

Ute Sonntag, Silke Gräser, Christiane Stock,
Alexander Krämer (Hrsg.)

Gesundheitsfördernde Hochschulen

Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele

Ute Sonntag

Netzwerk "Gesundheitsfördernde Hochschulen" an der Universität
Wuppertal

Ute Sonntag, Silke Gräser, Christiane Stock

Praxisbeispiele zur Gesundheitsförderung an Hochschulen

Die Hochschule als Gesundheitsförderer
Die Hochschule als Gesundheitsförderer

Ute Sonntag, Silke Gräser, Christiane Stock

Praxisbeispiele zur Gesundheitsförderung an Hochschulen

Ute Sonntag

Praxisbeispiele zur Gesundheitsförderung an Hochschulen

Ute Sonntag

Die Hochschule als Gesundheitsförderer
Die Hochschule als Gesundheitsförderer

© 2000 Juventa Verlag Weinheim und München
Lithographie: Juventa Verlag Weinheim, 61224 Bad Nauheim
Druck: Juventa Verlag Weinheim, 61224 Bad Nauheim
Printed in Germany

Juventa Verlag Weinheim und München 2000

Peter Franzkowiak

Gesundheitsberichterstattung im Setting Hochschule

Konzeption und Umsetzung

Hochschule als Setting in der Gesundheitsförderung

Ein Setting ist ein soziales System, das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfaßt. Es ist zugleich ein System, in dem die Bedingungen von Gesundheit und Krankheit gestaltet und verändert werden können. Der Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung orientierte bislang vorrangig auf Städte/Kommunen, Betriebe, Krankenhäuser und Schulen (Grossmann & Scala, 1994, 1996; Noack, 1996; WHO, 1998).

Auch Hochschulen sind Settings für Gesundheitsförderung. Die komplexe Organisation Hochschule beeinflußt die Gesundheitschancen und Risikopotentiale aller ihrer Mitglieder, ob Lehrende und Lernende, ob Dienstleisterinnen und Dienstleister in Leitung und Verwaltung, ob Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Studentenwerk usw. Eine Hochschule wirkt auf die Gesundheit ihrer Mitglieder und ihres Umfeldes in mehrfach vernetzter Weise ein (Booth & Ritchie, 1998; Tsouros et al., 1998b):

- als Großeinrichtung/Organisation mit einem umfassenden (dabei mehr oder weniger gesundheitsbewußten) Leitbild;
- als Arbeitgeberin mit Pflichtaufgaben des Arbeits- und Gesundheitsschutzes;
- als Lern-/Lehr- und Forschungszentrum mit jeweils unterschiedlicher inhaltlicher und didaktischer Nähe zu Gesundheitsfragen;
- als (u.a. Gesundheits-)Erzieherin zukünftiger Generationen von PraktikerInnen, ForscherInnen und EntscheidungsträgerInnen;
- als (u.a. gesundheitsfördernde) Ressource und Partnerin der Gemeinde, in die sie eingebettet ist, sowie in Beziehung zu größeren regionalen, nationalen und internationalen Zusammenschlüssen;
- als gesundheitsförderliches Setting und Projektstandort im engeren Sinne.

In Übernahme einer auf Schulen bezogenen WHO-Definition kann eine Hochschule dann als gesundheitsfördernd gelten, wenn sie beständig und nachhaltig darum bemüht ist, ihre Kapazitäten als gesunder Lebens-, Arbeits- und Lernort zu verbessern. Dazu zählen:

- der Schutz vor Gesundheitsgefahren im Arbeits-, Lehr- und Lernprozeß;
- der ungehinderte und bestmögliche Zugang zu bzw. Vermittlung von präventiven, diagnostischen und kurativen Basisdiensten sowie zu erweiterten Ressourcen der Gesundheitsförderung;

- die Befähigung aller Hochschulangehörigen, im Einklang mit den Zielen und dem Leitbild der Hochschule ihre Fähigkeiten zu erweitern und Kontrolle über die persönlichen wie strukturellen Bedingungen ihrer Gesundheit im Setting Hochschule zu entwickeln.

