

**Universitätslehrgang Master of Public Health Vienna**

**Gesundheitsförderung im Setting Schule –  
Ein Blick in die Praxis**

**Masterthesis**

vorgelegt von

**Mag.<sup>a</sup> Daniela Ramelow**

**geb. am 27.02.1984 in Wien**

**Gutachter und Betreuer: Univ.-Doz. Mag. Dr. Wolfgang Dür**

Abgegeben am: 31.08.2011

**Gefördert aus den Mitteln des Fonds Gesundes Österreich**



**Fonds Gesundes  
Österreich**

## **Erklärung gemäß Diplomprüfungsordnung**

"Ich erkläre eidesstattlich, dass ich die Master Thesis mit dem Titel „Gesundheitsförderung im Setting Schule – Ein Blick in die Praxis“ selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und alle den benutzten Quellen wörtlich oder sinngemäß entnommene Stellen als solche kenntlich gemacht habe."

Datum: Wien, am 31.08.2011

Unterschrift:

## **Danksagung**

Im Laufe der letzten zwei Jahre habe ich viel Unterstützung von mehreren Personen erhalten, die mir geholfen haben, dieses Studium und diese Masterthesis abzuschließen.

In diesem Sinne möchte ich meinem Betreuer Univ.-Doz. Mag. Dr. Wolfgang Dür für seine Unterstützung zur Umsetzung dieser Masterthesis danken. In gleichem Maße danke ich dem gesamten Team der Programmlinie Evaluation des Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research, hier insbesondere Frau Dr. Karin Waldherr und Frau Dr. Martina Nitsch, die mir während der gesamten Arbeit mit ihrem Fachwissen und mit gutem Rat zur Seite gestanden sind.

Ich bedanke mich beim Fonds Gesundes Österreich, dass sie mir durch die Zurverfügungstellung der Projektunterlagen das Thema meiner Masterthesis ermöglicht und mich außerdem durch die Förderung finanziell unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt meinem Mann, der in den letzten zwei Jahren viel gemeinsame Zeit opfern musste, damit ich den Lehrgang und diese Masterthesis abschließen konnte. Er gab mir viel Kraft und Motivation.

Ebenso danke ich meinen Eltern, die mich nicht nur finanziell, sondern vor allem seelisch und moralisch unterstützt haben und immer ein offenes Ohr für mich hatten.

Schließlich danke ich meiner gesamten Familie, Freunden, Arbeits- und StudienkollegInnen, die mir im Zuge meines Studiums und auch bei der Fertigstellung dieser Masterthesis, praktisch und/oder emotional geholfen haben.

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>- 8 -</b>
1.1	Zusammenfassung (deutsch) .....	- 8 -
1.2	Abstract (english) .....	- 9 -
<b>2</b>	<b>Einleitung und Problemdefinition .....</b>	<b>- 10 -</b>
2.1	Zielsetzungen .....	- 11 -
<b>3</b>	<b>Theoretischer Hintergrund.....</b>	<b>- 13 -</b>
3.1	Der Gesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen.....	- 13 -
3.2	Gesundheits- und Risikoverhalten .....	- 15 -
3.2.1	Ernährungsverhalten .....	- 16 -
3.2.2	Bewegungsverhalten .....	- 17 -
3.2.3	Suchtmittelkonsum .....	- 19 -
3.2.4	Gewalt .....	- 20 -
3.3	Gesundheitsdeterminanten.....	- 22 -
3.3.1	Schulexterne Einflussfaktoren.....	- 22 -
3.3.1.1	Sozioökonomischer Status der Familie .....	- 23 -
3.3.1.2	Horizontale Ungleichheiten .....	- 25 -
3.3.1.3	Familie.....	- 27 -
3.3.1.4	Ökologische Faktoren .....	- 29 -
3.3.2	Schulinterne Einflussfaktoren .....	- 30 -
3.3.2.1	Schulklima .....	- 31 -
3.3.2.2	Schulerfolg .....	- 32 -
		- 4 -

