



MyHealth

GESUND STUDIEREN AM KIT

MyHealth: Aufbau eines lebensweltorientierten Studentischen Gesundheitsmanagements (SGM)

Das Institut für Sport und Sportwissenschaft (IfSS) und das Methodenlabor des House of Competence (HOC) entwickeln in Kooperation mit der Techniker Krankenkasse von 2017-2021 pilothaft ein lebensweltorientiertes Studentisches Gesundheitsmanagement (SGM) am Karlsruher Institut für Technologie (KIT). In dem Projekt mit dem Titel „MyHealth“ werden mit partizipativen Methoden bedarfsgerechte Maßnahmen entwickelt, die der Heterogenität der Studierendenschaft Rechnung tragen. Das SGM wird analog zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement am KIT aufgestellt, um strukturell vorhandene Ressourcen optimal nutzen zu können. Darüber hinaus soll durch einen modularen Aufbau und die Orientierung des Projektes an zentralen wie dezentralen Strukturen der Transfer auf andere Hochschulen mit ihren je eigenen Strukturen und Möglichkeiten erleichtert werden.

Ausgangssituation

Gesundheitsbezogene Studiengänge finden sich an zahlreichen Hochschulen in Deutschland – aber die Gesundheit von Studierenden selbst rückt erst in den letzten Jahren in den Fokus der Aufmerksamkeit (Göring & Möllenbeck, 2015): Dies zeigt sich etwa daran, dass die Lebenswelt des Studierens explizit 2016 als für die Gesundheit bedeutsam im Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG) aufgenommen wurde (Hartmann, Baumgarten, Hildebrand & Sonntag, 2016). Darin sind die Krankenkassen angehalten, auch im Bereich des Studierens gesundheitsförderliche Strukturen aufzubauen und zu fördern (§ 20a SGB V). Damit einher gehen Initiativen von Seiten der Krankenkassen, die Gesundheit der Studierenden eingehender zu analysieren – so etwa im Gesundheitsreport (Techniker Krankenkasse, 2015a), dem CampusKompass der Techniker Kranken-

kasse (2015b) oder auch der Untersuchung von Studierendenstress in Deutschland der AOK (Herbst, Voeth, Eidhoff, Müller & Stief, 2016). Das Ergebnis letzterer Untersuchung bezüglich Stress wird beispielsweise oftmals noch auf die Umstellung auf Bachelor- und Masterabschlüsse im Zuge des Bologna-Prozesses zurückgeführt (Thees, Gobel, Jose, Bohrdardt & Esch, 2012). Im Zusammenhang damit wird auch der zunehmende Leistungsdruck aus Sicht der Studierenden thematisiert, womit eine Zunahme des Konsums an Psycho-Pharmaka in Verbindung gebracht wird (Dietz & Dresen, 2015). Zwar wurden schon vielfach Maßnahmen für die Gesundheitsförderung der Studierenden angeboten, zumeist gingen diese jedoch eher singular von bestehenden Einrichtungen wie dem Hochschulsport oder psychologischen Beratungsstellen der Studierendenwerke aus. Die Förderung der Gesundheit von Studierenden gewinnt in den vergangenen Jahren sowohl im europäischen als auch im

nicht-europäischen Ausland auf internationaler Bühne an Bedeutung (Dooris & Doherty, 2010; Suárez-Reyes & van den Broucke, 2016). Der Stellenwert dieser Bemühungen hat allerdings noch nicht dasjenige Niveau erreicht, mit dem andere Lebenswelten, wie z.B. das Setting Betrieb, aufwarten können (Newton, Dooris & Wills, 2016). Insbesondere für Deutschland kann erst in jüngerer Vergangenheit von ersten Ansätzen Studentisches Gesundheitsmanagement aufzubauen, gesprochen werden, da derartige Maßnahmen in Bezug auf eine nachhaltige Verankerung in den Strukturen der Hochschulen noch in den Kinderschuhen stecken. Zudem greifen sie oftmals noch nicht die Vielfalt der ausdifferenzierten Lebenswelten heutiger Studierenden (vgl. Enderle & Kunz, 2016) auf. Studierende sind mit dem Eintritt ins Studium häufig erstmals umfassend für die Gestaltung ihres eigenen Alltags zuständig. Sie kommen mit bestimmten Kompetenzen, Mustern und Einstellungen, unter anderem zum Thema Gesundheit, an die Hochschulen. Dort entwickeln sie als junge Menschen Zukunftsperspektiven, Absichten und Ziele, die sie mit ihren eigenen Bedürfnissen und Werten sowie denen ihrer Umgebung abgleichen. Über den „allgemeinen hochschulbezogenen Sozialisationsprozess“ (Göring & Rudolph, 2015) wird in der Auseinandersetzung sowohl mit weiteren Akteuren wie etwa Peers und Dozierenden als auch mit den organisationalen Rahmenbedingungen der Hochschule ein Lebensstil ausgeprägt – der idealerweise der Gesundheit möglichst zuträglich sein und zu einer positiven Lebensqualität beitragen sollte. Geht man davon aus, dass an Hochschulen in der Regel Entscheidungsträgerinnen und -träger von Morgen ausgebildet werden, die im Berufsleben Verantwortung für die gesundheitliche Situation anderer Menschen übernehmen (Rosenbrock, 2006), stellt das Studium nicht zuletzt eine Phase dar, um junge Menschen bereits frühzeitig für Gesundheitsdeterminanten zu sensibili-