Hochschulen sind zwar Settings für sich, immer aber auch ein Teilsystem des übergreifenden lokalen bzw. regionalen Settings, im Idealfall Teilsystem einer gesunden Stadt, Gemeinde bzw. Region. Der Aktionsrahmen ist weitgefächert: "Hochschulen können viele Dinge tun, um die Gesundheit von Studierenden und Beschäftigten zu fördern und zu schützen, um gesundheitsverbessernde Arbeits-, Lern- und Lebensumgebungen zu schaffen, um die Umwelt nachhaltig zu schützen, um Gesundheitsförderung in Lehre und Forschung zu fördern und um die Gesundheit der Gemeinde zu fördern und eine Ressource für die Gesundheit in der Gemeinde zu sein. Die Herausforderung in der Entwicklung gesundheitsfördernder Hochschulprojekte liegt darin, all diese Aspekte voranzubringen und zu ermutigen" (Tsouros, 1998, in eigener Übersetzung).

Gesundheitsberichterstattung

Gesundheitsberichterstattung (GBE) ist ein kontinuierliches Berichtswesen zur Verlaufsbeobachtung und, im Idealfall, zur Steuerung und Qualitätsverbesserung von Entwicklungen im Gesundheitswesen. Auf regionaler und nationaler Ebene dient GBE zur systematischen, periodischen Darstellung und Analyse des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung, ihrer Gesundheitsgefährdungen, der gesundheitlichen Versorgung und deren Effektivität und Effizienz. Ziel ist die Lagebeschreibung und Ermittlung von vordringlichen Handlungsbedarfen im Hinblick auf die gesundheitliche Lage und Versorgung von Bevölkerungsgruppen (Bardehle & Annuß, 1998; Schwartz & Hofmann, 1996; Trojan, 1996).

Als Ergebnisse der GBE werden je nach Reichweite und Anspruch unterschieden: allgemeine Gesundheitsberichte sowie zielgruppenbezogene und/oder bereichsorientierte Spezialberichte. GBE ist jedoch mehr als nur deskriptive Statistik von empirischen Gesundheitsindikatoren. Sie soll auch Hinweise zur Verbesserung gesundheitlicher Versorgungsnetze und zur Intensivierung von Prävention und Gesundheitsförderung geben. In weiten Kreisen der Gesundheitswissenschaften/Public Health wird eine GBE-Fokussierung auf Problem-schwerpunkte des Gesundheitszustandes und auf Defizite gesundheitlicher Versorgung als ausreichend angesehen.

Vom Standpunkt der Gesundheitsförderung ist die Notwendigkeit solcher Defizitanalysen unbestritten; sie sind aber keinesfalls hinreichend. Die GBE muß auch salutogenetische Fragen stellen und beantworten (Noack, 1996):

- Wie und wo entsteht (im Setting Hochschule) Gesundheit?
- Welche Struktureffekte und Gesundheitsgewinne sind (im Setting Hochschule) mit Gesundheitsinterventionen verbunden?

Indikatoren für eine in diesem Sinne salutogenetische Epidemiologie und GBE liegen noch nicht vor. Die gegenwärtige GBE orientiert sich primär an klassisch

epidemiologischen (Defizit-)Indikatoren für Gesundheit und Gesundheitsförderung. Ihre Ergebnisse und interventiven Ableitungen sind unter dieser Einschränkung zu werten. Einzelforderungen für zukünftige GBE ist die Entwicklung und Verankerung salutogener Maßzahlen und Verknüpfungen auf individueller, Interaktions- und Settingebene.