3.3.2.3	Belastungen durch die Schule.....	- 34 -
3.3.2.4	Ökologische Beschaffenheit der Schule.....	- 35 -
3.3.2.5	Peer Group.....	- 36 -
<b>3.4</b>	<b>Die Gesundheit der Lehrerinnen und Lehrer im Setting Schule.....</b>	<b>- 37 -</b>
<b>3.5</b>	<b>Gesundheitsförderung im Setting Schule .....</b>	<b>- 40 -</b>
3.5.1	Strategien und Maßnahmen zur schulischen Gesundheitsförderung.....	- 41 -
3.5.2	Schulische Gesundheitsförderungskonzepte .....	- 42 -
3.5.2.1	Problembasierter Ansatz: „Gesundheitsförderung in der Schule“ .....	- 43 -
3.5.2.2	Settingbasierter Ansatz: „Gesundheitsfördernde Schule“ .....	- 44 -
3.5.3	Implementierung von schulischer Gesundheitsförderung.....	- 47 -
3.5.4	Evidenz zur Wirksamkeit schulischer Gesundheitsförderung .....	- 48 -
<b>4</b>	<b><i>Evaluation von Projekten zur Gesundheitsförderung im Setting Schule.....</i></b>	<b>- 52 -</b>
<b>4.1</b>	<b>Ausgangslage .....</b>	<b>- 52 -</b>
<b>4.2</b>	<b>Fragestellungen .....</b>	<b>- 55 -</b>
<b>4.3</b>	<b>Methodik.....</b>	<b>- 56 -</b>
<b>4.4</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>- 60 -</b>
4.4.1	Wesentliche Eckdaten .....	- 60 -
4.4.1.1	Setting.....	- 60 -
4.4.1.2	Gesamtprojektkosten und Fördersummen .....	- 62 -
4.4.1.3	Dauer der Projekte.....	- 64 -
4.4.1.4	Zielgruppen .....	- 65 -
4.4.1.5	Zielgruppengröße.....	- 68 -

4.4.1.6	Reichweite .....	- 69 -
4.4.2	Ergebnisse der Themenanalysen.....	- 70 -
4.4.2.1	Problemstellungen.....	- 70 -
4.4.2.2	Projektziele .....	- 72 -
4.4.2.3	Maßnahmen.....	- 73 -
4.4.2.4	Dargestellte Ergebnisse .....	- 75 -
4.4.2.5	Intendierte und prognostizierte Nachhaltigkeit .....	- 79 -
4.4.2.6	Förderliche und hinderliche Faktoren .....	- 82 -
4.4.2.7	Strukturen.....	- 85 -
4.4.3	Vergleich mit BGF-Projekten .....	- 87 -
<b>5</b>	<b>Schlussfolgerungen .....</b>	<b>- 90 -</b>
<b>6</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>- 95 -</b>
<b>7</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>- 105 -</b>
<b>7.1</b>	<b>Tabellen zur Themenanalyse .....</b>	<b>- 105 -</b>
7.1.1	Dargestellte Ergebnisse .....	- 105 -
7.1.2	Prognostizierte Nachhaltigkeit .....	- 107 -
7.1.3	Förderliche und hinderliche Faktoren .....	- 108 -

## Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Bewilligte Fördersummen.....	- 63 -
Tab. 2: Überkategorien der Themen der „Problemstellungen“ .....	- 71 -
Tab. 3: Überkategorien der Themen der „Projektziele“ .....	- 73 -
Tab. 4: Überkategorien der Themen der „Ergebnisse“ .....	- 78 -
Tab. 5: Überkategorien der Themen der „intendierten Nachhaltigkeit“ .....	- 80 -
Tab. 6: Überkategorien der Themen der „prognostizierten Nachhaltigkeit“ .....	- 81 -
Tab. 7: Überkategorien der Themen der „förderlichen Faktoren“ .....	- 83 -
Tab. 8: Überkategorien der Themen der „hinderlichen Faktoren“ .....	- 85 -
Tab. 9: Überkategorien der Themen der „Stukturen“ .....	- 86 -

