

Weber, Nadine

Förderung gesundheitsbezogenen Verhaltens an der Fakultät Soziale Arbeit der Hochschule Mittweida am Beispiel einer selbst organisierten studentischen Sportgruppe

BACHELORARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA (HS)

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2010

Weber, Nadine

Förderung gesundheitsbezogenen Verhaltens an der Fakultät Soziale Arbeit der Hochschule Mittweida am Beispiel einer selbst organisierten studentischen Sportgruppe

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA (HS)

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2010

Erstprüfer: Herr Prof. Dr. Dr. Zurhorst

Zweitprüferin: Frau Prof. Dr. Funk

Bibliografische Beschreibung:

Weber, Nadine:

Förderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen an der Fakultät Soziale Arbeit der Hochschule Mittweida am Beispiel einer selbst organisierten studentischen Sportgruppe. 34 S.

Roßwein, Hochschule Mittweida/Roßwein (HS), Fakultät Soziale Arbeit, Bachelorarbeit, 2010

Referat:

Die Bachelorarbeit befasst sich mit den von der Fakultät Soziale Arbeit ausgehenden Hilfestellungen zur Unterstützung gesundheitsrelevanten Verhaltens von Studierenden. Untersucht wird dies am Beispiel der Sportgruppe „Bauch-Beine-Po“, die durch studentische Eigeninitiative gegründet wurde.

Neben der Literaturrecherche bezüglich der Notwendigkeit zur Förderung der Gesundheit wurden auch schriftliche Experteninterviews mit der studentischen Sportgruppenleiterin und der Dekanin der Fakultät Soziale Arbeit geführt. Die Experteninterviews stellen keine empirischen Untersuchungen im Sinne einer Beweisführung dar, sondern dienen der Klärung der vorhandenen Fragestellungen.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	IV
Abbildungsverzeichnis.....	V
0. Einleitung.....	1
1. Gesundheit	3
1.1 Gesundheit als Abgrenzungskonzept, als Funktionsaussage und als Wertaussage.....	3
1.2 Subjektive Theorien von Gesundheit	5
1.3 Gesundheit als mehrdimensionales Konzept	5
1.3.1 Modell der Salutogenese	6
1.4 Gesundheitsverständnis dieser Arbeit.....	8
2. Gesundheit von Studierenden	9
2.1 Gesundheitszustand von Studierenden in der BRD.....	10
2.2 Gesundheitliche Risiken im Studium.....	11
2.3 Gesundheitliche Ressourcen im Studium	12
2.4 Schlussfolgerung zum Gesundheitszustand von Studierenden	12
3. Gesundheitsförderung	13
3.1 Prävention.....	15
3.2 Setting-Ansatz.....	16
3.3 Gesundheitsförderung und Soziale Arbeit.....	18
3.3.1 Empowerment.....	18
3.4 Zusammenfassung des Abschnitts Gesundheitsförderung	21
4. Gesundheitsbezogene Verhaltensweisen.....	22
4.1 Gesundheitsfördernde Wirkung sportlicher Aktivitäten.....	22
4.1.1 Sportliche Betätigung in der Studienzeit	23
4.2 Angebote des Hochschulsports in Mittweida und Roßwein.....	23
4.3 Zusammenfassung der Thematik gesundheitsbezogenes Verhalten....	24

5.	Sportgruppe „Bauch-Beine-Po“	25
5.1	Durchführung der schriftlichen Experteninterviews	25
5.2	Auswertung der schriftlichen Experteninterviews	26
5.2.1	Motivation zur Gründung der Sportgruppe „Bauch-Beine-Po“	26
5.2.2	Verwendete Ressourcen	27
5.2.3	Zugang zu den Ressourcen	28
5.2.4	Eignung der Rahmenbedingungen.....	28
5.2.5	Würdigung des Engagements	28
5.2.6	Maßnahmen zur Fortführung der Sportgruppe.....	29
6.	Fazit	29
7.	Schluss	30
	Anlagen	
	Anlage I: Kooperationsvertrag	32
	Anlage II: Schriftliches Experteninterview mit der Sportgruppenleiterin	35
	Anlage III: Schriftliches Experteninterview der Dekanin der Fakultät Soziale Arbeit	41
	Literaturverzeichnis	43
	Internetquellenverzeichnis.....	47

Abkürzungsverzeichnis

BAföG	Bundesausbildungsförderungsgesetz
BMBF	Bundesministeriums für Bildung und Forschung
GRR	generalized resistance resources, generalisierte Widerstandsressourcen
SGB V	Gesetzliche Krankenversicherung vom 20.12.1988 in der Fassung vom 29.08.2005 (BGBl. I, S. 2570, 2600)
WHO	World Health Organization, Weltgesundheitsorganisation

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das Modell der Salutogenese.....	8
---	---

0. Einleitung

Studierende werden innerhalb der Gesellschaft als eine verhältnismäßig gesunde Gruppe angesehen. Bezogen auf ihren körperlichen Gesundheitszustand, wird diese Einschätzung in der Mehrheit der Fälle auch durch empirische Untersuchungen bestätigt. Jedoch verweisen aktuelle Studien auf die zunehmenden psychosozialen Belastungen in dieser Population, die sich in der Folge auch negativ auf den Gesundheitszustand auswirken (vgl. Allgöwer 2000, S. 12 f.). Dieser Trend wird sich im Zuge verkürzter Studienzeiten in den Bachelor- und Masterstudiengängen, des zunehmenden Leistungsdrucks sowie der steigenden finanziellen Belastungen durch Studiengebühren noch verstärken (vgl. Baumgarten/Lüer/Dreibrodt 2009, S. 71). Somit besteht Handlungsbedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen, wobei der Hochschule, als zentralem Bereich im Leben der Studierenden, eine besondere Bedeutung zukommt. In diesem Umfeld festigen sich die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen von Studenten und Studentinnen, die einen entscheidenden Einfluss auf die Lebensweise und dadurch auch auf ihren Gesundheitszustand haben. Studierende sollten zudem auch als zukünftige Multiplikatoren begriffen werden, die in ihren späteren Führungspositionen oder Arbeitsstellen ein hohes Maß an Verantwortung übernehmen und die Gesellschaft entscheidend mitgestalten werden. Folglich stellt die Förderung gesundheitsbezogener Einstellungen in dieser Gruppe auch einen wichtigen Aspekt für deren zukünftige Akzeptanz und Verbreitung in der Gesellschaft dar (vgl. Allgöwer 2000, S. 12 f.). Mit der Ottawa-Charta von 1986 stellte die Weltgesundheitsorganisation einen Entwurf zur Gesundheitsförderung vor. Ihr Ziel ist die Unterstützung von Menschen bei der Herstellung und dem Erhalt ihrer Gesundheit und des Wohlbefindens, was mithilfe des Setting-Ansatzes realisiert werden soll. Ein solches Setting, worunter der Lebensbereich von Menschen zu verstehen ist, bildet unter anderem auch die Hochschule (vgl. Kaba-Schönstein 1996, S. 43 ff.).

An der Hochschule Mittweida werden derzeit lediglich vereinzelte gesundheitsorientierte Maßnahmen für Studierende durchgeführt, die sich unter anderem im Bereich des Hochschulsports wiederfinden, wie etwa Angebote des Fitness- oder Spielsports. Der positive Effekt von körperlicher Aktivität bei der Vorbeugung chronisch-degenerativer Krankheiten sowie der Verbesserung der Bewältigungsfähigkeit von Stresszuständen wurde auch in wissenschaftlichen Unter-

suchungen nachgewiesen. Darüber hinaus gilt Sport bei der Mehrzahl der Studierenden als populärer Ausgleich zur überwiegend sitzenden Tätigkeit im Studium. Der Hochschulsport leistet somit einen wichtigen Beitrag bei der Unterstützung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen von Studierenden und fördert letztlich ihren Gesundheitszustand und ihr Wohlbefinden (vgl. Baumgarten/Lüer/Dreibrodt 2009, S. 70 f.). Jedoch besteht an der Fakultät Soziale Arbeit, die sich an einem externen Standort befindet, nur ein eingeschränktes Hochschulsportangebot. Die Studierenden sind daher bestrebt, den vorhandenen Bedarf an Bewegungsangeboten selbst zu decken, unter anderem durch den Aufbau eigener Sportgruppen.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, wie die Fakultät Soziale Arbeit die Studierenden bei der Planung und der Durchführung selbst organisierter Sportprogramme unterstützt, um so gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zu fördern. Dies wird am Beispiel der studentischen Sportgruppe „Bauch-Beine-Po“ dargelegt, wofür schriftliche Experteninterviews mit der studentischen Sportgruppenleiterin und der Dekanin der Fakultät Soziale Arbeit durchgeführt wurden. Des Weiteren soll in dieser Arbeit geklärt werden, ob die vorhandenen Bedingungen ausreichen, um die Selbstorganisation bei den Studierenden zu fördern, beziehungsweise welche Veränderungen vorgenommen werden müssten. Um diesen Fragen nachgehen zu können, beschäftigt sich der erste Teil der Arbeit mit der begrifflichen Bestimmung von Gesundheit, wobei verschiedene Definitionen und Modelle vorgestellt und abschließend die wichtigsten Determinanten von Gesundheit zusammengefasst werden. Daran schließen sich im zweiten Abschnitt aktuelle Daten zum Gesundheitszustand von Studierenden, Gesundheitsrisiken und -ressourcen im Studium sowie eine kurze Zusammenfassung an. Der dritte Teil beinhaltet Erläuterungen zur Gesundheitsförderung und der Prävention, dem Setting-Ansatz, der Aufgabe der Sozialen Arbeit in der Gesundheitsförderung sowie dem Empowerment. Im vierten Abschnitt erfolgen Ausführungen zu den Themen gesundheitsbezogene Verhaltensweisen, der gesundheitsfördernden Wirkung sportlicher Aktivitäten und dem Sportangebot an der Fakultät Soziale Arbeit. Hieran schließt sich im fünften Teil die Darstellung der studentischen Sportgruppe „Bauch-Beine-Po“ sowie eine Zusammenfassung der Auswertungen der beiden schriftlichen Experteninterviews an. Danach erfolgen das Fazit und der Schluss.

1. Gesundheit

Obwohl uns Gesundheit im alltäglichen Leben begleitet, erweist sie sich als einschwer fassbares Konstrukt. Mittlerweile existiert eine Fülle von subjektiven und wissenschaftlichen Auslegungen des Gesundheitsbegriffs, der sich im geschichtlichen Verlauf und unter den veränderten soziokulturellen Einflüssen stark gewandelt hat (vgl. Franzkowiak 1996b, S. 24). Nach Keupp war die Vorstellung der Christen im Mittelalter davon geprägt, dass Gesundheit einzig von Gott gegeben sei, als ein vorbestimmtes und unveränderliches Schicksal. Mit Beginn der Aufklärung setzte ein Umdenken ein, welches zunehmend die Eigeninitiative des Individuums forderte. Die Menschen der Neuzeit begriffen sich als selbstverantwortlich für ihre Gesundheit, die nun als Prämisse für die Erfüllung ihrer Lebensziele galt und in der Folge zu einer Konnotation mit Wohlbefinden führte. Die subjektive Gewichtung von Gesundheit nahm im weiteren Verlauf stetig zu. Anfang der 1990er Jahre gab die BRD-Bevölkerung in einer Umfrage Gesundheit als höchstes Gut an (vgl. Keupp 2000, S.15 f.).

Eine allgemeingültige Definition des Gesundheitsbegriffs existiert nicht. Die vielfältigen Perspektiven der unterschiedlichen wissenschaftlichen Richtungen, welche sich mit Gesundheit befassen, lassen sich jedoch systematisieren und gewährleisten so einen besseren Überblick (vgl. Franzkowiak 1996b, S. 24).

1.1 Gesundheit als Abgrenzungskonzept, als Funktionsaussage und als Wertaussage

Franzkowiak unterscheidet in seiner Einteilung zwischen Gesundheit als Abgrenzungskonzept, als Funktionsaussage und als Wertaussage.

Gesundheit als Abgrenzungskonzept betont die Differenzierung von Gesundheit und Krankheit. Diese Unterscheidung ist prägnant für die medizinische Perspektive. Gesundheit wird hier negativ bestimmt, beispielsweise als „Abwesenheit von Krankheit“ (Franzkowiak 1996b, S. 24 f.). Das biomedizinische Krankheitsmodell und das daraus weiterentwickelte Risikofaktorenmodell bilden die Grundlage der medizinischen Perspektive und nehmen gegenwärtig in den Industriegesellschaften die vorherrschende Stellung im Gesundheitssektor ein. Da sich beide Modelle primär mit der Entstehung und Therapie von Erkrankungen befassen, stellen sie die Basis der Gesundheitserziehung und Prävention dar (vgl. Franzkowiak 1996a, S.15 f.). Kritisch ist unter anderem anzumerken, dass die

Modelle entscheidende Dimensionen bei der Krankheitsentstehung nicht berücksichtigen. So bleiben beispielsweise im biomedizinischen Modell die psychologischen, sozialen und verhaltensmäßigen Ebenen bei der Erklärung von Krankheiten unbeachtet (vgl. Faltermaier 1994, S. 22).

Gesundheit als Funktionsaussage beinhaltet unter anderem die strukturfunktionalistische Perspektive der Soziologie, die den Gesundheitsbegriff als „[...] Zustand der optimalen Leistungsfähigkeit für die Erfüllung der Aufgaben und Rollen, für die ein Individuum sozialisiert ist, definiert [...]“ (Parson 1958, S. 344, zit. n. Faltermaier 1994, S. 31). Hierbei wurde das biomedizinische Krankheitsmodell um die soziale Komponente ergänzt und dadurch die Bedeutung von Gesundheit und Krankheit für soziale Systeme bestimmt. Die Gesundheit der Subjekte gilt dabei als unerlässlich für die Aufrechterhaltung der Gesellschaft. Problematisch an diesem Modell ist jedoch die einseitige Bestimmung von Gesundheit und Krankheit, die sich lediglich an den Bedürfnissen des sozialen Systems orientiert (vgl. Faltermaier 1994, S. 29 f.).