sieren. Unter anderem aus diesen Gründen rückt an vielen Hochschulen das Interesse an einer gesundheitsfördernden Lern- und Lebensumgebung zentraler ins Bewusstsein, sodass diese derzeit aus- bzw. aufgebaut werden – so auch am Karlsruher Institut für Technologie (KIT) mit dem Projekt „MyHealth“.

Konzeptionelle Grundlagen Lebenswelt

Nachdem die WHO international bereits 1986 Lebenswelten als eine wesentliche Handlungsebene für den Aspekt der Gesundheitsförderung aufgenommen hatte (WHO, 1986), findet seit 2016 das Studium als Teil von Lebenswelt nun auch Erwähnung im deutschen Präventionsgesetz (§ 20a SGB V). Für Gesundheitsförderungsprogramme bildet der so genannte Settingansatz eine zentrale Strategie: So werden in einem Setting als abgegrenztem, sozialem System die Lebenswelten der Menschen und der Rahmenbedingungen, unter denen sie leben, lernen, arbeiten und konsumieren, in den Blick genommen (Hartung & Rosenbrock, 2015). Im Projekt MyHealth wird dieser Ansatz ergänzt durch eine so genannte lebensweltanalytische Perspektive (vgl. Hitzler & Eisewicht, 2016). Mittels ihr soll untersucht werden, wie die Rahmenbedingungen und Strukturen eines bestimmten Settings durch die „Brille“ der in das Setting eingebundenen Individuen „gesehen“ werden. Ziel ist also zunächst, die Lebenssituation von Studierenden nicht nur zu erfassen, sondern auch unterschiedliche, typische Relevanzen und Relevanzhierarchien von Studierenden zu entdecken. Auf Basis dieser Erkenntnisse und in Verbindung mit weiteren Befunden (z.B. aus Sicht von „Gesundheitsexperten“) sollen dann gesundheitsfördernde Maßnahmen entwickelt werden, die den Wichtigkeiten und alltäglichen Gewohnheiten der Studierenden so weit wie möglich entgegenkommen und sich idealer Weise nahtlos in deren Alltag einflechten.

Gesundheit

Als Arbeitsdefinition von Gesundheit wird in dem Projekt zunächst ein interdisziplinärer Konsens nach Hurrelmann & Richter (2013) gewählt, welcher zum einen die Bandbreite studentischer Gesundheit abbildet, zum anderen aber genug Offenheit für die heterogene Studierendenschaft gewährleistet:

„Gesundheit bezeichnet den Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich psychisch und sozial in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt.“ (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 147)

Dieser Gesundheitsbegriff soll im Rahmen des Projekts systematisch für die Gesundheit von Studierenden konkretisiert werden.

Public Health Action Circle & Community-Based Participatory Research

Für das Projekt MyHealth wird als Ausgangspunkt der im Bereich der Gesundheitsförderung im Hinblick auf Wirksamkeit und Nutzen etablierte Public Health Action Circle gewählt (Rosenbrock & Hartung, 2015). Dieses Modell zeichnet sich einerseits dadurch aus, dass über die vier Phasen – Problembestimmung (1), Strategieformulierung (2), Umsetzung (3) und Bewertung (4) – eine gewisse Strukturierung erreicht wird. Andererseits soll mit ihm die Identifikation von „Voraussetzungen gesundheitspolitischer Interventionen, Programme und

Strategien auf Mikro-, Meso- und Makro-Ebene“ (Rosenbrock & Hartung, 2015) erleichtert werden.