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Verschiedene Ebenen der Verantwortung für die Prävention in Form des so genannten "Zwiebelmodells" (Nething et al., 2006) .....	- 50 -
Abb. 2: Setting laut Projektantrag.....	- 61 -
Abb. 3: Zugeordnete Settings nach relevanten Projektunterlagen .....	- 62 -
Abb. 4: Vereinbarte Projektlaufzeit .....	- 64 -
Abb. 5: Zielgruppe laut Projektantrag .....	- 66 -
Abb. 6: Alter der Zielgruppen .....	- 67 -
Abb. 7: Zugehörigkeit der Zielgruppen .....	- 68 -
Abb. 8: Zielgruppengröße.....	- 69 -
Abb. 9: Reichweite des Settings (Wirkungsort) .....	- 70 -
Abb. 10: Anzahl der Maßnahmen pro Kategorie.....	- 74 -
Abb. 11: Relation von verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen.....	- 75 -

# **1 Zusammenfassung**

## **1.1 Zusammenfassung (deutsch)**

Der Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen haben sich in den letzten Jahrzehnten immer weiter verschlechtert. Darum ist es besonders wichtig hier rechtzeitig zu intervenieren. Die Schule ist ein wichtiger Einflussfaktor auf die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen. Sie kann sowohl eine Ressource als auch ein Risikofaktor sein. Dementsprechend bietet das Setting Schule einen wichtigen Ansatzpunkt zur Förderung der Gesundheit.

Es wurden bereits viele Projekte durchgeführt, die dieses Ziel verfolgen. Bezüglich der Förderung von Projekten der Gesundheitsförderung nimmt der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) eine zentrale Stellung ein. Nun sollte im Rahmen eines groß angelegten Projektes (Lernen aus FGÖ-Projekten) die Qualität der geförderten Projekte untersucht und die erzielten Ergebnisse erfasst werden. Dies hat zum Ziel, mögliche erfolgreiche Strategien sowie hinderliche und förderliche Faktoren für die Umsetzung und Nachhaltigkeit zu identifizieren, um so Erkenntnisse für die zukünftige Planung und Implementierung von Praxisprojekten im Setting Schule zu gewinnen.

Um dieses Ziel zu erreichen, wurden die Projektdokumentationen des Fonds Gesundes Österreichs einer umfassenden Analyse unterzogen. Es wurden sowohl Eckdaten (Setting, Zielgruppen, Reichweite) erfasst als auch bestimmte Fragestellungen Themenanalysen in Anlehnung an Froschauer/Lueger (2003) unterzogen (Problemstellungen, Maßnahmen, Ergebnisse, Strukturen, hinderliche und förderliche Faktoren, intendierte und prognostizierte Nachhaltigkeit). Die Ergebnisse des Settings Schule konnten mit einer bereits durchgeführten Analyse der Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung verglichen werden.

Insgesamt zeigte sich, dass in vielen Bereichen Handlungsbedarf bei der schulischen Gesundheitsförderung besteht, um die Projekte zu optimieren und sowohl Effektivität als auch Nachhaltigkeit der Ergebnisse zu fördern.



## **1.2 Abstract (english)**

Health and health behaviour of young people has worsened over the last decades. Thus, the improvement of adolescent health is of particular significance. In this context school is an important setting for health promotion and can therefore be a resource or a risk for adolescent health.

Many projects have already tried to promote young people's health through interventions at schools. In Austria many of them were supported by Fonds Gesundes Österreich (FGÖ). In the context of a large project called "learning from FGÖ-projects" the quality of these projects will be evaluated and the results summarized. The aim is to identify successful strategies as well as barriers and beneficial factors for implementation and sustainability of the effects. This will provide insights which can be used for the planning and implementation of further health promotion projects in schools.