Gesundheit als Wertaussage beinhaltet die Auslegungen, die Gesundheit positiv bestimmen. Hierzu gehört beispielsweise die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 1948: „Gesundheit ist der Zustand eines vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechlichkeit“ (WHO 1948, zit. n. Faltermaier 1994, S. 56). Die Bedeutung dieser Gesundheitsdefinition liegt in ihrer Betonung von Gesundheit als positive und eigenständige Dimension, in ihrer ganzheitlichen Betrachtung des Menschen sowie in der Berücksichtigung des subjektiven Wohlbefindens. Ein häufig genannter Kritikpunkt an der WHO-Definition war die Formulierung „Zustand vollkommenen Wohlbefindens“ (WHO 1948, zit. n. Trojan/Legewie 2007, S. 20). Dies kommt einer Utopie gleich, da Krisen und Leid im Leben der Menschen notwendig für ihre weitere Entwicklung sind und sich nicht verhindern lassen (vgl. Trojan/Legewie 2007, S. 20). Die WHO-Definition stellt die Basis der Gesundheitsförderung dar und folgt der salutogenetischen Perspektive, die nach den Bedingungen für die Entstehung, des Erhalts sowie der Wiederherstellung von Gesundheit fragt und explizit im Punkt 1.3.1 dargelegt wird (vgl. Franzkowiak 1996b, S. 25).

1.2 Subjektive Theorien von Gesundheit

Mit dem Umdenken hin zur salutogenetischen Sichtweise rückte auch das gesundheitsbezogene Alltagshandeln von Laien stärker in den Fokus des wissenschaftlichen Interesses. Schließlich können gesundheitsförderliche Maßnahmen erst dann ihre Wirksamkeit entfalten, wenn das vorherrschende Verständnis von Gesundheit der Adressaten und Adressatinnen bekannt ist und die dazu passenden Angebote vorliegen (vgl. Franzkowiak 1996g, S. 113).

Die vielfältigen subjektiven Vorstellungen überschneiden sich teilweise mit wissenschaftlichen Konzepten bezüglich der Abgrenzungs-, Funktions- und Wertausagen. Insgesamt konnten sechs Perspektiven in den subjektiven Gesundheitstheorien von Laien herausgefunden werden. Hierbei wird Gesundheit bestimmt als „Vakuum“, „Gebrauchsgut“, „Reservoir“, „Selbstzwang“, „Befreiung“ sowie als „Gleichgewicht“ (Franzkowiak 1996g, S. 112).

Zu den bedeutenden Determinanten für das vorherrschende soziale Gesundheitskonstrukt von Laien gehören der kulturelle Hintergrund, die Lebenslage und die Lebenssituation. Differenzen im subjektiven Gesundheitsverständnis zeigen sich auch hinsichtlich der Geschlechtszugehörigkeit und dem Lebensalter. Während beispielsweise junge Männer Gesundheit mit physischer Kraft und Leistungsfähigkeit verknüpfen, tendieren junge Frauen dazu, Gesundheit mit dem körperlichen Erscheinungsbild sowie der psychischen Dimension gleichzusetzen. Des Weiteren bestimmen Kinder etwa bis zum zehnten Lebensjahr Gesundheit hauptsächlich durch Krankheitsvorstellungen (vgl. Franzkowiak 1996g, S. 112).

1.3 Gesundheit als mehrdimensionales Konzept

Dieser Kategorie lässt sich das sozialisationstheoretische Gesundheitsmodell von Hurrelmann zuordnen, in welchem die vielfältigen Perspektiven von Gesundheit zusammengefügt werden. Hierbei wird Gesundheit definiert als "[...] Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung in Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvor-

stellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet" (Hurrelmann 1994, S. 16 f., zit. n. Hascher/Suter/Kolip 2001, S. 6). Bei dieser Begriffsbestimmung werden auch Determinanten wie Zeit und Entwicklung beachtet, sodass Gesundheit nicht mehr als ausschließlicher Zustand, sondern als dynamisch zu verstehen ist und aktiv hergestellt werden muss.

1.3.1 Modell der Salutogenese

Der amerikanisch-israelische Medizinsoziologe und Stressforscher Aaron Antonovsky entwickelte das Konzept der Salutogenese, in welchem die Bedingungen für die Entstehung, den Erhalt sowie die Wiederherstellung von Gesundheit hinterfragt werden. In der Salutogenese stellen Gesundheit und Krankheit keine starren, sich ausschließende Zustände dar, sondern sind als Endpunkte eines Kontinuums zu begreifen. Die Verortung des jeweiligen Gesundheitszustandes auf dem Kontinuum resultiert aus Wechselwirkungen zwischen Stressoren und Ressourcen beziehungsweise Risiko- und Schutzfaktoren im Menschen und seiner Umwelt. Da sowohl Stressoren als auch Ressourcen individuell, qualitativ und zeitlich variieren, gibt ihre jeweilige Gewichtung Aufschluss über die tendenzielle Ausrichtung im Kontinuum (vgl. Franzkowiak 1996e, S. 96).

Ausgangspunkt ist die Annahme, dass der Organismus permanent Stressoren ausgesetzt ist, die Spannungszustände verursachen, welche mit physiologischer und emotionaler Erregung einhergehen. Risikofaktoren können sowohl psychosozialer, physikalischer oder biochemischer Art sein, aber auch als ein Mangel an Ressourcen verstanden werden (vgl. Faltermaier 1994, S. 48 ff.). Antonovsky bezeichnet Stressoren als „[...] eine Lebenserfahrung, die charakteristisch ist durch Inkonsistenz, Unter- oder Überlastung, sowie durch einen Ausschluß an der Teilhabe bei Entscheidungen“ (Antonovsky 1981, S. 28, zit. n. Faltermaier 1994, S. 48).

In Abhängigkeit vom Umgang des Individuums mit dem Spannungszustand ergeben sich neutrale, positive oder negative Auswirkungen auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (vgl. Faltermaier 1994, S. 50). Alle Individuen sind im Besitz sogenannter „generalized resistance resources“ (GRRs), den generalisierten Widerstandsressourcen, worunter Antonovsky ein „[...] Merkmal einer Person, Gruppe oder Umwelt, das eine wirksame Spannungsbewältigung erleichtern kann“, versteht (Antonovsky 1981, S. 99, zit. n. Faltermaier 1994, S. 51). Die

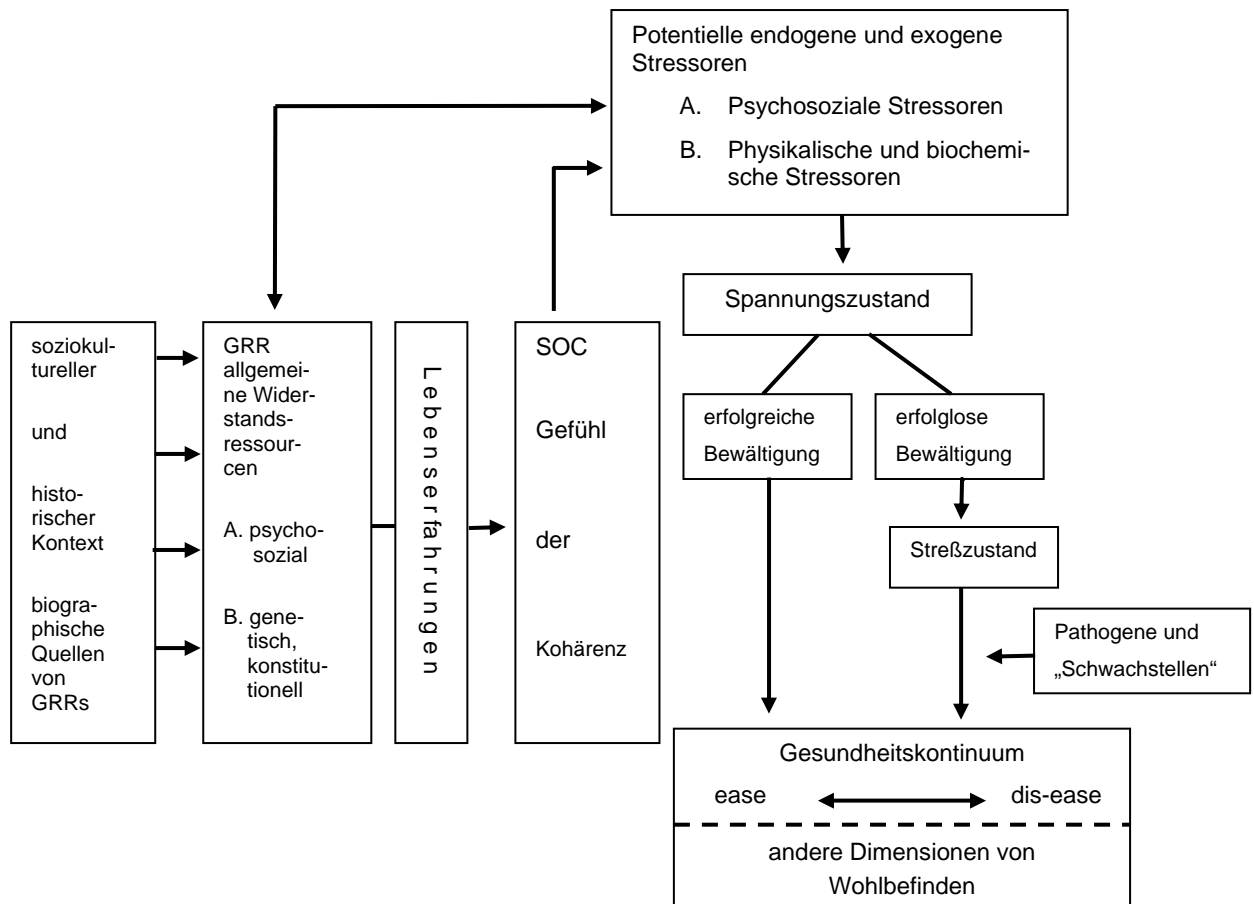
generalisierten Widerstandsressourcen werden durch den kulturellen, materiellen und sozialen Kontext einer Gesellschaft bedingt. Sie lassen sich einteilen in „physikalische und biochemische GRRs“, „materielle GRRs“, „eine präventive Gesundheitsorientierung als GRR“, „kognitive und emotionale GRRs“, „interpersonale GRRs“, „effektive Bewältigungsstile als GRRs“, sowie „makrosoziokulturelle GRRs“ (Faltermaier 1994, S. 51). Die interpersonalen GRRs tragen gleich auf zweifacher Weise zur Gesunderhaltung und zur Gesundheitsförderung von Menschen bei. Zum Ersten können soziale Beziehungen bei der Bewältigung psychosozialer Belastungen helfen und zum Zweiten schützen sie vor Belastungen beziehungsweise mildern sie diese ab, sie wirken also wie ein „Puffer“ (Nestmann 2000, S. 135 f.).

In welchem Ausmaß die Widerstandsressourcen letztlich wirksam sind, wird entscheidend vom „Gefühl von Kohärenz“, der wichtigsten personalen Kompetenz bestimmt (Antonovsky 1987, S.19, zit. n. Keupp 2000, S. 26). Antonovsky benennt es wie folgt: „Das Gefühl der Kohärenz, des inneren Zusammenhangs ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, inwieweit jemand ein sich auf alle Lebensbereiche erstreckendes, überdauerndes und doch dynamisches Vertrauen hat“ (Antonovsky 1987, S.19, zit. n. Keupp 2000, S. 26).

Der Kohärenzsinn versteht sich als positives und aktives Bild der subjektiven Handlungsfähigkeit und umfasst drei Dimensionen: „Sinnebene“, „Bewältigungsebene“ und „Verstehensebene“ (Antonovsky 1987, S.19, zit. n. Keupp 2000, S. 26). Die Sinnebene beschreibt eine innere Einstellung, dass es sinnvoll und lohnenswert ist, sich den Anforderungen zu stellen und sich für eigene Ziele einzusetzen. Unter der Bewältigungsebene ist das Wissen um die Verfügbarkeit von Ressourcen zu verstehen, die für die Bewältigung von Herausforderungen notwendig sind. Die Verstehensebene meint, dass innere und äußere Lebensereignisse berechenbar und erklärbar sind (vgl. Keupp 2000, S. 26). Ein hohes Maß an Kohärenzsinn beinhaltet demnach einen konstruktiven Umgang mit Ressourcen, um Spannungszustände zu lösen, dem ein positiver Effekt auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum folgt (vgl. Faltermaier 1994, S. 53-54).

Die nachfolgende Abbildung 1 zeigt das Modell der Salutogenese von Antonovsky in vereinfachter Darstellung.

Abbildung 1: Das Modell der Salutogenese (in vereinfachter Form) von Antonovsky (1981), nach Faltermaier 1994, S. 49



1.4 Gesundheitsverständnis dieser Arbeit

In diesem Abschnitt wurde verdeutlicht, wie vielfältig die Vorstellungen von Gesundheit sind und wie schwierig sich eine Annäherung an den Begriff gestaltet. Wie bereits erwähnt, existiert keine universalgültige Definition. Daher erfolgt nun eine Zusammenfassung der wichtigsten Determinanten von Gesundheit, um das zugrunde liegende Gesundheitsverständnis dieser Arbeit zu verdeutlichen. Gesundheit ist ganzheitlich zu verstehen, das heißt, sie bezieht die körperlichen, psychischen und sozialen Ebenen des Menschen mit ein. Zudem ist sie auf einem multidimensionalen Kontinuum verortet. Somit stellt Gesundheit keinen einmalig erreichten und unveränderlichen Zustand dar, sondern weist eine Viel-

zahl von Ausprägungen auf, deren Bestimmung einer subjektiven Einschätzung bedarf. Des Weiteren ist Gesundheit immer wieder neu herzustellen, was bedeutet, dass es sich um einen dynamischen Prozess handelt, der lebenslang andauert und bei dem unterschiedliche Anforderungen bewältigt werden müssen. Gesundheit ist zudem als eine Prämisse des alltäglichen Handelns zu verstehen und bedingt somit die Handlungs-, Leistungs- und Erlebnisfähigkeit. Weiterhin kann sie sowohl positiv, durch ein physisches und psychisches Wohlbefinden, aber auch negativ bestimmt sein, zum Beispiel durch vorhandene Beschwerden oder Erkrankungen (vgl. Faltermaier 1999, S. 41 ff.).

Im folgenden Abschnitt gehe ich auf den Gesundheitszustand der Studierenden in der BRD sowie auf mögliche Risiken und Ressourcen des Studiums ein.

