwissenschaft – Ernährungsphysiologie und dem Studierendenwerk)
- Zertifizierte Bewegungsangebote mit Gesundheitslabel im Rahmen des Hochschulsports
- Integration gesundheitsförderlichen Verhaltens in den Alltag, z.B. durch Angebote und Aktionen wie Studi-Pausenexpress, »Mit dem Rad zur Uni« und vieles mehr
- Seminare zu Zeitmanagement & Prüfungsstress in Kooperation mit der Techniker Krankenkasse, wie z. B. »TK-Mentalstrategien« ein Seminar zur Stressbewältigung im Studium
- Beteiligung bei universitären Informationstagen (Erstsemester-Welcome, Langer Abend der Studienberatung, Willkommensfrühstück im BZL, Lange Nacht des Schreibens)
- Individuelle Bewegungs- und Ernährungsempfehlungen auf Basis der Healthy Campus Studierendenbefragung

Die Maßnahmenpakete beinhalten für die Zielgruppe der Beschäftigten:

- Betriebssportprogramm im Rahmen des Hochschulsports
- Arbeitsplatznahe Bewegungs- und Entspannungsangebote, wie z. B. Pausenexpress und mobile Massage
- Integration gesundheitsförderlichen Verhaltens in den Alltag, z. B. durch Beratungsangebote und Aktionstage zu ausgewählten Gesundheitsthemen und Veranstaltungen wie »Mit dem Rad zur Arbeit« und Healthy Campus Bonn Woche in den Mensen (Kooperationen mit dem Hochschulsport, Institut für Ernährungs- und Lebensmittelwissenschaft – Ernährungsphysiologie und dem Studierendenwerk)
- Seminare zu gesundheitsrelevanten Themen
- strategische Einbindung und Sensibilisierung der Führungskräfte (z. B. Führungswerkstatt mit Schwerpunkt »Führung und Gesundheit« für die Führungskräfte der Verwaltung in 2015, in Kooperation mit PE & Karriere)
- Umfassende Beratung zu Gesundheit und Prävention durch kompetente interne und externe Kooperationspartner

Darüber hinaus stehen viele Maßnahmen und Angebote sowohl den Studierenden als auch den Beschäftigten offen und richten sich somit an alle universitären Statusgruppen.

Die zielgruppenübergreifenden Maßnahmenpakete beinhalten:

- Gesundheitsorientierte Angebote am Dies Academicus, z. B. »Hochschulsport- und Healthy Campus Bonn Tag« mit Institutsolympiade des Hochschulsports (2015), »Healthy Campus-Gesundheitsstraße« beim SSF Münsterplatzfestival (2015/2016) im Rahmen der Kooperation mit den Schwimm und Sportfreunden e. V. (SSF), Veranstaltung des Bereichs Personalentwicklung & Karriere zum Thema »Wege zur beruflichen (Neu-) Orientierung« am 25.05.2016
- Motivierung zu körperlicher Aktivität und Bewegung u. a. durch Teilnahme an Veranstaltungen externer Anbieter
 - Stadtradeln, »Mit dem Rad zur Arbeit«/»Mit dem Rad zur Uni«
 - Bonner Nachtlauf (Studiwertung)
 - Staffel-Teams beim Bonn Triathlon (Healthy Campus Bonn-Stand, Unterstützung durch Trainer)
 - Uni Bonn – Team beim Bonner Firmenlauf seit 2013
- Beteiligung am Projekt »Sport im Park« des Stadtsporthundes in Kooperation mit dem Hochschulsport. Von Mai bis September wird an fünf Tagen in der Woche ein niedrigschwelliges, 60-minütiges Sportangebot direkt neben der

Hofgartenwiese für jedermann zum Mitmachen. organisiert. Das Angebot ist kostenlos und bedarf keiner vorherigen Anmeldung.

Besonders hervorzuheben ist hierbei die Healthy Campus Bonn Mensawoche. Diese spiegelt eine hervorragende interne Vernetzung und Kooperation mit dem Institut für Ernährungs- und Lebensmittelwissenschaften (IEL, Bereich Ernährungsphysiologie) der Landwirtschaftlichen Fakultät, dem Hochschulsport und dem Bonner Studierendenwerk wider. Die Healthy Campus Bonn Mensawoche wird seit dem Wintersemester 2014/15 regelmäßig einmal im Semester durchgeführt. In dieser Woche gibt es an fünf Tagen ein ausgewogenes und vollwertiges Healthy Campus Menü, das in Zusammenarbeit von Studierendenwerk und den Ernährungswissenschaftlern zusammengestellt wird. Bei einem Ernährungsquiz mit auf die Menüs abgestimmten Fragen kann das individuelle Ernährungswissen getestet und es können attraktive Preise gewonnen werden. An drei Tagen ist das Healthy Campus Bonn-, Hochschulsport- und IEL-Team mit einem Aktionsstand in den Mensen vor Ort. Im Angebot gibt es Beratung rund um das Thema Ernährung, Analysen der Körperzusammensetzung und Bewegungsangebote zum Mitmachen.

Darüber hinaus existieren in vielen verschiedenen Bereichen der Universität vorhandene Strukturen, etablierte Maßnahmen und Angebote interner Akteurinnen und Akteure im Rahmen von Gesundheitsförderung/-management. Für die Studierenden gibt es z. B. die psychologische Beratung der Zentralen Studienberatung und des AStA sowie eine Beratungsstelle für Studierende mit Behinderung oder chronischer Erkrankung. Hier seien auch die vielfältigen Angebote des Hochschulsports oder auch für eine gelungene Willkommensstruktur der Studienkompass als Guide zur (Neu)Orientierung im Studium genannt. Für die Beschäftigten sei beispielhaft die Arbeit der Personalräte, der Mitarbeiter- und Konfliktberatung sowie das Betriebliche Eingliederungsmanagement genannt, um nur einige Beispiele zu nennen.

Wissenschaftliche Projekte und Evaluation

Im Rahmen von Healthy Campus Bonn werden einerseits alle Maßnahmen und Angebote evaluiert und darüber hinaus wird in eigenen wissenschaftlichen Studien ein Forschungsbeitrag geleistet. Die wissenschaftlichen Projekte werden u. a. in Kooperation mit internen und externen Kooperationspartnern durchgeführt. So ist Healthy Campus Bonn z. B. durch die Kooperation mit dem Institut für Ernährungs- und Lebensmittelwissenschaften der Landwirtschaftlichen Fakultät in dem interdisziplinären Forschungsprojekt Diet – Body – Brain

(DietBB) als Kooperationspartner eingebunden und an begleitenden Studien des Themengebietes »Determinanten der Lebensmittelauswahl« beteiligt:

- Die »TEMMI-Studie« wurde als Verbundprojekt von Healthy Campus Bonn, dem Center of Economics and Neuroscience, dem Hochschulsport, der Deutschen Sporthochschule Köln und mit Partnern des Diet-Body-Brain Competence Clusters durchgeführt. Es wurden die Wirkung einer viermonatigen Trainingsintervention auf das Entscheidungsverhalten, metabolische Parameter und Mikrobiota untersucht. 79 leicht übergewichtige Personen im Alter von 18–35 Jahren wurden randomisiert einer Trainingsgruppe oder einer Kontrollgruppe zugeordnet. Die Trainingsgruppe absolvierte zweimal wöchentlich ein gruppenbasiertes Indoorcycling-Training, während die Kontrollgruppe zweimal wöchentlich ein Faszientraining in der Gruppe absolvierte. Vor und nach der Intervention wurden mittels Aufgaben im funktionellen Magnetresonanztomographen (fMRT-Experiment) das Entscheidungsverhalten bezüglich der Nahrungsmittelauswahl sowie eine Reihe sportmedizinischer und metabolischer Parameter erhoben und verschiedene Fragebögen (ernährungs- und persönlichkeitsbezogen sowie Gesundheitskompetenz) erfasst.
- In einer Studie zur »Etablierung eines Vorauswahlsystems in der Mensa« wurde ein weiteres Feld zum Thema Nahrungsmittelentscheidungen untersucht. Das Ziel dieser Interventionsmaßnahme bestand darin, die Wahl des Mittagessens vom realen Zeitpunkt des Mittagessens zu entkoppeln. Zusätzlich wurden Parameter zur Gesundheitskompetenz, individueller Selbstkontrollfähigkeit und weitere demografische Einflussgrößen fragebogenbasiert erfasst.

Wie eingangs beschrieben ist die Zunahme von psychovegetativen, kardiovaskulären, metabolischen und orthopädischen Beschwerden sowohl bei Beschäftigten als auch bei Studierenden wissenschaftlich nachgewiesen. Hierbei wird die Zunahme von muskuloskelettalen Beschwerden, kardiovaskulären und psychischen Erkrankungen sowie eine höhere Mortalitätsrate mit vermehrt sitzenden Tätigkeiten, erhöhtem Arbeitsaufkommen und gesteigerten Stressbelastungen in Verbindung gebracht (Kogel, Grund, Kohler, & Immerfall, 2014; Lagerstrøm, 2013). Die positive und dauerhafte Wirkung von regelmäßiger körperlicher Aktivität und Sport auf den menschlichen Organismus wurde in der wissenschaftlichen Literatur in den letzten Jahrzehnten hinreichend belegt. Der protektive Effekt gegenüber kardiovaskulären, pulmonalen, metabolischen und orthopädischen Risikofaktoren und Erkrankungen sowie die Reduktion der Mortalität von körperlich aktiven Menschen wurden in zahlreichen Studien nachgewiesen (Garber et al., 2011; Hollmann & Strüder, 2009; Löllgen, Völker, Böckenhoff, & Löllgen, 2006; Nelson et al., 2007; Weisser, Preuss, & Predel, 2009;

Weisser, Preuß, & Predel, 2010). Darüber hinaus nehmen körperliche Aktivität und Sport als nicht-medikamentöse Therapiemaßnahmen und Lebensstilmodifikationen in der Behandlung verschiedener fachspezifischer Erkrankungen eine zentrale Rolle ein (Rost, 2005; Weisser et al., 2010).

So spielen in einem ganzheitlichen Gesundheitsmanagement auch bewegungsbezogene Maßnahmen eine zentrale Rolle (Brown, Barton, Pretty, & Gladwell, 2012; Conn, Hafdahl, Cooper, Brown & Lusk, 2009). Hierbei können verschiedene Ansätze verfolgt werden, wie einerseits mit der Etablierung von Interventionen zur Motivierung und Sensibilisierung für mehr Bewegung und Sport als individuelle Maßnahme für den Einzelnen (Beispiel »Gehwettbewerb«). Oder andererseits durch gezielte Angebote zur Integration gesundheitsorientierten Verhaltens in den Studien- und Berufsalltag (Beispiel »Pausenexpress«) als Gruppenintervention.

Im Folgenden werden diese beiden Interventionsstudien skizziert, die von Healthy Campus Bonn zur Sensibilisierung und Motivation von vermehrter körperlicher Aktivität und Bewegung bzw. zur Implementierung eines aktiven Pausenverhaltens durchgeführt wurden.

Gehwettbewerb

Nach internationalen Leitlinien für die Gesundheitsprävention wird die Durchführung von aerober körperlicher Aktivität und Sport an drei bis fünf Tagen in der Woche mit moderater bis hin zu höherer Intensität für mindestens 30 min empfohlen (Garber et al., 2011). Die Dauer liegt hierbei bei 150 Min./Woche bei moderater Intensität bzw. bei 75 Min./Woche bei hoher Intensität. Eine Kombination aus moderater und hoher Intensität wird für die meisten Erwachsenen empfohlen (Garber et al., 2011; Strath et al., 2013; World Health Organization, 2010). Diese Ziele entsprechen dem empfohlenen Mindestmaß von 10.000 Schritten pro Tag (Abd, Kobylivker, Perry, Miller III, & Sperling, 2012; Preuß et al., 2015; World Health Organization, 2010). Diese »gesundheitspräventiven« täglichen 10.000 Schritte werden von den meisten Menschen nicht erreicht. Wissenschaftliche Studien zeigen in der Gesamtbevölkerung ein durchschnittliches Schrittpensum von 4.000 bis 6.500 Schritten pro Tag oder eben ein tägliches Schrittdefizit von 3.500 bis 6.000 in Bezug auf das empfohlene Schrittpensum von 10.000 Schritten pro Tag (Abd et al., 2012; Ärztekammer Nordrhein, 2013; Tudor-Locke & Bassett, 2004).

In schrittzählergestützten Interventionen kann die körperliche Aktivität und das tägliche Schrittpensum objektiv erfasst und eine motivationale Unterstützung zur Förderung von körperlicher Aktivität gegeben werden (Abd et al., 2012; Pillay, Kolbe-Alexander, Proper, van Mechelen, & Lambert, 2012; Tudor-Locke

et al., 2011). Positive gesundheitliche Effekte sowie eine nachweisbare Steigerung der körperlichen Aktivität durch inner- bzw. außerbetriebliche schrittzählergestützte Interventionen sind wissenschaftlich nachgewiesen (Chan, Ryan, Daniel A J, & Tudor-Locke, 2004; Fitzsimons, Baker, Gray, Nimmo, & Mutrie, 2012; Leibiger, Weisser, Grünhagen, & Köhler, 2012; Wallmann & Froboese, 2011).

Mit dem Untertitel »Uni Bonn in Bewegung – 60 Tage virtuell durch die Toskana von Florenz nach Livorno« führte Healthy Campus Bonn für einen Zeitraum 60 Tagen einen Gehwettbewerb für alle Beschäftigten der Universität Bonn durch. Die Interventionsstudie wurde in Kooperation mit dem Hochschulsport und dem Zentrum für Evaluation und Methoden der Universität Bonn sowie dem Institut für Kreislaufforschung und Sportmedizin der Deutschen Sporthochschule Köln durchgeführt.

Es wurden folgende Zielsetzungen verfolgt:

- Sensibilisierung der Beschäftigten hinsichtlich der eigenen, aktuellen körperlichen Aktivität durch die Erfassung der täglichen Schritte.
- Motivation der Beschäftigten durch die tägliche Erfassung ihres Schrittpensums zu körperlicher Aktivität im Alltag und darüber hinaus zu sportlichen Aktivitäten.
- Erfassung der Auswirkungen des Gehwettbewerbs auf subjektive und objektive Gesundheitsparameter.

Stichprobe

49 Universitätsbeschäftigte aus Technik, Verwaltung und Wissenschaft (35 Frauen, $41,89 \pm 11,49$ Jahre und 14 Männer, $43,71 \pm 13,14$ Jahre) absolvierten im Rahmen der Studie den Prä- und Posttest. Die Probanden wurden vor Studienbeginn zur objektiven Erfassung des täglichen Schrittpensums mit einem Schrittzähler ausgestattet. Im Rahmen des Gehwettbewerbs lag das Tagesziel bei mindestens 10.000 Schritten pro Tag. Wettbewerbscharakter und Teamgeist dienten hier als Motivationshilfe.

Methodik

Im Prä- und Posttest wurden Körpergröße und –gewicht, Body-Mass-Index, Bauchumfang, Blutdruck und die Ausdauerleistungsfähigkeit mittels UKK-Walkingtest erfasst. Die körperliche Aktivität wurde mit dem »Freiburger Fragebogen zur körperlichen Aktivität« (Frey, Berg, Grathwohl, & Keul, 1999) und die subjektive Gesundheit mit dem »WHO-Quality-of-Life (WHOQOL)-Fragebogen« (World Health Organization, 2012) onlinebasiert vor und nach der Intervention erhoben.

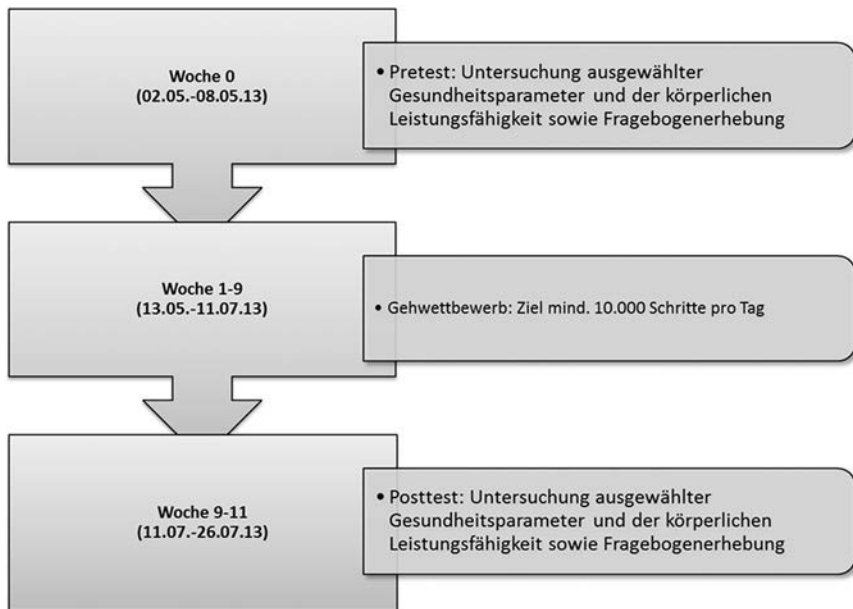


Abbildung 1: Untersuchungsplan Gehwettbewerb (Preuß et al., 2015).

Die deskriptive Datenauswertung erfolgte mit dem Tabellenkalkulationsprogramm Microsoft Office Excel 2010® (Microsoft Corporation, Redmond, WA, USA) und für die weitere inferenzstatistische Auswertung wurde das Statistik Software Programm IBM® SPSS® 21 für Windows© (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) verwendet. Die inferenzstatistische Datenanalyse erfolgte mittels des allgemeinen linearen Modells (Varianzanalyse mit Messwiederholung). Die Irrtumswahrscheinlichkeit wurde auf $\alpha \leq 0,05$ festgelegt.

Ergebnisse

Die Gesamtgruppe erreichte einen Tagesdurchschnitt von $15.563,49 \pm 4.468,38$ Schritten (Frauen $15.171,18 \pm 4.714,95$ Schritte/Tag, Männer $16.562,09 \pm 3.784,36$ Schritte/Tag). Ausgewählte Ergebnisse sind in den Abbildungen 2 und 3 dargestellt.

Im Posttest war eine signifikante Reduzierung des Bauchumfanges in allen Gruppen nachweisbar. Der Bauchumfang verringerte sich signifikant bei den Frauen um $-0,97$ cm ($p = .007$), bei den Männern um $-1,19$ cm ($p = .034$) sowie in der Gesamtgruppe um $-1,03$ cm ($p = .001$).

Für den diastolischen Blutdruck konnte im Gesamtkollektiv ($-2,94$ mmHg, $p = .020$) und in der Gruppe der Männer ($-6,71$ mmHg, $p = .004$ im Unter-

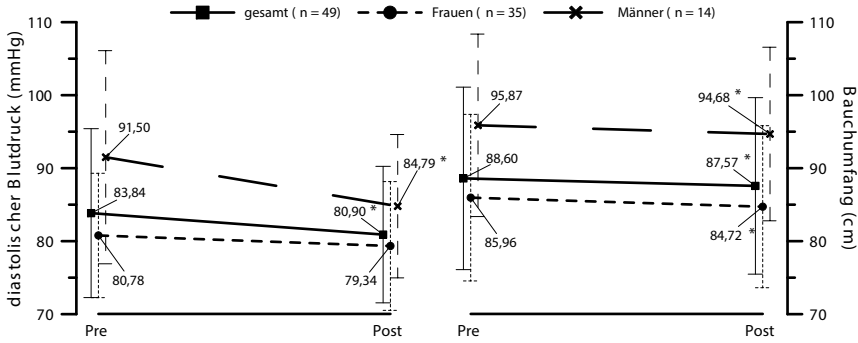


Abbildung 2: Veränderung des diastolischen Blutdrucks und des Bauchumfangs im Untersuchungsverlauf ($M \pm SD$; * = signifikanter Unterschied ($p \leq 0,05$) zum Pretest, (Preuß et al., 2015)).

suchungsverlauf eine signifikante Senkung beobachtet werden. Bei den Frauen zeigte sich eine nicht signifikante Verringerung von $-1,43$ mmHg ($p = .312$). Für die systolischen Blutdruckwerte waren in allen Gruppen keine signifikanten Veränderungen nachweisbar.

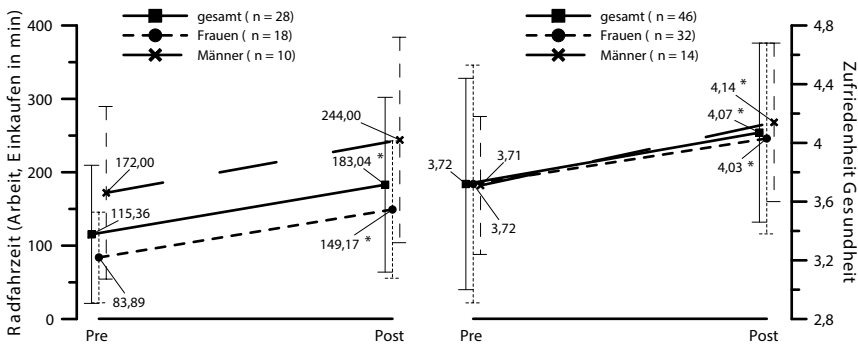


Abbildung 3: Veränderung der wöchentlichen Radfahrzeit und der Zufriedenheit mit der Gesundheit im Untersuchungsverlauf ($M \pm SD$; * = signifikanter Unterschied ($p \leq .05$) zum Pretest, (Preuß et al., 2015)).