The analysis performed in this master thesis is supposed to help to achieve this goal. Basic information regarding setting, target groups and range of the projects were collected. Moreover, thematic syntheses following Froschauer/Lueger (2003) were performed, dealing with topics like problem specification, interventions, results, structures, barriers and beneficial factors, intended and predicted sustainability. Afterwards results of health promoting school projects were compared with results of health promoting workplace projects.

Overall the results showed that health promotion in schools really needs to be improved in order to get better results in terms of their effectiveness and sustainability.

## **2 Einleitung und Problemdefinition**

In den vergangenen drei Dekaden ist es zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands und -verhaltens von Kindern und Jugendlichen in den modernen Gesellschaften gekommen (Dür & Griebler, 2007a). Doch gerade die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist ein besonders wichtiges Gut, da in dieser Lebensphase bereits die Grundlage für die Gesundheit und die Lebensqualität in höheren Lebensabschnitten gelegt wird. In dieser Zeit werden einerseits gesundheitsrelevante Verhaltensweisen erworben und eingeübt, andererseits psychische und physische Gesundheitsressourcen in hohem oder geringem Maße aufgebaut.

Eine Vielzahl von Publikationen beschäftigt sich mit dem Thema Gesundheitsförderung in der Schule. Viele Schulen haben bereits eine Fülle an Strategien entwickelt, um gesundheitsförderliches Verhalten (mehr oder weniger erfolgreich) zu fördern. Das zeigt, dass die Wichtigkeit der Gesundheitsförderung bereits ab dem Schulalter, um frühzeitig gesundheitsförderliches Verhalten zu internalisieren, immer mehr ins Bewusstsein dringt. Immer wieder finden sich allerdings Hinweise darauf, dass Verbesserungsbedarf schulischer Gesundheitsförderung besteht.

Um schulische Gesundheitsförderung zu optimieren ist es unter anderem notwendig von vorangegangenen Projekten zu lernen. Welche Strategien hatten Erfolg? Wodurch sollte Nachhaltigkeit erreicht werden? Welche Barrieren erschwerten eine erfolgreiche Umsetzung? Welche Maßnahmen wurden durchgeführt? Eine entsprechende Analyse bereits abgeschlossener Projekte hilft bei der Entwicklung neuer Strategien und dabei Altbewährtes in Neuem zu integrieren, um die Gesundheitsförderung in Schulen zu optimieren.

In Kooperation mit dem Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) und dem Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research (LBIHPR) soll im Zuge dieser Masterthesis eine Analyse von Projekten zur Gesundheitsförderung im Setting Schule auf Grundlage der Projektdokumentationen des FGÖ durchgeführt werden. Diese Masterthesis kann sowohl erfolgreiche Strategien zur Umsetzung schulischer Gesundheitsförderung aufzeigen als auch Hinweise auf möglichen Handlungsbedarf

liefern und soll somit wichtige Erkenntnisse für die Planung und Implementierung von Praxisprojekten schulischer Gesundheitsförderung liefern.

Zur Analyse wurden Projekte herangezogen, welche eine hohe Qualität und einen ausreichenden Umfang für die Untersuchungen erwarten ließen. Zu diesem Zweck wurde ein Kriteriumskatalog erstellt, welcher die Auswahl der Projekte nach bestimmten Faktoren einschränkte. Die Projekte wurden anschließend einer Themenanalyse – genaugenommen einem Textreduktionsverfahren – orientiert an Froschauer/Lueger (2003) unterzogen. Dieses Verfahren ermöglicht es sich bei einer großen Textmenge einen Überblick über die vorhandenen Themen zu verschaffen. Durch die Auswertung von manifestem Inhalt bietet dieses Verfahren den Vorteil, dass die Ergebnisse nur wenig durch den Interpreten/die Interpretin verzerrt werden können. Die geplante deduktive Kategorienbildung, der die Themen zugeordnet werden, können die übergeordneten Forschungsfragen konkret beantwortet werden.