2. Gesundheit von Studierenden

Der Beginn des Studiums geht mit vielen bedeutenden Veränderungen im Leben der Studierenden einher. Die Mehrheit der Studenten und Studentinnen, die sich noch in der Phase der frühen Adoleszenz befinden, lösen sich mit Aufnahme des Studiums vom Elternhaus und verlassen zumindest zeitweilig ihren Freundeskreis. Sie müssen sich nun in einer neuen Umgebung zurechtfinden, neue Beziehungen aufbauen und Eigenverantwortung bezüglich ihres Lebensstils übernehmen. Dabei werden auch Verhaltensweisen erlernt und gefestigt, die von Bedeutung für die Gesundheit sind, wie etwa Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten oder der Umgang mit Suchtmitteln. Zudem sehen sich die Studierenden mit einer steigenden Anzahl psychosozialer Belastungen konfrontiert, die sie bewältigen müssen. Je nachdem, wie hoch die Anforderungen bei dieser Bewältigung ausfallen, ergeben sich Beeinträchtigungen des Gesundheitszustandes (vgl. Allgöwer 2000, S. 12 f.).

In den nachfolgenden Ausführungen werden aktuelle Daten zum Gesundheitszustand von Studierenden in der BRD dargelegt, sowie einige Risiken und Ressourcen der Studenten und Studentinnen beleuchtet. Hierbei kann die Zuordnung, was als Risiko und was als Ressource gilt, aus unterschiedlichen Perspektiven vorgenommen werden. Im Punkt 1.3.1 wurde bereits darauf hingewiesen, dass auch ein Ressourcenmangel ein Risiko und umgekehrt latent vorhandene Risiken eine Ressource darstellen können.

2.1 Gesundheitszustand von Studierenden in der BRD

Das Deutsche Studentenwerk führt mit Unterstützung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung alle drei Jahre eine schriftliche Befragung von Studierenden, bezüglich ihrer sozialen und wirtschaftlichen Lage durch. Hierbei werden auch Daten über den gesundheitlichen Zustand der Studierenden erfasst.

Die 18. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks hat eine Zunahme der gesundheitlichen Einschränkungen von Studierenden um 4% festgestellt. Im Jahr 2006 betrug der ermittelte Wert 19%, im Vergleich dazu gaben im Jahr 2000 nur 15% der Studierenden an, von gesundheitlichen Schädigungen betroffen zu sein. 44% dieser Studierenden fühlen sich durch diese gesundheitlichen Probleme im Studium beeinträchtigt.

Erkrankungen der Atemwege und Allergien stellen mit 60% den größten Anteil in der Gruppe der gesundheitlichen Schädigungen dar. Ihnen folgen Sehschäden (16%), Hauterkrankungen (14%) und Schädigungen des Stütz- und Bewegungsapparates (13%). Psychische Krankheiten belegen in der Kategorie der gesundheitlichen Einschränkungen einen Anteil von 11%. Zu den am häufigsten genannten psychischen Problemen zählen Lern- und Leistungsprobleme, Prüfungsangst, Konzentrationsschwierigkeiten, mangelndes Selbstwertgefühl und depressive Verstimmungen.

Im Vergleich der Studienrichtungen ergibt sich im Bereich der Sozialwissenschaften die höchste Anzahl von Studierenden (21%) mit einer gesundheitlichen Einschränkung. Zudem fühlen sich 48% dieser Studierenden durch die gesundheitliche Schädigung im Studium beeinträchtigt. 20% der Studierenden mit einer gesundheitlichen Schädigung unterbrechen ihr Studium, wobei die Hälfte der Betroffenen dies auf gesundheitliche Probleme zurückführt. Die Rate der Studienunterbrechungen bei Studierenden ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen liegt bei 13%.

Die Wechselquote bezüglich des Studienfachs beziehungsweise -abschlusses beträgt in der Gruppe der Studierenden mit einer gesundheitlichen Schädigung 23%, während sie bei den Studierenden ohne gesundheitliche Probleme lediglich 19% beträgt (vgl. Isserstedt/Middendorff/Gregor u. a. 2007, S. 393 ff.).

2.2 Gesundheitliche Risiken im Studium

Aus der 18. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks lassen sich unter anderem die nachstehenden Risiken ableiten. Die Zunahme zeitlicher Aufwendungen für studienbezogene und erwerbsmäßige Tätigkeiten kann eine Belastungsquelle im Studium darstellen. In den Bachelor-Studiengängen ist der studienbezogene Aufwand, worunter die Teilnahme an Lehrveranstaltungen und Selbststudium zu verstehen ist, in den ersten zwei Semestern überdurchschnittlich hoch. Zudem nimmt die Anzahl der erwerbstätigen Studierenden als auch der zeitliche Umfang der Erwerbstätigkeit im Studienverlauf stetig zu. Etwa die Hälfte der Studierenden gibt einen wöchentlichen Zeitaufwand von 40 bis 50 Stunden für ihr Studium und ihren Job an. Dabei beeinflusst der steigende zeitliche Aufwand der studienbegleitenden Berufstätigkeit sowohl das Zeitbudget für das Studium, die Freizeit und für die Familie. Die Untersuchung kommt zu dem Ergebnis, dass eine Stunde Erwerbstätigkeit den Studienaufwand und die Freizeit um je 30 Minuten verringert (vgl. Isserstedt/Middendorff/Gregor u. a. 2007, S. 274 ff.). Der Beratungs- und Informationsbedarf zu den Themen „Vereinbarkeit von Studium und Erwerbstätigkeit“ sowie „Arbeitsorganisation und Zeitmanagement“ liegt bei 14% und 15% und verdeutlicht die Probleme der Studierenden (vgl. ebd., S. 410 ff.). Einen weiteren Risikofaktor kann auch die Verunsicherung hinsichtlich der Finanzierung des Studiums in sich bergen. Insgesamt befürchten 40% aller Studierenden und 52% der BAföG-Empfänger und -Empfängerinnen, dass die Finanzierung ihres Lebensunterhalts nicht gesichert ist (vgl. ebd., S. 214 ff.). Auch hier spiegelt der Beratungsbedarf zur Thematik der Studienfinanzierung die Unsicherheit wieder. 25% der Studierenden holen sich diesbezüglich bei Beratungsstellen Informieren ein (vgl. ebd., S. 410 ff.). Des Weiteren stellen Zweifel an der Fortführung des Studiums, Arbeits- und Konzentrationsschwierigkeiten sowie Lern- und Leistungsprobleme, welche Ängste, depressive Verstimmungen oder mangelndes Selbstwertgefühl hervorrufen können, potenzielle Belastungen im Studium dar. Der Beratungsbedarf nimmt diesbezüglich im Verlauf des Studiums zu, wobei durchschnittlich mehr Frauen als Männer die Angebote aufsuchen (vgl. ebd., S. 418 ff.).

Aus dem „Bielefelder Gesundheitssurvey für Studierende“ geht hervor, dass 50% der Studierenden die fachliche Anforderung des Studiums als Belastung empfinden (vgl. Allgöwer 2000, S. 84.).

2.3 Gesundheitliche Ressourcen im Studium

Im Folgenden werden einige Gesundheitsressourcen benannt, die sich aus der 18. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks feststellen lassen.

Eine entscheidende Ressource von Studierenden kann in ihrem jungen Alter gesehen werden, genauer gesagt in der Adoleszenzphase, in der sich die Mehrheit befindet. Sie gelten als besonders motiviert, neugierig, engagiert und aufgeschlossen. Mit einem Durchschnittsalter von 23 Jahren sind die Studenten und Studentinnen der Bachelor-Studiengänge die Jüngsten in der Population der Studierenden (vgl. Isserstedt/Middendorff/Gregor u. a. 2007, S. 120). Die überwiegende Mehrheit der Studierenden gibt außerdem an, frei von Krankheiten zu sein. Von den Studierenden mit gesundheitlichen Problemen fühlen sich dadurch 56% in ihrem Studium nicht beeinträchtigt (vgl. ebd., S. 393). Eine weitere Gesundheitsressource kann im Ernährungsverhalten der Studierenden liegen. 77% der Befragten ist es wichtig in der Mensa qualitativ hochwertiges Essen zu erhalten (vgl. ebd., S. 385). Zudem herrscht eine überwiegende Zufriedenheit mit der Wohnsituation. Insgesamt trifft dies bei 59% der befragten Studenten und Studentinnen zu. Das höchste Wohlbefinden (70%) äußern dabei Studierende, die mit ihrem Partner oder ihrer Partnerin zusammenleben (vgl. ebd., S. 367 ff.).

Aus dem „Bielefelder Gesundheitssurvey für Studierende“ geht zudem hervor, dass die Studierenden an gesundheitsbezogenen Kursangeboten interessiert sind. Hierbei lag die größte Nachfrage mit 41% bei Sport- und Bewegungskursen, 37% der Befragten wünschten einen Kurs zur Stressbewältigung und 28% zeigten Interesse an einem Angebot über gesunde Ernährung (vgl. Allgöwer 2000, S. 105.).

2.4 Schlussfolgerung zum Gesundheitszustand von Studierenden

Die Ergebnisse der 18. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks weisen einen deutlichen Anstieg von gesundheitlichen Einschränkungen bei den Studierenden nach. Somit steigt auch die Anzahl der Studierenden, die ihr Studium aufgrund von gesundheitlichen Problemen unterbrechen beziehungsweise einen Fachrichtungswechsel vornehmen.

Als mögliche Risikofaktoren, die zum Anstieg der gesundheitlichen Probleme beitragen, lassen sich unter anderem der Zeitdruck, die Ungewissheit bei der Studienfinanzierung, sowie eine Orientierungslosigkeit und Zweifel hinsichtlich

des Studiums und der eigenen Fähigkeiten identifiziert. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass zum Zeitpunkt der Erstellung der 18. Sozialerhebung, die Anzahl der Studierenden in den Bachelor- und Masterstudiengängen noch relativ gering war (vgl. Isserstedt/Middendorff/Gregor u. a. 2007, S. 276). Somit werden sich genauere Daten zu den gesundheitlichen Auswirkungen dieser Abschlüsse erst in den kommenden Jahren ergeben.

Zu den Ressourcen der Studierenden lässt sich unter anderem ihr Interesse an gesunder Ernährung und an gesundheitsorientierten Kursen zählen. Zudem schätzen die meisten Studierenden ihren Gesundheitszustand positiv ein, auch wenn gesundheitliche Probleme vorliegen. Die Zunahme von gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die noch ungefestigten gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen sowie das vorhandene Interesse an gesundheitsbezogenen Themen zeigen die Notwendigkeit von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen innerhalb der Gruppe der Studierenden. Im nächsten Abschnitt schließen sich daher Erörterungen zu den Themen Gesundheitsförderung und Prävention an.

3. Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung beschreibt einen Ansatz, der im Rahmen des gesundheitspolitischen Programms „Gesundheit für alle 2000“ entwickelt wurde. Dieser Ansatz beinhaltet die Verbesserung gesundheitsfördernder Lebensweisen und Lebensbedingungen durch Interventionen auf politischer Ebene zur Unterstützung personaler, sozialer, wirtschaftlicher und ökologischer Ressourcen (vgl. Kaba-Schönstein 1996, S. 43 f.).

Nach der Ottawa-Charta von 1986 verfolgt Gesundheitsförderung das Ziel „[...] allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO 1986, zit. n. Kaba-Schönstein 1996, S. 45 f.). Die Menschen sollen dadurch ein „umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden“ erlangen (Trojan, Legewie 2007, S. 36). In der Jakarta-Erklärung von 1997, so Kaba-Schönstein, erfolgte eine Weiterentwicklung der Definition. Hierbei wird Gesundheitsförderung als ein Prozess verstanden, durch den Menschen mehr Kontrolle über ihre Gesundheit erhalten sollen. Die Menschen werden somit in die Lage versetzt, ihren Gesundheitszustand selber zu verbessern, indem sie selbst Ein-

fluss auf die gesundheitsrelevanten Faktoren nehmen (vgl. Hartmann/Siebert 2008, S. 47).

Der Gesundheitsförderung liegt ein ganzheitliches und multidimensionales Verständnis von Gesundheit zugrunde, deren dynamisches Gleichgewicht im Alltag und über die Lebensdauer immer wieder aktiv hergestellt werden muss (vgl. Franzkowiak 1996b, S. 25). Mit ihrer salutogenetischen Ausrichtung rückt die Frage nach der Herstellung beziehungsweise dem Erhalt von Gesundheit in den Mittelpunkt und unterstreicht die Notwendigkeit der Stärkung und Förderung von Ressourcen und Potenzialen bei den Menschen (vgl. Kaba-Schönstein 1996, S. 46 f.).

Als Grundvoraussetzungen für Gesundheit nennt die Ottawa-Charta Frieden, Bildung, Nahrung, Einkommen, angemessene Wohnverhältnisse, soziale Gerechtigkeit, Chancengleichheit, ein stabiles Öko-System sowie einen sorgfältigen Umgang mit vorhandenen Naturressourcen (vgl. Kaba-Schönstein 1996, S. 46). Für die Realisierung von Gesundheitsförderung wurden fünf Handlungsebenen festgelegt: Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, Stärkung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktivitäten, Entwicklung persönlicher Kompetenzen und die Neuorientierung der Gesundheitsdienste (vgl. ebd., S. 46 f.).

Zu den Handlungsformen für die gesundheitsfördernden Interventionen zählen „Anwaltschaft für Gesundheit“, „Befähigen und ermöglichen“ sowie „Vermitteln und vernetzen“ (WHO 1986, zit. n. Kaba-Schönstein 1996, S. 46 f.). Gesundheitsförderung obliegt aber nicht allein dem Gesundheitssektor, sondern kann nur durch das Zusammenwirken verschiedener Ebenen, zum Beispiel von Sozialpolitik, Verbänden, Berufsgruppen und der Bevölkerung verwirklicht werden (vgl. Trojan/Legewie 2007, S. 267).

In § 20 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V finden sich die rechtlichen Grundlagen zur Gesundheitsförderung. Der § 20 Abs. 1 SGB V bestimmt den Setting-Ansatz als Strategie für die Gesundheitsförderung, um so auch sozial benachteiligte Zielgruppen erreichen zu können. Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung sind in § 20 Abs. 2 SGB V als Kann-Leistungen festgelegt.