Einen Bezugsrahmen für allgemeine GBE bietet der erste Gesundheitsbericht für Deutschland (Statistisches Bundesamt, 1998). Konzeptioneller Ausgangspunkt der GBE des Bundes ist eine systemorientierte Betrachtungsweise, bei der es nicht allein um die Bereitstellung von statistischen Einzelergebnissen geht. Den Nutzerinnen und Nutzern sollen verdichtete Informationen angeboten werden: in Form analytischer Darstellungen und mittels aussagefähiger Kennziffern. Die empirischen Daten sollen differenziert, unter Berücksichtigung interdisziplinärer Aspekte, interpretierbar sein. Die Beiträge im 1998er Basisbericht des Bundes unterliegen einer einheitlichen fünfteiligen Struktur: Rahmenbedingungen - Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der Bevölkerung - Verbreitung von Krankheiten und Risikofaktoren in der Bevölkerung - Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen - Kosten und Ressourcen des Gesundheitswesens. Tab. 1 zeigt eine leicht abgewandelte und um interventionsrelevante Ableitungen ergänzte Form dieser Berichtsstruktur.

Tab. 1 Allgemeine GBE-Berichtsstruktur (modifiziert und erweitert nach: Statistisches Bundesamt, 1998)

<i>GBE-Bereiche</i>	<i>Inhalte</i>	<i>Ableitungen</i>
<i>Rahmenbedingungen</i>	politische, ökonomische, kulturelle und ökologische Rahmenbedingungen und Leitbilder	Benennung prioritärer Strukturmerkmale und -probleme
<i>Gesundheitliche Lage und Gesundheitsgefährdungen</i>	Gesundheitsverhalten, Gesundheitsgefährdungen, Risikofaktoren, Krankheiten, Mortalität, Lebenserwartung	Benennung prioritärer Gesundheitsmerkmale und -probleme
<i>Ressourcen und Inanspruchnahme</i>	Leistungen und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung, Einrichtungen und Erwerbstätige	Benennung prioritärer Versorgungsmerkmale und -probleme
<i>Finanzierung und Steuerung</i>	Ausgaben, Kosten und Preise, Finanzierung und Steuerung	Benennung prioritärer Steuerungsmerkmale und -probleme
<i>Weiterentwicklung und Veränderung</i>	Entwicklungslinien, Zukunftsszenarien, Veränderungsnotwendigkeiten und -modelle	Benennung prioritären Interventionsbedarfs

Noch vor der Bundes-GBE wurde in vielen Modellprojekten städtische, betriebliche und Krankenhaus-GBE entwickelt. Neben allgemeinen regionalen Berichten existiert im deutschsprachigen Raum auch eine Vielzahl von regionalen Spezialgesundheitsberichten, z.B. zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Frauen und Alten bzw. für spezielle Krankheitsgruppen (Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen).

Hochschulbezogene Gesundheitsberichterstattung

Vergleichbar breit gefächerte Ansätze einer GBE, die gezielt auf das Setting Hochschule zugeschnitten sind, sind m.W. noch nicht vorhanden. Spezialberichte zu einzelnen Risikoaspekten der Gesundheit von Studierenden oder der Gesundheitsförderung an Hochschulen liegen verstreut vor (vgl. die Übersichtsarbeit von Weissinger, 1996; ergänzend: Allgöwer et al., 1998; Franzkowiak, 1998).

Welche Indikatoren, welche Basisinformationen benötigt eine hochschulbezogene Gesundheitsberichterstattung (HGBE)? Es ist sinnvoll, von Ashtons (1998) fünf allgemeinen Setting-Merkmalen einer gesundheitsfördernden Hochschule (GH) auszugehen:

1. Struktur und Organisation (Personal- und Sachausstattung, Fachbereiche, Verwaltung, Zentralisierung/Zersplitterung etc., Organisationskultur und -leitbilder);
2. Standort/Standorte, Gebäude, stadt- und sozioökologisches Umfeld der Hochschule;
3. (aggregierte) soziodemographische Basisdaten der verschiedenen Gruppen von Hochschulmitgliedern;
4. Beziehungen der Hochschule zur Gemeinde und ihre Einbettung in die lokale/regionale Struktur;
5. Gesundheitsaspekte, insbesondere vordringliche Felder von Prävention und Gesundheitsschutz bei den einzelnen Hochschulgruppen (bei Studierenden: Sexualverhalten/Verhütung, Unfälle/Verletzungen, Ernährung, Drogenmißbrauch, Streßbewältigung, Arbeitsorganisation/Lernstörungen, etc.).