## **2.1 Zielsetzungen**

Nach einer Einteilung von (Stockmann, 2007) können Erkenntnisgewinn, Weiterentwicklung und Legitimation als vorrangige Ziele dieser Masterthesis gesehen werden. In diesem Sinne sollen wichtige Erkenntnisse hinsichtlich der Qualität der bereits geförderten Projekte gewonnen werden, welche zu einer Weiterentwicklung der bestehenden Strukturen bzw. Richtlinien führen sollen. Dies soll schließlich helfen, um Förderung der Projekte vor den eingebundenen Stakeholdern zu legitimieren.

Ein weiteres Hauptaugenmerk dieser Arbeit liegt darauf, die Wirkung der Projekte zu beschreiben und defizitäre Stellen zu erkennen und zu erklären. Die Ergebnisse sollen der Praxis zugänglich gemacht werden und somit zu einem Erfahrungsgewinn führen.

Insgesamt ergeben sich folgende Ziele für diese Arbeit: Es sollen best-practice Beispiele identifiziert werden. Des Weiteren kann die Arbeit durch die Identifikati-

on von Defiziten, hinderlichen und förderlichen Faktoren sowie der Dissemination der Ergebnisse helfen, die Effektivität von gesundheitsfördernden Interventionen zu verbessern. Schließlich können auf Grundlage dieser Analysen die FGÖ-Richtlinien und Leitfäden für AntragstellerInnen sowie die Qualitätskriterien mit dem Ziel der Verbesserungen der Qualität der Projekte und deren Evaluationen adaptiert und überarbeitet werden.

Es wäre schön, wenn diese Masterthesis helfen könnte, die Qualität der Projekte zur schulischen Gesundheitsförderung zu vereinheitlichen und zu verbessern.

## **3 Theoretischer Hintergrund**

### **3.1 Der Gesundheitsstatus von Kindern und Jugendlichen**

Es ist besonders wichtig, der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und ihren Determinanten eine große Bedeutung zuzumessen, da in dieser Lebensphase bereits die Weichen für die Gesundheit und die Lebensqualität in höheren Lebensabschnitten gestellt werden. Viele gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, die in der Kindheit angeeignet werden, werden das gesamte Leben beibehalten. Aber auch Ressourcen für eine gute Gesundheit werden in dieser Zeit in hohem oder geringem Maße aufgebaut (Dür et al. 2009a). Besonders wenn man bedenkt, dass Gesundheit die „Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung (ist), durch die ein positives seelisches und körperliches Befinden und ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten oder wieder hergestellt wird“ (Badura & Hehlmann, 2003:18 zit. nach Dür et al. 2009a), muss in Zukunft ein Hauptaugenmerk auf der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung liegen. Demnach ist nämlich die Gesundheit überhaupt erst die Ressource, welche einen günstigen Entwicklungs- und Entfaltungsprozess der jungen Menschen ermöglicht.

Es zeigt sich, dass Krankheitsrisiken und Gesundheitschancen bereits in frühen Jahren geprägt werden. Dementsprechend kann davon ausgegangen werden, dass der Erfolg von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen, auch in Hinblick auf ihr sozialkompensatorisches Potenzial, umso höher ist, je früher diese im Leben ansetzen (Lampert & Richter, 2009). Infolgedessen sind Kinder und Jugendliche eine der wichtigsten Zielgruppen der Gesundheitsförderung (Richter, 2008).