Für die körperliche Aktivität konnte im Untersuchungsverlauf eine signifikante Steigerung der wöchentlichen Fahrradfahrzeit (im Alltag) in der Gesamtgruppe um $68,68$ min ($p = .005$) und in der Gruppe der Frauen um $65,28$ min ($p = .027$) nachweisbar. Bei den Männern zeigte sich hier eine tendenzielle Erhöhung von $72,00$ min ($p = .065$).

Der WHOQOL-Fragebogen zeigte im Posttest eine signifikante Zunahme der Zufriedenheit mit der Gesundheit in allen Gruppen. In der Gesamtgruppe war eine signifikante Erhöhung um $0,35$ ($p = .002$), bei den Frauen um $0,31$ ($p = .017$) und bei den Männern um $0,43$ ($p = .029$) nachweisbar, so dass zum Zeitpunkt des

Posttestes die Zufriedenheit mit der Gesundheit mit »zufrieden« bis »sehr zufrieden« bewertet wurde. Weitere Ergebnisse zur subjektiven Gesundheit zeigten gruppenspezifisch positive Effekte im Posttest. So wurden z. B. die Möglichkeit der Freizeitaktivitäten sowie die Summenscores zur physischen und psychischen Gesundheit gruppenspezifisch nach der Intervention als besser empfunden (Preuß et al., 2015).

Fazit

Im Rahmen des Gehwettbewerbs wurde von den Universitätsangehörigen das zur Gesundheitsprävention empfohlene Schrittpensum von 10.000 Schritten/Tag übertroffen und somit ein gesundheitswirksamer Umfang von körperlicher Aktivität erreicht und nachgewiesen. Die positiven Auswirkungen auf die untersuchten objektiven und subjektiven Gesundheitsparameter stützen die wissenschaftlichen Empfehlungen für gesteigerte körperliche Aktivität im inner- und außerbetrieblichen Kontext (Brown et al., 2012; Conn et al., 2009; Kramer, Sockoll, & Bödeker, 2010; Strijk et al., 2013). Auf Basis der dargestellten Ergebnisse sollten weitere sensibilisierende Maßnahmen in Bezug auf die Gesundheit und körperlicher Aktivität sowie motivierende Maßnahmen zur Erhöhung der körperlichen Aktivität und sportlichen Bewegung durchgeführt werden. Da dauerhafte Verhaltensänderungen in der Regel nicht durch Einzelmaßnahmen erreicht werden können, ist eine Einbettung in ganzheitliche, nachhaltige Konzepte im Rahmen eines Gesundheitsmanagements notwendig. Das langfristige Ziel liegt darin, eine Basis für eine nachhaltige und intrinsische motivierte Gesundheitskompetenz zu schaffen. In einem übergeordneten Kontext leistete der Gehwettbewerb einen bedeutenden Beitrag, Gesundheit als Wert in der Universität Bonn zu verankern. Weitere Details zur Studie sind bereits publiziert worden (Preuß et al., 2015).

Pausenexpress für Beschäftigte

Nicht nur ein gewisses Maß von körperliche Aktivität und Sport ist aus gesundheitspräventiver Sicht unerlässlich, sondern auch die Unterbrechung von langen, ununterbrochenen Sitzzeiten ist für die Reduzierung von Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen von enormer Bedeutung. Ganzheitliche Empfehlungen zur Gesundheitsprävention sollten ein sinnvolles Gleichgewicht zwischen sitzenden und stehenden Tätigkeiten sowie moderater und intensiver körperlicher Aktivität im Alltag berücksichtigen (Saeidifard et al., 2018; van der Ploeg & Hillsdon, 2017).

Bewegungspausen sind geeignet, lange Sitzzeiten im Alltag zu durchbrechen

und gleichzeitig eine Aktivierung des Organismus im Sinne moderater körperlicher Aktivität herbeizuführen. Darüber hinaus können Bewegungspausen einen Beitrag zur Verbesserung der Konzentration und Leistungsfähigkeit leisten (Carr et al., 2016; Chang, Labban, Gapin, & Etnier, 2012; Schulz, Meyer, & Langguth, 2012) und haben durch die soziale Interaktion in der Gruppe einen positiven Einfluss auf das Arbeitsklima und die Arbeitsgemeinschaft und das soziale Arbeitsumfeld (Michishita et al., 2017; Taylor et al., 2013; Taylor, Horan, Pinion, & Liehr, 2014). Hinzu kommt die individuelle Sensibilisierung für ein aktives Pausenverhalten.

Zur Integration eines bewegten Pausenverhaltens an Hochschulen wurde 2010 an den Mitgliedshochschulen des Allgemeinen Deutschen Hochschulsportverbandes (adh) mit der Unterstützung aus Mitteln des DOSB -Innovationsfonds (DOSB = Deutscher Olympischer Sportbund) der sogenannte Pausenexpress zunächst für die Beschäftigten entwickelt. Die Ziele dieser Bewegungspause liegen in den Bereichen Stressabbau, Verbesserung des Arbeitsklimas und Förderung des Arbeitsschutzes (Allgemeiner Deutscher Hochschulsportverband, 2010b). Beim Pausenexpress handelt es sich um eine 15-minütige Bewegungspause mit Mobilisations-, Kräftigungs-, Dehnungs- und Entspannungsübungen. Der Pausenexpress findet in Kleingruppen mit vier bis acht Teilnehmern direkt am Arbeitsplatz statt und wird von einem geschulten Pausenexpresstrainer angeleitet.

In einem einjährigen Pilotprojekt (November 2014 – November 2015) wurde der Pausenexpress für die Beschäftigten an der Universität Bonn implementiert und wissenschaftlich begleitet. Die Interventionsstudie führten Healthy Campus Bonn und die Zentrale Betriebseinheit Hochschulsport in Zusammenarbeit dem Zentrum für Evaluation und Methoden (ZEM) der Rheinischen-Friedrich-Wilhelms Universität Bonn durch. Das Pilotprojekt wurde von der Techniker Krankenkasse (TK) im Rahmen eines Kooperationsvertrages unterstützt.

Die zentralen Fragestellungen untersuchten den Einfluss der regelmäßigen Teilnahme am Pausenexpress:

- auf das Arbeitsklima, die Bürogemeinschaft und die sozialen Kontakte,
- auf die Bewegung und körperliche Aktivität im Alltag,
- auf die Lebensqualität und das Wohlbefinden und
- auf die Gesundheitskompetenz.

Stichprobe

Zu Studienbeginn wurden 129 Teilnehmer (81 Frauen und 48 Männer) aus Technik und Verwaltung sowie aus dem Institut für Ernährungs- und Lebensmittelwissenschaften und dem Mathematischen Institut in die Interventionsgruppe eingeschlossen. Über den Interventionszeitraum beantworteten 52 Teilnehmer in der Interventions- und 32 Teilnehmer in der Kontrollgruppe zu allen Messzeitpunkten die Fragebogenerhebung. Die Teilnehmer der Interventionsgruppe nahmen zweimal wöchentlich an einer Pausenexpressseinheit teil, während die Kontrollgruppe keine strukturierte und angeleitete Bewegungspause ausführte.

Methodik

Die onlinebasierte Fragebogenerhebung wurde in der einjährigen Interventionsphase insgesamt fünfmal (Prätest, Midtest 1, 2, 3 und Posttest, s. Abbildung 4) durchgeführt und beinhaltete:

- Freiburger Fragebogen zur körperlichen Aktivität (Frey et al., 1999),
- Fragebogen zur Lebensqualität und zum Wohlbefinden (World Health Organization, 2012) und
- Fragebogen zur Gesundheitskompetenz (Lenartz, 2012).

Darüber hinaus wurde unter Einsatz des Basisfragebogens vom allgemeinen deutschen Hochschulsportverband (2010a) die Evaluation des Pausenexpresses erfasst und um Fragen zur Auswirkung auf das Arbeitsklima sowie zur Fortführung ergänzt.

Zur deskriptiven Datenauswertung wurde das Tabellenkalkulationsprogramm Microsoft Office 2010[®] und für die weitere inferenzstatistische Auswertung das Statistik Software Programm IBM[®] SPSS[®] 23 für Windows[®] (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) verwendet. Die Ergebnisse der statistischen Datenanalyse werden in Anlehnung an den Standard der American Psychological Association (2010) dargestellt. Die Unterschiedsprüfung der Fragebogenerhebungen erfolgte mit dem allgemeinen linearen Modell (Varianzanalyse mit Messwiederholung). Die Irrtumswahrscheinlichkeit wurde auf $\alpha \leq .05$ festgelegt.

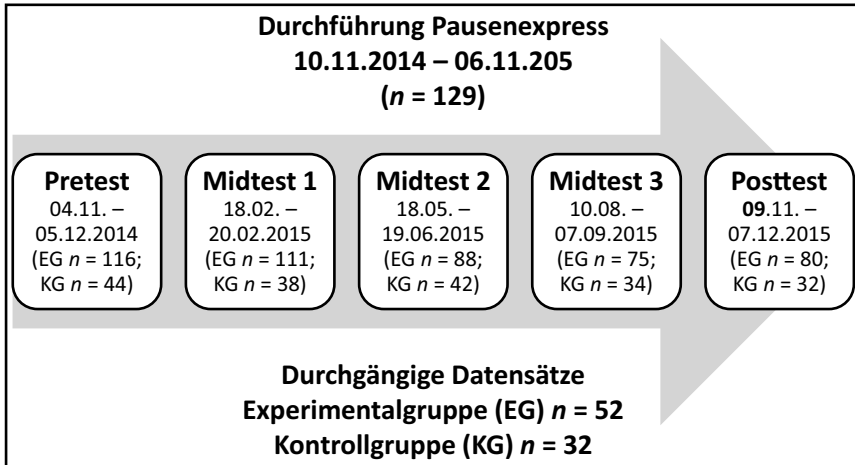


Abbildung 4: Untersuchungsplan Pausenexpress-Interventionsstudie für Beschäftigte.

Ergebnisse

Für die durchgeführte Fragebogenerhebung werden für die jeweiligen Fragebögen ausgewählte Ergebnisse zusammenfassend beschrieben und in den folgenden Abbildungen dargestellt.

Der *Basisfragebogen* zeigte, dass mehr als 80 % der Beschäftigten den 15-minütigen Pausenexpress sehr gut in den Arbeitsalltag integrieren (Abbildung 5) und rund drei Viertel der Teilnehmenden neue Energie für den Arbeitsalltag tanken (Abbildung 6) konnten.

Im Untersuchungsverlauf gaben zwischen 78 % und 96 % der Teilnehmenden an, nach Beendigung der Pilotphase eine Fortführung des Pausenexpresses zu nutzen und rund zwei Drittel wären bereit, einen Kostenbeitrag dafür zu entrichten (Abbildung 7 und 8).

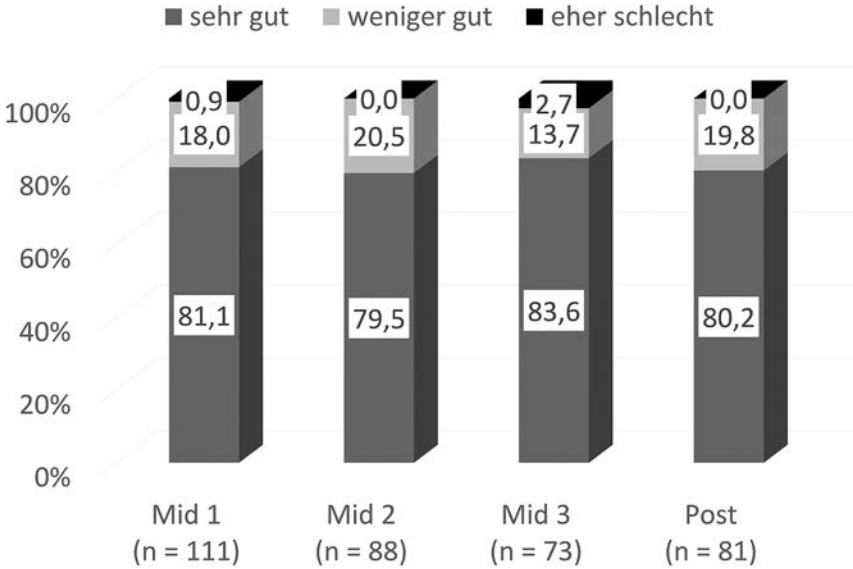


Abbildung 5: Wie gut war der Pausenexpress in Ihren Arbeitsalltag integriert?

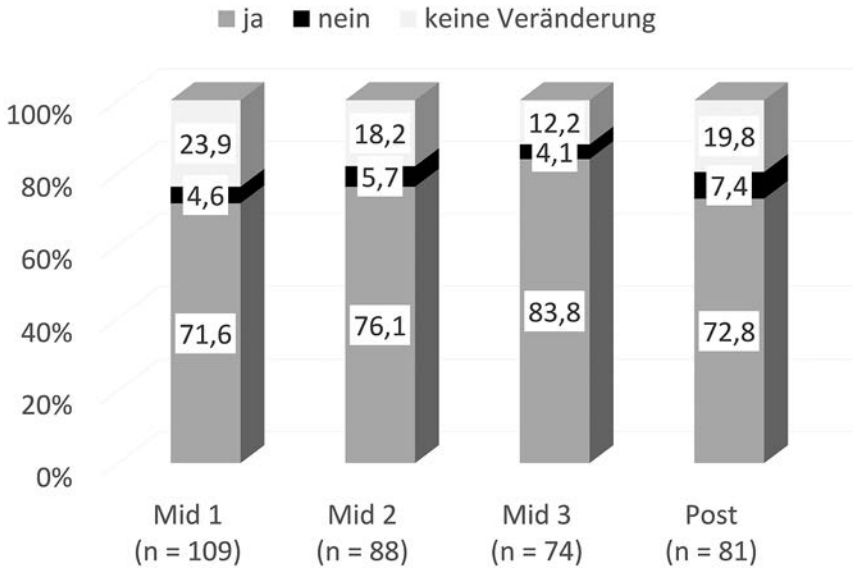


Abbildung 6: Hatten Sie das Gefühl durch die Teilnahme am Pausenexpress neue Energie tanken zu können?

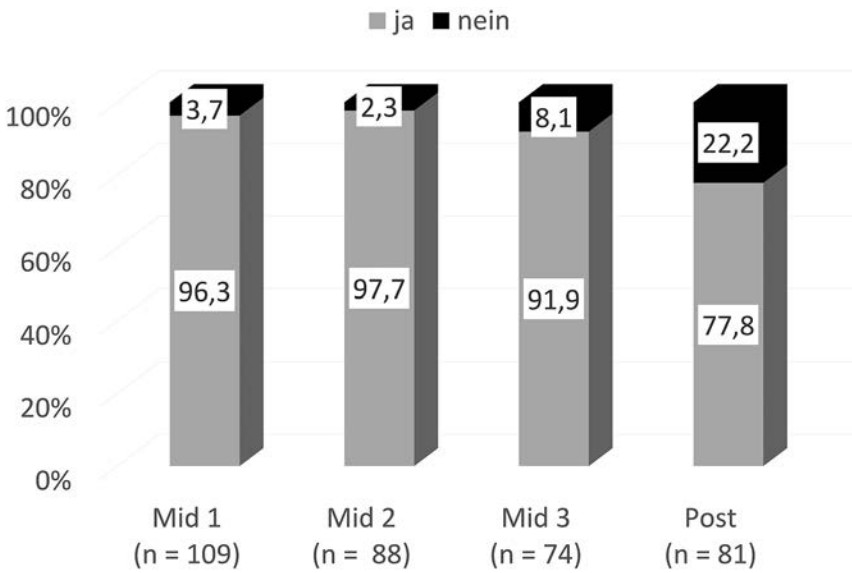


Abbildung 7: Würden Sie das Angebot des Pausenexpresses weiterhin nutzen wollen?

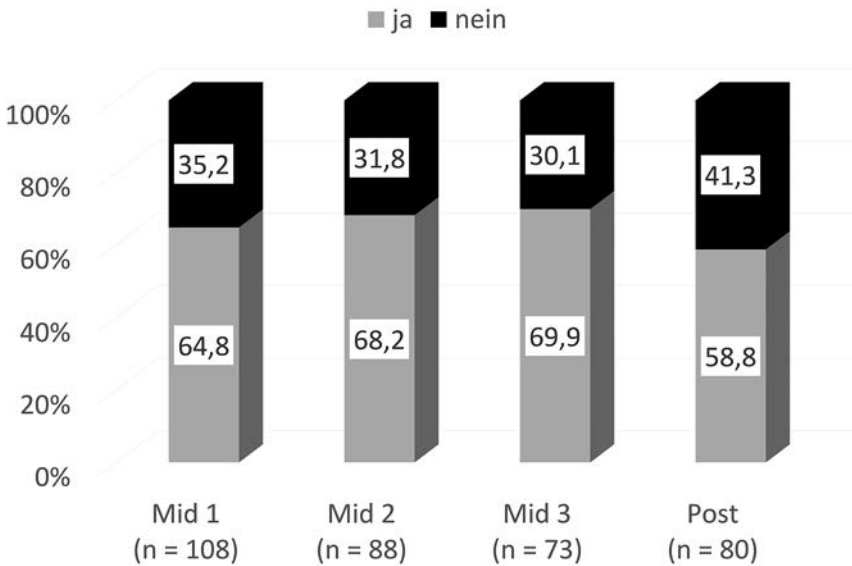


Abbildung 8: Würden Sie den Pausenexpress auch buchen, wenn er kostenpflichtig ist?

Exemplarisch zeigten die Ergebnisse des *Freiburger Fragebogens zur körperlichen Aktivität* für die tägliche Gehzeit (Minuten/Woche) sowie die körperliche Aktivität im Alltag (Basisaktivitäten, Minuten/Woche) und die körperliche Aktivität in der Freizeit (Freizeitaktivitäten, Minuten/Woche) sowohl in der Experimental- als auch in der Kontrollgruppe einen Anstieg in den Sommermonaten, der im weiteren Untersuchungsverlauf wiederum abfiel. Hier könnte ein »saisonaler« Effekt zugrunde liegen, da die körperliche Aktivität in den Sommermonaten oftmals erhöht ist und sich in den Wintermonaten wiederum reduziert. Von Pre- zu Posttest waren in beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede nachweisbar (Abbildungen 9 bis 11):

- Die Gehzeit (Minuten/Woche) nahm in der Experimentalgruppe von Pre- zu Posttest um 36,88 Minuten/Woche zu ($p = .549$), während diese sich in der Kontrollgruppe nach einem zwischenzeitlichen Anstieg von Pre- zu Posttest um 39,17 Min/Woche ($p = .696$) reduzierte.
- Die Basisaktivitäten (Minuten/Woche) nahmen in der Experimentalgruppe von Pre- zu Posttest um 30,50 Minuten/Woche zu ($p = .263$), während diese sich in der Kontrollgruppe von Pre- zu Posttest um 73,75 Min/Woche ($p = .187$) reduzierte.
- Für die Freizeitaktivitäten (Minuten/Woche) zeigte sich in der Experimentalgruppe von Pre- zu Posttest ein Anstieg von 73,37 Minuten/Woche ($p = .174$) und in der Kontrollgruppe war eine Reduzierung von 79,30 Minuten/Woche ($p = .359$) zu verzeichnen.

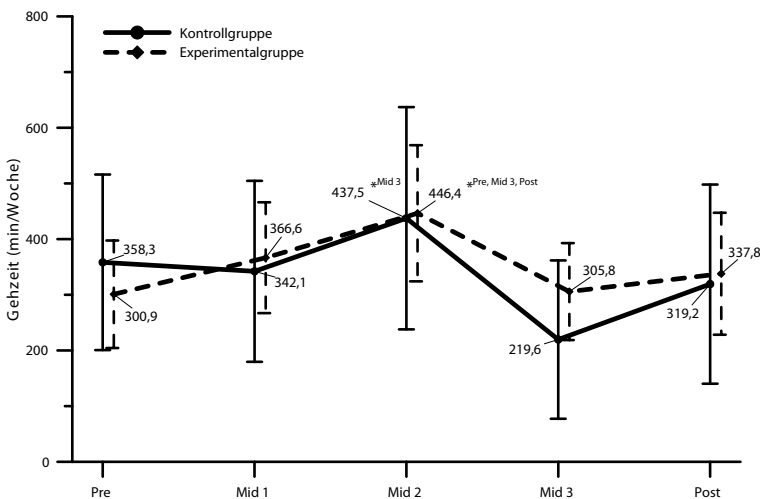


Abbildung 9: Veränderung der Gehzeit (Minuten pro Woche) in der Experimentalgruppe (EG; $n = 32$) und Kontrollgruppe (KG; $n = 12$) der Beschäftigten (*^{Pre}, signifikanter Unterschied ($p \leq .05$) zum Pretest; *^{Mid3}, signifikanter Unterschied ($p \leq .05$) zum Midtest 3; *^{Post}, signifikanter Unterschied ($p \leq .05$) zum Posttest; Fehlerbalken, 95 % Konfidenzintervall).