3.1 Prävention

Franzkowiak führt an, dass der Prävention, im Gegensatz zur Gesundheitsförderung, die pathogenetische Perspektive zugrunde liegt, das heißt, dass sie sich an der Krankheitsverhütung und -vermeidung orientiert. Hierfür werden Maßnahmen zur Verringerung oder Beseitigung von Risikofaktoren, welche die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Erkrankung erhöhen, durchgeführt. Des Weiteren gehören auch die Krankheitsfrüherkennung und -behandlung sowie Maßnahmen zum Erhalt und zur Stärkung des Gesundheitszustandes zur Prävention (vgl. Franzkowiak 1996d, S. 85 f.). Je nachdem, an welchem Zeitpunkt die Maßnahmen anknüpfen, wird zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention unterschieden. Die primäre Prävention dient der Krankheitsverhütung und greift in dem Stadium ein, in dem keine Erkrankung vorliegt. Der Fokus liegt dabei auf der Förderung der Gesundheit und der Beseitigung von Risikofaktoren. Bei der sekundären Prävention stehen die frühzeitige Krankheitserkennung und deren Therapie im Vordergrund. Hierbei gilt es Krankheiten noch in ihrer Entstehungsphase zu behandeln, um deren weiteren Verlauf aufzuhalten. Tertiäre Prävention greift im Krankheitsgeschehen ein und soll Neuerkrankungen verhindern, wie auch einer Chronifizierung der vorhandenen Erkrankung entgegenwirken (vgl. ebd., S. 85 f.). Leppin unternimmt weiterhin eine Differenzierung hinsichtlich der Stellen, an denen Präventivmaßnahmen angreifen. Verhältnisprävention beinhaltet gesundheitsbezogene Veränderungen hinsichtlich der Lebensbedingungen und der Umwelt von Menschen. Verhaltensprävention soll gesundheitsbezogene Veränderungen im Verhalten des Individuums bewirken. Für die Umsetzung der Verhaltensprävention benennt Waller unter anderem die Gesundheitsberatung, Gesundheitsbildung, wie auch die Gesundheitsselbsthilfe (vgl. Hartmann/Siebert 2008, S. 45 f.). Rechtlich ist die Prävention im § 1 SGB V „Solidarität und Eigenverantwortung“ sowie im § 20 Abs. 1 SGB V „Prävention und Selbsthilfe“ verankert. Der § 1 SGB V schreibt vor, dass der Erhalt, die Wiederherstellung oder die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Versicherten, die Aufgabe der Krankenkassen ist. Im § 20 Abs. 1 SGB V werden Leistungen zur primären Prävention als Pflichtaufgaben definiert, die neben der Verbesserung des Gesundheitszustandes auch zur Reduzierung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen sollen.

3.2 Setting-Ansatz

Dem von der WHO entwickelten Setting-Ansatz kommt eine wesentliche Bedeutung für die Realisierung von Gesundheitsförderung zu. Der Begriff „Setting“ lässt sich mit Rahmen oder Lebensbereich übersetzen und bezeichnet laut Ottawa-Charta den Ort, an dem Menschen „[...] spielen, lernen, arbeiten und lieben [...]“, an dem folglich gesundheitsfördernde Interventionen stattfinden müssen (Ottawa-Charta 1986, zit. n. Kaba-Schönstein 1996, S. 47). Unter Setting können unter anderem Städte, Krankenhäuser, Betriebe, Hochschulen, Kindergärten und Familien verstanden werden (vgl. Grossmann/Scala 1996, S. 100).

Nach Grossmann und Scala wird das Setting „[...] einerseits als ein soziales System verstanden, das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfasst, und andererseits als ein System, in dem diese Bedingungen von Gesundheit und Krankheit auch gestaltet werden können“ (Grossmann/Scala 1999, S. 100, zit. n. Hartmann/Siebert 2008, S. 61). Somit stehen im Setting-Ansatz nicht mehr Belehrungen und Appelle an das einzelne Individuum im Vordergrund, wie etwa in der Gesundheitserziehung, sondern die Veränderung der Verhältnisse in den Lebensräumen der Personen. Hier liegt die Einsicht zugrunde, dass sich gesundheitliche Einschränkungen aus den Interaktionen der wirtschaftlichen, strukturellen und sozialen Umwelt sowie der individuellen Lebensweise ergeben (vgl. Grossmann/Scala 1996, S. 100). Es gilt, so Baric und Conrad, Gesundheit in die sozialen Systeme zu integrieren, was bedeutet, dass gesundheitsförderliche Maßnahmen in den Alltag eingeführt und evaluiert werden müssen, unter Einbeziehung aller Menschen des Settings (vgl. Hartmann/Siebert 2008, S. 62). Hierfür bedarf es Wissen über die Entwicklungsbedingungen sozialer Systeme, der Organisationsentwicklung sowie dem Projektmanagement (vgl. Grossmann/Scala 1996, S. 101).

Baric und Conrad verweisen auf den Unterschied zwischen einem „gesundheitsfördernden Setting“ und der „Gesundheitsförderung in einem Setting“ (Baric/Conrad 1999, zit. n. Hartmann/Siebert 2008, S. 61 f.). Ein gesundheitsförderndes Setting bedarf institutioneller Veränderungen, das heißt, es müssen gesundheitsorientierte Rahmenbedingungen und Strukturen aufgebaut werden. Gesundheitsförderung meint hier Organisationsentwicklung (vgl. Hartmann/Siebert 2008, S. 62).

Für den Ansatz der gesundheitsfördernden Hochschule bedeutet dies, nach Gräser und Belschner, die Integration betrieblicher Gesundheitsförderung und die Veränderung von Studienbedingungen. Betriebliche Gesundheitsförderung fokussiert bei den gesundheitsfördernden Maßnahmen die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Hochschule (vgl. ebd., S. 123). Als Instrumente der Gesundheitsförderung können unter anderem Gesundheitszirkel, Weiterbildungen in Aktionswochen, Gesundheitssurveys oder gesundheitsfördernde Programme dienen (vgl. Trojan/Legewie 2007, S. 188).

Gräser und Belschner führen weiter an, dass bei der Gesundheitsförderung in einem Setting einzelne Präventionsprogramme oder gesundheitsfördernde Maßnahmen im sozialen System durchgeführt werden. Das Setting bleibt dabei in seiner Struktur unverändert und dient lediglich zur Erreichung der Zielgruppe (vgl. Hartmann/Siebert 2008, S. 61 f.). Die Hochschule Mittweida hat diesbezüglich 2008 einen Kooperationsvertrag mit der Krankenkasse AOK PLUS geschlossen. Diese Vereinbarung zur Durchführung des Projektes „Gesundheitsförderung an der Hochschule“ verfolgt die „[...] Verbesserung der körperlichen Aktivität und Verringerung der psychischen Belastung der Studenten/Lehrkräfte sowie die verstärkte Information zu gesundheitsbezogenen Themen“ (Kooperationsvertrag S. 33, Anlage I). Hierfür führt die AOK PLUS entsprechende Aufklärungsveranstaltungen an der Hochschule durch. Diese sollen die Studierenden und Fachkräfte unter anderem zu sportlicher Betätigung anregen und eine nachhaltige Veränderung ihrer Lebensweisen fördern. Für die Umsetzung dieser Ziele hat sich die AOK PLUS verpflichtet, eine Gesundheitsveranstaltung pro Jahr zu Themen wie Stressbewältigung, Rauchen oder Bewegungsmangel an der Hochschule Mittweida abzuhalten. Zudem unterstützt sie die Erweiterung oder Intensivierung von Sportangeboten für die Studierenden und Lehrkräfte auch finanziell, soweit diese dem § 20 Abs. 1 und 2 SGB V entsprechen (vgl. Kooperationsvertrag Anlage I, S. 33).

Nach Aussage von Herrn Mehnert, dem Leiter des Bereichs Hochschulsport der Hochschule Mittweida, belaufen sich die derzeitigen Unterstützungsleistungen der AOK PLUS zur Förderung sportlicher Aktivitäten auf die Vergabe von Sachpreisen, beispielsweise einem Pokal. Die jährlich durchgeführten Gesundheitsveranstaltungen laufen im Zuge des wahlobligatorischen Ausbildungsfachs „Kommunikationstraining/Sport“. Obwohl die letzte Veranstaltung zum Thema

„Gesunde Ernährung“ allen Studierenden und Fachkräften der Hochschule offen stand, nahmen ausschließlich die Studierenden der Lehrveranstaltung „Kommunikationstraining/Sport“ daran teil. Die Informationen entstammen einem Telefongespräch, das ich am 21.01.2010 mit Herrn Mehnert geführt habe.

3.3 Gesundheitsförderung und Soziale Arbeit

Nach Waller bestimmt die Ottawa-Charta Gesundheitsförderung als einen interdisziplinären und multiprofessionellen Auftrag (vgl. Zurhorst 2000, S. 226). Der Sozialen Arbeit kommt dabei eine wichtige Rolle zu, da sie mit „[...] ihrer zentralen Perspektive (Mensch-Umwelt), von ihren zentralen Orientierungen (z.B. Partizipation, Ressourcenorientierung, Ganzheitlichkeit), von den Arbeitsfeldern wie von ihren Handlungsstrategien [...]“ alle Bevölkerungsschichten erreicht und so zur Realisierung von Gesundheitsförderung beiträgt (Köhler-Offierski 1998, zit. n. Zurhorst 2000, S. 225).

Bei der Umsetzung kommen dabei unter anderem Gemeinwesenarbeit, Netzwerkarbeit, Ressourcenarbeit, Beratung und Gesundheitsbildung zum Einsatz. Die Maßnahmen sollen vor allem einen aktivierenden Effekt in Bezug auf die Zielgruppe entwickeln. Durch die Schaffung kontext- und personenbezogener Angebote wird die Teilhabemöglichkeit und Handlungskompetenz der Adressaten und Adressatinnen bei der Gestaltung der eigenen Lebensbedingungen angeregt (vgl. Franzkowiak/Wenzel 2005, S. 721). Diese Perspektive entspricht dem Empowermentkonzept, das nun näher erläutert werden soll.

3.3.1 Empowerment

Das Konzept der Gesundheitsförderung soll die Menschen zu mehr Selbstbestimmung über ihre Gesundheit befähigen. Diese Maxime wird in der Ottawa-Charta in den drei Handlungsformen „Vermitteln und vernetzen“, „Befähigen und ermöglichen“ und „Interessen vertreten“ wie auch in den Handlungsstrategien „Persönliche Kompetenz entwickeln“ und „Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen“ noch deutlicher angeführt (WHO 1986, zit. n. Kaba-Schönstein 1996, S. 46 f.). Die Forderung entspricht dem Empowermentkonzept, das ebenso wie die Gesundheitsförderung die Ressourcen und Fähigkeiten der Individuen in den Mittelpunkt stellt (vgl. Morbach 1997, S. 165 ff.)

Für den Begriff Empowerment existiert derzeit keine einheitliche deutsche Übersetzung. In der Literatur finden sich daher verschiedene Bezeichnungen, beispielsweise „Bemächtigung“, „Befähigung“ oder „Selbstorganisation“ (Trojan/Legewie 2007, S. 91). Keupp versteht Empowerment als einen Prozess „[...] innerhalb dessen Menschen sich ermutigt fühlen, ihre eigenen Angelegenheiten in die Hand zu nehmen, ihre eigenen Kräfte und Kompetenzen zu entdecken und ernst zu nehmen und den Wert selbst erarbeiteter Lösung schätzen zu lernen“ (Keupp 2000, S. 34).

Empowermentprozesse beziehen sich auf das Zusammenwirken von Individuen, wobei die gegenseitigen Hilfeleistungen zur Bewältigung ähnlich gelagerter Problemsituationen führen. Daraus resultieren eine erweiterte Handlungsfähigkeit und ein gestärktes Selbstbewusstsein bei den Personen (vgl. Stark 1996, S.17). Julian Rappaport, ein amerikanischer Gemeindepsychologe hat das Empowermentkonzept entwickelt. Ausgangspunkt ist die Annahme, dass Menschen bereits über Kompetenzen verfügen beziehungsweise sich Kompetenzen aneignen, wenn es die Handlungsmöglichkeiten erlauben. Soziale Strukturen und fehlende Ressourcen können die Entfaltung vorhandener beziehungsweise den Erwerb neuer Kompetenzen jedoch behindern (vgl. Trojan/Legewie 2007, S. 91).

Das Ziel der Empowermentprozesse ist demnach die Förderung der Fähigkeiten von Menschen, damit sie selbst Einfluss auf ihre soziale Lebenswelt und ihre Lebensgestaltung nehmen. Nach Kieffer führen Empowermentprozesse beim Individuum zu einem positiven Gefühl des „In-der-Welt-Seins“ sowie dem Zueignung an Kompetenzen im Sinne von Ressourcen und Fähigkeiten, was zu einem kritischen Verständnis der eigenen, sozialen und politischen Verhältnisse führt (Kieffer 1985, zit. n. Stark 1996, S. 17). Dadurch wird die Entwicklung von Strategien und Fähigkeiten, die für die Realisierung der individuellen und kollektiven Ziele notwendig sind erst ermöglicht (vgl. Stark 1996, S. 17). Stark betont, dass Empowerment kein „professionelles Handwerkszeug“ darstellt, sondern als professionelle Haltung zu verstehen ist, die auf „[...] die Förderung von Potentialen der Selbstorganisation und gemeinschaftlichen Handelns [...]“ ausgerichtet ist (Stark 1996, zit. n. Galuske 2007, S. 262). Die Aufgabe der Sozialen Arbeit liegt in der Schaffung entsprechender Rahmenbedingung, die es den Individuen ermöglichen ihre vorhandenen Fähigkeiten zu nutzen und zu erweitern. Hierbei kann es sich beispielsweise um beratende Tätigkeiten einzelner Personen oder

Organisationen sowie der Vermittlung von Wissen, Finanz- oder Sachmittel handeln (vgl. Stark 1996, S. 17).