Dies ist umso bedeutsamer, bedenkt man, dass der Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen sich seit den 1980er Jahren leicht, aber kontinuierlich verschlechtert (Dür, 2009). Dementsprechend lassen sich bereits im Schulalter bei Kindern schwerwiegende Unterschiede in der Gesundheit feststellen. So findet man bei Schulkindern bereits schwere Defizite in der körperlichen Gesundheit, wie zum Beispiel eingeschränktes Seh- und Hörvermögen, Erkrankungen des Bewegungsapparates, im Bereich der Mundgesundheit sowie chronische Erkrankungen

wie Neurodermitis, Asthma bronchiale und „Heuschnupfen“ (Ministerium für Arbeit, 2004; Dür et al., 2009a; Ravens-Sieberer & Thomas, 2003). Wiener Ergebnisse einer orthopädischen Untersuchung an Pflichtschülern im Alter von 6–10 Jahren im Schuljahr 2002/03 zeigen ebenfalls, dass bereits 47% der untersuchten Kinder Haltungsfehler aufweisen (Empfehlung von Haltungsturnen) (Magistrat der Stadt Wien, 2004). Im Schuljahr 2000/2001 waren es im gleichen Alter noch 35% (Magistrat der Stadt Wien, 2001). Von 100 untersuchten Kindern weisen 2002/03 auch bereits 47 Wirbelsäulenanomalien auf, waren es doch 2000/2001 „nur“ 32. Die häufigsten Wirbelsäulenanomalien sind Hohlrücken (Hohlkreuz), Rundrücken und so genannte Flügelschultern.

Ebenso lassen sich auch Defizite bei der psychischen Gesundheit der Schüler feststellen, wie beispielsweise Entwicklungsstörungen oder -defizite im Sprachbereich und in der Grob- und Feinmotorik (Ministerium für Arbeit, 2004), aber auch Störungen oder manifeste Erkrankungen wie Angststörungen, depressive Störungen oder ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom) (Dür et al., 2009a; Wittchen, 2000).

Des Weiteren zeigen sich ausgeprägte Mängel im Gesundheitsverhalten der Schüler, welche sich vor allem in unausgewogener oder falscher Ernährung und Bewegungsmangel widerspiegelt (Ministerium für Arbeit, 2004; Dür et al., 2009a). Dies führt oft bereits bei Schulanfängern zu Übergewicht und Adipositas. Im Wiener Gesundheitsbericht wird ein Anstieg von übergewichtigen Kindern und Jugendlichen im Alter von 10 bis 15 Jahren von rund 10% im Schuljahr 2000/01 auf rund 25% im Schuljahr 2002/03 berichtet (Magistrat der Stadt Wien, 2001; Magistrat der Stadt Wien, 2004). Rund ein Drittel davon sind dabei als adipös zu bezeichnen. Am höchsten ist die Prävalenz bei den 11-jährigen Kindern, bei denen bereits jedes dritte Kind übergewichtig oder adipös ist. Im Allgemeinen leiden Burschen häufiger an Übergewicht als Mädchen. Diese Ergebnisse sind besonders alarmierend, hat sich doch gezeigt, dass adipöse Kinder und Jugendliche häufig zu übergewichtigen Erwachsenen werden (Miller et al. 2004) und sie gegenüber normalgewichtigen Gleichaltrigen ein deutlich höheres Risiko tragen, später an adipositasassoziierten Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus, KHK, Krebserkrankungen) zu leiden (Nething et al. 2006).

### 3.2 Gesundheits- und Risikoverhalten

Ein bedeutender Aspekt der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen ist ihr Gesundheitsverhalten. Gesundheitsverhalten wird definiert als *„jegliches Verhalten, das die Gesundheit fördert und langfristig erhält, Schäden und Einschränkungen fernhält und die Lebenserwartung verlängert“* (Schmid, 2011). Als Beispiele seien hier regelmäßige körperliche Bewegung oder gesunde Ernährung genannt. Das Fehlen oder die Reduktion von Risikoverhalten kann allerdings auch als Gesundheitsverhalten bezeichnet werden. Dementsprechend wird Risikoverhalten auch als Teil von Gesundheitsverhalten verstanden (Becklas & Klocke, 2011). Risikoverhalten beschreibt prinzipiell gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, welche entweder riskant oder schädigend für die individuelle Gesundheit sind und ein vermeidbares Krankheitsrisiko darstellen (Becklas, Klocke, 2011).

