
Müller, J.; Stratmann, E.: Gesundheitsförderung in Hochschulen. In: Bärenz, P.; Metz, A.-M.; Rother, H.-J. (Hrsg.): Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit - Arbeitsschutz, Gesundheit und Wirtschaftlichkeit, 14. Workshop 2007. Kröning 2007: S. 193-196.

Gesundheitsförderung in Hochschulen

1. Ausgangssituation

Die kritische Beobachtung der praktizierten betrieblichen Gesundheitsförderung in Hochschulen kommt zu dem Ergebnis, dass Ansätze zur Stärkung der Eigenverantwortung und Partizipation bisher nur bedingt im Bereich der Gesundheitsförderung und Arbeitsgestaltung eingesetzt werden.

Aktuell durchgeführte und öffentlichkeitswirksam präsentierte Einzelmaßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung dürfen nicht darüber hinweg täuschen, dass Gesundheitsförderung im Sinne eines aktiv betriebenen Managements in Hochschulen nicht verankert ist. „Zielformulierung, Projektstrukturentwicklung, Prozessplanung, Informations- und Kommunikationsmanagement, die Beteiligung der Adressaten und die auf einer gegenstandsadäquaten Evaluation beruhende Qualitätssicherungsstrategie werden als ineinandergreifende und aufeinander bezogene Bestandteile einer bisher so gut wie nirgendwo realisierten integrierten Gesamtstrategie erkennbar.“ (Schnabel, Faller, 2006, S. 20)

In der Mehrzahl der Fälle wird lediglich ein Set von themenbezogenen Einzelmaßnahmen mit Projektcharakter ohne Anbindung an die für die Hochschule relevanten Steuerungsstellen realisiert. Gesundheitsförderung als Daueraufgabe hat sich im Wesentlichen auf Arbeitsplätze mit akuten Gefährdungen (z. B. Umgang mit Gefahrstoffen) konzentriert. Die Zahl dieser Arbeitsplätze bzw. dieser Gefährdungen ist jedoch rückläufig, da mittlerweile durch technische Schutzmaßnahmen und durch interne organisatorische Strategien ein hohes Schutzniveau erreicht werden konnte. (Müller, Stratmann, 2005, S. 16)

Zunehmend von Bedeutung sind heute Arbeitsplätze im wissenschaftlichen Bereich, die gesundheitlich bedenkliche Strukturen haben. Die Arbeitsbedingungen sind hier charakterisiert durch Projektarbeit und lockere Arbeitsstrukturen: Belastungs- und Entlastungsphasen werden individuell gestaltet; private und hochschulische Sphären verwischen, und die Bindungen an die eigene Hochschule sind bisher eher gering. Diese Situation hat zur Folge, dass sehr unterschiedliche Belastungssituationen im Wissenschaftsbetrieb vorhanden sind und dass die Akteure (Forschende, Lehrende und Studierende) auf individuell empfundene arbeitsbedingte Belastungen unterschiedliche Schutzmechanismen entwickeln oder im Rahmen der „Güterabwägung“ bei der Erstellung einer wissenschaftlichen Leistung durch den späteren Erfolg in Kauf genommen und relativiert werden.

Vor diesem Hintergrund muss sich das Gesundheitsmanagement in Hochschulen folgenden Herausforderungen stellen:

- Die Leistungsanforderungen in Forschung, Lehre und Studium und damit auch persönliche Karriereziele werden von den Beteiligten im Konfliktfall stärker gewichtet als mögliche gesundheitliche Folgen.
- Einsicht oder Sanktionierung führen nicht zwangsläufig zur Umsetzung vorgegebener gesundheitsfördernder Maßnahmen.

Gesundheitsfördernde Maßnahmen haben die konkreten Arbeitsweisen der Beteiligten bisher nicht ausreichend unterstützt und eine Orientierung an partizipativen Ansätzen und die Förderung eigenverantwortlichen Handelns findet nur bedingt statt.