Stark unterscheidet drei Ebenen, auf denen Empowermentprozesse stattfinden können. Auf der individuellen Ebene spricht er vom „psychologischen Empowerment“, bei dem sich das Individuum seiner Stärken bewusst wird und dadurch den Zustand der empfundenen Ohnmacht überwindet (Herriger 1997, zit. n. Trojan/Legewie 2007, S. 91). Die zweite Ebene bezieht sich auf die Gruppe, in der das psychologische Empowerment des Individuums durch kollektive Maßnahmen eine zusätzliche Stärkung erfährt. Die Gruppe bietet dem Individuum einen Zugang zu neuen Ressourcen und den Raum für Handlungsfähigkeit. Die strukturelle Ebene stellt den dritten Bereich dar, in dem Empowermentprozesse wirken. Hierbei können Struktur- und Rahmenbedingungen durch das Empowerment von Individuen und Gruppen verbessert werden. Durch die Partizipation von Individuen und Gruppen können Veränderungen auf institutioneller und politischer Ebene angeregt werden (vgl. Trojan/Legewie 2007, S. 296 f.). Der Empowermentprozess beinhaltet keine normativen Vorgaben hinsichtlich der Zielsetzung, sondern dient lediglich dazu Anstöße zur Veränderung der sozialer Lebensräume zu geben, die von Professionellen begleitet und gefördert werden können. Je weniger sich die Professionellen dabei in den Prozess des Empowerment einbringen, desto mehr Kompetenzen erwerben die Betroffenen (vgl. Stark 1996, S. 18).

Stark weist in seiner Kritik auf die Diskrepanz zwischen den Klientenbildern im Empowermentkonzept und der Sozialen Arbeit hin. Empowerment suggeriert das Bild von selbstständigen und zielstrebigen Klienten, die für ihre Belange eintreten. Sie können sich mitteilen, stellen sich Konflikten und sind an Teilhabe interessiert. Die Adressaten der Sozialen Arbeit verfügen jedoch in der Mehrheit der Fälle nur in begrenztem Maße über diese Kompetenzen (vgl. Galuske 2007, S. 266). Nach Waller sind die vorausgesetzten Potenziale „[...] insbesondere in sozialen und gesundheitlich benachteiligten Sozialschichten - häufig wenig entwickelt [...]“ (Waller 1995, zit. n. Morbach 1997, S. 159). Je stärker die soziale Benachteiligung ausgeprägt ist, umso schwieriger ist es, die geeigneten Rahmenbedingungen herzustellen, in denen die Adressaten ihre Potenziale erweitern können (vgl. Morbach 1997, S. 161).

3.4 Zusammenfassung des Abschnitts Gesundheitsförderung

Durch den Prozess der Gesundheitsförderung sollen die Menschen mehr Selbstbestimmung über ihre Gesundheit erlangen. Im Gegensatz zur Prävention liegt der Gesundheitsförderung die salutogenetische Perspektive zugrunde, wodurch die Förderung der Ressourcen und Fähigkeiten der Individuen im Fokus steht. Durch die Lebensweltorientierung im Setting-Ansatz soll Gesundheitsförderung allen Bevölkerungsschichten zugänglich sein. Hierbei ist zwischen der Gesundheitsförderung in einem Setting und dem gesundheitsfördernden Setting zu unterscheiden. Ersteres beinhaltet einzelne gesundheitsfördernde Aktivitäten in dem sozialen System, was am Beispiel der Hochschule Mittweida dargelegt wurde. Der Kooperationsvertrag mit der AOK PLUS beinhaltet unter anderem die Durchführung von Gesundheitsveranstaltungen. Diese Maßnahme dienen der Erreichung der Studierenden und Fachkräfte der Hochschule Mittweida. In dem beschriebenen Fall zeigte sich jedoch die begrenzte Wirkung des Angebots, da nur ein sehr geringer Teil der Zielgruppe erreicht wurde und die Veranstaltung auf eine Lehrveranstaltung begrenzt war. Im Gegensatz dazu wird bei gesundheitsfördernden Settings, beispielsweise einer gesundheitsfördernden Hochschule, die gesamte Struktur einbezogen, sodass gesundheitsfördernde Aktivitäten permanent, auf allen Ebenen und für alle Fachkräfte und Studierenden präsent ist. Der Sozialen Arbeit kommt aufgrund ihrer Arbeitsfelder und Handlungsstrategien sowie der Orientierungen bei der Umsetzung von Gesundheitsförderung eine wichtige Rolle zu. Zu den Methoden zählt beispielsweise Gemeinwesenarbeit, Beratung oder Gesundheitsbildung. Das Ziel ist die Aktivierung der Adressaten und Adressatinnen, durch die Schaffung kontext- und personenbezogener Angebote, was am Beispiel des Empowermentkonzepts dargelegt wurde. Die Soziale Arbeit übernimmt hierbei die Aufgabe, Rahmenbedingungen zu gestalten, in denen die Klienten ihre Potenziale nutzen und erweitern können. Die Schaffung geeigneter Bedingungen führt also zur Förderung der Fähigkeiten von Individuen, wodurch sie mehr Selbstbestimmung über ihre Gesundheit erhalten. Der nächste Abschnitt beschäftigt sich mit den gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen an der Fakultät Soziale Arbeit, speziell mit den Angeboten an sportlichen Aktivitäten. Außerdem erfolgt eine Bestimmung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen sowie die Darlegung der positiven Effekte von Sport auf den Gesundheitszustand.

4. Gesundheitsbezogene Verhaltensweisen

Harris und Guten (1979) definieren präventives Gesundheitsverhalten als „[...] jedes Verhalten, das von einer Person unabhängig von ihrem Gesundheitszustand ausgeführt wird, um ihre Gesundheit zu schützen, zu fördern oder zu erhalten, ob dieses Verhalten nun letztlich objektiv wirksam ist oder nicht“ (Harris/Guten 1979, S. 18, zit. n. Faltermaier 1994, S. 133). Gemäß dieser Begriffsbestimmung kann jedes Individuum durch sein Handeln einen aktiven Einfluss auf seine Gesundheit nehmen. Eine Vielzahl dieser präventiven gesundheitsförderlichen Aktivitäten findet im alltäglichen Leben statt, zum Beispiel eine ausgewogene Ernährung, eine regelmäßige sportliche Betätigung oder ausreichend Schlaf. Obwohl diese gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen kaum Beachtung finden, kommt ihnen eine bedeutende Rolle im Erhalt der Gesundheit zu (vgl. Faltermaier 1994, S. 128 f.). Sollen Individuen bei der Ausübung gesundheitsförderlichen Verhaltens unterstützt werden, muss auch ihre soziale Eingebundenheit beachtet werden. Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit dürfen sich nicht nur auf individuelle Verhaltensänderungen konzentrieren, sondern müssen alle Lebensbereiche einbeziehen (vgl. ebd., S. 139).

4.1 Gesundheitsfördernde Wirkung sportlicher Aktivitäten

Im Bundes-Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts wird körperliche Aktivität definiert als „[...] jede durch die Skelettmuskulatur hervorbrachte Bewegung, die den Energieverbrauch substantiell ansteigen lässt“ (Mensink 2003, S. 3). Sport ist der körperlichen Aktivität untergeordnet und bezeichnet ein Phänomen, welches historisch und kulturell geprägt ist. Hierbei steht vor allem Freude an der Bewegung, Leistung und Wettkampf im Vordergrund (vgl. Rütten/Abu-Omar/Lampert u.a. 2005, S. 7).

Die Bedeutung sportlicher Aktivitäten für den Erhalt der Gesundheit und des Wohlbefindens konnte auch wissenschaftlich nachgewiesen werden. So geht aus dem Bundes-Gesundheitssurvey über körperliche Aktivität vom Robert Koch-Institut hervor, dass körperliche Aktivität unter anderem das Risiko verringert, Haltungstörungen zu entwickeln oder an Diabetes mellitus Typ II, Adipositas oder Bluthochdruck zu erkranken (vgl. Mensink 2003, S. 3 f.). Zudem wird auch ein präventiver Effekt bezüglich der Entstehung von Depressionen und Lungenkrebs vermutet. Bereits vorhandene gesundheitliche Probleme, wie Rü

cken- oder Kopfschmerzen, können gelindert oder bewältigt werden (vgl. ebd., S. 4 f.).

Neben der Stärkung körperlicher Ressourcen wie Ausdauer, Kraft und Koordinationsfähigkeit wird auch das Bewusstsein für den eigenen Körper geschult, beispielweise das Wissen um die eigene Belastbarkeit oder die Wahrnehmung von Körpersignalen. Eine regelmäßige sportliche Betätigung führt zu einer besseren Bewältigung von Stresszuständen sowie einer Steigerung der Konzentrationsfähigkeit. Zudem bietet Sport vielfältige Erfahrungsmöglichkeiten, zum Beispiel im Austesten der eigenen Fähigkeiten. Die Möglichkeit, soziale Kontakte aufzubauen und in gegenseitigen Austausch zu treten, haben ebenfalls einen positiven Effekt auf das Wohlbefinden und somit auf den Gesundheitszustand (vgl. Fröhlich 2000, S. 27 ff.).

4.1.1 Sportliche Betätigung in der Studienzeit

In der Population der Studierenden nimmt Sport einen hohen Stellenwert im Bereich der gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen ein. Zu diesem Ergebnis kam der Sonderbericht der 12. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks. Etwa 48% der Studierenden betätigen sich mindestens einmal in der Woche sportlich. Im Vergleich dazu liegt die Anzahl in der gleichaltrigen nicht-studentischen Gruppe bei 33%. Geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Dauer bei den Aktivitäten existieren nicht. Zu den bevorzugten Sportarten der Studierenden gehören Laufen, Radfahren und Schwimmen. Die sportlichen Betätigungen nehmen jedoch im Verlauf des Studiums ab, was auf die steigenden Belastungen im Studium zurückgeführt wird (vgl. Allgöwer 2000, S. 51).

4.2 Angebote des Hochschulsports in Mittweida und Roßwein

Die Fakultät Soziale Arbeit gehört der Hochschule Mittweida (HS) University of applied sciences an, befindet sich allerdings an einem externen Standort in Roßwein. Daraus ergeben sich Differenzen im Kursangebot und dem Zugang zum Hochschulsport für die Studierenden an der Fakultät Soziale Arbeit. Der Bereich Hochschulsport, unter Leitung von Herrn Mehnert, ist in Mittweida ansässig. Die Angebote stehen allen Studierenden, Fachkräften sowie deren Angehörigen der Hochschule Mittweida offen und beinhalten unter anderem Bad-

minton, Basketball, Judo, Kraftsport/Fitness, Lauffreizeit, Power-Aerobic, Tanz, Unihockey, „Sport für Kids“ und einem Walking-Treff. Diese Kurse finden zum Teil mehrmals wöchentlich in Mittweida statt und sind unterteilt in Anfänger- und Fortgeschrittenenkurse.

Der Zugang zu diesen Kursen ist jedoch aufgrund der räumlichen Entfernung für die Studierenden in Roßwein erschwert. An der Fakultät Soziale Arbeit in Roßwein besteht nur eingeschränktes Angebot des Hochschulsports. Hierbei handelt es sich um eine wöchentlich stattfindende Fußball- und Volleyballveranstaltung, die von studentischen Übungsleitern durchgeführt wird.

4.3 Zusammenfassung der Thematik gesundheitsbezogenes Verhalten

Sport als eine gesundheitsbezogene Verhaltensweise erlaubt den Individuen eine aktive Einflussnahme auf ihren Gesundheitszustand und ihr Wohlbefinden. Zu den wissenschaftlich nachgewiesenen positiven Effekten, die mit regelmäßiger sportlicher Aktivität verbunden sind, zählen beispielsweise eine vorbeugende Wirkung bezüglich chronisch-degenerativer Erkrankungen, die Linderung vorhandener gesundheitlicher Probleme, die Stärkung körperlicher Ressourcen sowie eine verbesserte Bewältigungsfähigkeit von Stresszuständen. Das Interesse an sportlicher Betätigung ist unter den Studierenden relativ groß. 48% der Studierenden geben an, mindestens einmal wöchentlich Sport zu treiben. In der gleichaltrigen nicht-studentischen Gruppe betrifft dies lediglich 33% (vgl. Allgöwer 2000, S. 51). Der Hochschulsport stellt mit seinen Angeboten eine konstruktive Hilfe bei der Förderung gesundheitsbezogenen Verhaltens dar. Jedoch sind diese Angebote aufgrund der räumlichen Distanz zwischen dem Hochschulstandort Mittweida und dem externen Standort Roßwein für die Studierenden der Fakultät Soziale Arbeit schwer zugänglich. Zudem fällt das Hochschulsportangebot an der Fakultät Soziale Arbeit mit zwei Sportveranstaltungen sehr dürftig aus. Der Bedarf an sportlicher Betätigung ist bei den Studierenden jedenfalls gegeben und wird in der Folge, durch selbst organisierte Sportgruppen zu decken versucht. In welcher Form diese Anstrengungen zur Ausübung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen durch die Fakultät Soziale Arbeit gefördert werden, erläutert der nächste Abschnitt.

5. Sportgruppe „Bauch-Beine-Po“

Da eine schriftliche Konzeption der Sportgruppe „Bauch-Beine-Po“ nicht existiert, entstammen die nachstehenden Angaben einem Telefongespräch mit Frau Stütz, der Sportgruppenleiterin, das am 08.02.2010 geführt wurde.

Das Programm der Sportgruppe „Bauch-Beine-Po“ wurde an der Fakultät Soziale Arbeit im Zeitraum von März bis Juni 2009 durchgeführt. Frau Stütz, eine Studentin der Fakultät Soziale Arbeit, war die Initiatorin und Leiterin der Sportgruppe. Das Angebot richtete sich an die Studentinnen und weiblichen Fachkräfte der Fakultät Soziale Arbeit, es wurde jedoch ausschließlich von den Studentinnen wahrgenommen. Die durchschnittliche Gruppengröße betrug etwa sieben Personen. Der Kurs fand wöchentlich donnerstags, von 13.00 – 14.30 Uhr statt. Als Veranstaltungsort wurde das Sporthaus in der Stadtbadstraße 35, in 04741 Roßwein genutzt. Die Anmeldung für den Kurs erfolgte im Sekretariat der Fakultät Soziale Arbeit. Für die Kursteilnahme waren Sportbekleidung sowie das Mitbringen einer Gymnastikmatte erforderlich. Zudem musste ein einmaliger Kostenbeitrag von fünf Euro für das Semester entrichtet werden. Während der Sportveranstaltung waren die Studentinnen über den Unfallversicherungsträger der Hochschule gesetzlich versichert.