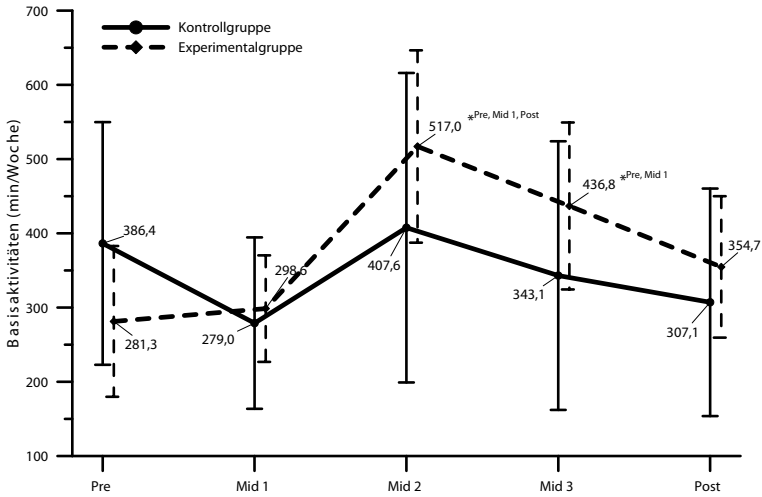


Abbildung 10: Veränderung der körperlichen Aktivität im Alltag (Basisaktivitäten, Minuten pro Woche) in der Experimentalgruppe (EG; $n = 44$) und Kontrollgruppe (KG; $n = 17$) der Beschäftigten (*^{Pre}, signifikanter Unterschied ($p \leq .05$) zum Pretest; *^{Mid1}, signifikanter Unterschied ($p \leq .05$) zum Midtest 1; *^{Post}, signifikanter Unterschied ($p \leq .05$) zum Posttest; Fehlerbalken, 95 % Konfidenzintervall).

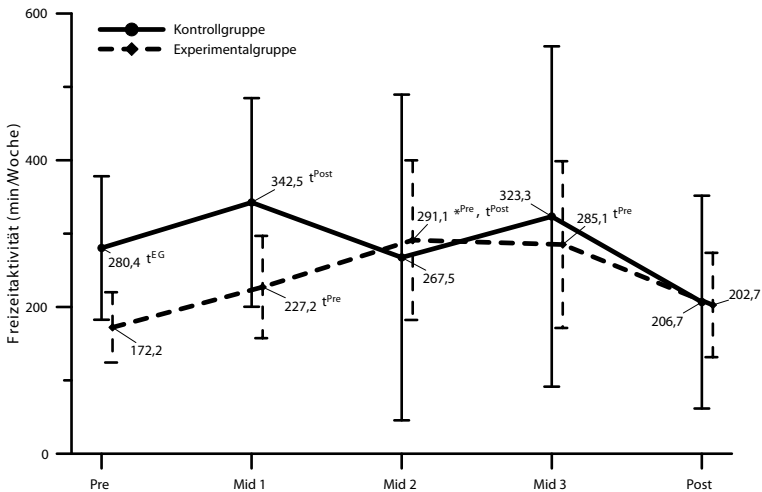


Abbildung 11: Veränderung der körperlichen Aktivität in der Freizeit (Freizeitaktivitäten, Minuten pro Woche) in der Experimentalgruppe (EG; $n = 25$) und Kontrollgruppe (KG; $n = 6$) der Beschäftigten (*^{Pre}, signifikanter Unterschied ($p \leq .05$) zum Pretest; t^{Pre}, tendenzieller Unterschied zum Pretest, $p \leq .10$; t^{Post}, tendenzieller Unterschied zum Posttest, $p \leq .10$; t^{EG}, tendenzieller Unterschied zur Experimentalgruppe, $p \leq .10$; Fehlerbalken, 95 % Konfidenzintervall).

Beim regelmäßigen Treppensteigen legten die Teilnehmer der Experimentalgruppe im Untersuchungsverlauf täglich 2,03 ($p = .233$) mehr Stockwerke von Pre- zu Posttest zurück, während sich bei den Teilnehmern der Kontrollgruppe die Anzahl der gestiegenen Stockwerke pro Tag vom Pre- zu Posttest um 3,40 ($p = .215$, s. Abbildung 12) reduzierte.

Insgesamt waren für alle abhängigen Variablen zu allen Messzeitpunkten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen nachweisbar.

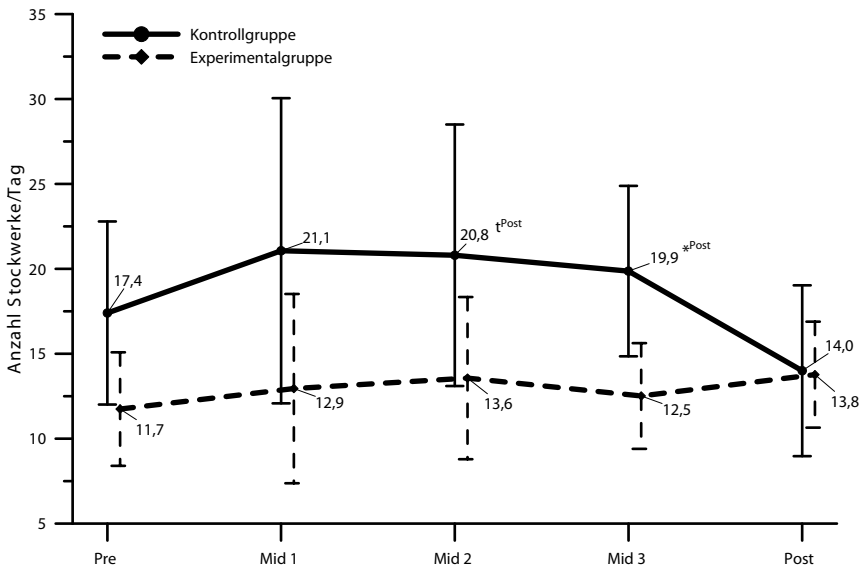


Abbildung 12: Veränderung der Anzahl der Stockwerke/Tag beim regelmäßigen Treppensteigen in der Experimentalgruppe (EG; $n = 39$) und Kontrollgruppe (KG; $n = 15$) der Beschäftigten (^{*Post}, signifikanter Unterschied ($p \leq .05$) zum Posttest; ^{t^{Post}}, tendenzieller Unterschied zum Posttest, Fehlerbalken, 95 % Konfidenzintervall).

Im *WHOQOL-Fragebogen* wurde sowohl die subjektive Beurteilung der Lebensqualität (Abbildung 13) als auch die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit (Abbildung 14) von den Beschäftigten der Experimentalgruppe jeweils auf einer Skala von 1 bis 5 (1 = sehr schlecht bzw. sehr unzufrieden bis 5 = sehr gut bzw. sehr zufrieden) vom Pretest zum Posttest signifikant besser empfunden. Die geringen Veränderungen in der subjektiven Einschätzung der Lebensqualität und der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit blieben bei den Teilnehmern der Kontrollgruppe über den Untersuchungszeitraum statistisch unbedeutend. Ein Gruppenunterschied konnte für beide Items nicht nachgewiesen werden.

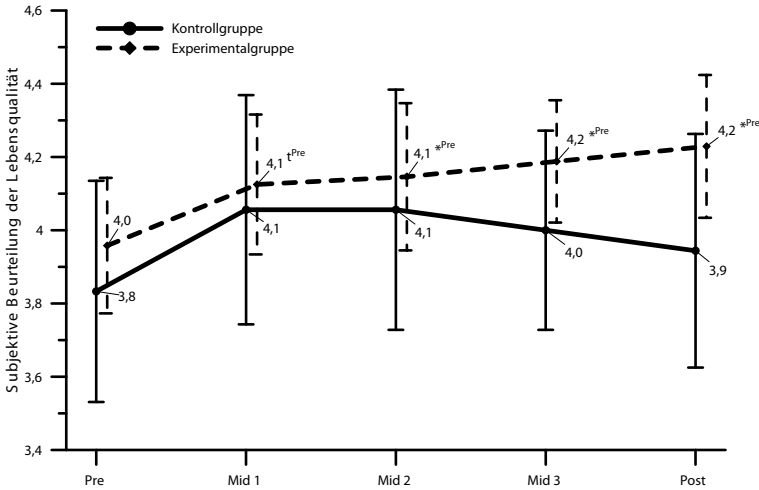


Abbildung 13: Veränderung der subjektiven Beurteilung der Lebensqualität in der Experimentalgruppe (EG, $n = 48$) und Kontrollgruppe (KG, $n = 18$) der Beschäftigten (^{*Pre}, signifikanter Unterschied ($p \leq .05$) zum Pretest; ^{tPre}, tendenzieller Unterschied zum Pretest, $p \leq .10$; Fehlerbalken, 95 % Konfidenzintervall).

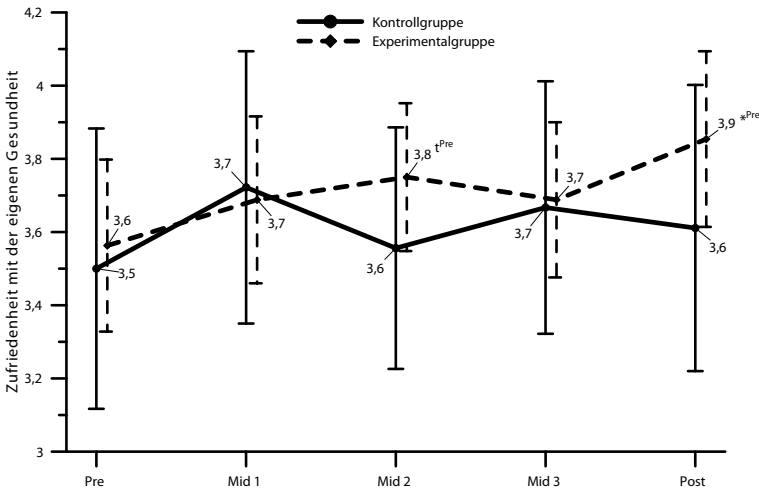


Abbildung 14: Veränderung der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit in der Experimentalgruppe (EG, $n = 48$) und Kontrollgruppe (KG, $n = 18$) der Beschäftigten (^{*Pre}, signifikanter Unterschied ($p \leq .05$) zum Pretest; ^{tPre}, tendenzieller Unterschied zum Pretest, $p \leq .10$; Fehlerbalken, 95 % Konfidenzintervall).

Zudem konnten in den vier Bereichen physische und psychische Gesundheit, soziale Beziehungen und soziales Umfeld im Untersuchungsverlauf konstante bis leicht ansteigende Mittelwerte (dies entspricht einer besseren Lebensqualität) als beim Pretest beobachtet werden. In der Experimentalgruppe konnte für den Bereich der psychischen Gesundheit ein tendenzieller Anstieg vom Pretest zum zweiten ($p = .097$) und vierten ($p = .084$) Messzeitpunkt sowie zum Posttest ($p = .080$) festgestellt werden. In der Kontrollgruppe zeigte sich hier ebenfalls vom Pretest zum zweiten Messzeitpunkt ein tendenzieller Anstieg ($p = .076$). Die Einschätzung der physischen Gesundheit offenbarte in der Kontrollgruppe einen signifikanten Anstieg vom Pretest zum dritten ($p = .010$) und vierten ($p = .031$) Messzeitpunkt, während dieser in der Experimentalgruppe statistisch unbedeutend blieb. Der Bereich des sozialen Umfeldes wurde in beiden Gruppen vom Pretest über den gesamten Untersuchungsverlauf hinweg als signifikant (Experimentalgruppe: $p = .002$ bis $.039$; Kontrollgruppe $p = .002$ bis $.005$) besser empfunden. Es waren in allen Bereichen keine Gruppenunterschiede nachweisbar.

Die einzelnen Dimensionen – Selbstregulation, Selbstkontrolle, Selbstwahrnehmung, Verantwortungsübernahme, Kommunikation & Kooperation und Umgang mit Gesundheitsinformationen – bilden das Konstrukt der *Gesundheitskompetenz* und tragen je nach Ausprägung zu psychischem und physischem Wohlbefinden sowie gesundheitsorientierten Verhalten bei (Lenartz, 2012). Im Rahmen der Auswertung des *Gesundheitskompetenzfragebogens* werden exemplarisch die Selbstregulation und die Selbstkontrolle dargestellt, da beide Dimensionen die besten Prädiktoren für die Gesundheit darstellen (Lenartz, 2012).

Die Werte für die Selbstregulation lagen in beiden Gruppen im gesamten Untersuchungsverlauf über dem von Lenartz (2012) angegebenen Referenzwert von 11. Während die Selbstregulation in der Experimentalgruppe von Pretest zu Posttest geringfügig sank, blieb diese in der Kontrollgruppe konstant (Abbildung 15).

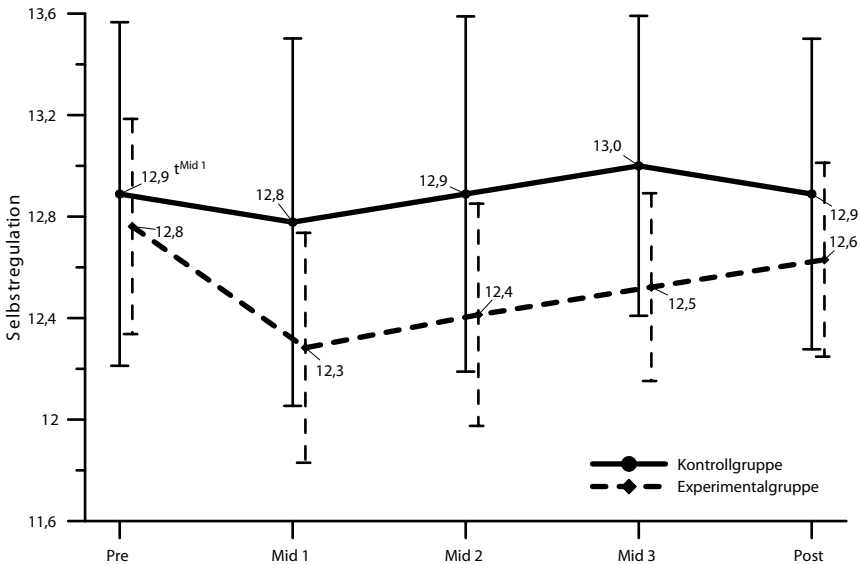


Abbildung 15: Veränderung der Skalenwerte der Gesundheitskompetenz »Selbstregulation« der Beschäftigten der Experimental- (Pre $n = 46$) und Kontrollgruppe (Pre $n = 18$) der Beschäftigten (t^{Mid1} , tendenzieller Unterschied zum Midtest 1, $p \leq .10$; Fehlerbalken, 95 % Konfidenzintervall).

Eine nähere Betrachtung der »Selbstkontrolle« zeigt sowohl in der Experimentalgruppe als auch in der Kontrollgruppe eine geringere Ausprägung im Vergleich zum Referenzwert nach Lenartz (2012) von 12. In der Experimentalgruppe war eine Verringerung des Skalenwertes um 0,44 ($p = 183$) von Pre- zu Posttest zu verzeichnen, während in der Kontrollgruppe ein signifikanter Anstieg von 1,39 ($p = .009$) zu verzeichnen war. Zwischen den Gruppen lag ein tendenzieller Unterschied ($p = .051$) beim Pretest vor.

Die Ergebnisse zur Gesundheitskompetenz zeigen weiteren Forschungsbedarf zu den Auswirkungen von aktiven Pausenprogrammen auf die Gesundheitskompetenz auf.

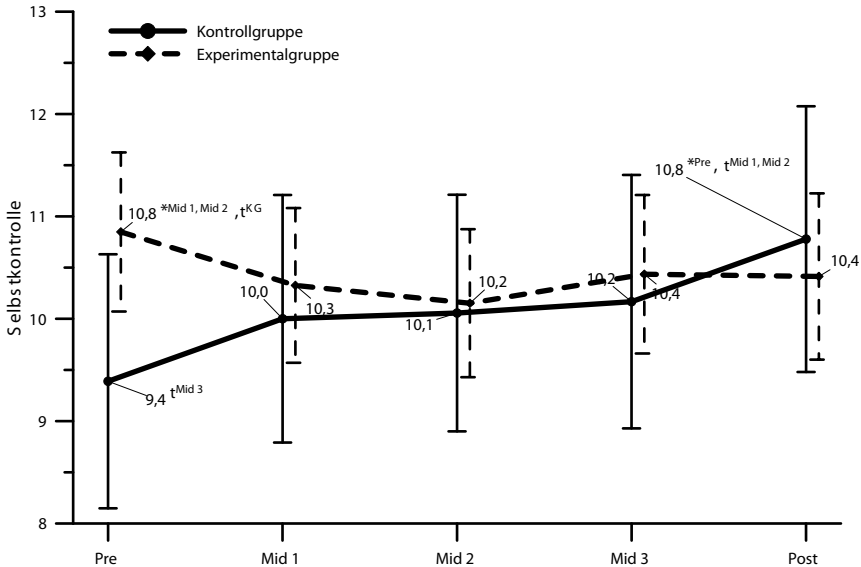


Abbildung 16: Veränderung der Skalenwerte der Gesundheitskompetenz »Selbstkontrolle« der Beschäftigten der Experimental- (Pre $n = 46$) und Kontrollgruppe (Pre $n = 18$) der Beschäftigten (*^{Pre}, signifikanter Unterschied ($p \leq .05$) zum Pretest; *^{Mid1}, signifikanter Unterschied ($p \leq .05$) zum Midtest 1; *^{Mid2}, signifikanter Unterschied ($p \leq .05$) zum Midtest 2; ^{t_{Mid1}}, tendenzieller Unterschied zum Midtest 1, $p \leq .10$; ^{t_{Mid2}}, tendenzieller Unterschied zum Midtest 2, $p \leq .10$; ^{t_{Mid3}}, tendenzieller Unterschied zum Midtest 3, $p \leq .10$; Fehlerbalken, 95 % Konfidenzintervall).

Fazit

In der Interventionsstudie zum Pausenexpress konnten positive Auswirkungen auf subjektive Gesundheitsparameter, das Arbeitsklima und die körperliche Aktivität nachgewiesen werden. Darüber hinaus wurde der Pausenexpress in der Pilotphase gut angenommen und es bestand Interesse an der Fortführung sowie die Bereitschaft für die Teilnahme einen Kostenbeitrag zu leisten. Der Pausenexpress für die Beschäftigten wurde nach der Pilotphase verstetigt, in dem dieser fest in das Hochschulsportprogramm implementiert und in Kooperation mit Healthy Campus Bonn kontinuierlich angeboten wird. Einmal wöchentlich kann das Pausenexpressangebot von den Beschäftigten in der Arbeitszeit genutzt werden. Als mediale Begleitung wurden ein Übungsvideo und ein Übungsposter zum Pausenexpress erstellt, um die Beschäftigten zu einer zusätzlichen bewegten Pause am Arbeitsplatz zu motivieren. Die Qualitätssicherung wird durch die Ausbildung der Pausenexpresstrainerinnen und -trainer durch den Hochschulsport und ein begleitendes Übungsleitendenmanual mit einer Auswahl an Stundenbildern erreicht.

In weiteren wissenschaftlichen Begleitungen sollten neben weiteren langfristigen auch akute Auswirkungen des Pausenexpresses auf subjektive Gesundheitsparameter sowie auf Aufmerksamkeit und Konzentration untersucht werden. Darüber hinaus wäre auch der Einfluss auf das subjektive Stressempfinden von Forschungsinteresse. Weiterer Forschungsbedarf besteht hier ebenso zu den Auswirkungen auf die Gesundheitskompetenz.

Healthy Campus Studierendenbefragung – Feedback

Eine weitere Komponente stellt der Versuch dar, durch differenzierte Angaben über die Persönlichkeit der Befragten individuell abgestimmte spezielle Präventionsmaßnahmen zu entwickeln. Die Themen Leistung und Leistungsdruck, Leistungssteigerung, Leistungserhalt können dabei als Anlässe für neue Präventionsansätze dienen. Einige schon weiter oben beschriebenen Facetten der Gesundheitskompetenz und die im Folgenden skizzierten Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen erlauben eine solche differenzierte Ausrichtung von Interventionen.