Wie die Autoren des Modells selbst bemerken, bildet der Aktionszyklus aufgrund seiner Idealtypik wichtige Erprobungsphasen und die zeitliche Abfolge und Trennschärfe solcher Prozesse nicht wirklichkeitsgetreu ab (Rosenbrock & Hartung, 2015). Zudem sollten für eine erfolgreiche lebensweltorientierte Gesundheitsförderung die Betroffenen entsprechend beteiligt werden (Hurlmann & Richter, 2013). In diesem Kontext erstarken auch in Deutschland partizipative Forschungsansätze, die Untersuchung und Intervention verknüpfen, während die Forschenden mit den gesellschaftlichen Akteurinnen und Akteuren zusammenarbeiten. Deshalb wird im Projekt MyHealth der Public Health Action Circle mit der Forschungsstrategie der Community-Based Participatory Research (CBPR) (Unger, 2012) kombiniert, die in der sozialwissenschaftlichen Gesundheitsforschung als etabliert gelten kann

und längst nicht mehr nur im angloamerikanischen Raum eingesetzt wird. Damit soll gewährleistet werden, dass Forschende und Studierende bei der kooperativen Zusammenarbeit gemeinsam voneinander lernen und ein Gleichgewicht zwischen Forschung und Veränderung besteht (Minkler & Wallerstein, 2008). Eine beispielhafte, bereits realisierte Maßnahme ist die Einführung des Themas „Gesundheit“ in Lehrveranstaltungen im Wahlpflichtbereich „Schlüsselqualifikationen“: Seit dem Wintersemester 2016/17 werden Studierende zu Co-Forschenden und Co-Entwicklern, indem sie zum Beispiel in Lehrveranstaltungen aus dem Bereich „Empirische Forschungsmethoden“ Interviews zu gesundheitsrelevanten Aspekten mit anderen Studierenden führen und auswerten, an der Fragebogenkonstruktion für die geplante Umfrage mitwirken oder in Kreativitäts- und Projektmanagementseminaren neue Maßnahmen entwickeln und erproben. Auf diesem Weg konnten binnen weniger Monate bereits über 100 Studierende dafür gewonnen werden, sich mit dem

Thema zu beschäftigen – und zwar gerade auch solche, die sich nicht vorrangig für das Gesundheitsthema interessieren. Gerade in einem forschungsaffinen Umfeld wie der Hochschule stellt eine CBPR die angemessene Form der Themenbearbeitung dar. Nicht zuletzt sollen über eine CBPR im Organisationsentwicklungsprozess wichtige Elemente der Gesundheitsförderung, wie etwa mehr Kontrolle über das eigene Leben der Studierenden (Empowerment) ermöglicht und Kapazitäten (zum Beispiel in Form von Wissen, Fähigkeiten, Engagement, Strukturen) über so genanntes lokales Community Capacity Building aufgebaut werden.

Arbeitspakete, Zeitplan & Kooperationen

Das Projekt MyHealth umfasst verschiedene Arbeitspakete von der Zielgruppenexploration über die Entwicklung neuartiger Maßnahmen bis zum Verfassen eines öffentlich zugänglichen Abschlussberichts (vgl. Abb. 1). Nach aktuellem Kenntnisstand ist die Entwicklung einer Peer-to-peer-Beratung



Abbildung 1: Der Zeitplan mit den MyHealth-Arbeitspaketen (Icons by Freepic, Madebyoliver and Dinosoftlabs from www.flaticon.com)