Verbindet man diese Bereiche mit den in Tab. 1 ausgeführten Vorgaben der allgemeinen GBE-Berichtsstruktur, ergeben sich die Umriss einer Berichtsstruktur für das Setting Hochschule (Tab. 2).

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

Tab. 2 Spezifische HGBE-Berichtsstruktur

HGBE-Bereiche	Inhalte	Ableitungen für Gesundheitsförderung
Allgemeine Rahmenbedingungen, Organisationskultur und Leitbild(er), Verhältnis von Lehre und Forschung	politische, ökonomische und kulturelle Rahmenbedingungen und Leitbilder der Organisation Hochschule und einzelner Fachbereiche/Einrichtungen; Standorte und ihre materiellen und natürlichen Umweltbedingungen; Gebäude; Ergonomie des Lernens/Lehrens; Versorgungsstruktur (Mensa, Wohnheime, Freizeiteinrichtungen, etc.)	Benennung prioritärer gesundheitsrelevanter Strukturmerkmale und -probleme der Hochschule bzw. einzelner Organisationseinheiten
Ausstattung, Arbeits- und Studienbedingungen	Personal- und Sachausstattung; Arbeitsgestaltung, Arbeitsmittel, Arbeitsschutz; Lehr-Lern-Ausstattung, Personalschlüssel Lehrende – Lernende, Didaktik und Studienorganisation; Studienbedingungen, -erfolge, -abbrüche	Benennung prioritärer gesundheitsrelevanter Leistungs- und Ausstattungsmerkmale und -probleme der Hochschule bzw. einzelner Organisationseinheiten
Gesundheitliche Lage und Gesundheitsgefährdungen der Hochschulmitglieder	Arbeits- und Studienzufriedenheit; Lebenskompetenzen, soziale Unterstützung, Belastungen und Streßbewältigung; Gesundheitsverhalten, Gesundheitsgefährdungen/Risikofaktoren; somatische, psychische und psychosoziale Beschwerden und Krankheiten, Krankenstand/Fehlzeiten, Arbeitsunfähigkeit (AU-Tage), arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen; Behinderungen, Früherberentungen (Mortalität, Lebenserwartung) --> differenziert nach: Studierenden, Lehrenden, Verwaltung/Hausdiensten, assoziierten MitarbeiterInnen und Diensten, nach Geschlecht, u.U. auch nach: Standorten, Abteilungen, Fachbereichen, Sondereinrichtungen	Benennung prioritärer Gesundheitsmerkmale und -probleme der Hochschulmitglieder bzw. der Mitglieder einzelner Organisationseinheiten
Ressourcen und Inanspruchnahme	betriebsärztlicher Dienst; Beratungs- und Versorgungseinrichtungen und deren Beschäftigte; Leistungen und Inanspruchnahme von gesundheitlicher Information, Beratung, Gesundheits- und Arbeitsschutz, medizinischer Versorgung an der Hochschule;	Benennung prioritärer Beratungs-, Gesundheitsschutz- und Versorgungsprobleme an der Hochschule bzw. in einzelnen Organisationseinheiten
Finanzierung und Steuerung	Ausgaben, Kosten und Preise, Finanzierung und Steuerung von Gesundheitsaufklärung und -beratung, von Prävention und Gesundheitsförderung, von Arbeits- und Gesundheitsschutz an der Hochschule	Benennung prioritärer Steuerungsprobleme in ihrer Auswirkung auf Prävention und Gesundheitsförderung in der Hochschule
Vernetzung und Gemeindeorientierung	gesundheitsbezogene Vernetzung/Kooperation mit anderen Einrichtungen, Einbindung in die Gemeinde	Benennung prioritären Vernetzungs- und Kooperationsbedarfs innerhalb und außerhalb der Hochschule
Weiterentwicklung und Veränderung	Entwicklungslinien, Zukunftsszenarien, Veränderungsnotwendigkeiten und -modelle	Benennung prioritären Interventionsbedarfs in der Hochschule bzw. einzelnen Organisationseinheiten sowie in der Interaktion mit hochschulexternen Partnern