Die Ergebnisse der Online-Befragung vor allem in diesen Bereichen Leistungsdruck, einiger Persönlichkeitsmerkmale (wie Disinhibition und Extraversion), aber auch bzgl. der Gesundheitskompetenz sollen also im Sinne einer Feedback-Schleife erst einmal speziell zur Anpassung der Angebote des Hochschulsports und später dann auch weiterer hochschulinterner Dienstleister an die Bedürfnisse der Studierenden genutzt werden. Hierbei ist eine Ausbalancierung zwischen den Wünschen der Studierenden und der sich aus ihren individuellen Profilen zur optimalen Intervention abzuleitenden Maßnahmen angestrebt. In Abstimmung mit dem jeweiligen Profil der Gesundheitskompetenz und Persönlichkeit der Befragten werden Empfehlungen zur Nutzung von Präventions- und Gesundheitsangeboten gegeben. Durch weiterführende Hinweise zur Unterstützung eines gesunden Lebensstils und zur Förderung der hierfür wichtigen Kompetenzen soll eine optimale Passung und Ausschöpfung des Angebots mit bestmöglicher interventiver Wirksamkeit verknüpft werden.

Bei der Online-Befragung der Erstsemesterstudierenden im Wintersemester 2013/14 wurde erstmals ein solches individuelles Feedback implementiert. Dieses Feedback soll natürlich auch den Mehrwert der Befragung für die Studierenden erhöhen und sie zur Teilnahme motivieren. Nach einer Zustimmung der Befragten zur Präsentation des Feedbacks wird dieses am Ende der Befragung in Form eines individuellen Fließtextes angezeigt. Der Inhalt des Feedbacktextes ist abhängig vom Profil der Antworten der Befragten auf die entsprechenden Items in diesen Bereichen Leistungsdruck, Persönlichkeit, Ge-

sundheitskompetenz (s. im Folgenden). Die Akzeptanz des Feedbacks war sehr ausgeprägt: Über 90 % der Befragten wollen das Feedback erhalten.

Leistungsdruck

Die Leistungsdruckskala besteht aus fünf Items, bei denen verschiedene Lebensbereiche im Hinblick auf die Frage »Wie stark verspürten Sie in den letzten 12 Monaten in den nachfolgend genannten Bereichen: *Studium, Job neben dem Studium, Freizeit/Hobbies, Familiärer Bereich, Sonstiges und zwar: _____* Erwartungs- bzw. Leistungsdruck?« auf einer vierstufigen Skala von Doppelminus (--) zu Doppelplus (++) bewertet werden.

Feedback

Ein Feedback bzgl. eines hohen Leistungsdruckempfindens wird präsentiert, wenn die Antworten der Befragten zweimal ++, dreimal + oder einmal ++ und zweimal + beinhalten. In diesem Fall werden ein Hinweistext und eine Empfehlung und Verlinkung auf die Entspannungsangebote des Hochschulsportprogramms der Universität Bonn präsentiert und dazu eine Verlosungsteilnahme für Entspannungskurse (z. B. Yoga): *Ihre Antworten deuten darauf hin, dass Ihr Alltag teilweise sehr stressig und anstrengend ist. Dies kann sehr belastend sein, daher kann es hilfreich sein, wenn man sich in der Freizeit einen entspannenden Ausgleich schafft. Im Rahmen des Hochschulsportprogramms der Uni Bonn wird in dieser Hinsicht folgendes angeboten: Yoga, Autogenes Training, Entspannungstraining und Progressive Muskelrelaxation.* Dieses Feedback erscheint allerdings nur, wenn die Befragten nicht in einer vorherigen Frage angegeben hatten, bereits Entspannungstechniken, also relevante Sportarten zu nutzen. In diesem Fall wird stattdessen ein motivierendes Feedback präsentiert: *Ihre Antworten deuten darauf hin, dass Ihr Alltag teilweise sehr stressig und anstrengend ist. Dies kann sehr belastend sein, daher kann es hilfreich sein, wenn man sich in der Freizeit einen entspannenden Ausgleich schafft. Dies ist genau das, was Sie tun, sehr gut, weiter so!*

Ergebnisse zum Leistungsdruck

- Ein Drittel der Befragten hat einen hohen Score bzgl. Leistungsdruck.
 - 93,0 % dieser Gruppe haben das Leistungsdruck-Feedback mit einer Empfehlung für verschiedene »Entspannungstechniken« erhalten.
 - 7,0 % haben das lobende Leistungsdruck-Feedback erhalten.

- Insgesamt nur 9,2 % der Befragten macht Yoga, Pilates oder eine andere entspannende Sportart.
- Die weiblichen Befragten haben signifikant höhere Werte beim Leistungsdruck und machen eher Yoga, Pilates und andere Entspannungstechniken.

Disinhibition

Enthemmung (Disinhibition) erfasst als dritter Faktor der Sensation-Seeking-Skala (Beauducel & Brocke, 2003; Zuckerman, 1994) die Tendenz zu sozial und sexuell enthemmtem Verhalten, beispielsweise soziales Trinken. Im Folgenden einige der 10 Items, bei denen es darum geht, Präferenzen für die Aussage A oder Aussage B zu äußern:

Aussage A: Ich mag wilde und zügellose Parties. *Aussage B:* Ich bevorzuge ruhige Parties mit guter Konversation.

Aussage A: Ich bin nicht an Erfahrungen um ihrer selbst willen interessiert. *Aussage B:* Ich liebe neue und aufregende Erfahrungen, auch wenn sie manchmal etwas unkonventionell oder illegal sind.

Aussage A: Jeder Mensch sollte möglichst viele sexuelle Erfahrungen sammeln. *Aussage B:* Ich finde, man kann mit einem oder wenigen Partnern ausreichend sexuelle Erfahrungen machen.

In der Disinhibitionskala erhalten die Befragten einen Punkt für jedes der zehn, im Hinblick auf das Konstrukt positiv beantworteten Items. Entsprechend bewegt sich der Gesamtscore für diese Skala zwischen minimal null und maximal zehn Punkten.

Feedback

Von einem hoch ausgeprägten Wert in Disinhibition wird für Frauen bei mindestens sechs Zustimmungen, für Männern bei mindestens sieben Zustimmungen ausgegangen. Das Feedback beinhaltet neben einem entsprechenden Erläuterungstext einen Hinweis auf verschiedene Kampfsportarten sowie das Kletterangebot im Hochschulsportprogramm der Universität Bonn inklusive entsprechenden URL-Links. Wenn also Disinhibition hoch ist und keine relevante Sportart ausgeübt wird, dann erscheint folgender Text: *Sie scheinen jemand zu sein, dem Aufregung und Abwechslung sehr wichtig sind. Sicherlich gilt das für Sie auch in sportlicher Hinsicht. Das Hochschulsportprogramm der Uni Bonn bietet in diesem Bereich diverse Sportkurse an: Klettern, Kampfsportangebote (wie beispielsweise Kickboxen, Karate und Thaiboxen). Sollten die Befragten bereits eine dieser Sportarten ausüben, hat das Feedback »lediglich« einen lobenden Charakter: Sie scheinen jemand zu sein, dem Aufregung und*

Abwechslung sehr wichtig ist. In sportlicher Hinsicht üben Sie dahingehend genau die richtigen Sportarten aus, sehr gut!

Ergebnisse zum Leistungsdruck

- 86,8 % der Befragten haben einen normalen Score hinsichtlich Disinhibition, 13,2 % also einen hochausgeprägten Wert.
- 87,2 % dieser letztgenannten Gruppe haben das Disinhibition-Feedback mit einer Empfehlung der »Extremsportarten« erhalten.
- 12,8 % haben das lobende Disinhibition-Feedback erhalten.
- 90,2 % der Befragten machen weder Klettern, noch Kampfsport.
- Die männlichen Befragten haben signifikant höhere Werte bei Disinhibition und machen eher Kampfsport oder Klettern.

Extraversion

Ein weiteres Feedback basiert auf dem so genannten Fünf-Faktoren-Modell (Big Five-Inventory – John, Donahue, & Kentle, 1991), welches seit den 90er Jahren das meist etablierte und am weitgehendsten akzeptierte Modell der Persönlichkeit und heutzutage das Referenzmodell für Persönlichkeitsbeschreibung schlechthin ist. Es umfasst die fünf Faktoren Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, Neurotizismus und Offenheit. Die Big Five haben sich allgemein als gute Prädiktoren erwiesen. So sind z. B. niedrige Werte in Neurotizismus und hohe Werte in Gewissenhaftigkeit mit Gesundheit und einer längeren Lebensdauer assoziiert (z. B. Christensen et al., 2002; Friedman et al., 1995). Gewissenhaftigkeit ist ein zentraler Prädiktor für den beruflichen Erfolg (Schmidt & Hunter, 1998). Die Zufriedenheit mit ihrer Arbeit ist tendenziell größer bei Personen mit niedrigen Werten in Neurotizismus und hohen Werten in Extraversion und Gewissenhaftigkeit (Judge, Heller, & Mount, 2002). Im Rahmen von Healthy Campus wurde, im Hinblick auf den Gesamtumfang der Befragung, auf die Kurzversion BFI-10 (Rammstedt, 2007; Rammstedt & John, 2007) des Big Five-Inventories (44 items) zurückgegriffen. BFI-10 erfasst die fünf Faktoren der Persönlichkeit mit insgesamt zehn Items, zwei für jede Dimension. Die beiden Items für Extraversion lauten: *Ich bin eher zurückhaltend, reserviert* und *Ich gehe aus mir heraus, bin gesellig* mit den Antwortmöglichkeiten einer 5er-Skala von trifft überhaupt nicht zu bis trifft voll und ganz zu.

Feedback

Die Bedingung für ein Feedback ist dann erfüllt, wenn bei beiden Extraversionsitems mindestens eher zutreffend ausgewählt wird und wenn im Vorhinein kein Feedback zu Disinhibition gegeben wurde. Dies soll vermeiden, dass das Feedback zu umfangreich ausfällt.

Das Feedback besteht in einem Hinweistext und einer Linkliste zu den verschiedenen Mannschaftssportarten des Hochschulsportprogramms: *Sie scheinen tendenziell eine gesellige Person zu sein, die sich gerne mit anderen Menschen umgibt. Entsprechend könnten Mannschaftssportarten für Sie eine geeignete Form der sportlichen Betätigung darstellen. An mehreren Tagen der Woche können Sie im Rahmen des Hochschulsportprogramms der Uni Bonn Fußball, Basketball, Volleyball und Handball spielen. Die meisten dieser Kurse erfordern keine oder nur geringe Vorerfahrungen, schnuppern Sie einfach einmal rein!*

Sollte die befragte Person bereits Mannschaftssportarten ausüben, beinhaltet das Feedback auch in diesem Fall »lediglich« einige lobende Sätze: *Das Feedback bezieht sich auf verschiedene Lebensbereiche und gibt Hinweise, inwieweit bestimmte sportliche Betätigung Ihre Lebensqualität verbessern könnte. Ihren Antworten zufolge haben wir diesbezüglich nichts anzumerken, Sie scheinen ein ausgeglichener und sportlicher Mensch zu sein. Insofern bleibt uns nichts weiter zu sagen als: Bravo, weiter so!*

Ergänzung

Falls eine befragte Person bei allen drei Skalen (Leistung, Disinhibition, Extraversion) Antworten gibt, die kein »kompensatorisches« Feedback auslösen, erhält er nur ein allgemeines lobendes, also »stärkendes« Feedback mit einer Verlinkung zum Hochschulsportprogramm der Universität Bonn.

Gesundheitskompetenz

Nicht zuletzt ist hier auch der Einbezug der Gesundheitskompetenz in das Feedback-Konzept zu erwähnen. Unter dem Begriff der Gesundheitskompetenz – wie schon mehrfach betont – werden Fähigkeiten und Fertigkeiten zusammengefasst, die es dem Einzelnen ermöglichen, sein Leben so zu gestalten, dass es mit einer guten Gesundheit sowie psychischem und physischem Wohlbefinden einhergeht (Smith, Tang, & Nutbeam, 2006; World Healthy Organization, 1998). Dies umfasst gesundheitsrelevante Informationen wohlüberlegt für sich zu nutzen, mit anderen in Fragen der Gesundheit zu kommunizieren und zu kooperieren und – nicht zuletzt – eigene Ziele, Emotionen und Handlungen

unter Berücksichtigung innerer Zustände und Bedürfnisse gesundheitsgerecht zu steuern und zu regulieren. Gesundheitskompetenz stellt somit neben strukturellen und bestimmten motivationalen Aspekten die entscheidende Einflussgröße für adäquates Gesundheitsverhalten dar (Soellner, Huber, Lenartz & Rudinger, 2009; Soellner, Lenartz, Huber & Rudinger, 2010). Empirisch zeigen sich stabile und replizierbare Ergebnisse: Gesundheitskompetenz steht in einer positiven Beziehung zu Gesundheit und Wohlbefinden. Vor allem Fähigkeiten zur Selbstregulation und Selbstkontrolle bilden einen substantiellen Anteil der Gesundheitskompetenz (Lenartz, 2012). Selbstregulation (SR) wird als Fähigkeit im Umgang mit innerer Anspannung und Stress, zum Abschalten, zur Regulation innerer Zustände definiert. So lautet z. B. ein Item der SR-Skala: *Mir fällt es schwer zwischendurch abzuschalten und Pausen zu machen*. Selbstkontrolle (SK) ist als Fähigkeit zur Kontrolle innerer Impulse, zum Belohnungsaufschub. Selbstdisziplin im Umsetzen gefasster Entschlüsse definiert, z. B.: *Wenn ich etwas erreichen möchte, habe ich viel Disziplin bei der Umsetzung*. Maßnahmen und Programme zur Förderung der Gesundheitskompetenz sollten also Aspekte der Selbststeuerung (Oberbegriff für diese beiden Konzepte) explizit einbeziehen. Selbstregulation ist erforderlich, um die Wahrnehmung eigener Bedürfnisse in angemessene Handlungsalternativen zu übersetzen bzw. um die Integration konkurrierender Emotionen und Handlungstendenzen zu gewährleisten, während Selbstkontrolle ermöglicht, die gewählte Handlungsalternative auch bei Auftreten von Schwierigkeiten gezielt weiter zu verfolgen. Konkret würde das heißen, jemand ist beim Auftreten von riskanten Situationen z. B. für Substanzmissbrauch in der Lage, alternative Handlungsalternativen zu suchen, die seine Bedürfnisse befriedigen.

Feedback

Für beide Komponenten der Selbststeuerung, also Selbstregulation und Selbstkontrolle wird der cut-off-Wert bzgl. hoher und niedriger (kritischer) Ausprägung zwischen 11 und 12 Skaleneinheiten angelegt, also ≤ 11 Punkte = niedrige/kritische Ausprägung, ≥ 12 Punkte jeweils hohe Ausprägung. Ca. 8 % der im Wintersemester 2013/14 Befragten stellen eine »kritische Gruppe« in dem Sinne dar, dass sie in beiden Skalen (SR und SK) jeweils nur maximal 11 Punkte haben ($SR \leq 11$ Punkte & $SK \leq 11$ Punkte – im Folgenden SR- und SK-). Ca. 64 % haben gute Ausprägungen in SR und SK ($SR \geq 12$ Punkte & $SK \geq 12$ Punkte – im Folgenden SR+ und SK+). Ca. 28 % werden nach diesem Vorgehen als »subkritische« Gruppe betrachtet, d. h. entweder auf der SR- oder der SK-Skala maximal 11 Punkte: $SR \geq 12$ Punkte & $SK \leq 11$ Punkte (knapp 10 % also SR+ & SK-) bzw. $SR \leq 11$ Punkte & $SK \geq 12$ Punkte (18,5 % also SR- und SK+).

Das Feedback für diese vier Gruppen ist modular aufgebaut. *Erfolgreich und*

ohne gesundheitliche Einbußen studieren zu können bedeutet auch, mit innerer Anspannung und Stress gut umgehen zu können, sich Ziele zu setzen, Entschlüsse zu fassen und diese konsequent und diszipliniert zu verfolgen, heißt es einfühlend. Die »SR-/SK-«-Gruppe bekommt dann die beiden folgenden Module als Feedback:

SR- Feedback-Modul

Sie sollten daher versuchen, Ihre Fähigkeiten zum Stressabbau und zur aktiven Entspannung zu verbessern und zu stärken. Dies können Sie beispielsweise durch das Ausüben von Ausgleichssportarten wie z. B. Yoga, Tai Chi, QiGong oder Progressive Muskelrelaxation erreichen. Auch der Hochschulsport unserer Universität macht hier viele Angebote.

SK- Feedback-Modul

Um Ihre Fähigkeit zur kontrollierten Umsetzung von Zielen zu verbessern, sollten Sie Sportarten ausüben, die diese Fähigkeiten stärken. Das sind vor allem Sportarten mit Trainingsprogrammen und /oder Wettbewerbsaspekten. Der Bonner Hochschulsport bietet hier mit Trainingsprogrammen wie beispielsweise die Halbmarathonvorbereitung, Kampfsportarten, Klettern und Mannschaftssportarten (unter Umständen mit Wettkampfabitionen) ein breites Angebotspektrum.

Für die SR+ (≥ 12 Punkte)-SK+ (≥ 12 Punkte)-Gruppe heißt es nach dem einfühlenden Satz: *Diese wichtigen Fähigkeitsbereiche sind bei Ihnen bereits gut ausgeprägt-* bevor das modulare Feedback aus den beiden folgenden Elementen erfolgt.

SR+ Feedback-Modul

Wenn Sie – darüber hinaus – nach Optimierung streben, dann wären zur aktiven Entspannung aus dem Angebot des Hochschulsports Ausgleichssportarten wie z. B. Yoga, Tai Chi, QiGong und Progressive Muskelrelaxation zu empfehlen.

SK+ Feedback-Modul

Wenn Sie Ihre Fähigkeit zur kontrollierten Umsetzung von Zielen noch weiter verbessern möchten, bietet der Bonner Hochschulsport Ihnen interessante Angebote mit Trainingsprogrammen wie z. B. die Halbmarathonvorbereitung, Kampfsportarten, Klettern und Mannschaftssportarten (unter Umständen mit Wettkampfabitionen).

Die beiden anderen Gruppen (SR+/SK- bzw. SR-/SK+) bekommen die entsprechenden Modulkombinationen als Feedback.

Fazit

Das Feedback wird durchaus positiv aufgenommen: Wie viele Studierende aber folgen dem Feedback-Ratschlag? Welche Wirkung hat die Akzeptanz des Ratschlags? Statt Kokain oder Smart-Pills nur noch Klettern oder Kick-Boxen? Oder verstärkt eins das andere: Kick auf Kick? Zur Beantwortung solcher Fragen ist eine Evaluation angezeigt bzw. das Feedback zum Feedback: Neben datenschutzrechtlichen Bedingungen (Speicherung der Befragten-ID) macht auch die Struktur der Stichprobe bei Wiederholungsbefragungen Probleme, denn es handelt sich nicht um ein klassisches echtes Längsschnitt-Design. Selbst die Kohortenzusammensetzung ändert sich über die Zeit (mal abgesehen von *Non-Respondern*) durch Wanderung nach Bonn und weg von Bonn.

Ausblick

Healthy Campus Bonn entwickelt den Aufbau eines an die Bedarfe und Struktur der Universität angepassten Konzepts für ein betriebliches und studentisches Gesundheitsmanagement kontinuierlich weiter. Durch interne und externe Vernetzung sowie wissenschaftliche Begleitung wird bedarfsorientiert auf die ständig wachsenden Herausforderungen und Veränderungsprozesse von Arbeit und Studium Einfluss genommen und diese Lebenswelt nachhaltig gewinnbringend für Beschäftigte und Studierende gestaltet. In diesem Sinne wird zukünftig das »Universitäre Gesundheitsmanagement« ganzheitlich aufgebaut und nachhaltig implementiert.

Weitere quantitative und auch qualitative Datenerhebungen spielen auch zukünftig eine zentrale Rolle, genauso wie Themen zur Campusgestaltung, freizugängliche Trinkwasserzapfstellen oder die curriculare Einbindung von Gesundheitsthemen als übergreifende Schlüsselqualifikation und Verankerung im Studium, um abschließend nur einige Beispiele zu nennen.

Literatur

Abd, T. T., Kobylivker, A., Perry, A., Miller III, J., & Sperling, L. (2012). Work-Related Physical Activity Among Cardiovascular Specialists. *Clinical Cardiology*, 35(2), 78–82. <https://doi.org/10.1002/clc.21954>.