Der Stundenaufbau gliederte sich in eine Aufwärmungs-, Übungs- und Entspannungsphase. Die körperlichen Übungen der Aufwärmungs- und Entspannungsphase blieben in ihrer Reihenfolge und Ausführung unverändert, während die Grundübungen in der Durchführungsphase zu den jeweiligen Veranstaltungen variierten.

Die Ziele der sportlichen Übungen waren die Körpergestaltung durch den Aufbau der Muskulatur und die Straffung des Gewebes. Das Fitnessstraining diente zudem der Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit.

5.1 Durchführung der schriftlichen Experteninterviews

Um die von der Fakultät Soziale Arbeit zur Verfügung gestellte Unterstützung für die selbst organisierte studentische Sportgruppe „Bauch-Beine-Po“ zu ermitteln, wurden zwei schriftliche Experteninterviews geführt. Diese richteten sich an die studentische Übungsleiterin der Sportgruppe Frau Stütz sowie die Dekanin der Fakultät Soziale Arbeit Frau Prof. Dr. Ehlert.

Den Interviewpartnerinnen wurden offene Fragen gestellt, um ihnen die Möglichkeit zur freien Beantwortung zu geben. Die Interviews dienen zudem der Vergleichbarkeit der Aussagen. Aufgrund der großen räumlichen Distanz wurden die schriftlichen Experteninterviews am 28.01. und 29.01.2010 per E-Mail übermittelt und am 03.02.10 und 06.02.10 beantwortet empfangen. Des Weiteren bestand telefonischer Kontakt zu Frau Stütz.

5.2 Auswertung der schriftlichen Experteninterviews

Die Auswertung fasst die Ergebnisse der Befragung zusammen, sodass die einzelnen Fragen der Interviews nicht gesondert dargelegt werden. Insgesamt gliedert sich die Zusammenfassung in sechs Bereiche.

Zunächst werden im Abschnitt 5.2.1 die Beweggründe der Studentin Frau Stütz erläutert, die sie zur Initiierung der Sportgruppe veranlasst haben. Im Punkt 5.2.2 erfolgt die Darlegung der Ressourcen, auf welche die Sportgruppenleiterin zurückgreifen konnte. Hierbei handelt es sich um Unterstützungsleistungen, die von der Fakultät Soziale Arbeit und dem Bereich Hochschulsport zur Verfügung gestellt wurden. Daran schließt sich im Abschnitt 5.2.3 der Zugang zu den Ressourcen an. Im Fokus steht dabei die Einschätzung von Frau Stütz hinsichtlich des zu betreibenden Aufwandes für die Planung und Umsetzung des Kurses. Ob die zur Verfügung gestellten Ressourcen und die vorhandenen Rahmenbedingungen hilfreich oder hinderlich bei der Durchführung des Trainingsprogrammes waren, klärt sich im Punkt 5.2.4. Die Anerkennung des Engagements kann eine wichtige Motivationsquelle darstellen. Im Abschnitt 5.2.5 wird aufgezeigt, ob und in welcher Form die Fakultät Soziale Arbeit diese Tätigkeit würdigt. Der letzte Bereich beschäftigt sich mit den von der Fakultät Soziale Arbeit ergriffenen Maßnahmen zur Fortführung der Sportgruppe.

5.2.1 Motivation zur Gründung der Sportgruppe „Bauch-Beine-Po“

Bei der Initiierung der selbst organisierten Sportgruppe „Bauch-Beine-Po“ durch die Studentin Frau Stütz waren mehrere Aspekte von Bedeutung. Zum einen hatte Sie in ihrer Studienzeit an der Universität Erfurt bereits positive Erfahrungen mit diesem Kursangebot sammeln können. Das dabei erworbene Wissen hinsichtlich der Ausführung der Sportübungen wendete Frau Stütz auch

privat weiter an. Des Weiteren erhielt das Trainingskonzept in einem Gespräch zwischen Frau Stütz und Studentinnen der Fakultät Soziale Arbeit in Roßwein Zuspruch. Hierbei haben die Studentinnen das Sportprogramm als „toll“ empfunden. Die Inspiration zur Anleitung einer Sportgruppe „Bauch-Beine-Po“, für den Zeitraum des Sommersemesters 2009, erhielt sie schließlich durch ihren Partner.

5.2.2 Verwendete Ressourcen

Nach Aussage von Frau Prof. Dr. Ehlert liegt die Bereitstellung von materiellen und informellen Ressourcen für den Aufbau und die Durchführung einer Sportgruppe im Aufgabenbereich des Hochschulsports. Frau Stütz erhielt nach eigenen Angaben jedoch sowohl Hilfeleistungen vonseiten der Fakultät Soziale Arbeit als auch vonseiten des Hochschulsports. Hierbei standen ihr Frau Thieme von der Fakultät Soziale Arbeit in Roßwein und Herr Mehnert vom Bereich Hochschulsport in Mittweida als Ansprechpartner zu Verfügung.

Die Unterstützung der Eigeninitiative von Frau Stütz erfolgte durch die Fakultät Soziale Arbeit über die Vernetzung mit dem Hochschulsportbereich, die Bekanntgabe des Kursangebots an die Studentinnen per E-mail und Ausdrucke sowie die Entgegennahme der Anmeldungen zur Kursteilnahme und deren Weiterleitung an die Sportgruppenleiterin. Darüber hinaus bestand die Möglichkeit zur Ausleihe eines CD-Players sowie ein Angebot zur Nutzung eines Raums der Fakultät Soziale Arbeit für die Durchführung des Sportprogramms. Informationen bezüglich des Versicherungsschutzes der Teilnehmerinnen während des Kurses sowie die Vermittlung des Veranstaltungsorts erfolgten über Herrn Mehnert vom Hochschulsport.

Einen Hinweis zur Übungsleiterausbildung, die unter anderem Kenntnisse über die Didaktik und Führung einer Sportgruppe beinhaltet, erhielt Frau Stütz nicht und war ihrer Meinung nach auch nicht erforderlich: „Das war ok, ich brauchte dies nicht“. Das Fachwissen hinsichtlich der Fitnessübungen eignete sich Frau Stütz privat über die Recherche eigener Literatur an. Zudem griff sie auf Erfahrungswissen aus ihrer Bachelorstudienzeit zurück. Während der Veranstaltung nutzte Sie ihren eigenen Laptop und ihre eigene Musik. Die Benachrichtigung der Teilnehmerinnen durch die Gruppenleiterin erfolgte außerhalb der Veranstaltung über E-Mail-Kontakt.

5.2.3 Zugang zu den Ressourcen

Nach Einschätzung von Frau Stütz gestaltete sich die Realisierung der Sportgruppe „Bauch-Beine-Po“ als einfach, da die notwendigen Ressourcen leicht zu erreichen waren. Hierfür wurde die Hilfe der Ansprechpartner sowie der geringe materielle Aufwand angeführt. Zudem bedarf es für die Leitung einer Fitnessgruppe durch Studierende keiner vorherigen Qualifizierung durch eine Übungsleiterausbildung. Die Beantragung finanzieller Unterstützung war nicht erforderlich, somit konnte diesbezüglich keine Aussage getroffen werden. Insgesamt schätzt Frau Stütz die erhaltenen Hilfen als positiv ein, Sie ist „mit der Unterstützung zufrieden gewesen“.

5.2.4 Eignung der Rahmenbedingungen

Nach Einschätzung der Übungsleiterin und der Teilnehmerinnen eignete sich das Sporthaus für die Durchführung des Sportkurses, da sowohl die räumliche Ausstattung, Größe, Beleuchtung und Belüftung der Halle als angenehm empfunden wurde. Die akustischen Verhältnisse waren nach Aussage von Frau Stütz „nicht optimal“, hatten aber keinen negativen Einfluss auf den Ablauf des Sportkurses. Die Beurteilung der zeitlichen Verortung der Durchführung fiel sowohl vonseiten der Gruppenleiterin wie auch vonseiten der Studentinnen negativ aus, wobei beide Parteien „eine andere Zeit für besser empfunden“ hätten. Der Kurs fand donnerstags in der Zeit von 13.00-14.30 Uhr statt und lief somit parallel zu den Lehrveranstaltungen an der Fakultät Soziale Arbeit. Dies verhinderte die Teilnahme interessierter Studentinnen und die regelmäßige Anwesenheit der Gruppenmitglieder. Aufgrund der Hallenbelegung konnte jedoch keine praktikable Alternative bezüglich des Veranstaltungszeitraums gefunden werden.

5.2.5 Würdigung des Engagements

Frau Stütz gab an, für Ihr Engagement bei der Initiierung und Durchführung der Sportgruppe „Bauch-Beine-Po“ durch Frau Thieme und Frau Schlupeck von der Fakultät Soziale Arbeit sowie den Kursteilnehmerinnen mündliche Anerkennung erhalten zu haben. Sie gab an, dass die Studentinnen mit Ihrer Anleitung „zufrieden“ waren und es ihnen „sehr viel Spaß“ gemacht hat.

Des Weiteren wurde sie für ihre Übungsleiteraufgabe finanziell über den Bereich Hochschulsport entlohnt. Frau Prof. Dr. Ehlert äußerte zudem Überlegungen auf der Hochschulebene, studentische Initiativen durch die Vergabe von Credit Points zu vergüten.

5.2.6 Maßnahmen zur Fortführung der Sportgruppe

Die Sportgruppe „Bauch-Beine-Po“ existierte im Zeitraum des Sommersemesters 2009. Frau Stütz gab an, sowohl vonseiten der Fakultät Soziale Arbeit durch Frau Thieme wie auch vonseiten des Hochschulsports durch Herrn Mehnert, Rückfragen bezüglich einer Weiterführung der Sportgruppe „Bauch-Beine-Po“ für das Wintersemester 09/10 erhalten zu haben. Herr Mehnert unterbreitete darüber hinaus ein Angebot zur Leitung des Kurses in Mittweida. Zudem bestand bei den Sportgruppenmitgliedern sowie weiteren Studentinnen der Fakultät Soziale Arbeit der Wunsch nach einer Fortführung des Kurses, jedoch zu einer anderen Tageszeit. Eine Evaluation der Sportgruppe wurde nicht durchgeführt und obliegt, so Frau Prof. Dr. Ehlert, dem Hochschulsport. Äußerungen von Studentinnen bezüglich anderer Kurswünsche sind weder Frau Stütz noch Frau Prof. Dr. Ehlert bekannt. Die Anwerbung von Übungsleitern und Übungsleiterinnen durch die Fakultät Soziale Arbeit könnte, nach Aussage von Frau Prof. Dr. Ehlert, mithilfe von Plakaten und E-Mails gefördert werden. Um selbst organisierte Sportgruppen an der Fakultät Soziale Arbeit zu fördern, müssten, nach Auffassung von Frau Stütz, die Studierenden mehr Informationen über die Voraussetzungen zur Initiierung einer Sportgruppe erhalten. Hierzu führt Sie an, dass es auch „ohne Übungsleiterschein“ möglich ist, eine Gruppe zu leiten.

6. Fazit

Die Auswertung der Experteninterviews hat gezeigt, dass die studentische Übungsleiterin mit den Rahmenbedingungen und der Unterstützung durch die Fakultät Soziale Arbeit bei der Planung und Durchführung der Sportgruppe zufrieden war. Sie betonte den niedrigschwiligen Zugang zu den notwendigen Ressourcen und den geringen Aufwand bei der Realisierung der Sportgruppe. Die Einschätzung des Kurses fiel auch bei den Teilnehmerinnen positiv aus. Sowohl bei ihnen wie auch bei weiteren Studentinnen der Fakultät Soziale Arbeit, die zu den Veranstaltungsterminen verhindert waren, wurden Wünsche

zur Fortführung der Sportgruppe geäußert. Der Bedarf an diesem Trainingsangebot ist somit gegeben. Jedoch existierte die Sportgruppe nur im Zeitraum des Sommersemesters 2009, da eine neue Gruppenleiterin fehlte. Hierfür kann der Informationsmangel bei den Studierenden über die notwendige Qualifikation zur Leitung einer Sportgruppe angesehen werden. Eine weitere Ursache liegt in den unzureichenden Maßnahmen bei der Suche einer neuen Übungsleiterin. Zwar gibt es Vorschläge vonseiten der Dekanin der Fakultät Soziale Arbeit, die Suche durch E-Mails und Aushänge zu unterstützen, jedoch wurden diese nicht umgesetzt.

Der Bedarf an gesundheitsorientierten Maßnahmen ist bei den Studierenden vorhanden und sollte an der Fakultät Soziale Arbeit stärker wahrgenommen werden, beispielsweise durch die Einführung gesundheitsorientierter Projekte, die eine aktive Teilhabe der Studierenden erlauben. Hierbei wäre die Zielgruppe konstant erreichbar und es könnte schnell auf veränderte Interessenlagen reagiert werden könnte.

Der Kooperationsvertrag mit der AOK PLUS zum Projekt „Gesundheitsförderung an der Hochschule“ stellt meiner Ansicht nach keine effektive Maßnahme zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Studierenden und Fachkräfte dar. Hierfür fallen die gesundheitsorientierten Angebote und die Unterstützungsleistungen zu gering aus und verfehlen einen Großteil der Zielgruppe, da deren Interessen nicht berücksichtigt werden.

Die Thematik Gesundheitsförderung sollte daher insgesamt mehr Beachtung finden, sowohl an der Hochschule Mittweida wie auch an der Fakultät Soziale Arbeit in Roßwein. Ich bin selbst erst bei der Recherche eines Themas für die Bachelorarbeit darauf gestoßen und war von den Möglichkeiten der Gesundheitsförderung an Hochschulen sowie den gesundheitsfördernden Hochschulen überrascht. Umso ernüchternder fällt mein Resümee beim Blick auf die gesundheitsorientierten Angebote an der Hochschule Mittweida und der Fakultät Soziale Arbeit aus.

7. Schluss

Die Hochschulen der BRD stellen für 2,5 Millionen Studierende und Angestellte die Lebensräume dar (vgl. Hartmann/Siebert 2008, S. 9). Demzufolge sollte ihre Verantwortung über die Vermittlung von Wissen hinausgehen und die Bedürf-

nisse der Hochschulangehörigen mehr berücksichtigt werden. Es ist daher unabdingbar, dass die Hochschule Mittweida und somit auch die Fakultät Soziale Arbeit in Roßwein sich mit der Thematik Gesundheitsförderung intensiver auseinandersetzen. Die steigende Anzahl chronisch-degenerativer Erkrankungen, die zunehmenden psychosozialen Belastungen sowie der Wettbewerb zwischen den Hochschulen stellen dabei nur einige Gründe dar.