Praktische Ansatzpunkte und Ausblick

Ein HGBE-Basisbericht mit so anspruchsvoller und umfassender Struktur, wie oben skizziert, wird sich in kaum einer Hochschule finden, wohl auch nicht ad hoc einführen lassen. Ein Mißerfolg wäre vorprogrammiert, wollte man mit einem derart perfektionistischen Anspruch in HGBE einsteigen.

HGBE beginnt in aller Regel mit vereinzelt Spezialberichten unterschiedlicher Tiefe und Ausrichtung. Diese haben viele Gesichter:

- epidemiologische Quer- und Längsschnitterhebungen zur individuellen Gesundheit, spezifischen Risiken und überformenden Lebensweisen von Studierenden, MitarbeiterInnen und Lehrenden an der Hochschule;
- Gruppenbefragungen, Werkstätten, Begehungen, Strukturuntersuchungen von Studierenden zu gesundheitsrelevanten Einzelaspekten des Studiums und dessen hochschultypischen Rahmenbedingungen ("Gesundheit am Lern- und Arbeitsplatz Hochschule");
- Arbeits- und Gesundheitsschutzerhebungen zu den Risiken und Gefährdungen von MitarbeiterInnen in den unterschiedlichen Servicebereichen einer Hochschule (Mensa, Technischer Dienst, Verwaltung, Forschungspersonal auf AssistentInnen- und MitarbeiterInnenebene, etc.);
- Evaluationen und Verlaufsbeobachtungen der Studienangebote, präventiven Maßnahmen und Gesundheitsdienste sowie anderer gesundheitsrelevanter Dienstleistungsangebote an der Hochschule;
- Überprüfungen zur Implementation, Wirksamkeit, Reichweite und Nachhaltigkeit von präventiven Aufklärungs-, Beratungs- und Hilfsangeboten für die unterschiedlichen Interessen- und KundInnengruppen an der Hochschule.

HGBE sollte Teil einer bereits existierenden Gesundheitsförderung an der Hochschule sein bzw. ohne Verzug dazu führen. Gesundheitsberichte müssen zu Handlungskonsequenzen in überschaubarer Zeit führen. In der betrieblichen Gesundheitsförderung hat sich die wechselseitige Verknüpfung von analytischen Gesundheitsberichten mit interventionsorientierten Gesundheitszirkeln bewährt (Sochert, 1999). Dieses Prinzip könnte und sollte auch auf das Setting Hochschule übertragen werden. Dabei dient die HGBE als "informationslogistisches Analyseinstrument" (ebenda). Mit ihr kann Zusammenhängen zwischen Risiken/Erkrankungen und Arbeits- sowie Umfeldbedingungen nachgegangen werden. Diese zirkuläre Logik der Verbindung von Basis-/Veränderungsdaten und Intervention läßt sich auch auf gesundheitsbezogene Fragen der Studienorganisation und des Hochschulalltags von Studierenden sowie auf die gesundheitsfördernde Integration der Hochschule in die Stadt bzw. Gemeinde anwenden (CCPH, 1999). Leitfragen für HGBE in Anbindung an ein Projekt Gesunde Hochschule werden in Tab. 3 zusammengetragen:

Tab. 3 Ansatzpunkte und Leitfragen einer interventionsorientierten HGBE (übernommen und überarbeitet nach den Überlegungen zur gemeinsamen Verantwortung für Gesundheit ["corporate responsibility for health"] in der Hochschule bei Tsouros et al., 1998b, 114 ff.)