- Allgemeiner Deutscher Hochschulsportverband. (2010a). *Fragenpool – Basisfragebogen*. Allgemeiner Deutscher Hochschulsportverband. (2010b). *Hochschulsport – Pausenexpress*. Verfügbar unter <http://www.adh.de/projekte/pausenexpress.html>.
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: American Psychological Assoc.
- Ärztzekammer Nordrhein. (2013). *10.000 Schritte reichen, um fit zu bleiben*. Verfügbar unter http://www.aekno.de/downloads/aekno/flyer_zehntausend.pdf.
- Badura, B., Hehlmann, T., & Baumeister, A. (2003). *Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation ; mit 21 Tabellen*. Berlin: Springer.
- Beauducel, A., & Brocke, B. (2003). Sensation Seeking Scale – Form V: Merkmale des Verfahrens und zur deutschsprachigen Adaptation. In M. Roth & P. Hammelstein (Hrsg.), *Sensation Seeking: Konzeption, Diagnostik und Anwendung* (S. 77–99). Göttingen: Hogrefe.
- Brown, D. K., Barton, J. L., Pretty, J., & Gladwell, V. F. (2012). Walks4work: rationale and study design to investigate walking at lunchtime in the workplace setting. *BMC public health*, 12, 550. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-550>.
- Busch, M. A., Maske, U. E., Ryl, L., Schlack, R., & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 733–739.
- Carr, L. J., Leonhard, C., Tucker, S., Fethke, N., Benzo, R., & Gerr, F. (2016). Total Worker Health Intervention Increases Activity of Sedentary Workers. *American journal of preventive medicine*, 50(1), 9–17. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.06.022>.
- Chan, C. B., Ryan, Daniel A J, & Tudor-Locke, C. (2004). Health benefits of a pedometer-based physical activity intervention in sedentary workers. *Preventive medicine*, 39(6), 1215–1222. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.04.053>.
- Chang, Y. K., Labban, J. D., Gapin, J. I., & Etnier, J. L. (2012). The effects of acute exercise on cognitive performance: a meta-analysis. *Brain research*, 1453, 87–101. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2012.02.068>.
- Christensen, A. J., Ehlers, S. L., Wiebe, J. S., Moran, P. J., Raichle, K., Ferneyhough, K., & Lawton, W. J. (2002). Patient personality and mortality: a 4-year prospective examination of chronic renal insufficiency. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 21(4), 315–320.
- Conn, V. S., Hafdahl, A. R., Cooper, P. S., Brown, L. M., & Lusk, S. L. (2009). Meta-analysis of workplace physical activity interventions. *American journal of preventive medicine*, 37(4), 330–339. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.06.008>.
- Fitzsimons, C. F., Baker, G., Gray, S. R., Nimmo, M. A., & Mutrie, N. (2012). Does physical activity counselling enhance the effects of a pedometer-based intervention over the long-term: 12-month findings from the Walking for Wellbeing in the west study. *BMC public health*, 12, 206. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-206>.
- Franke, A. (2015). Salutogenetische Perspektive. Verfügbar unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/wissenschaftliche-perspektiven-bezugsdisziplinen-theorien-und-methoden/salutogenetische-perspektive/>.
- Frey, I., Berg, A., Grathwohl, D., & Keul, J. (1999). Freiburger Fragebogen zur körperlichen Aktivität-Entwicklung, Prüfung und Anwendung. *Sozial- und Präventivmedizin SPM*, 44(2), 55–64. <https://doi.org/10.1007/BF01667127>.

- Friedman, H. S., Tucker, J. S., Schwartz, J. E., Martin, L. R., Tomlinson-Keasey, C., Wingard, D. L., & Criqui, M. H. (1995). Childhood conscientiousness and longevity: health behaviors and cause of death. *Journal of personality and social psychology*, 68(4), 696–703.
- Garber, C. E., Blissmer, B., Deschenes, M. R., Franklin, B. A., Lamonte, M. J., Lee, I.-M., Nieman, D. C., Swain, D. P. (2011). American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Medicine and science in sports and exercise*, 43(7), 1334–1359. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e318213febf>.
- Hartmann, T., & Sonntag, U. (2015). Gesundheitsförderung und Hochschule. Verfügbar unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/strukturen-settings-und-zielgruppen/gesundheitsfoerderung-und-hochschule>.
- Hartung, S., & Rosenbrock, R. (2015). Settingansatz / Lebensweltansatz. Verfügbar unter <https://www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/kernkonzepte-und-entwicklungen-der-gesundheitsfoerderung/settingansatz-lebensweltansatz>.
- Hollmann, W., & Strüder, H. K. (2009). *Sportmedizin: Grundlagen für körperliche Aktivität, Training und Präventivmedizin ; mit 91 Tabellen* (5., völlig neu bearb. und erw. Aufl.). Stuttgart, New York, NY: Schattauer.
- John, O. P., Donahue, E. M., & Kentle, R. L. (1991). The Big Five Inventory – versions 4a and 5. University of California, Berkeley, Institute of Personality and Social Research, Berkeley, CA.
- Judge, T. A., Heller, D., & Mount, M. K. (2002). Five-factor model of personality and job satisfaction: a meta-analysis. *The Journal of Applied Psychology*, 87(3), 530–541.
- Kogel, M., Grund, E., Kohler, A., & Immerfall, S. (2014). Verhaltensprävention im betrieblichen Setting. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 9(1), 10–15. <https://doi.org/10.1007/s11553-013-0411-4>.
- Kramer, I., Sockoll, I., & Bödeker, W. (2010). Die Evidenzbasis für betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention – Eine Synopse des wissenschaftlichen Kenntnisstandes. In B. Badura, H. Schröder, & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2008. Fehlzeiten-Report 2008: Kosten und Nutzen (German Edition)* (pp. 65–76). Dordrecht: Springer.
- Lagerstrøm, D. (2013). »Active Lifestyle Concept« (ALC) – ein individuelles, aktives Lebensstil-Konzept für die betriebliche Gesundheitsförderung (Teil I). *Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 29(76–79).
- Leibiger, A., Weisser, B., Grünhagen, M., & Köhler, M. (2012). Einfluss einer Maßnahme zur betrieblichen Gesundheitsförderung mit Einsatz von Schrittzählern zur Senkung kardiovaskulärer Risikofaktoren (Schrittzählerstudie »DAMP plus 3000!«). *Journal für Hypertonie – Austrian Journal of Hypertension*, 16(4), 12–17.
- Lenartz, N. (2012). *Gesundheitskompetenz und Selbstregulation. Applied Research in Psychology and Evaluation: Vol. 6*. Bonn University Press. Göttingen: V&R unipress.
- Löllgen, H., Völker, K., Böckenhoff, A., & Löllgen, D. (2006). Körperliche Aktivität und Primärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen [Physical activity and prevention of cardiovascular diseases]. *Herz*, 31(6), 519–523. <https://doi.org/10.1007/s00059-006-2859-x>.

- Meier, S., Mikolajczyk, R. T., Helmer, S., Akmatov, M. K., Steinke, B., & Krämer, A. (2010). Prävalenz von Erkrankungen und Beschwerden bei Studierenden in NRW: Ergebnisse des Gesundheitssurveys NRW. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 5(3), 257–264.
- Meier, S., Milz, S., & Krämer, A. (2007). Projektbericht Gesundheitssurvey für Studierende in NRW. Verfügbar unter http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/F_Gesundheitssurvey_NRW/Projektbericht_GesSur_NRW.pdf.
- Michishita, R., Jiang, Y., Ariyoshi, D., Yoshida, M., Moriyama, H., & Yamato, H. (2017). The practice of active rest by workplace units improves personal relationships, mental health, and physical activity among workers. *Journal of occupational health*, 59(2), 122–130. <https://doi.org/10.1539/joh.16-0182-OA>.
- Nelson, M. E., Rejeski, W. J., Blair, S. N., Duncan, P. W., Judge, J. O., King, A. C., Macera, C. A., Castaneda-Sceppa, C. (2007). Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 39(8), 1435–1445. <https://doi.org/10.1249/mss.0b013e3180616aa2>.
- Pillay, J. D., Kolbe-Alexander, T. L., Proper, K. I., van Mechelen, W., & Lambert, E. V. (2012). Steps that count! The development of a pedometer-based health promotion intervention in an employed, health insured South African population. *BMC Public Health*, 12, 880. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-880>.
- Preuß, M., Preuß, P., Kuhlmann, K., Ponert, M., Beauducel, A., Rudinger, G., & Predel, H.-G. (2015). Healthy Campus Bonn. Betriebliche Gesundheitsförderung an der Hochschule – Durchführung und wissenschaftliche Begleitung eines Gehwettbewerbs. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 10(2), 124–133. <https://doi.org/10.1007/s11553-015-0493-2>.
- Rammstedt, B. (2007). Norm values and investigation of socio- demographic effects based on a German population representative sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 23, 193–201.
- Rammstedt, B., & John, O. P. (2007). Measuring personality in one minute or less: A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of Research in Personality*, 41, 203–212.
- Richter-Kuhlmann, E. (2012). Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts: Zivilisationskrankheiten nehmen zu. *Deutsches Ärzteblatt*, 109(26).
- Rost, R. (2005). *Sport- und Bewegungstherapie bei inneren Krankheiten: Lehrbuch für Sportlehrer, Übungsleiter, Physiotherapeuten und Sportmediziner* (3. überarbeitete und erweiterte Aufl.). Köln: Dt. Ärzte-Verl. Verfügbar unter <http://www.worldcat.org/oclc/249307898>.
- Saeidifard, F., Medina-Inojosa, J. R., Supervia, M., Olson, T. P., Somers, V. K., Erwin, P. J., & Lopez-Jimenez, F. (2018). Differences of energy expenditure while sitting versus standing: A systematic review and meta-analysis. *European journal of preventive cardiology*, 2047487317752186. <https://doi.org/10.1177/2047487317752186>.
- Schmidt, F. L., & Hunter, J. E. (1998). The Validity and Utility of Selection Methods in Personnel Psychology: Practical and Theoretical Implications of 85 Years of Research Findings. *Psychological Bulletin*, 124, 262–274.
- Schulz, K.-H., Meyer, A., & Langguth, N. (2012). Körperliche Aktivität und psychische Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 55(1), 55–65. <https://doi.org/10.1007/s00103-011-1387-x>.

- Smith, B. J., Tang, K. C., & Nutbeam, D. (2006). WHO Health Promotion Glossary: new terms. *Health promotion international*, 21(4), 340–345. <https://doi.org/10.1093/heapro/dal033>.
- Soellner, R., Huber, S., Lenartz, N., & Rudinger, G. (2009). Gesundheitskompetenz – ein vielschichtiger Begriff. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 17(3), 105–113. <https://doi.org/10.1026/0943-8149.17.3.105>.
- Soellner, R., Lenartz, N., Huber, S., & Rudinger, G. (2010). Facetten der Gesundheitskompetenz – eine Expertenbefragung. *Zeitschrift für Pädagogik*. (56), 104–114.
- Strath, S. J., Kaminsky, L. A., Ainsworth, B. E., Ekelund, U., Freedson, P. S., Gary, R. A., Richardson, C. R., Smith, D. T., Swartz, A. M. (2013). Guide to the assessment of physical activity: Clinical and research applications: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 128(20), 2259–2279. <https://doi.org/10.1161/01.cir.0000435708.67487.da>.
- Strijk, J. E., Proper, K. I., van Mechelen, W., & van der Beek, Allard J. (2013). Effectiveness of a worksite lifestyle intervention on vitality, work engagement, productivity, and sick leave: results of a randomized controlled trial. *Scandinavian journal of Work, Environment & Health*, 39(1), 66–75. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3311>.
- Taylor, W. C., Horan, A., Pinion, C., & Liehr, P. (2014). Evaluation of booster breaks in the workplace. *Journal of occupational and environmental medicine*, 56(5), 529–534. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000144>.
- Taylor, W. C., King, K. E., Shegog, R., Paxton, R. J., Evans-Hudnall, G. L., Rempel, D. M., Chen, V., Yancey, A. K. (2013). Booster Breaks in the workplace: participants' perspectives on health-promoting work breaks. *Health education research*, 28(3), 414–425. <https://doi.org/10.1093/her/cyt001>.
- Techniker Krankenkasse. (2015a). Gesundheitsreport 2015 – Gesundheit von Studierenden. Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK. TK: Hamburg.
- Techniker Krankenkasse. (2015b). TK-CampusKompass. TK: Hamburg.
- Tudor-Locke, C., & Bassett, D. R. (2004). How many steps/day are enough? Preliminary pedometer indices for public health. *Sports medicine (Auckland, N.Z.)*, 34(1), 1–8.
- Tudor-Locke, C., Craig, C. L., Brown, W. J., Clemes, S. A., Cocker, K. de, Giles-Corti, B., . . . , Blair, S. N. (2011). How many steps/day are enough? For adults. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8, 79. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-8-79>.
- van der Ploeg, H. P., & Hillsdon, M. (2017). Is sedentary behaviour just physical inactivity by another name? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 142. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0601-0>.
- Wallmann, B., & Froboese, I. (2011). Interventionseffekte einer Aktivitätserhöhung von 3000 Schritten mehr am Tag. *Wiener klinische Wochenschrift*, 123(11–12), 369–377. <https://doi.org/10.1007/s00508-011-1567-6>.
- Weisser, B., Preuss, M., & Predel, H.-G. (2009). Körperliche Aktivität und Sport zur Prävention und Therapie von inneren Erkrankungen im Seniorenalter [Physical activity for prevention and therapy of internal diseases in the elderly]. *Medizinische Klinik (Munich, Germany : 1983)*, 104(4), 296–302. <https://doi.org/10.1007/s00063-009-1055-1>.

- Weisser, B., Preuß, M., & Predel, H.-G. (2010). Körperliche Aktivität und Gesundheit – Positive Effekte eines aktiven Lebensstils. *Der Klinikarzt*, 39(06), 282–286. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1262963>.
- World Health Organization. (1946). Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Verfügbar unter <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf>.
- World Health Organization. (1986). Ottawa Charter zur Gesundheitsförderung. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1.
- World Health Organization. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2012). *WHOQOL-SRPB Users Manual: Scoring and Coding for the WHOQOL SRPB Field-Test Instrument*. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77778/1/WHO_MSD_MER_Rev.2012.05_eng.pdf.
- World Healthy Organization. (1998). Health promotion glossary. Retrieved from <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>.
- Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. Cambridge, New York: Cambridge University Press.

Studi-Pausenexpress – Auswirkungen einer Bewegungspause für Studierende auf körperliche Aktivität, Gesundheitskompetenz und Wohlbefinden

Einleitung

Ungünstige Lebensstilmerkmale, eine Vielzahl von psychovegetativen und orthopädischen Beschwerden sowie Defizite im Bewegungs- und Ernährungsverhaltens sind auch bei Studierenden wissenschaftlich nachgewiesen (Busch, Maske, Ryl, Schlack, & Hapke, 2013; Meier et al., 2010; Meier, Milz, & Krämer, 2007; Richter-Kuhlmann, 2012, Techniker Krankenkasse, 2015a, Techniker Krankenkasse, 2015b). So gewinnen für die Lebenswelt in Universitäten und Hochschulen an Universitäten die Themenfelder Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement vor allem in einer ganzheitlichen Sichtweise zunehmend an Bedeutung. In diesem Kontext spielen unter anderem bewegungsbezogene Interventionen eine zentrale Rolle, denn die präventive, gesundheitsfördernde Wirkung von körperlicher Aktivität und Sport hinsichtlich kardiovaskulären, pulmonalen, metabolischen und orthopädischen Risikofaktoren und Erkrankungen ist etabliert und wissenschaftlich belegt (Garber et al., 2011; Hollmann & Strüder, 2009; Löllgen, Völker, Böckenhoff, & Löllgen, 2006; Nelson et al., 2007; Weisser, Preuss, & Predel, 2009; Weisser, Preuß, & Predel, 2010). Darüber hinaus sind die positiven Auswirkungen von körperlicher Aktivität auf psychische Erkrankungen, wie Depressionen, zu nennen. Bewegung und Sport können depressive Symptome gleichermaßen reduzieren wie eine psychopharmakologische Behandlung (Mess, Theune, & Schüler, 2015; Schulz, Meyer, & Langguth, 2012).

Internationale Leitlinien beschreiben ein gewisses Mindestmaß für Bewegung zur Gesundheitsprävention. An drei bis fünf Tagen in der Woche sollte aerobe körperliche Aktivität und Sport mit moderater bis hin zu höherer Intensität für mindestens 30 min durchgeführt werden (Garber et al., 2011). Die Dauer liegt hierbei bei 150 Min./Woche bei moderater Intensität bzw. bei 75 Min./Woche bei hoher Intensität. Eine Kombination aus moderater und hoher Intensität wird für die meisten Erwachsenen empfohlen. Diese empfohlenen Bewegungsziele werden von den meisten Erwachsenen im Alltag nicht erreicht (Abd, Kobylykver,

Perry, Miller III, & Sperling, 2012; Ärztekammer Nordrhein, 2013; Tudor-Locke & Bassett, 2004).

Die Durchschnittszeit an Bewegung hat im Alltag in den letzten Jahren stark nachgelassen (Robert Koch-Institut et al., 2015; Hougron, 2010). Dabei sind nicht nur Arbeitsalltage durch lange Sitzzeiten gekennzeichnet, auch der Studienalltag zeichnet sich durch langes, ununterbrochenes Sitzen in Hörsälen und Bibliotheken aus. Studien belegen, dass diese körperliche Inaktivität vermehrt zu Rückenbeschwerden, Verspannungen, Ermüdungserscheinungen und zu Übergewicht sowie Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen führt (Benatti & Ried-Larsen, 2015; Leyk et al., 2012; van der Ploeg & Hillsdon, 2017). Langes ununterbrochenes Sitzen kann durch eine akute Verringerung der Gehirndurchblutung, einer verringerten Produktion von Neurotransmittern zu einer Abnahme der neuronalen Konnektivität und einer Verschlechterung der kognitiven Leistungsfähigkeit führen (Hollmann, 2014). Darüber hinaus scheinen besonders diese langen und ununterbrochenen Sitzzeiten eine negative Auswirkung auf das Herz-Kreislauf- und Stoffwechselsystem zu haben und somit gesundheitliche Risiken zu erhöhen. Ein sinnvolles Gleichgewicht zwischen sitzenden und stehenden Tätigkeiten sowie körperlicher Aktivität sollten in ganzheitlichen gesundheitspräventiven Empfehlungen Berücksichtigung finden (Saeidifard et al., 2018; van der Ploeg & Hillsdon, 2017).

Bewegungspausen können im Berufs- und Studienalltag langen Sitzzeiten entgegenwirken, sich positiv auf Denk- und Lernprozesse auswirken und ebenfalls das Stressempfinden positiv beeinflussen (Chang, Labban, Gapin, & Etnier, 2012; Schulz et al., 2012). Darüber hinaus können Bewegungspausen Leistungssteigerungen bewirken und zur Gesundheitsförderung beitragen (Carr et al., 2016). Schon geringe körperliche Betätigung hat nachweislich einen positiven gesundheitlichen Effekt (Pilcher, Morris, Bryant, Merritt, & Feigl, 2017; Weisser et al., 2009). Durch aktive Pausenprogramme können körperliche Leistungsfähigkeit, kardiovaskuläre und metabolische Gesundheit, Gewicht, Schmerzempfinden und Beschwerden positiv beeinflusst werden (Benatti & Ried-Larsen, 2015; Macedo, Trindade, Brito, & Socorro Dantas, 2011; Mess et al., 2015; Taylor et al., 2010b). Darüber hinaus kann tägliche körperliche Aktivität zu besseren Leistungen in Schule und Studium führen (Löllgen & Bachl, 2016). Der positive Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und kognitiver Leistungsfähigkeit ist wissenschaftlich nachgewiesen (Gomez-Pinilla & Hillman, 2013; Hopkins, Davis, Vantieghem, Whalen, & Bucci, 2012; Schulz et al., 2012). Die soziale Interaktion in der Gruppe kann das Arbeitsklima, die Motivation und die Arbeitsgemeinschaft sowie die Lebensqualität am Arbeitsplatz positiv beeinflussen, darüber hinaus sensibilisieren Bewegungspausen für ein aktives Pausenverhalten (Michishita et al., 2017; Taylor et al., 2013a; Taylor, Horan, Pinion, & Liehr, 2014).

Im Rahmen eines ganzheitlichen und nachhaltigen Ansatzes möchte Healthy Campus Bonn alle Universitätsangehörigen für einen gesundheits- und bewegungsorientierten Lebensstil sensibilisieren. Um Studierenden eine größtmögliche Unterstützung und die Möglichkeit zur Integration von körperlicher Aktivität in ihren Studienalltag zu geben, wurde an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn der sogenannte »Studi-Pausenexpress« eingeführt. Dieser wurde in Anlehnung an den bereits 2010 von den adh¹-Mitgliedshochschulen (mit der Unterstützung aus Mitteln des DOSB²-Innovationsfonds) entwickelten Pausenexpress für Beschäftigte zur Implementierung eines aktiven Pausenverhaltens konzipiert. An der Universität Bonn bezeichnet der Studi-Pausenexpress eine 7-minütige, aktive Pause für die Studierenden in Vorlesungen oder Seminaren und beinhaltet angeleitete Mobilisations-, Kräftigungs-, Dehnungs- und Entspannungsübungen. Die Ziele liegen in der Erhöhung körperlicher Aktivität, Sensibilisierung zu einem aktiven Pausenverhalten, im Stressabbau, Reduzierung von Ermüdungserscheinungen während der Vorlesung und in der Verbesserung des Studienlebens, des Arbeitsklimas sowie des allgemeinen Wohlbefindens.

Die Konzeption und Einführung des Studi-Pausenexpresses erfolgte in einem Pilotprojekt im Wintersemester 2014/15. Im Rahmen einer begleitenden Interventionsstudie wurden die Auswirkungen einer regelmäßigen Teilnahme am Studi-Pausenexpress auf

- das Arbeitsklima und das Lernumfeld,
- die Bewegung und körperliche Aktivität im Alltag,
- die Lebensqualität und das Wohlbefinden und
- die Gesundheitskompetenz untersucht.