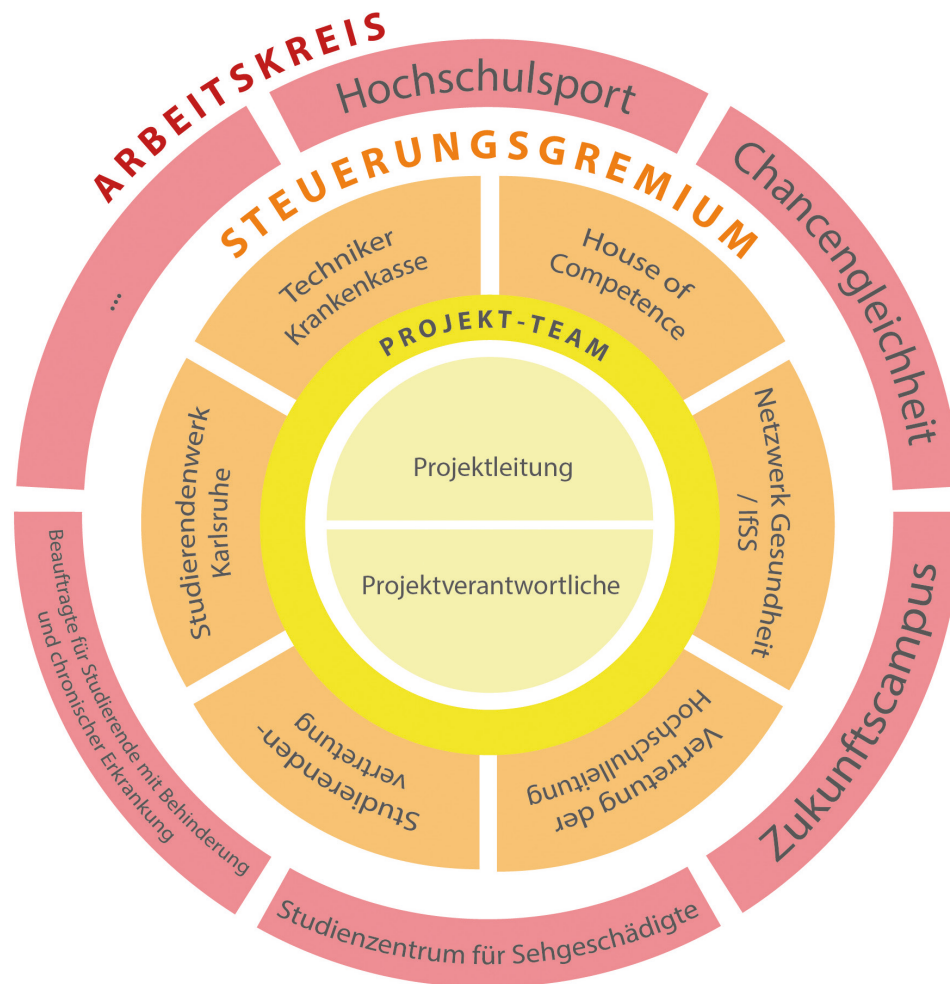


Abbildung 2: Arbeits- und Steuerungskreis von MyHealth am KIT

denkbar, bei der studentische Gesundheitsscouts ihre Kommilitoninnen und Kommilitonen beraten. Da sich aufgrund der Befunde aus der Zielgruppenexploration jedoch Verschiebungen ergeben können, muss hier bewusst auf weitere Ausführungen dazu verzichtet werden. Neben der Fortführung von Lehrveranstaltungen im Schlüsselqualifikationsbereich ist für die kommenden Monate eine repräsentative Online-Befragung aller KIT-Studierenden mit Blick auf gesundheitsrelevante Einstellungen geplant. In Kombination mit Daten aus qualitativen Untersuchungen (Fokusgruppen, Diary-Verfahren, Artefaktanalysen) sollen studentische Gesundheitstypen rekonstruiert und anschließend validiert

und quantifiziert werden. Basierend auf diesen Ergebnissen werden dann weitere Maßnahmen entwickelt (vgl. Abbildung 1).

Besonders beachtet werden soll in dem Projekt auch die Tatsache, dass Organisations- und Strukturentwicklung stark von gelingenden Kooperationen und Vernetzungen sowie der Beteiligung aller relevanten Akteure geprägt sind. Deshalb sollen am Projekt MyHealth nicht nur Studierende beteiligt werden, sondern auch bereits bestehende Ressourcen und Expertisen anderer Akteure am KIT über eine Netzwerkanalyse identifiziert und gebündelt werden. Um für das Projekt den notwendigen Rückhalt zu gewährleisten, wurde unmittelbar nach dem Projektstart ein

Steuerungsgremium ins Leben gerufen, in dem neben dem Institut für Sport- und Sportwissenschaft (dezentrale Einrichtung) und dem House of Competence (zentrale Einrichtung) auch Studierende, das KIT-Präsidium, das Studierendenwerk und die Techniker Krankenkasse tätig sind. Darüber hinaus wurde ein Arbeitskreis gegründet, der künftig weitere Mitglieder aufnehmen kann und in dem in den kommenden Jahren zusätzliche Projekte und Maßnahmen bearbeitet werden können (vgl. Abbildung 2).

- Joerg Reitermayer, Philip Bachert, Claudia Hildebrand, Felix Albrecht, Alexa Maria Kunz, Karlsruher Institut für Technologie
Kontakt: joerg.reitermayer@kit.edu