<p><i>Allgemeine Rahmenbedingungen, Leitbild und Außenwirkung</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Sind die Arbeits-, Lern- und Lebens-/Freizeitbedingungen gesund für alle Beteiligten?- Sind alle Hochschulangehörigen im Stand ihrer bestmöglichen Gesundheit?- Sind Lehren, Lernen und Forschung und deren strukturelle wie organisatorische Rahmenbedingungen in optimaler Weise realisiert?- Sind alle Verbesserungsmöglichkeiten von medizinischer, Verhaltens- und Verhältnisprävention an der Hochschule bekannt und ausgeschöpft?- Bestehen ausreichende gesundheitsfördernde Verbindungen und Vernetzungen mit der Gemeinde?- Ist ein Leitbild der nachhaltigen Gesundheitsplanung und Gesundheitsförderung in allen Bereichen der Hochschule vorhanden oder in Entwicklung? Ist das Leitbild Teil der kontinuierlichen Organisationsentwicklung?- Hat die Hochschule eine gesunde Außenwirkung? Wird dadurch die Attraktivität für Studierende, Berufungen und Arbeitende erhöht? Ist damit eine Verbesserung der Wettbewerbschancen verbunden?- Unterstützt die Hochschule die Gesundheitssicherung und -entwicklung in der Gemeinde? Welche Wechselwirkungen gibt es zwischen Gemeinde und Hochschule? <p><i>Spezifische Arbeitsbedingungen, Gesundheitsförderung und Gesundheitsdienste</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Werden allen Mitgliedern und MitarbeiterInnen der Hochschule gesunde Lern- und Arbeitsbedingungen, gesundheitsfördernde Arbeits-, Lern- und Forschungsplätze bereitgestellt?- Gibt es für alle Fachbereiche, Einrichtungen und MitarbeiterInnen ein gesundes und unterstützendes soziales Umfeld?- Wird die persönliche und soziale Entwicklung von Studierenden und MitarbeiterInnen erleichtert und gefördert?- Wird die Einrichtung und kontinuierliche Verbesserung von Arbeits- und Gesundheitsschutz der MitarbeiterInnen und Studierenden als Pflichtaufgabe begriffen und ohne Einschränkungen umgesetzt? Wird die angemessene Umsetzung unabhängig überprüft?- Besteht ein betriebsärztlicher Dienst? Wird er effektiv genutzt, arbeitet er effizient?- Ist die Erhaltung und Erhöhung von Gesundheit und Produktivität aller MitarbeiterInnen, Lehrenden und Studierenden gesichert? Werden durch gesundheitsfördernde Interventionen krankheitsbedingte Abwesenheiten und Ausfallzeiten nachhaltig abgebaut?- Werden ausreichende, leicht zugängliche und problemnahe Basisgesundheits- und Beratungsdienste an der Hochschule bereitgestellt?- Sind eine nachhaltige Versorgung mit gesunder Ernährung (Mensa, Cafeterien) und Möglichkeiten der Bewegung und Erholung sichergestellt? <p><i>Forschung, Lehre, Lernbedingungen und Effektivität</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Ist Gesundheitsförderung ein (zentrales) Thema der akademischen Anstrengungen in der Hochschule? Wie kann der Stellenwert von Gesundheitsförderung in Lehre und Forschung erhöht werden?- Werden die Lehr-/Lernleistungen an der Hochschule nachhaltig verbessert? Wie werden diese Verbesserungen evaluiert? Können die StudienabbrecherInnenzahlen abgebaut werden?- Kann die Effektivität und Effizienz der Hochschule, ihrer Studiengänge, Forschungseinrichtungen und aller Beteiligten erhöht und gesichert werden?