2 Belastungen im Wissenschaftsbetrieb

In der Literatur werden Hochschulangehörige als Zielgruppen von Gesundheitsförderung grob in drei Gruppen geteilt: Angehörige der zentralen und dezentralen Hochschulverwaltung (einschließlich Technik), WissenschaftlerInnen und Studierende. Vor allem die Gruppe der WissenschaftlerInnen bewegt sich in einem komplexen Geflecht aus eigenen Maßstäben und externen Rahmenbedingungen. Aktuell wird diese Situation bei Schnabel und Faller (2006, S. 41 ff.) wie folgt beschrieben:

WissenschaftlerInnen, die ihr Leben in den Dienst der Wissenschaft stellen, neigen tendenziell dazu, sich über ihre gesundheitlichen Grenzen hinaus zu engagieren. Belastungen ergeben sich aus Rollenkonflikten infolge unterschiedlicher Erwartungen in Forschung, Lehre und Selbstverwaltung. Hinzu kommen der Publikationsstress für NachwuchswissenschaftlerInnen, die steigenden Anforderungen durch die dynamische Wissensentwicklung und die laufende Einwerbung von Drittmitteln zur Sicherung der immer häufiger befristeten Arbeitsverhältnisse. Stresspotentiale im Lehrbetrieb ergeben sich aus der Diskrepanz zwischen den Selbstansprüchen und den zeitlichen Möglichkeiten sowie dem jeweiligen Stellenwert der Lehre in der hochschulischen Werteskala. Darüber hinaus kann bei NachwuchswissenschaftlerInnen eine starke Diskrepanz zwischen der beruflichen Verausgabung und der wahrgenommenen Gratifikation hervorgerufen werden.

Auf der anderen Seite werden die Arbeitsbedingungen im Hochschulbetrieb als größtenteils selbst bestimmt erlebt. Die Arbeitsinhalte sind sinnstiftend und der gesellschaftliche Status ist hoch. Die negativ empfundene Belastung wird somit relativiert. Dabei sind die spezifischen Ressourcen der Personen und die Wahrnehmung der Belastungen durch die wissenschaftliche Tätigkeit von Fall zu Fall sehr unterschiedlich. Das Verhalten der Führungskräfte und KollegInnen in den Fachbereichen hat einen entscheidenden Einfluss auf das „Wohlbefinden“ der WissenschaftlerInnen.

„Zu den Implementierungsanforderungen für ein Gesundheitsmanagement in der Hochschule zählt in erster Linie die Frage, wie entsprechende Themen überhaupt Eingang in ein – von der Logik der Rationalität des Leistungs- und Durchhaltevermögens geprägtes – Umfeld finden, in dem Gesundheit als Privatsache und Ergebnis individueller Verantwortung begriffen wird.“ (Faller, Schnabel, 2006, S. 48).

Für die Studierenden erhöhen sich die gesundheitlichen Belastungen zurzeit durch die stark reglementierten Anforderungen in den Bachelor- und Masterstudiengängen und zusätzlichen Hilfstätigkeiten, die zur Finanzierung des Lebensunterhalts und der neu eingeführten Studiengebühren notwendig sind.

Hierfür sind zukünftig geeignete (partizipative) Verfahren zu entwickeln und bei den Entscheidungsträgern die Erkenntnis zu fördern, dass durch eine Erhöhung des gesundheitsbezogenen Outcome auch Potentiale für einen nachhaltigen Leistungsoutput freigesetzt werden können.

3 Eigenverantwortung und Partizipation

Eigenverantwortung steht grundsätzlich für die Fähigkeit und die Bereitschaft, Verantwortung für das eigene Handeln und Unterlassen zu tragen. Zwischen individueller Lebensgestaltung und Gesundheit besteht damit ein enger Zusammenhang. Wer bewusst gesund lebt, kann Krankheit und Unfälle verhindern. Die Herausforderung besteht – auch angesichts der Tendenz zu Bewegungsarmut, falscher Ernährung, Übergewicht, Stress und Suchtverhalten – darin, die Zusammenhänge begreiflich zu machen und die WissenschaftlerInnen und Studierenden zu motivieren, ihren Teil zur Vorbeugung und Gesundheitsförderung beizutragen. Die Hochschulen können dies unterstützen, indem sie ihre gesundheitspolitischen Anstrengungen darauf ausrichten, das Bewusstsein und die Verantwortung ihrer Angehörigen für die eigene Gesundheit durch ein aktives Gesundheitsmanagement zu stärken.