Methodik

Das Pilotprojekt mit wissenschaftlicher Begleitstudie führte Healthy Campus Bonn in Zusammenarbeit mit der Zentralen Betriebseinheit Hochschulsport und dem Zentrum für Evaluation und Methoden (ZEM) der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn durch. Das Pilotprojekt wurde von der Techniker Krankenkasse (TK) im Rahmen eines Kooperationsvertrages unterstützt.

1 adh = Allgemeiner Deutscher Hochschulsportverband e. V.

2 DOSB = Deutscher Olympischer Sportbund e. V.

Untersuchungsablauf

Zur wissenschaftlichen Evaluation wurde der Studi-Pausenexpress im Wintersemester 2014/15 durch eine Studie begleitet. Die Teilnehmerrekrutierung der Studierenden fand in ausgewählten Pilotbereichen der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn (Mathematisches Institut und Institut für Ernährungs- und Lebensmittelwissenschaften) statt. Die onlinebasierte Fragebogenerhebung wurde jeweils zu zwei Messzeitpunkten, vor und nach der Intervention, durchgeführt. Die Studierenden der Experimentalgruppe nahmen zweimal wöchentlich an den 7-minütigen Pausenexpress-Einheiten direkt im Seminar oder Hörsaal über einen Zeitraum von einem Semester teil. In je drei mathematischen sowie ernährungs- und lebensmittelwissenschaftlichen Veranstaltungen beteiligten sich im Wintersemester 2014/2015 ca. 400 Studierende regelmäßig an den Pausenexpress-Einheiten. Die Gruppengrößen variierten dabei zwischen 20 und 500 Teilnehmern. Die Intervention erfolgte im Wintersemester vom 10.11.2014 bis zum 06.02.2015. Der Pretest fand vom 04.11.2014–05.12.2014 und der Posttest vom 18.02.2015–20.03.2015 statt. Die Kontrollgruppe wurde ebenfalls aus dem mathematischen Institut und dem Institut für Ernährungs- und Lebensmittelwissenschaften rekrutiert. Die Studierenden der Kontrollgruppe nahmen ausschließlich an der online-basierten Befragung, jedoch nicht an den Pausenexpress-Einheiten teil. Der online-basierte Fragebogen umfasste den Freiburger Aktivitätsfragebogen (Frey, Berg, Grathwohl, & Keul, 1999), den Fragebogen zur Gesundheitskompetenz (Lenartz, 2012) und den Fragebogen zur Lebensqualität/Wohlbefinden (WHO – Quality of Life, 2002). Darüber hinaus wurde der Basisfragebogen des Allgemeinen Deutschen Hochschulverbandes (Allgemeiner Deutscher Hochschulsportverband, 2010) zur Evaluation des Pausenexpresses in der Experimentalgruppe zum Zeitpunkt des Posttests eingesetzt.

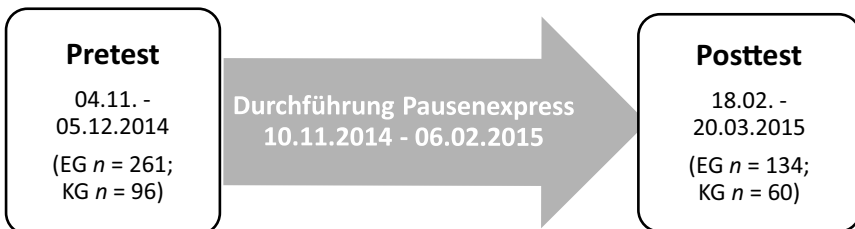


Abbildung 1: Untersuchungsplan (EG, Experimentalgruppe; KG, Kontrollgruppe).

Stichprobe

Zum Zeitpunkt des Pretests im Wintersemester 2014/2015 lag der Rücklauf der online-basierten Fragebögen bei max. 261 Teilnehmern in der Experimentalgruppe und max. 96 Studierenden in der Kontrollgruppe, beim Posttest nahmen max. 134 Probanden der Experimentalgruppe und max. 60 Probanden der Kontrollgruppe an der Online-Fragebogenerhebung teil. Die jeweilige Stichproengröße variiert hierbei nicht nur nach Fragebogen, sondern auch nach einzelnen Fragen innerhalb eines Fragebogens. Beide Gruppen setzten sich aus Studierenden des Mathematischen Instituts oder des Instituts für Ernährungs- und Lebensmittelwissenschaften zusammen.

Fragebogenerhebung

Der adh-Basisfragebogen wurde 2010 zur Evaluation des Pausenexpresses vom adh (Allgemeiner Deutscher Hochschulsportverband, 2010) entwickelt. Hierbei handelt es sich um fünf Items zur Zufriedenheit der Durchführung, zwei Items zur Motivation und zum bisherigen Bewegungsverhalten und vier Items zu den Auswirkungen bzw. Effekten der Pausenexpress-Einheiten. Im Rahmen der vorliegenden Onlinefragebogenerhebung wurde der Basisfragebogen für die Zielgruppe der Studierenden angepasst sowie um eine Frage zum Arbeitsklima und um zwei Items zur Fortführung des Pausenexpresses ergänzt.

Der Freiburger Fragebogen zur körperlichen Aktivität ist ein validiertes Messinstrument zur Erfassung der körperlichen Aktivität bezogen auf die vergangene Woche sowie des Sportverhaltens des letzten Monats (Frey et al., 1999). Auf diese Weise werden neben dem Sporttreiben als gesundheitswirksame körperliche Aktivität auch körperliche Alltagsaktivitäten mit gesundheitlichem Nutzen mit einbezogen. Durch spezielle Punkteschlüssel werden unterschiedliche Aktivitätsindexe errechnet:

- Geh- bzw. Radfahrzeit im Alltag/in der Freizeit (Minuten pro Woche),
- Körperliche Aktivität im Alltag (Basisaktivitäten, Minuten pro Woche),
- Körperliche Aktivität in der Freizeit (Freizeitaktivitäten, Minuten pro Woche),
- Treppensteigen (Stockwerke pro Tag),
- Sportliche Aktivität (Minuten pro Woche).

Bei dem WHO-Quality-of-Life-Fragebogen (WHOQOL-Fragebogen, World Health Organization, 2012) handelt es sich um ein validiertes Messinstrument zur Erfassung der subjektiv wahrgenommenen Lebensqualität. Der WHOQOL-BREF stellt dabei eine kürzere Version des Originalfragebogens mit insgesamt 26 Fragen für einen geeigneteren Einsatz in wissenschaftlichen und klinischen

Studien dar. Die ersten beiden Einstiegsfragen zur allgemeinen Lebensqualität bzw. zur subjektiven Gesundheit werden separat betrachtet. Die weiteren 24 Fragen werden als Summenscores zusammengefasst ausgewertet und kennzeichnen die individuelle Wahrnehmung der Lebensqualität in den vier verschiedenen Bereichen: physische und psychische Gesundheit, soziale Beziehungen und soziales Umfeld. Die Summenscores sind dahingehend positiv skaliert, so dass ein höherer Wert eine höhere Lebensqualität im jeweiligen Bereich anzeigt.

Bei dem Fragebogen zur Gesundheitskompetenz handelt es sich um ein validiertes Messinstrument, welches mit insgesamt 29 Items die Kompetenzen in den Bereichen Selbstregulation, Selbstkontrolle, Selbstwahrnehmung, Verantwortungübernahme, Kommunikation und Kooperation, Umgang mit Gesundheitsinformationen überprüft (Lenartz, 2012). Zum Bereich Kommunikation und Kooperation existieren vier Items, zu allen anderen Bereichen wurden fünf Items konzipiert. Als Skalenwert wird jeweils der Mittelwert über die enthaltenen Werte der Items berechnet.

Statistische Verfahren

Zur deskriptiven Datenauswertung wurde das Tabellenkalkulationsprogramm Microsoft Office Excel 2010[®] und für die weitere inferenzstatistische Auswertung das Statistik Software Programm IBM[®] SPSS[®] 23 für Windows[©] (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) verwendet. Die Ergebnisse der statistischen Datenanalyse werden in Anlehnung an den Standard der American Psychological Association (2010) dargestellt. Die Unterschiedsprüfung wurde mit dem Allgemeinen Linearen Modell (zwei Faktoren: Testzeitpunkt, Gruppe) durchgeführt. Die Irrtumswahrscheinlichkeit wurde auf $\alpha \leq .05$ festgelegt.

Ergebnisse

Basisfragebogen

Da sich der adh-Basisfragebogen allgemein auf den Studi-Pausenexpress bezieht und Akzeptanz, Gefallen, Wirkung etc. abfragt, wurde dieser nur zum Zeitpunkt des Posttests durchgeführt. Die Auswertung liefert ausschließlich deskriptive Ergebnisse.

Rund 79 % der Teilnehmer hielten die zeitliche Dauer des Pausenexpresses für optimal, während 15 % sich eine längere Bewegungspause wünschen würden (Abbildung 2). Für rund zwei Drittel der Studierenden war der Pausenexpress

gut in ihren Studienalltag zu integrieren (Abbildung 3) und knapp 50 % der Teilnehmenden konnten neue Energie für ihren Tag tanken (Abbildung 4). Über 60 % der Studierenden bewerteten den Einfluss des Pausenexpresses auf das Arbeitsklima in den Veranstaltungen als positiv, 12 % gaben sogar einen sehr positiven Effekt an (Abbildung 5).

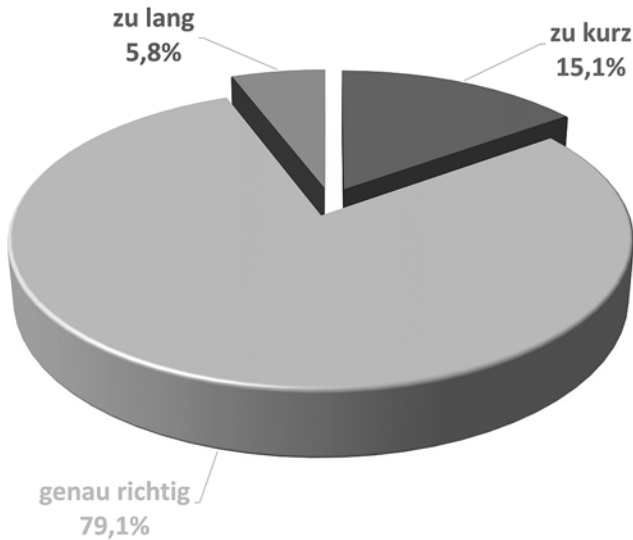


Abbildung 2: Fanden Sie die zeitliche Dauer angemessen? ($n = 139$)

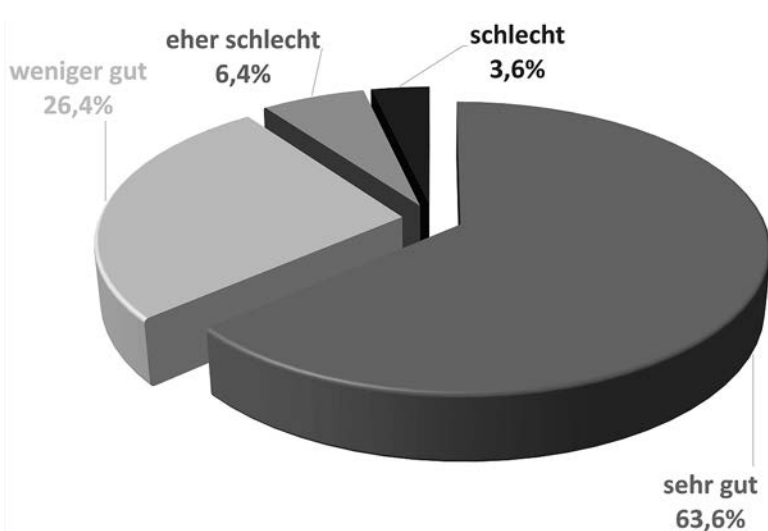


Abbildung 3: Wie gut war der Pausenexpress in Ihren Studienalltag integriert? ($n = 140$)

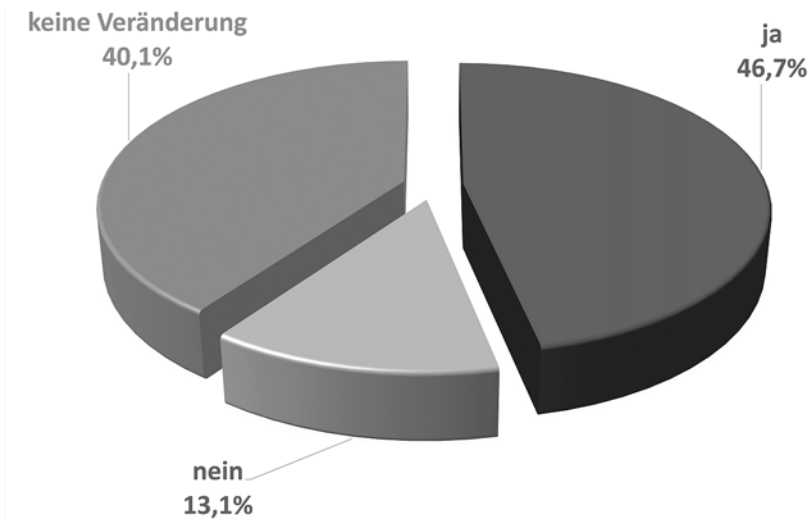


Abbildung 4: Hatten Sie das Gefühl durch die Teilnahme am Pausenexpress neue Energie für Ihren Tag tanken zu können? ($n = 137$)

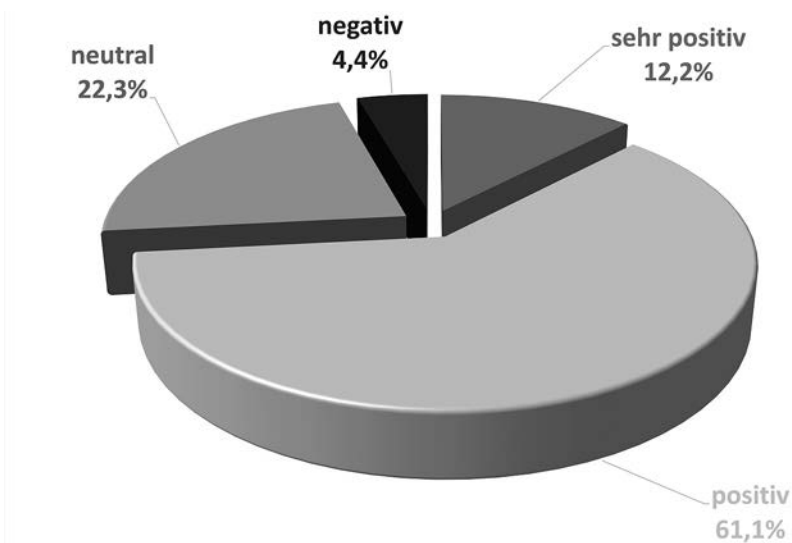


Abbildung 5: Wie beurteilen Sie den Einfluss des Pausenexpresses auf das Arbeitsklima in Ihrer Veranstaltung? ($n = 139$)

Die Antworten zur Motivation an der Teilnahme waren gemischt. Knapp 20 % gaben »Gesundheit« oder »Interesse am Angebot« an. Jeweils knapp 30 % hatten die gemeinsame Aktivität mit Kommilitonen im Fokus oder gaben als Antwort

»Sonstiges« an. Unter »Sonstiges« wurde »wach werden«, »Spaß« und »danach konzentrierter« genannt.

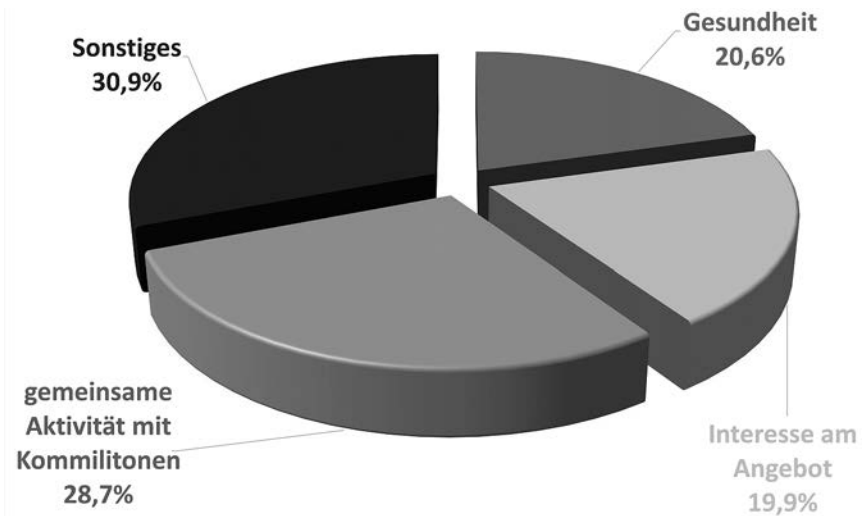


Abbildung 6: Welche Motivation hatten Sie zur Teilnahme am Pausenexpress? ($n = 136$)

Erfreulich ist ebenfalls, dass 79 % der Studierenden das Angebot einer Bewegungspause weiterhin nutzen würden.

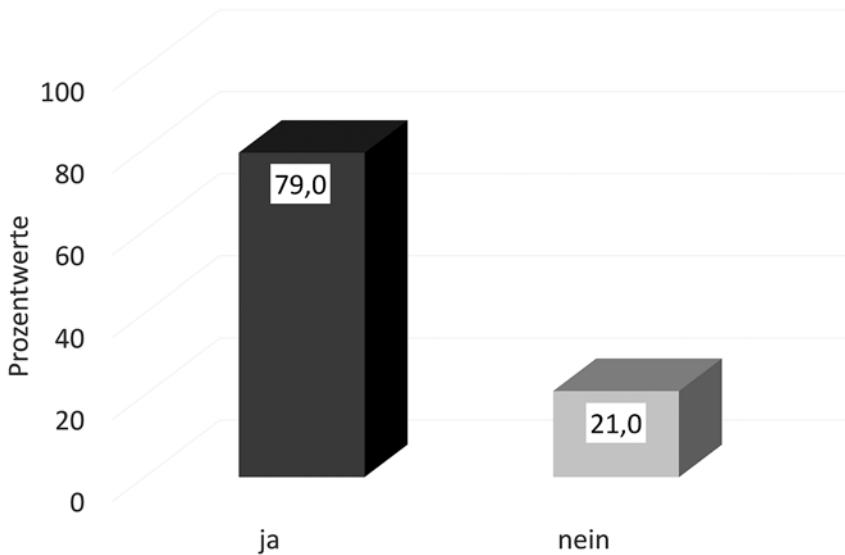


Abbildung 7: Würden Sie das Angebot des Pausenexpresses weiterhin nutzen wollen? ($n = 138$)

Freiburger Fragebogen zur körperlichen Aktivität

Die Auswertung des Freiburger Aktivitätsfragebogens zeigt für das tägliche Treppensteigen in der Experimentalgruppe eine Zunahme von 2,1 Stockwerken/Tag ($p = .101$) und eine tendenzielle Abnahme von 3,6 Stockwerken/Tag ($p = .062$) in der Kontrollgruppe. Zum Zeitpunkt des Posttests besteht für das tägliche Treppensteigen ein signifikanter Gruppenunterschied ($p = .031$), d. h. die Studierenden der Experimentalgruppe legten im Schnitt 3,98 Stockwerke mehr pro Tag zurück als die Kontrollgruppe (Abbildung 8). Für die körperliche Aktivität in der Freizeit zeigte sich in beiden Gruppen ein ähnlicher Verlauf wie beim täglichen Treppensteigen: Von Pre- zu Posttest ist eine Steigerung in der Experimentalgruppe von 28,77 Minuten/Woche zu verzeichnen, während sich in der Kontrollgruppe eine Abnahme um 15,88 Minuten/Woche offenbart. Allerdings bleibt hier die Veränderung sowohl im Interventionsverlauf als auch zwischen den Gruppen statistisch unbedeutend (Abbildung 8).

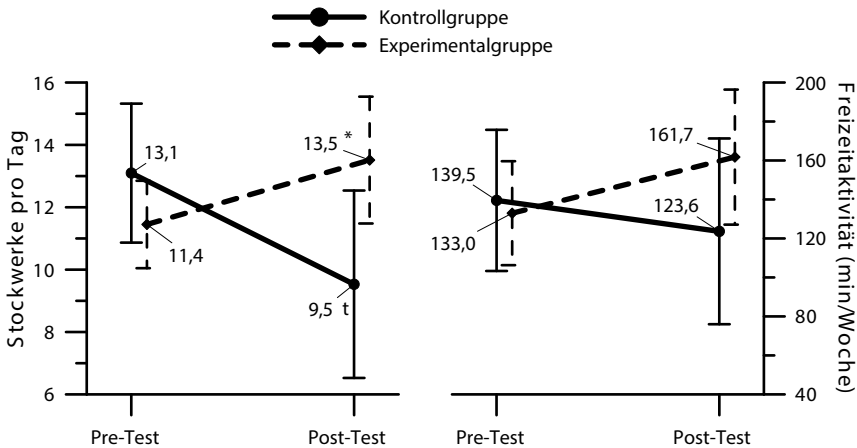


Abbildung 8: Veränderung der Anzahl der Stockwerke/Tag beim regelmäßigen Treppensteigen (Experimentalgruppe: Pretest $n = 225$; Posttest $n = 107$ und Kontrollgruppe: Pretest $n = 89$; Posttest $n = 49$; *, signifikanter Unterschied ($p \leq .05$) zur Kontrollgruppe; t, tendenzielle Abnahme von Pre- zu Posttest, $p \leq .10$) sowie der körperlichen Aktivität in der Freizeit (Experimentalgruppe: Pretest $n = 118$; Posttest $n = 70$ und Kontrollgruppe: Pretest $n = 64$; Posttest $n = 37$), Fehlerbalken; 95 % Konfidenzintervall.