Es gibt noch ein weites Feld ungeklärter Probleme zur HGBE. Dazu zählen der Ausgleich unterschiedlicher Interessen- und Gefährdungslagen und die Abstimmung unterschiedlicher Zeitperspektiven beim Engagement für GH bzw. HGBE (Studierende als zeitlich begrenzte NutzerInnen/KundInnen, Assistenzpersonal mit Zeitverträgen, verbeamtete HochschullehrerInnen, Verwaltungsangestellte mit langfristigen Angestelltenverträgen bzw. in Verbeamtung, periodisch wechselnde Leitungsstrukturen, etc.). Eine weitere Problematik besteht im Persönlichkeits- und Datenschutz bei HGBE-Erhebungen, bspw. bei akuten

Gesundheitsproblemen in kleinen Instituten, Organisationseinheiten und Betroffenenengruppen.

Erst zukünftige Praxiserfahrungen werden klären können, ob zuerst HGBE eingeführt werden sollte, um zu einem verpflichtenden Leitbild "Gesunde Hochschule" zu führen oder in der Hochschule zuerst ein gemeinsames Leitbild mit verbindlicher Umsetzungsstruktur ("Hochschulgesundheitszirkel/-rat", Selbstverpflichtung aller Gremien, Gruppen und Einrichtungen, etc.) entwickelt und beschlossen werden sollte. Auch für HGBE gilt die eingangs für allgemeine GBE ausgesprochene Forderung, sie möge sich nicht nur auf Defizit- und Risikoanalysen beschränken, sondern eigenständige salutogene Maßzahlen, Verknüpfungen und Interventionsvorgaben für das Setting Hochschule entwickeln und verankern.

Literatur

- Allgöwer A, Stock C, Krämer A (1998). Die gesundheitliche Situation von Studierenden. *Prävention*, 1 (21):22-25
- Ashton J (1998). The historical shift in public health. In: Tsouros A, Dowding G, Dooris M, Thompson J (Hrsg.). *Health promoting universities*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 5-9
- Bardehle D & Annuß R (1998). Gesundheitsberichterstattung. In: Hurrelmann K & Laaser U (Hrsg.). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*, Neuausgabe. Juventa, Weinheim, 329-356
- Booth B & Ritchie B (1998). Foreword. In: Tsouros A, Dowding G, Dooris M, Thompson J (Hrsg.). *Health promoting universities*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, iii-iv
- CCPH (1999). *Partnership matters - Communities and campuses in partnerships to improve health*. Vol. 2, Issue 1
- Franzkowiak P (1998). Gesundheit am Arbeitsplatz Hochschule - Feststellungen aus der Perspektive von FH-Studierenden. *Prävention*, 3 (21):72-74
- Grossmann R & Scala K (1994). *Gesundheit durch Projekte fördern*. Juventa, Weinheim
- Grossmann R & Scala K (1996). Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. Sabo, Schwabenheim, 100-101
- Noack RH (1996). Salutogenese und Systemintervention als Schlüsselkonzepte von Gesundheitsförderung und Public Health. *Prävention*, 2 (19):37-39
- Schwartz FW & Hofmann W (1996). Gesundheitsberichterstattung. In: Walter U & Paris W (Hrsg.). *Public Health - Gesundheit im Mittelpunkt*. Alfred & Söhne, Meran, 114-116
- Sochert R (1999). *Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkel - Evaluation eines integrierten Konzepts betrieblicher Gesundheitsförderung*. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Fb 827. Dortmund, Berlin
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (1998). *Gesundheitsbericht für Deutschland*. Metzler Poeschel, Stuttgart

Trojan A (1996). Gesundheitsberichterstattung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. Sabo, Schwabenheim, 33-35

Tsouros A (1998). Preface. In: Tsouros A, Dowding G, Dooris M, Thompson J (Hrsg.). *Health promoting universities*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, i-ii

Tsouros A, Dowding G, Dooris M (1998b). Strategic framework for the Health Promoting Universities project. In: Tsouros A, Dowding G, Dooris M, Thompson J (Hrsg.). *Health promoting universities*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 111-126

Weissing V (1996). *Gesundheitsförderung im Studium*. Lorenz-von-Stein-Institut für Verwaltungswissenschaften, Kiel

WHO (1998). *Glossar Gesundheitsförderung*. Conrad, Gamburg