Partizipative Arbeitsformen, wie sie in der Forschung schon immer praktiziert wurden, sind das Kernstück neuer Organisationskonzepte, die auf die Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit der Gesamtorganisation zielen. Hierzu zählen Teamarbeit, dezentrale Entscheidungsstrukturen, flache Hierarchien und ein ergebnisorientierter partizipativer Führungsstil. Mit zunehmender Beteiligung steigt die Identifikation der MitarbeiterInnen mit der Organisation und in den meisten Fällen auch die Arbeitszufriedenheit. Zu beobachten sind eine Steigerung der Qualität der Leistung und der Entscheidungsprozesse, die durch die hohe Akzeptanz der Beteiligten gekennzeichnet ist.

Unter solchen Voraussetzungen fördern partizipative Ansätze die persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten, ermöglichen dem Einzelnen mehr Handlungsspielräume, verbessern die interne Kommunikation sowie das Arbeitsklima und stärken den sozialen Rückhalt. Hohe Arbeitsanforderungen lassen sich besser bewältigen. Wie aber können diese allgemeinen Ergebnisse der Organisationspsychologie auf das Gesundheitsmanagement an Hochschulen konkret angewandt werden?

4 Thesen

Eine Erfolg versprechende und bedarfsgerechte Intervention zur hochschulbezogenen Gesundheitsförderung hat die Beteiligten (WissenschaftlerInnen und Studierende) verstärkt bei der Planung und Umsetzung einzubeziehen.

- Gesundheitsfördernde Maßnahmen können im Hochschulbereich nur durch partizipative Entscheidungsprozesse und eine Stärkung der Eigenverantwortung realisiert werden.
- Die Stärkung der Eigenverantwortung und partizipative Ansätze können die Qualität der gesundheitsfördernden Maßnahmen und die Akzeptanz in Forschung, Lehre und Studium erhöhen. (vgl. Becker, Langosch 2002)
- Partizipative Ansätze der Gesundheitsförderung im Zusammenhang mit anderen Maßnahmen der Organisationsentwicklung versprechen eine hohe Effektivität und Effizienz.

5 Lösungsansätze

Mögliche Lösungsansätze sollen innerhalb des Workshops vorgestellt, diskutiert und weiterentwickelt werden.

- Die Eigenverantwortung der Akteure wird durch zielgruppenorientierte Projektarbeit (Entwicklung und Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen) gestärkt. Damit können gesundheitsfördernde Maßnahmen so weit wie möglich in den wissenschaftlichen Betrieb bzw. den Studienverlauf integriert werden.
- Gesundheitsförderung wird in den Fakultäten als Führungsaufgabe der Dekane und Projektleiter begriffen und aktiv betrieben. Gesundheitsförderung kann zukünftig in Zielvereinbarungen Berücksichtigung finden.

Die genannten Lösungsansätze sollen bezüglich ihrer Effektivität (Wirkungsgrad) und Effizienz (Wirtschaftlichkeit) analysiert und durch geeignete Messparameter erfasst werden können.

Literatur

Becker, H.; Langosch, I. (2002). Produktivität und Menschlichkeit. Organisationsentwicklung und ihre Anwendung in der Praxis. Stuttgart: Lucius & Lucius.

Faller, G.; Schnabel, P.-E. (2006). Wege zu einer gesunden Hochschule. Ein Leitfaden für die Praxis. Berlin, Edition Sigma,

Müller, J.; Stratmann, F. (2005). Gesundheitsförderung in Hochschulen und wissenschaftlichen Einrichtungen. In HIS Kurzinformation Bau und Technik B1/2006, S. 16 - 20.

Plath, H.-E.; Richter, P. (1984). Ermüdung, Monotonie, Sättigung, Stress (BMS), Verfahren.