Im Untersuchungsverlauf waren in der Experimentalgruppe für die alltägliche Gehzeit und beim Sportverhalten konstante Werte zu verzeichnen, während in der Kontrollgruppe beide Parameter eine Verringerung aufwiesen (Tabelle 1). Die weiteren körperlichen Alltagsaktivitäten (Radfahren und Basisaktivitäten) zeigten in beiden Gruppen von Pre- zu Posttest und zwischen den Gruppen teilweise signifikante bzw. nicht signifikante Abnahmen (Tabelle 1).

Tabelle 1: Deskriptive Werte und Veränderungen im Untersuchungsverlauf sowie zwischen den Gruppen – Freiburger Fragebogen.

Freiburger Fragebogen zur körperlichen Aktivität									
Maß	Gruppe	n_Pre	n_Post	Pre (M ± SD)	Post (M ± SD)	Post-Pre Δ [95% CI]	p-Wert	Gruppenvergleich Pretest (Δ EG-KG)	Gruppenvergleich Posttest (Δ EG-KG)
Gehzeit, Min/Woche	EG	215	106	216,51 ± 184,33	214,93 ± 183,42	-1,57 [-44,25; 41,10]	.942	-23,90, CI [-69,78; 21,98], p = .307	18,74, CI [-42,14; 79,62], p = .546
	KG	86	52	240,41 ± 184,16	196,19 ± 174,20	-44,22 [-107,38; 18,95]	.170		
Radfahrzeit, Min/Woche	EG	115	62	164,56 ± 139,66	117,02 ± 109,88	-47,54 [-85,33; -9,76]	.014	37,85, CI [-3,36; 79,06], p = .072	20,34, CI [-34,26; 74,94], p = .464
	KG	48	28	126,71 ± 92,56	96,68 ± 110,31	-30,03 [-87,06; 26,99]	.301		
Treppensteigen, Stockwerke/Tag	EG	225	107	11,45 ± 9,20	13,51 ± 13,95	2,07 [-0,41; 4,54]	.101	-1,65, CI [-4,28; 0,99], p = .220	-3,98, CI [-0,36; 7,61] p = .031
	KG	89	49	13,10 ± 11,63	9,53 ± 6,26	-3,57 [-7,31; 0,18]	.062		
Körperliche Aktivität im Alltag (Basisaktivitäten, Min/Woche)	EG	225	111	249,25 ± 199,75	195,78 ± 153,80	-53,47 [-95,45; -11,50]	.013	-10,85, CI [-56,34; 34,65], p = .640	25,33, CI [-35,89; 86,54], p = .417
	KG	88	51	260,10 ± 197,52	170,45 ± 144,13	-89,65 [-153,33; -25,96]	.006		
Körperliche Aktivität Freizeit (Freizeitaktivitäten, Min/Woche)	EG	118	70	132,97 ± 149,46	161,74 ± 153,09	28,77 [-14,96; 72,49]	.196	-6,55, CI [-51,55; 38,44], p = .775	38,09, CI [-20,82; 96,99], p = .204
	KG	64	37	139,52 ± 141,63	123,65 ± 137,91	-15,88 [-75,73; 43,98]	.602		
Sportliche Aktivität (Min/Woche)	EG	164	88	232,46 ± 208,80	231,10 ± 211,433	-1,36 [-56,93; 54,21]	.962	-51,28, CI [-111,63; 9,06], p = .096	-13,55, CI [-91,80; 64,70] p = .734
	KG	69	43	283,75 ± 242,78	244,65 ± 186,45	-39,10 [-120,81; 42,62]	.347		

Δ, Veränderung zwischen den Testzeitpunkten bzw. Gruppen; CI, Konfidenzintervall; M = Mittelwert; n = Fallzahl; Post, Posttest; Pre, Pretest; SD, Standardabweichung.

WHOQOL – Lebensqualität und Wohlbefinden

Die Betrachtung der Bereiche physische Gesundheit, psychische Gesundheit, soziale Beziehungen, soziales Umfeld zeigte bei den Studierenden der Experimentalgruppe höhere Mittelwerte als vor der Intervention, während in der Kontrollgruppe in allen Bereichen eine Abnahme zu verzeichnen war (Tabelle 2).

Tabelle 2: Deskriptive Werte und Veränderungen im Untersuchungsverlauf sowie zwischen den Gruppen – WHOQOL-Fragebogen.

Maß	Gruppe	n_Pre	n_Post	WHOQOL-Fragebogen			p-Wert	Gruppenvergleich Pretest (Δ EG-KG)	Gruppenvergleich Posttest (Δ EG-KG)
				Pre (M ± SD)	Post (M ± SD)	Post-Pre Δ [95% CI]			
Physische Gesundheit	EG	258	131	77,21 ± 13,71	78,95 ± 13,13	1,74 [-1,10; 4,58]	.230 .401	-1,59, CI [-4,79; 1,61], p = .330	2,04, CI [-2,13; 6,22], p = .336
	KG	93	58	78,80 ± 12,13	76,91 ± 15,13	-1,89 [-6,32; 2,53]			
Psychische Gesundheit	EG	257	130	71,03 ± 13,10	72,52 ± 15,82	1,49 [-1,92; 4,90]	.391 .291	1,52, CI [-2,30; 5,33], p = .436	5,85, CI [-0,85; 10,86], p = .022
	KG	94	58	69,51 ± 16,02	66,67 ± 17,09	-2,84 [-8,14; 2,44]			
Soziale Beziehungen	EG	250	130	68,38 ± 19,07	70,48 ± 21,17	2,10 [-2,13; 6,32]	.330 .721	1,67, CI [-3,11; 6,45], p = .493	4,96, CI [-1,21; 11,13], p = .115
	KG	91	58	66,71 ± 19,73	65,52 ± 20,64	-1,20 [-7,76; 5,37]			
Soziales Umfeld	EG	257	131	74,70 ± 13,46	77,59 ± 12,88	2,89 [-0,13; 5,65]	.041 .757	-1,08, CI [-4,20; 2,03], p = .494	2,48, CI [-1,58; 6,54], p = .230
	KG	93	58	75,79 ± 13,53	75,11 ± 11,14	-0,68 [-4,99; 3,63]			
Beurteilung Lebensqualität	EG	288	134	4,04 ± 0,70	4,11 ± 0,82	0,07 [-0,08; 0,22]	.341 .274	-0,14, CI [-0,30; 0,03], p = .104	0,06, CI [-0,15; 0,28], p = .572
	KG	96	60	4,18 ± 0,56	4,05 ± 0,65	-0,13 [-0,36; 0,10]			
Zufriedenheit Gesundheit	EG	288	134	3,94 ± 0,82	3,89 ± 0,77	-0,05 [-0,22; 0,12]	.562 .438	0,13, CI [-0,06; 0,31], p = .194	-0,03, CI [-0,28; 0,22], p = .821
	KG	96	60	3,81 ± 0,91	3,92 ± 0,80	0,10 [-0,16; 0,37]			

Δ, Veränderung zwischen den Testzeitpunkten bzw. Gruppen; CI, Konfidenzintervall; M = Mittelwert; n = Fallzahl; Post, Posttest; Pre; Pretest; SD, Standardabweichung.

Eine signifikante positive Veränderung konnte in der Experimentalgruppe im Interventionsverlauf in der Wahrnehmung des sozialen Umfelds nachgewiesen werden ($p = .041$, Abbildung 9) und die psychische Gesundheit wurde zum Zeitpunkt des Posttests von der Experimentalgruppe signifikant besser empfunden als von der Kontrollgruppe ($p = .022$, Abbildung 9).

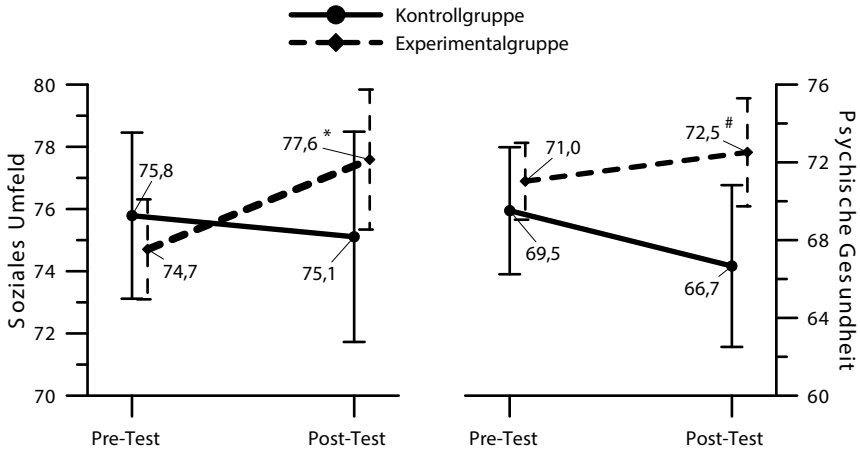


Abbildung 9: Veränderung der Wahrnehmung des sozialen Umfelds (Experimentalgruppe: Pretest, $n = 257$; Posttest, $n = 131$ und Kontrollgruppe: Pretest, $n = 93$; Posttest, $n = 58$; *, signifikanter Unterschied ($p \leq .05$) vom Post- zum Pretest) sowie der psychischen Gesundheit (Experimentalgruppe: Pretest, $n = 257$; Posttest, $n = 130$ und der Kontrollgruppe: Pretest, $n = 94$; Posttest, $n = 58$; #, signifikanter Unterschied ($p \leq .05$) zur Kontrollgruppe), Fehlerbalken; 95 % Konfidenzintervall.

Die Beurteilung der Lebensqualität und die Zufriedenheit mit der subjektiven Gesundheit zeigten in beiden Gruppen keine statistisch bedeutsamen Unterschiede (Tabelle 2).

Gesundheitskompetenz

Die erfassten Skalenwerte der Gesundheitskompetenz in den verschiedenen Bereichen (Selbstregulation, Selbstkontrolle, Selbstwahrnehmung, Verantwortungsübernahme, Kommunikation und Kooperation, Umgang mit Gesundheitsinformationen) blieben bei den Studierenden während des gesamten Untersuchungszeitraumes statistisch unverändert (Tabelle 3). Eine Ausnahme stellt hierbei lediglich ein signifikanter Gruppenunterschied für die Verantwortungsübernahme beim Pretest dar.

Tabelle 3: Deskriptive Werte und Veränderungen im Untersuchungsverlauf sowie zwischen den Gruppen – Gesundheitskompetenz-Fragebogen.

Gesundheitskompetenz									
Maß	Gruppe	n_Pre	n_Post	Pre (M ± SD)	Post (M ± SD)	Post-Pre Δ [95% CI]	p-Wert	Gruppenvergleich Pretest (Δ EG-KG)	Gruppenvergleich Posttest (Δ EG-KG)
Selbstregulation	EG	238	122	12,95 ± 2,09	12,96 ± 1,93	0,01 [-0,43; 0,43]	.951	-0,24, CI [-0,73; 0,24], p = .329	-0,01, CI [-0,64; 0,62], p = .954
	KG	91	58	13,19 ± 1,82	12,97 ± 2,09	-0,22 [-0,88; 0,44]	.511		
Selbstkontrolle	EG	238	122	10,74 ± 2,70	10,64 ± 2,85	-0,10 [-0,71; -0,51]	.747	0,29, CI [-0,39; 0,96], p = .401	-0,21, CI [-1,08; 0,67], p = .644
	KG	91	58	10,45 ± 2,89	10,84 ± 2,85	0,39 [-1,31; 0,53]	.400		
Selbstwahrnehmung	EG	238	122	10,07 ± 2,56	9,72 ± 2,73	-0,35 [-0,90; 0,20]	.212	0,20, CI [-0,41; 0,81], p = .512	-0,18, CI [-0,96; 0,61] p = .662
	KG	91	58	9,87 ± 2,26	9,89 ± 2,24	0,28 [-0,80; 0,86]	.946		
Verantwortungsübernahme	EG	238	122	10,64 ± 3,41	10,31 ± 3,41	-0,33 [-1,05; 0,39]	.366	1,06, CI [-1,86; -0,26], p = .009	0,64, CI [-0,39; 1,67], p = .224
	KG	91	58	9,58 ± 2,91	9,67 ± 3,05	0,90 [-0,99; 1,18]	.871		
Kommunikation & Kooperation	EG	237	122	9,93 ± 2,19	10,25 ± 11,99	0,32 [-0,13; 0,77]	.166	-0,19, CI [-0,69; 0,32], p = .464	0,09, CI [-0,55; 0,75], p = .332
	KG	91	58	10,12 ± 1,95	10,16 ± 2,02	0,34 [-0,65; 0,72]	.922		
Umgang mit Gesundheitsinformationen	EG	235	122	10,31 ± 2,45	10,16 ± 2,42	-0,15 [-0,66; 0,35]	.558	-0,32, CI [-0,88; 0,23], p = .261	-0,05, CI [-0,77; 0,67] p = .889
	KG	91	58	10,62 ± 2,03	10,21 ± 1,77	-0,42 [-0,34; 1,18]	.279		

Δ, Veränderung zwischen den Testzeitpunkten bzw. Gruppen; CI, Konfidenzintervall; M = Mittelwert; n = Fallzahl; Post, Posttest; Pre; Pretest; SD, Standardabweichung.

Ein Vergleich der beobachteten Skalenwerte mit den Referenzwerten nach Lenartz (2012), zeigt mit Ausnahme der Selbstregulation eine unterdurchschnittliche Ausprägung der Gesundheitskompetenz bei den Studierenden.

Eine nähere Betrachtung der Selbstregulation und Selbstkontrolle ist deshalb sinnvoll, da beide Faktoren die besten Prädiktoren für psychisches und physisches Wohlbefinden sowie gesundheitsorientiertes Verhalten, letztlich also für die Gesundheit darstellen (Lenartz, 2012). Die Werte für die Selbstregulation

lagen in beiden Gruppen beim Pre- und Posttest über dem von Lenartz (2012) angegebenen Referenzwert von 11. Während die Selbstregulation der Experimentalgruppe von Pretest zu Posttest konstant bei 12,95 lag, sank diese geringfügig in der Kontrollgruppe von 13,2 auf 12,9 ab (Abbildung 10).

Eine nähere Betrachtung der »Selbstkontrolle« zeigt sowohl in der Experimentalgruppe als auch in der Kontrollgruppe eine geringere Ausprägung im Vergleich zu den Referenzwerten nach Lenartz (2012) von 12. In der Experimentalgruppe blieb der Skalenwert von Pre- zu Posttest konstant bei 10,7 bzw. 10,6, während in der Kontrollgruppe ein leichter Anstieg von 10,5 auf 10,8 zu verzeichnen war (Abbildung 10).

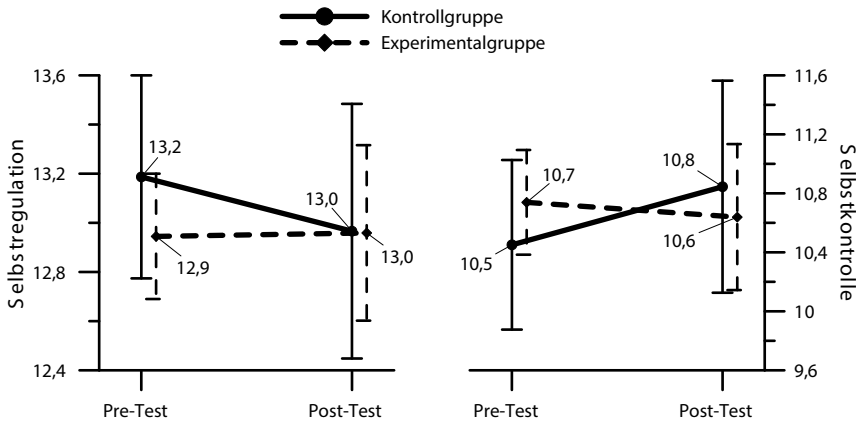


Abbildung 10: Veränderung der Skalenwerte der Gesundheitskompetenz »Selbstkontrolle« (Experimentalgruppe: Pretest $n = 238$; Posttest $n = 122$ und Kontrollgruppe: Pretest $n = 91$; Posttest $n = 58$) sowie der Skalenwerte der Gesundheitskompetenz »Selbstregulation« (Experimentalgruppe: Pretest $n = 238$; Posttest $n = 122$ und Kontrollgruppe: Pretest $n = 91$; Posttest $n = 58$), Fehlerbalken; 95 % Konfidenzintervall.

Fazit und Ausblick

Die Interventionsstudie zum Studi-Pausenexpress zeigte positive Auswirkungen auf das Arbeitsklima in der Veranstaltung, eine gute Integration in den Studienalltag und eine Unterstützung zum Auftanken neuer Energie für den Alltag. Der nachgewiesene positive Einfluss auf das Arbeitsklima in der Veranstaltung kann sich positiv auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden auswirken, eine verbesserte Motivation für die Vorlesung hervorrufen und damit eine gesteigerte Konzentration bedingen (Höss-Jelten, C., Maier, S., Dolp, T., 2015; König, G., Parthey, J., Kroke, A., 2015; Michishita et al., 2017). Die Integration von Bewegung in den Studien- oder Berufsalltag ist durch eine zuneh-

mende Lern- und Arbeitsverdichtung in den letzten Jahren immer schwerer geworden. Umso wichtiger erscheint es, zusätzlich ein gewisses Maß an Freude an der Bewegung zu vermitteln, um dieser insgesamt und auch in der Freizeit einen höheren Stellenwert zu geben. In den Antworten zur Motivation an der Pausenexpress-Teilnahme spiegeln sich durchaus die sozialen Aspekte von körperlicher Aktivität und Sport wie »gemeinsame Aktivität mit Kommilitonen«, »Interesse am Angebot« sowie auch »Spaß« wider. Positive Auswirkungen von Bewegungspausen auf das Arbeitsklima und die Arbeitsgemeinschaft, die Motivation und die Annahme eines aktiven Pausenverhaltens wurde in wissenschaftlichen Studien belegt (Michishita et al., 2017; Taylor et al., 2013a; Taylor et al., 2014).

Der Einfluss der Pausenexpress-Intervention auf die körperliche Aktivität zeigte kontroverse Ergebnisse. Einerseits war in der Experimentalgruppe eine erhöhte körperliche Aktivität beim regelmäßigen Treppensteigen und bei den Freizeitaktivitäten erkennbar, jedoch nicht in der alltäglichen Geh- oder Radfahrzeit bzw. bei den körperlichen Basisaktivitäten oder im Sportverhalten. Da die Intervention von Oktober bis Februar durchgeführt wurde, könnte ein »saisonaler« Effekt zugrunde liegen. Oftmals ist die körperliche Aktivität in den Wintermonaten reduziert. Des Weiteren könnte die Prüfungszeit zum Zeitpunkt des Posttestes einen Beitrag zu einer geringeren körperlichen Aktivität geleistet haben. In einer Interventionsstudie von Mansoubi et al. (2016) ging durch den Einsatz von höhenverstellbaren Schreibtischen eine Erhöhung der körperlichen Aktivität am Arbeitsplatz mit einer Reduzierung der körperlichen Aktivität außerhalb der Arbeitszeit einher. Ob gesteigerte körperliche Aktivität innerhalb der Arbeits- bzw. Studienzeit grundsätzlich zu einer Abnahme der körperlichen Alltagsaktivität außerhalb des Arbeits- bzw. Studienumfeldes führt, bedarf weiterer Forschung.

Weiter zeigten sich positive Auswirkungen auf subjektive Gesundheitsparameter im Interventionsverlauf in der Verbesserung der Wahrnehmung des sozialen Umfeldes und der psychischen Gesundheit. Solche positiven Wirkungen auf die psychosoziale Gesundheit konnten in Studien zu aktiven Pausen am Arbeitsplatz ebenfalls gezeigt werden (Mess et al., 2015; Taylor et al., 2010a; Taylor et al., 2013b). Bewegungspausen können hier einen wichtigen Beitrag leisten, eine körperlich aktive Lernumgebung in den Hochschulalltag zu integrieren. Regelmäßige körperliche Aktivität führt im Allgemeinen zu positiven physischen Effekten (Garber et al., 2011; Rütten, Abu-Omar, Lampert, & Ziese, 2005). Aber auch auf psychischer Ebene führt körperliche Aktivität zu einem gesünderen, ausgewogeneren und gelasseneren Wohlbefinden (Mess et al., 2015; Möllenbeck, 2015; Schulz et al., 2012).