Erhalten am 26.01.2010

Kooperationsvereinbarung

zur Durchführung des
Projektes
„Gesundheitsförderung an der Hochschule“

zwischen der



Hochschule Mittweida (FH)

nachstehend **Hochschule Mittweida** genannt,

vertreten durch den Rektor
Herrn Prof. Dr.-Ing. Lothar Otto
Technikumplatz 17
09648 Mittweida

beteiligt: **Studentenrat der Hochschule**

und der



AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.

nachstehend **AOK PLUS** genannt,

vertreten durch den Vorstand
Herrn Rolf Steinbronn
dieser hier vertreten durch
die Regionalgeschäftsführerin Frau Anja Dietel

Anlage I

Erhalten am 26.01.2010

Präambel

Die AOK PLUS hat sich die Aufgabe gestellt, im Rahmen ihrer Präventionsmaßnahmen allen Zielgruppen lebensbegleitend Unterstützungsangebote zur Krankheitsvermeidung und Förderung ihrer Gesundheit anzubieten. Diese Angebote sollen von klein auf bis ins hohe Alter eine kontinuierliche Ausprägung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen fördern. Gleichzeitig sollen sie motivieren, aktiv auf die jeweiligen Lebensverhältnisse Einfluss zu nehmen.

Deshalb widmet sich die AOK PLUS sowohl der individuellen Prävention und Gesundheitsförderung wie den gesundheitsfördernden Maßnahmen im Setting. Eine optimale Verknüpfung beider Vorgehensweisen lässt einen hohen Nutzeffekt erwarten.

Die Hochschule Mittweida stellt sich die Aufgabe, Studierenden und Mitarbeitern ein vielseitiges und abwechslungsreiches Präventionsangebot zu unterbreiten, um die Verbesserung bzw. den Erhalt des Gesundheitszustandes zu unterstützen.

Die nachfolgende Vereinbarung hat das Ziel, die körperliche Aktivität der Studenten/ Lehrkräfte zu erhöhen, Belastungssituationen besser bewältigen zu helfen und den gesamten Lebensstil gesundheitsfördernd zu gestalten.

Gegenstand der Vereinbarung

Gegenstand der Vereinbarung ist die Verbesserung der körperlichen Aktivität und Verringerung der psychischen Belastung der Studenten/Lehrkräfte sowie die verstärkte Information zu gesundheitsbezogenen Themen. Zu diesem Zweck wird die AOK PLUS auf dieser Vereinbarung basierend entsprechende Aufklärungsveranstaltungen durchführen.

Darüber soll u.a. eine intensiviertere körperlich – sportliche Betätigung der Studenten/Lehrkräfte erreicht werden und sie zu einer nachhaltigen Veränderung ihrer Lebensweise motivieren.

Verpflichtung der AOK PLUS

Die AOK PLUS verpflichtet sich, diesen Prozess aktiv zu begleiten und zu unterstützen sowie entsprechende Maßnahmen der Gesundheitsförderung durchzuführen.

Jährlich ist mindestens eine Gesundheitsveranstaltung zu den relevanten Themen wie Rauchen, Stressbewältigung, Übergewicht und Bewegungsmangel durchzuführen.

Darüber hinaus verpflichtet sich die AOK PLUS, finanzielle Unterstützung für die Erweiterung oder Intensivierung von Sportangeboten für Studenten/Lehrkräfte der Einrichtung zu gewähren, sofern diese dem Anliegen der Gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V in der Fassung vom 02.06.2008 entsprechen.

Konkrete Maßnahmen wie auch finanzielle Unterstützung sind in einer gesonderten Anlage durch die vertragsschließenden Parteien zu präzisieren.

Die konkreten Maßnahmen und die mit Unterstützung der AOK PLUS entstehenden Sportangebote sind grundsätzlich für alle Studenten/Lehrkräfte unabhängig von der Kassenzugehörigkeit offen.

Anlage I

Erhalten am 26.01.2010

Verpflichtung des Vertragspartners

Der Vertragspartner verpflichtet sich, bei Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen die in der jeweiligen Anlage benannten Maßnahmen zu unterstützen, sie auszuwerten und die Ergebnisse im Praxistransfer zu berücksichtigen.

Er verpflichtet sich, entsprechende Eigenmittel – auch in Form geldwerter Leistungen - in diesen Prozess einzubringen und die Gesundheitsaktivitäten der AOK PLUS im Setting Hochschule voll zu unterstützen.

Die Präzisierung der Gegenleistungen des Vertragspartners erfolgt durch die vertragsschließenden Parteien in einer gesonderten Anlage.

Gleichzeitig verpflichtet der Vertragspartner sich, an den von der AOK empfohlenen Qualitätssicherungsmaßnahmen mitzuwirken.

Steuerung der Kooperation

- (1) Die Steuerung, Koordinierung und Begleitung der inhaltlichen Arbeit wird durch ein Steuergremium durchgeführt.
- (2) Über die Zusammensetzung und Arbeitsweise des jeweiligen Gremiums treffen die vertragsschließenden Parteien in einer gesonderten Anlage die entsprechenden Regelungen.
- (3) Das Steuergremium legt jeweils im Zeitraum Mai/ Juni die konkreten Maßnahmen und finanziellen Aufwendungen für das kommende Studienjahr fest.

Inkrafttreten / Kündigung

Diese Vereinbarung tritt mit Unterzeichnung des Vertrages und der Anlage in Kraft. Die Dauer der Gültigkeit wird in der Anlage vereinbart, sollte jedoch ein Studienjahr nicht unterschreiten.

Eine einseitige Kündigung ist nur aus wichtigem Grund gemäß § 314 BGB möglich, insbesondere wenn neue gesetzliche Festlegungen die Projektförderung auf Grundlage des § 20 SGB V nicht mehr gestatten oder einer der Partner die in der Anlage vereinbarten Maßnahmen nicht mehr durchführen kann. Die Kündigungsfrist beträgt einen Monat vom bekannt werden der Gründe an. Sie hat schriftlich zu erfolgen.

Eine über den Vereinbarungszeitraum hinausgehende Verlängerung bedarf ebenfalls der Schriftform.

Mittweida, *11.11.08*

AOK PLUS

etc
.....
Anja Dietel
Regionalgeschäftsführerin

Hochschule Mittweida (FH)

LO
.....
Prof. Dr.-Ing. Lothar Otto
Rektor

Anlage II

Schriftliches Experteninterview

Gesendet am 28.01.2010

Erhalten am 06.02.2010

Sehr geehrte Frau Stütz,

vielen Dank, dass Sie sich für ein schriftliches Interview zur Verfügung stellen. Ihre Ausführungen helfen mir, den Praxisbezug für die Bearbeitung meiner Bachelorarbeit herzustellen. Das Thema der Arbeit ist die Förderung gesundheitsbezogenen Verhaltens an der Fakultät Soziale Arbeit am Beispiel der selbst organisierten studentischen Sportgruppe „Bauch-Beine-Po“.

Ich danke Ihnen für Ihre Unterstützung!

I. Planungsphase der studentischen Sportgruppe „Bauch-Beine-Po“

1. Welcher Aspekt hat Sie dazu bewogen, eine Sportgruppe zu gründen?

- Habe meinen B.A. an der Universität Erfurt absolviert und fast jedes Semester an einem Bauch-Beine-Po-Kurs teilgenommen → hat sehr viel Spaß gemacht → habe mir viele Übungen eingeprägt und in Roßwein für mich selbst fortgeführt
- Hab mich mit vielen Mädels darüber unterhalten, v.a. aus dem damaligen 2. FS B.A. SA (das war im WS 08/09), fanden das toll – mein Freund hatte die Idee, dass ich einen Kurs geben könnte im SS 09, und das hab ich dann in Angriff genommen

2. Wer waren Ihre Ansprechpartner/Ansprechpartnerinnen an der Fakultät Soziale Arbeit in der Planungsphase der Sportgruppe?

- Zuerst Fr. Thieme gefragt, ob es möglich ist einen BBP-Kurs anzubieten → hat es begrüßt und mich weitergeleitet an Hr. Mehnert (Beauftragter für Sportangebote an der HSWM), um klarzustellen, ob ich ohne Übungsleiterschein Kurs anbieten kann – war ok
- Hr. Mehnert blieb Ansprechpartner für räumliche Orga des Kurses da Kontakt zum Verein, der die Sporthalle verwaltet
- Fr. Thieme hat mich dabei unterstützt, eine Rundmail an alle Studentinnen zu schicken (Kurs sollte ausschließlich für Mädchen sein), zudem habe ich Aushänge im Haus A angebracht

Anlage II

Schriftliches Experteninterview

Gesendet am 28.01.2010

Erhalten am 06.02.2010

3. Welche Ressourcen wurden Ihnen zur Verfügung gestellt (z. B. Räumlichkeiten, finanzielle Mittel, Fachwissen)?

- Räumlichkeiten: Kleine Sporthalle in Roßwein (B1 stand zur Frage, aber es hätten alle Tische und Stühle immer wieder umgeräumt werden müssen, zudem war die Sporthalle günstiger wegen Umkleide und Duschköglichkeit)
- Finanzielle Mittel: keine, da ich keine benötigte, um den Kurs zu gestalten
- Sachmittel: anfangs bekam ich von Frau Thieme einen CD-Player, ich habe dann aber meinen Laptop + Boxen genutzt, da der CD-Player meine Musik-CDs nicht lesen konnte; Matten hat jeder selbst mitgebracht
- Fachwissen: die Übungen leitete ich aus meinem Erfahrungswissen ab und einem eigenem Buch zu Bauch-Beine-Po-Trainingseinheiten

4. Wie schätzen Sie den Zugang zu Ressourcen an der Fakultät Soziale Arbeit ein (zu betreibender Aufwand)?

- Der zu betreibende Aufwand in Bezug auf Räumlichkeiten war gering → Kontakt zu Hr. Mehnert und Unterstützung durch Frau Thieme
- Bei finanziellen Mitteln kann ich keine Einschätzung abgeben
- In Bezug auf Sachmittel ging es lediglich um ein Gerät die Musik abzuspielen → gering
- Was das Fachwissen angeht weiß ich, dass es in Mittweida ein Bauch-Beine-Po-Angebot gibt, da kann ich mir vorstellen, dass es nicht schwer gewesen wäre einen Kontakt zu der Trainerin herzustellen und Hilfe bei der Kursplanung zu bekommen
 - Zusammengefasst: der Zugang zu Ressourcen ist niederschwellig, der Aufwand, einen BBP-Kurs zu planen und durchzuführen ist gering

5. Wurden die Studierenden der Fakultät Soziale Arbeit ihrer Meinung nach ausreichende über die Existenz der Sportgruppe informiert?

- Ja. Durch Rundmail und Aushänge

Anlage II

Schriftliches Experteninterview

Gesendet am 28.01.2010

Erhalten am 06.02.2010

6. Wurden Sie über die Möglichkeit einer Übungsleiterausbildung informiert? Haben Sie daran teilgenommen?

- Nein, über diese Möglichkeit wurde ich nicht informiert, ich habe an keiner teilgenommen

7. Fühlten Sie sich durch die Unterstützung der Fakultät Soziale Arbeit auf die Rolle einer Sportgruppenleiterin vorbereitet?

- Ich wusste durch die Unterstützung von Frau Thieme, wieviele und wer an dem Kurs teilnimmt, weil sich alle Interessentinnen bei ihr gemeldet hatten
- Ich habe mit Herrn Mehnert ein Gespräch geführt, bei dem der Übungsleitervertrag abgeschlossen wurde, ich habe erfahren, dass alle Teilnehmerinnen während des Kurses selbst versichert sind
- Weitere Unterstützung zur Vorbereitung auf die Rolle als Sportgruppenleiterin in Bezug auf sportliche und pädagogische Anleitung einer Sportgruppe habe ich nicht bekommen. Das war ok, ich brauchte dies nicht.

Durchführungsphase der studentischen Sportgruppe „Bauch-Beine-Po“

8. Wer waren Ihre Ansprechpartner/Ansprechpartnerinnen an der Fakultät Soziale Arbeit bei Problemen oder Fragen während der Durchführungsphase?

- Frau Thieme und Herr Mehnert

9. Eigneten sich Ihrer Meinung nach die zur Verfügung gestellten räumlichen Gegebenheiten für die Durchführung der Sportstunde (z. B. Platz-, Luft-, Licht-, Akustikverhältnisse)?

- Platz-, Luft-, und Lichtverhältnisse eigneten sich, die Akustik war nicht optimal, aber das beeinträchtigte die Durchführung in keiner Weise

Anlage II

Schriftliches Experteninterview

Gesendet am 28.01.2010

Erhalten am 06.02.2010

10. Eignete sich Ihrer Meinung nach der zeitliche Rahmen für die Durchführung der Sportstunde (z. B. Zeit für Vorbereitungs- und Nachbereitungszeit, Umkleiden)?

- Der Kurs hat donnerstags von 13-14:30 Uhr stattgefunden. Das ist eine ungünstige Zeit, um möglichst viele Studentinnen zu erreichen, da zu dieser Zeit Veranstaltungen stattfanden oder die Zeit anderweitig genutzt wurde
- Es gab anfänglich Überlegungen den Kurs auf abends zu verlegen, doch die Sporthalle war montags bis donnerstags sehr gut belegt (freitags hätte sich nicht gelohnt, da viele Studierende nicht mehr da sind), die beiden bestehenden Angebote (montags 20:30-22:30 Uhr Fußball und mittwochs um dieselbe Zeit Volleyball) wollte ich nicht beschneiden und nach diesen wäre es einfach zu spät am Abend geworden

II. Rückmeldungen zur Sportgruppe

11. Gab es Rückmeldungen von den Teilnehmern/Teilnehmerinnen der Sportgruppe bezüglich ihrer Zufriedenheit mit dem organisatorischen Rahmen der Durchführung? Wenn ja, welche (z. B. Einschätzungen des Raums, Veranstaltungszeit)?