Eine Veränderung der Gesundheitskompetenz konnte im Interventionsverlauf nicht nachgewiesen werden. Die Skalenwerte waren in beiden Gruppen

konstant und zeigten im Vergleich zu den Referenzwerten von Lenartz (2012) eine unterdurchschnittliche Ausprägung. Lediglich die Selbstregulation war überdurchschnittlich ausgeprägt. Die einzelnen Fähigkeiten – Selbstregulation, Selbstkontrolle, Selbstwahrnehmung, Verantwortungsübernahme, Kommunikation & Kooperation und Umgang mit Gesundheitsinformationen – bilden das Konstrukt der Gesundheitskompetenz und tragen je nach Ausprägung zu psychischem und physischem Wohlbefinden sowie gesundheitsorientierten Verhalten bei (Lenartz, 2012). Lenartz (2012) konnte einen signifikanten Einfluss der Selbstregulation und Selbstkontrolle auf die psychische und physische Gesundheit nachweisen. Möglicherweise besteht ein Zusammenhang der überdurchschnittlichen Werte der Selbstregulation mit der signifikant höheren Wahrnehmung der psychischen Gesundheit bei den Studierenden der Experimentalgruppe zum Zeitpunkt des Posttests im Vergleich zur Kontrollgruppe. Im Interventionsverlauf blieben die Werte der Selbstregulation in der Experimentalgruppe konstant bzw. zeigten eine Verringerung in der Kontrollgruppe.

Es gilt zu berücksichtigen, dass das Konzept des Pausenexpresses für einen Zeitraum von mindestens 10 Wochen entwickelt wurde. Die Analyse verschiedener Studien zur Bewegungspause weist darauf hin, dass eine Verlängerung der Interventionsdauer notwendig ist, um eine stabile Verhaltensänderung zu bewirken. Eine Änderung des Verhaltens gilt in der Gesundheitspsychologie erst dann als stabil, wenn über mindestens sechs Monate hinweg das Verhalten beibehalten wird (Mess et al., 2015; Stoffel, Gröben, Pronk, & Bös, 2011). Besonders die Ausbildung einer übergreifenden Fertigkeit und Schlüsselqualifikation wie die Gesundheitskompetenz bedarf längerfristiger Interventionen, um überdauerndes Verhalten zu festigen. Somit können die überwiegend unterdurchschnittlich ausgeprägten Skalenwerte der Gesundheitskompetenz bei zukünftigen Maßnahmen einen Fokus wissenschaftlicher Interventionen darstellen.

Von weiterem Forschungsinteresse ist bei den Studierenden auch der Vergleich zwischen unterschiedlichen Fakultäten z. B. Geisteswissenschaften versus Naturwissenschaften. Neben der weiteren Erforschung von langfristigen Auswirkungen des Studi-Pausenexpresses auf objektive und subjektive Gesundheitsparameter besteht auch hinsichtlich der Analyse von akuten Auswirkungen des Pausenexpresses auf subjektive Gesundheitsparameter, Aufmerksamkeit und Konzentration sowie die kognitive Leistungsfähigkeit im Gesamten und die Arbeitsproduktivität weiterer Forschungsbedarf. Darüber hinaus ist der akute und langfristige Einfluss auf das subjektive Stressempfinden eine weiterführende wissenschaftliche Fragestellung.

Nach der Pilotphase wurde der Studi-Pausenexpress an der Universität Bonn verstetigt, in dem dieser in das Hochschulsportprogramm implementiert und in Kooperation mit Healthy Campus Bonn kontinuierlich angeboten wird. Ziel ist, das Angebot des Studi-Pausenexpresses von der Mathematischen und Land-

wirtschaftlichen Fakultät auf die Philosophische und sukzessive auf weitere Fakultäten auszudehnen. Zur Qualitätssicherung finden regelmäßig Ausbildungen der Pausenexpresstrainerinnen und -trainer durch den Hochschulsport statt. Diese wird durch ein begleitendes Übungsleitendenmanual mit einer Auswahl an Stundenbildern unterstützt. Weitere Evaluationen und wissenschaftliche Begleitungen sind in Planung.

Literatur

- Abd, T. T., Kobylivker, A., Perry, A., Miller III, J., & Sperling, L. (2012). Work-Related Physical Activity Among Cardiovascular Specialists. *Clinical Cardiology*, 35(2), 78–82. <https://doi.org/10.1002/clc.21954>.
- Allgemeiner Deutscher Hochschulsportverband. (2010). *Fragenpool – Basisfragebogen*.
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: American Psychological Assoc.
- Ärzttekammer Nordrhein. (2013). *10.000 Schritte reichen, um fit zu bleiben*. Verfügbar unter http://www.aekno.de/downloads/aekno/flyer_zehntausend.pdf.
- Benatti, F. B., & Ried-Larsen, M. (2015). The Effects of Breaking up Prolonged Sitting Time: A Review of Experimental Studies. *Medicine and science in sports and exercise*, 47(10), 2053–2061. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000000654>.
- Busch, M. A., Maske, U. E., Ryl, L., Schlack, R., & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 733–739.
- Carr, L. J., Leonhard, C., Tucker, S., Fethke, N., Benzo, R., & Gerr, F. (2016). Total Worker Health Intervention Increases Activity of Sedentary Workers. *American journal of preventive medicine*, 50(1), 9–17. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.06.022>.
- Chang, Y. K., Labban, J. D., Gapin, J. I., & Etnier, J. L. (2012). The effects of acute exercise on cognitive performance: a meta-analysis. *Brain research*, 1453, 87–101. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2012.02.068>.
- Frey, I., Berg, A., Grathwohl, D., & Keul, J. (1999). Freiburger Fragebogen zur körperlichen Aktivität-Entwicklung, Prüfung und Anwendung. *Sozial- und Präventivmedizin SPM*, 44(2), 55–64. <https://doi.org/10.1007/BF01667127>.
- Garber, C. E., Blissmer, B., Deschenes, M. R., Franklin, B. A., Lamonte, M. J., Lee, I.-M., Nieman D. C., Swain, D. P. (2011). American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Medicine and science in sports and exercise*, 43(7), 1334–1359. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e318213febf>.
- Gomez-Pinilla, F., & Hillman, C. (2013). The influence of exercise on cognitive abilities. *Comprehensive Physiology*, 3(1), 403–428. <https://doi.org/10.1002/cphy.c110063>.
- Hollmann, W. (2014). Prävention durch körperliche Aktivität. In *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 141–154). Bern: Verlag Hans Huber.

- Hollmann, W., & Strüder, H. K. (2009). *Sportmedizin: Grundlagen für körperliche Aktivität, Training und Präventivmedizin ; mit 91 Tabellen* (5., völlig neu bearb. und erw. Aufl.). Stuttgart, New York, NY: Schattauer.
- Hopkins, M. E., Davis, F. C., Vantieghem, M. R., Whalen, P. J., & Bucci, D. J. (2012). Differential effects of acute and regular physical exercise on cognition and affect. *Neuroscience*, 215, 59–68. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2012.04.056>.
- Höss-Jelten, C., Maier, S., Dolp, T. (2015). Aktive Pause – ein Angebot von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als ein Beispiel für eine nachhaltige Maßnahme im Rahmen der Gesundheitsförderung an Hochschulen. In A. Göring & D. Möllenbeck (Hrsg.), *Bewegungsorientierte Gesundheitsförderung an Hochschulen. Theoretische Perspektiven, empirische Befunde und Praxisbeispiele* (S. 401–417). Göttingen: Universitätsverlag Göttingen.
- Hougron, P. (2010). Sport and Physical Activity: European Commission. Retrieved from http://ec.europa.eu/comfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_334_en.pdf.
- König, G., Parthey, J., Kroke, A. (2015). Bewegungspausen in der Hochschullehre: Evaluationsergebnisse des Pilotprojektes »FiduS – Fit durchs Studium« an der Hochschule Fulda. In A. Göring & D. Möllenbeck (Hrsg.), *Bewegungsorientierte Gesundheitsförderung an Hochschulen. Theoretische Perspektiven, empirische Befunde und Praxisbeispiele* (S. 273–287). Göttingen: Universitätsverlag Göttingen.
- Lenartz, N. (2012). *Gesundheitskompetenz und Selbstregulation. Applied Research in Psychology and Evaluation: Vol. 6*. Bonn University Press. Göttingen: V&R unipress.
- Leyk, D., Rüter, T., Witzki, A., Sievert, A., Moedl, A., Blettner, M., . . . Löllgen, H. (2012). Physical fitness, weight, smoking, and exercise patterns in young adults. *Deutsches Ärzteblatt international*, 109(44), 737–745. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0737>
- Löllgen, H., & Bachl, N. (2016). Kardiovaskuläre Prävention und regelmäßige körperliche Aktivität: Bewegung und Training als wahre »polypill« [Cardiovascular prevention and regular physical exercise : Activity and training as the true »polypill«]. *Herz*, 41(8), 664–670. <https://doi.org/10.1007/s00059-016-4506-5>.
- Löllgen, H., Völker, K., Böckenhoff, A., & Löllgen, D. (2006). Körperliche Aktivität und Primärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen [Physical activity and prevention of cardiovascular diseases]. *Herz*, 31(6), 519–523. <https://doi.org/10.1007/s00059-006-2859-x>.
- Macedo, A. C., Trindade, C. S., Brito, A. P., & Socorro Dantas, M. (2011). On the effects of a workplace fitness program upon pain perception: a case study encompassing office workers in a Portuguese context. *Journal of occupational rehabilitation*, 21(2), 228–233. <https://doi.org/10.1007/s10926-010-9264-2>.
- Mansoubi, M., Pearson, N., Biddle, S. J. H., & Cledes, S. A. (2016). Using Sit-to-Stand Workstations in Offices: Is There a Compensation Effect? *Medicine and science in sports and exercise*, 48(4), 720–725. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000000802>.
- Meier, S., Mikolajczyk, R. T., Helmer, S., Akmatov, M. K., Steinke, B., & Krämer, A. (2010). Prävalenz von Erkrankungen und Beschwerden bei Studierenden in NRW: Ergebnisse des Gesundheitssurveys NRW. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 5(3), 257–264.
- Meier, S., Milz, S., & Krämer, A. (2007). Projektbericht Gesundheitssurvey für Studierende in NRW. Verfügbar unter http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/F_Gesundheitssurvey_NRW/Projektbericht_GesSur_NRW.pdf.

- Mess, F., Theune, J., & Schüler, S. (2015). Evaluation und Weiterentwicklung des Pausenexpresses als Maßnahme der aufsuchenden Gesundheitsförderung im Setting Universität. In A. Göring & D. Möllenbeck (Hrsg.), *Bewegungsorientierte Gesundheitsförderung an Hochschulen. Theoretische Perspektiven, empirische Befunde und Praxisbeispiele* (S. 221–234). Göttingen: Universitätsverlag Göttingen. Verfügbar unter https://www.researchgate.net/profile/Filip_Mess/publication/310109086_Evaluation_und_Weiterentwicklung_des_Pausenexpresses_als_Massnahme_der_aufsuchenden_Gesundheitsforderung_im_Setting_Universitat/links/5828ef3308aecfd7b8c41dd3.pdf.
- Michishita, R., Jiang, Y., Ariyoshi, D., Yoshida, M., Moriyama, H., & Yamato, H. (2017). The practice of active rest by workplace units improves personal relationships, mental health, and physical activity among workers. *Journal of occupational health, 59*(2), 122–130. <https://doi.org/10.1539/joh.16-0182-OA>.
- Möllenbeck, D. (2015). Gesundheitliche Ressourcen und Belastungen von Studierenden. In A. Göring & D. Möllenbeck (Hrsg.), *Bewegungsorientierte Gesundheitsförderung an Hochschulen. Theoretische Perspektiven, empirische Befunde und Praxisbeispiele* (S. 167–181). Göttingen: Universitätsverlag Göttingen.
- Nelson, M. E., Rejeski, W. J., Blair, S. N., Duncan, P. W., Judge, J. O., King, A. C., Macera, C. A., Castaneda-Sceppa, C. (2007). Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine and science in sports and exercise, 39*(8), 1435–1445. <https://doi.org/10.1249/mss.0b013e3180616aa2>.
- Pilcher, J. J., Morris, D. M., Bryant, S. A., Merritt, P. A., & Feigl, H. B. (2017). Decreasing Sedentary Behavior: Effects on Academic Performance, Meta-Cognition, and Sleep. *Frontiers in neuroscience, 11*, 219. <https://doi.org/10.3389/fnins.2017.00219>.
- Richter-Kuhlmann, E. (2012). Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts: Zivilisationskrankheiten nehmen zu. *Deutsches Ärzteblatt, 109*(26).
- Robert Koch-Institut, R., Saß, A.-C., Lampert, T., Prütz, F., Seeling, S., Starker, A., . . . Ziese, T. (Hrsg.). (2015). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung für Deutschland*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Rütten, A., Abu-Omar, K., Lampert, T., & Ziese, T. (Hrsg.). (2005). *Körperliche Aktivität. Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Vol. 26*. Berlin: Robert-Koch-Inst. Verfügbar unter <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0257-1002059>.
- Saeidifard, F., Medina-Inojosa, J. R., Supervia, M., Olson, T. P., Somers, V. K., Erwin, P. J., & Lopez-Jimenez, F. (2018). Differences of energy expenditure while sitting versus standing: A systematic review and meta-analysis. *European journal of preventive cardiology, 2047487317752186*. <https://doi.org/10.1177/2047487317752186>.
- Schulz, K.-H., Meyer, A., & Langguth, N. (2012). Körperliche Aktivität und psychische Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 55*(1), 55–65. <https://doi.org/10.1007/s00103-011-1387-x>.
- Stoffel, S., Gröben, F., Pronk, N., & Bös, K. (2011). Bewegungsförderung im Betrieb. Ein wichtiger Baustein der multifunktionell konzipierten betrieblichen Gesundheitsförderung. In *Gesundheit durch Bewegung fördern* (S. 74–77). Verfügbar unter https://www.researchgate.net/profile/Nicolaas_Pronk/publication/233752684_Bewegungsforderung_im_Betrieb_ein_wichtiger_Baustein_der_multifaktoriell_konzipierten_Betrieblichen_Gesundheitsforderung/links/09e4150b2ba7183e1500000/Bewegungsofer

- derung-im-Betrieb-ein-wichtiger-Baustein-der-multifaktoriell-konzipierten-Betrieblichen-Gesundheitsfoerderung.pdf.
- Taylor, W. C., Horan, A., Pinion, C., & Liehr, P. (2014). Evaluation of booster breaks in the workplace. *Journal of occupational and environmental medicine*, 56(5), 529–534. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000144>.
- Taylor, W. C., King, K. E., Shegog, R., Paxton, R. J., Evans-Hudnall, G. L., Rempel, D. M., Chen, V., Yancey, A. K. (2013a). Booster Breaks in the workplace: participants' perspectives on health-promoting work breaks. *Health education research*, 28(3), 414–425. <https://doi.org/10.1093/her/cyt001>.
- Taylor, W. C., King, K. E., Shegog, R., Paxton, R. J., Evans-Hudnall, G. L., Rempel, D. M., Chen, V., Yancey, A. K. (2013b). Booster Breaks in the workplace: participants' perspectives on health-promoting work breaks. *Health education research*, 28(3), 414–425. <https://doi.org/10.1093/her/cyt001>.
- Taylor, W. C., Shegog, R., Chen, V., Rempel, D. M., Baun, M. P., Bush, C. L., Green, T., Hare-Everline, N. (2010a). The Booster Break program: description and feasibility test of a worksite physical activity daily practice. *Work (Reading, Mass.)*, 37(4), 433–443. <https://doi.org/10.3233/WOR-2010-1097>.
- Taylor, W. C., Shegog, R., Chen, V., Rempel, D. M., Baun, M. P., Bush, C. L., Green, T., Hare-Everline, N. (2010b). The Booster Break program: description and feasibility test of a worksite physical activity daily practice. *Work (Reading, Mass.)*, 37(4), 433–443. <https://doi.org/10.3233/WOR-2010-1097>.
- Techniker Krankenkasse. (2015a). Gesundheitsreport 2015 – Gesundheit von Studierenden. Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK. TK: Hamburg.
- Techniker Krankenkasse. (2015b). TK-CampusKompass. TK: Hamburg.
- Tudor-Locke, C., & Bassett, D. R. (2004). How many steps/day are enough? Preliminary pedometer indices for public health. *Sports medicine (Auckland, N.Z.)*, 34(1), 1–8.
- van der Ploeg, H. P., & Hillsdon, M. (2017). Is sedentary behaviour just physical inactivity by another name? *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 142. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0601-0>.
- Weisser, B., Preuss, M., & Predel, H.-G. (2009). Körperliche Aktivität und Sport zur Prävention und Therapie von inneren Erkrankungen im Seniorenalter [Physical activity for prevention and therapy of internal diseases in the elderly]. *Medizinische Klinik (Munich, Germany : 1983)*, 104(4), 296–302. <https://doi.org/10.1007/s00063-009-1055-1>.
- Weisser, B., Preuß, M., & Predel, H.-G. (2010). Körperliche Aktivität und Gesundheit – Positive Effekte eines aktiven Lebensstils. *Der Klinikarzt*, 39(06), 282–286. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1262963>.
- World Health Organization. (2002). WHOQOL-SRPB Users Manual: Scoring and Coding for the WHOQOL SRPB Field-Test Instrument.
- World Health Organization. (2012). WHOQOL-SRPB Users Manual: Scoring and Coding for the WHOQOL SRPB Field-Test Instrument. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77778/1/WHO_MSD_MER_Rev.2012.05_eng.pdf.

Autorenverzeichnis

Claßen, Angelika: Juristin. Bis 2014 Referatsleiterin im damaligen Ministerium für Wissenschaft und Forschung NRW, seitdem Kanzlerin der Deutschen Sporthochschule Köln.

Dr. Göring, Arne: Seit 2003 am Institut für Sportwissenschaften der Universität Göttingen tätig. Seit 2006 stellv. Leiter der Zentralen Einrichtung für den Hochschulsport. Von 2006–2014 Vorstandsmitglied für den Bereich Bildung und Wissenschaftsarbeit im Allgemeinen Deutschen Hochschulsportverband. E-Mail: agoering@sport.uni-goettingen.de

König, Sabine: Referentin für Gesundheitsförderung der Techniker Krankenkasse. E-Mail: Sabine.Koenig-1@tk.de

Dr. Lutz, Reinhardt (Reiner): Nahm bis April 2016 ein Vierteljahrhundert das Amt des Kanzlers der Universität Bonn wahr. Ab Wintersemester 2011/2012 hat er Healthy Campus Bonn deutlich sichtbar über Bonn hinaus auf den Weg gebracht.

Mette, Janika: Freiberufliche Mitarbeiterin der Techniker Krankenkasse.

Prof. Dr. med. Predel, Hans-Georg: Seit 2001 Leiter des Instituts für Kreislauforschung und Sportmedizin der Deutschen Sporthochschule Köln. Mitinitiator und Mentor der Aktion Healthy Campus an der Universität Bonn. E-Mail: predel@dshs-koeln.de

Dr. Preuß, Manuela: Sportwissenschaftlerin M.A., 2012–2015 Konzeption und Aufbau der Initiative Healthy Campus an der Universität Bonn und an der Deutschen Sporthochschule Köln. Seit 2014 Leitung von Healthy Campus Bonn an der Universität Bonn. E-Mail: mp@uni-bonn.de

Dr. Preuß, Peter: Diplom-Sportlehrer. Leiter der Zentralen Betriebseinheit Hochschulsport der Universität Bonn und als enger Kooperationspartner maßgeblich am Aufbau von Healthy Campus Bonn beteiligt. Seit 2013 Vorstandmitglied der Landeskonferenz für den Hochschulsport in Nordrhein-Westfalen. E-Mail: pp@uni-bonn.de

Prof. Dr. Rudinger, Georg: Von 1974 bis 2010 als Professor für Psychologie am Institut für Psychologie der Universität Bonn tätig. Mitinitiator der Aktion Healthy Campus an der Universität Bonn. E-Mail: rudinger@uni-bonn.de

Prof. Dr. rer. nat. Schmidt, Helmut: Präsident der Technischen Universität Kaiserslautern. Initiator und Mentor des Studentischen Gesundheitsmanagements und Campusplus an der TUK. E-Mail: president@uni-kl.de

Sprenger, Max: Dipl. Sportlehrer und Master of Evaluation. Stellvertretender Leiter Hochschulsport TUK. Promoviert zum Thema Bio-, Psycho-, Soziale Gesundheit der Studierenden der TUK. E-Mail: max.sprenger@hochschulsport.uni-kl.de

Dr. Steinke, Brigitte: Referentin für Gesundheitsmanagement der Techniker Krankenkasse. E-Mail: Brigitte.Steinke@tk.de