- Die Teilnehmerinnen hätten eine andere Zeit für besser empfunden, sie konnten dadurch nicht kontinuierlich teilnehmen und hatten gehört, dass auch andere Studentinnen gerne teilgenommen hätten
- der Raum war in Ordnung
- die Anwesenden waren mit mir als Sportleiterin zufrieden, sie sagten, es macht sehr viel Spaß

Anlage II

Schriftliches Experteninterview

Gesendet am 28.01.2010

Erhalten am 06.02.2010

12. Welche Maßnahmen nutzten Sie für den Informationsaustausch bezüglich des Kurses mit den Teilnehmern/Teilnehmerinnen außerhalb der Sportveranstaltung? (z. B. Terminabsprache, Inhalte der Sportveranstaltung)?

- Zweimal konnte ich durch mein eigenes Studium den Kurs nicht durchführen, das habe ich per Rundmail bekanntgemacht
- Weitere Absprachen waren nicht nötig – über das Inhaltliche haben wir während des Kurses gesprochen

13. Wurde die Durchführung hinsichtlich der Teilnehmerzufriedenheit von Seiten der Fakultät evaluiert? Bestand die Absicht?

- Eine Evaluation wurde nicht durchgeführt, von einer Absicht ist mir nichts bekannt

14. Wurde Ihr Engagement beim Aufbau und der Durchführung einer Sportgruppe im Namen der Fakultät Soziale Arbeit gewürdigt? Wenn ja, wie (z. B. mündliche Anerkennung, finanzielle Vergütung)?

- Mündliche Anerkennung seitens Frau Thieme und Frau Schlupeck
- Ich bekam eine finanzielle Vergütung

15. Gab es Bestrebungen von Seiten der Fakultät Soziale Arbeit die Sportgruppe weiter zu führen? Wenn ja, welche (z. B. Suche eines/einer neuen Sportgruppenleiters/Sportgruppenleiterin)?

- Ja: Frau Thieme und Herr Mehnert hatten gefragt, ob ich den Kurs im nächsten Semester fortführen möchte
- Herr Mehnert hatte mich zu einem späteren Zeitpunkt gefragt, ob ich die BBP-Sportgruppe in Mittweida leiten möchte, weil die Trainerin ausgefallen ist

Anlage II
Schriftliches Experteninterview

Gesendet am 28.01.2010

Erhalten am 06.02.2010

16. Gab es Rückmeldungen von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern bezüglich der Weiterführung der Sportgruppe (wurde die Fortführung gewünscht)?

- Der Wunsch nach einer Fortführung wurde von mehreren Teilnehmerinnen und derer, denen es nicht möglich war, teilzunehmen, geäußert → bevorzugt zu einer anderen Zeit

17. Gab es Rückmeldungen von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern bezüglich des Interesses an weiteren Sportangeboten (z. B. Yoga)? Wenn ja, welche Angebote wurden gewünscht?

- Von Wünschen nach anderen Sportangeboten ist mir nichts bekannt

III. Verbesserungsvorschläge

18. Bestand von Ihrer Seite aus der Wunsch nach mehr Unterstützung durch die Fakultät Soziale Arbeit? Wenn ja, in welchem Zusammenhang (z. B. Vernetzung, Zugang zu Ressourcen)?

- Nein, ich bin mit der Unterstützung zufrieden gewesen

19. Was würden Sie hinsichtlich der Förderung selbst organisierter Sportgruppen an der Fakultät Soziale Arbeit verändern?

- Ich würde seitens der Fakultät mehr darauf aufmerksam machen, dass es möglich ist, einen Kurs zu organisieren – auch ohne Übungsleiterschein

Anlage III

Schriftliches Experteninterview

Gesendet am 29.01.2010

Erhalten am 03.02.2010

Sehr geehrte Frau Prof. Dr. Ehlert,

vielen Dank, dass Sie sich für ein schriftliches Interview zur Verfügung stellen. Ihre Ausführungen helfen mir, den Praxisbezug für die Bearbeitung meiner Bachelorarbeit herzustellen. Das Thema der Arbeit ist die Förderung gesundheitsbezogenen Verhaltens an der Fakultät Soziale Arbeit am Beispiel der selbst organisierten studentischen Sportgruppe „Bauch-Beine-Po“.

Ich danke Ihnen für Ihre Unterstützung!

Studentische Sportgruppe „Bauch-Beine-Po“

1. Wer sind die Ansprechpartner/Ansprechpartnerinnen an der Fakultät Soziale Arbeit bei der Planung einer selbst organisierten Sportgruppe?

Herr Mehnert vom Hochschulsport.

2. Welche Ressourcen werden von der Fakultät Soziale Arbeit zur Verfügung gestellt (z. B. Räumlichkeiten, finanzielle Mittel, Fachwissen)?

Das ist alles über den Hochschulsport zu regeln.

3. Wird das studentische Engagement von Studierenden beim Aufbau und der Durchführung einer Sportgruppe im Namen der Fakultät Soziale Arbeit gewürdigt? Wenn ja, wie (z. B. mündliche Anerkennung, finanzielle Vergütung)? Das studentische Engagement wird verbal gewürdigt, in Planung ist hochschulweit die Anerkennung von studentischem Engagement in >social credits<, also die Anerkennung von SWS/ECTS. Die finanziellen Regelungen laufen über den Hochschulsport, der hat eine eigene Haushaltsstelle.

4. Wurde die Durchführung hinsichtlich der Teilnehmerzufriedenheit von Seiten der Fakultät evaluiert? Bestand die Absicht?

Auch das gehört zum Hochschulsport.

Anlage III

Schriftliches Experteninterview

Gesendet am 29.01.2010

Erhalten am 03.02.2010

5. Gab es Bestrebungen von Seiten der Fakultät Soziale Arbeit die Sportgruppe weiter zu führen? Wenn ja, welche (z. B. Suche eines/einer neuen Sportgruppenleiters/Sportgruppenleiterin)?

Die Gruppe lebt vom studentischen Engagement und studentischer Teilnahme. Wir könnten die Suche nach neuen GruppenleiterInnen unterstützen (Aushänge, mails).

6. Gibt es Rückmeldungen von den Studierenden bezüglich des Interesses an weiteren Sportangeboten (z. B. Yoga)? Wenn ja, welche Angebote werden gewünscht?

Bei mir und dem Studiendekan hat sich bisher niemand gemeldet.

Literaturverzeichnis

- Allgöwer, Annette (2000): Gesundheitsförderung an der Universität. Zur gesundheitlichen Lage von Studierenden. *Forschung Soziologie*, Band 65, S. 9-120, Opladen: Leske+Budrich.
- Faltermaier, Toni (1994): Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln, Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag. S. 29-139, Weinheim: Beltz.
- Faltermaier, Toni (1999): Subjektorientierte Gesundheitsförderung: Zur Konzeption einer salutogenetischen Praxis. In: Röhrle, Bernd/ Sommer, Gert (Hg.): *Prävention und Gesundheitsförderung, Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung*, Band 4, S. 27-52, Tübingen: dgvt.
- Franzkowiak, Peter (1996a): Biomedizinisches Paradigma. In: BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, Reihe „Blickpunkt Gesundheit“ 3*, S. 15-17, Schabenheim a. d. Selz: Sabo.
- Franzkowiak, Peter (1996b): Gesundheit. In: BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, Reihe „Blickpunkt Gesundheit“ 3*, S. 24-26, Schabenheim a. d. Selz: Sabo.
- Franzkowiak, Peter/ Lehmann, Manfred (1996c): Gesundheits-/Krankheits-Kontinuum. In: BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, Reihe „Blickpunkt Gesundheit“ 3*, S. 53-54, Schabenheim a. d. Selz: Sabo.
- Franzkowiak, Peter (1996d): Prävention. In: BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, Reihe „Blickpunkt Gesundheit“ 3*, S. 85-86, Schabenheim a. d. Selz: Sabo.

- Franzkowiak, Peter (1996e): Salutogenetische Perspektive. In: BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, Reihe „Blickpunkt Gesundheit“ 3, S. 96–97, Schabenheim a. d. Selz: Sabo.
- Franzkowiak, Peter (1996f): Soziale Unterstützung. In: BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, Reihe „Blickpunkt Gesundheit“ 3, S. 105-106, Schabenheim a. d. Selz: Sabo.
- Franzkowiak, Peter (1996g): Subjektive Gesundheit Laienkonzeptionen von Gesundheit. In: BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, Reihe „Blickpunkt Gesundheit“ 3, S. 112-113, Schabenheim a. d. Selz: Sabo.
- Franzkowiak, Peter/ Wenzel, Eberhard (2005): Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung. In: Otto, Hans-Uwe/ Thiersch, Hans (Hg.): Handbuch, Sozialarbeit Sozialpädagogik, 3. Auflage, S. 716-722, München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Galuske, Michael (2007): Methoden der Sozialen Arbeit, Eine Einführung. In: Rauschenbach, Thomas (Hg.): Grundlagentexte Sozialpädagogik/Sozialarbeit, 7. ergänzte Auflage, S. 261-267, Weinheim und München: Juventa.
- Grossmann, Ralph/Scala, Klaus (1996): Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. In: BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, Reihe „Blickpunkt Gesundheit“ 3, S. 100-101, Schabenheim a. d. Selz: Sabo.

- Kaba-Schönstein, Lotte (1996): Gesundheitsförderung II, Ziele und Prinzipien. In: BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, Reihe „Blickpunkt Gesundheit“ 3, S. 43-45, Schabenheim a. d. Selz: Sabo.
- Keupp, Heiner (2000): Gesundheitsförderung als Ermutigung zum aufrechten Gang, Eine salutogenetische Perspektive. In: Sting, Stephan/ Zurhorst, Günter (Hg.): Gesundheit und Soziale Arbeit, Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit, S. 15-40, Weinheim und München: Juventa.
- Morbach, Jürgen (1997): Empowerment als professionelle Grundhaltung und Methode in Sozialarbeit und Gesundheitsförderung. In: Homfeldt, Günther/Hünersdorf, Bettina (Hg.): Soziale Arbeit und Gesundheit, S. 155-174, Neuwied, Kriftel, Berlin: Luchterhand.
- Nestmann, Frank (2000): Gesundheitsförderung durch informelle Hilfe und Unterstützung in sozialen Netzwerken, Die Bedeutung informeller Hilfe im Alltag von Gesundheitssicherung und Gesundheitsförderung. In: Sting, Stephan/ Zurhorst, Günter (Hg.): Gesundheit und Soziale Arbeit, Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit, S. 128-146, Weinheim und München: Juventa.
- Stark, Wolfgang (1996): Empowerment. In: BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, Reihe „Blickpunkt Gesundheit“ 3, S. 17-18, Schabenheim a. d. Selz: Sabo.
- Trojan, Alf/ Legewie, Heiner (2007): Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung, Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. In: Jordan, Jochen/ Deppe, Hans-Ulrich (Hg.): Gesundheitspolitik, Reihe „Psychosoziale Aspekte in der Medizin“ 3. Auflage, S. 20-297, Frankfurt a. Main: Verlag für Akademische Schriften.

Zurhorst, Günter (2000): Die Zukunft der Gesundheitsförderung, Gesundheitsförderung als soziales Projekt? Bericht über ein Symposium. In: Sting, Stephan/ Zurhorst, Günter (Hg.): Gesundheit und Soziale Arbeit, Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit. S. 220-229, Weinheim und München: Juventa.

Internetquellenverzeichnis

- Baumgarten, Kerstin/ Lüer, Daniela/ Dreibrodt, Sabine (2009): Zukunftsperspektiven von Gesundheitssportangeboten im Hochschulsport. In: Göring, Arne (Hg.): Quo vadis Hochschulsport? Im Wandel von Hochschule und Gesellschaft, Hochschulsport: Bildung und Wissenschaft, Band 2, S. 69-85, http://webdoc.sub.gwdg.de/univerlag/2009/hochschulsport_Bd2.pdf, verfügbar am 26.01.2010.
- Fröhlich, Michael (2000): Sportpädagogik. Gesundheitssport, Sport und Wohlbefinden. In: Sport und Training, Reihe „Sportwissenschaftliche Skripte“, S. 27-33, <http://www.sport-training.de/pdf/skript-gesundheitssport.pdf>, verfügbar am 26.01.2010.
- Hartmann, Thomas/ Siebert, Diana (2008): Gesunde Hochschule -ein Leitfaden für Gesundheitsexperten an Hochschulen. In: Techniker Krankenkasse (Hg.): Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band 20, S. 45-62, http://www.xn--gesundheitsfrdernde-hochschulen-idd.de/Inhalte/O5_Materialien_Links/TK_BI_R_Gesunde_HS.pdf, verfügbar am 13.09.2009.
- Hascher, Tina/ Suter, Thomas/ Kolip, Petra (2001): Terminologie-Dossier zur Gesundheitsförderung unter besonderer Berücksichtigung des Themas „Bewegung“ und des Settings „Schule“. S. 6, http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/f/gesundheitsfoerderung_promotion_staerken/Grundlagen_Wissen/GF_terminologie_d.pdf, verfügbar am 11.01.2010.

Isserstedt, Wolfgang/ Middendorff, Elke/ Gregor, Fabian/ Wolter, Andrä (2007): Die wirtschaftliche und soziale Lage der Studierenden in der Bundesrepublik Deutschland 2006. In: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hg.): 18. Sozialerhebung des Deutschen Studentenwerks durchgeführt durch HIS Hochschul-Informationssystem. S.120 - 418, <http://www.studentenwerke.de/se/2007/Hauptbericht18SE.pdf>, verfügbar am 24.01.2010.

Mensink, Gert (2003): Bundes-Gesundheitssurvey: Körperliche Aktivität, Aktive Freizeitgestaltung in Deutschland. In: Robert Koch-Institut (Hg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, S. 3-4, <http://www.sgw.hs-magdeburg.de/eumahp/exemple1/exemple2/Modul02/yhtml/pdf/bewegung-RKI.pdf>, verfügbar am 25.01.2010.

Rütten, Alfred/ Abu-Omar, Karim/ Lampert, Thomas/ Ziese, Thomas (2005): Körperliche Aktivität. In: Robert Koch-Institut (Hg.) in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 26, S. 7-10, http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/ren4T3cctjHcA/PDF/29BFVzVHbIM_45.pdf, verfügbar am 25.01.2010.

Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Steinberg, den 18.02.2010

.....
Nadine Weber