Risikoverhalten hat allerdings auch positive Effekte bei Jugendlichen. So kann es beispielsweise zur personalen und sozialen Identitätsbildung beitragen. Diese positiven Effekte und nicht mögliche langfristige negative Folgen stehen bei Jugendlichen im Vordergrund (Becklas, Klocke, 2011). Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens solch negativer Folgen ist allerdings umso höher, je mehr sich das Verhalten in der Jugendphase zu einem Lebensstil verfestigt und somit beibehalten wird (Raithel, 2004). Beispiele für klassische Risikoverhaltensweisen sind: mangelnde Bewegung oder ungeschützter Geschlechtsverkehr. Risikoverhalten ist direkt oder indirekt mit Gesundheit, Wohlbefinden und einer gesunden Entwicklung der Persönlichkeit wie zum Beispiel Substanzmissbrauch, ungesundes Ernährungsverhalten oder Kriminalität verknüpft (Hurrelmann & Richter, 2006).

Ein weiterer wichtiger Unterschied zwischen Gesundheits- und Risikoverhalten ist, dass Gesundheitsverhalten, im Gegensatz zu Risikoverhalten, hauptsächlich in der frühen Kindheit entwickelt wird, wenn der Einfluss der Eltern noch viel stärker ist als in der Jugend. Da demnach der Familienwohlstand keinen signifikanten Einfluss auf das Risikoverhalten hat, kann es sein, dass andere soziale Einflüsse durch die Familie, die Gleichaltrigen oder die Schule in der Jugend einen größeren Einfluss haben (Currie, 2008).

Viele Krankheiten und Beschwerden im mittleren oder höheren Lebensalter stammen von Verhaltensmustern, die bereits in jungen Jahren angelernt und das restliche Leben lang beibehalten werden (Hurrelmann, Richter, 2006). Bei Kindern steht hierbei vor allem die Ernährung und die körperliche Aktivität im Vordergrund, im Jugendalter sind es zudem der Suchtmittelkonsum von beispielsweise Tabak, Alkohol und illegale Drogen (Richter & Lampert, 2008), die sich in dieser Lebensphase angeeignet werden.

### **3.2.1 Ernährungsverhalten**

Gesundes Ernährungsverhalten in der Kindheit und Jugend ist aus verschiedenen Gründen von besonderer Bedeutung. Es hat einen unmittelbaren Einfluss auf die Gesundheit und auf soziale Faktoren (Currie, 2008). Viele Ernährungsgewohnheiten, welche im Kindes- und Jugendalter erlernt werden, bleiben aber auch im Erwachsenenalter weiter bestehen. Darum ist es in dieser Lebensphase besonders wichtig die Entwicklung gesunder Essgewohnheiten zu fördern (Schmid, 2011).

Es gibt bestimmte Nahrungsmittel, die der Gesundheit besonders zuträglich sind und somit eine geringe Inzidenz an für dieses Nahrungsmittel spezifischen Krankheiten aufweisen, wie beispielsweise Obst und Gemüse (Schmid, 2011). Eine Ernährung mit wenig Obst und Gemüse, aber viel Natrium und Fett erhöht das Risiko der Kinder und Jugendlichen für langfristige Gesundheitsprobleme wie Krebs oder kardiovaskulären Erkrankungen (Currie, 2008). Bezüglich des Obst- und Gemüsekonsums liegt Österreich bei den 11-jährigen Kindern ziemlich im Durchschnitt der teilnehmenden Länder der WHO-Studie zu Health Behaviour in Schoolaged Children (HBSC), bei den 13- und 15-Jährigen allerdings darunter.

Insgesamt sinkt der Anteil an Kindern und Jugendlichen, welche täglich Obst und Gemüse essen mit zunehmendem Alter stark ab. Des Weiteren essen mehr Mädchen täglich Obst und Gemüse als Burschen (Currie, 2008).

Umgekehrt gibt es Lebensmittel, deren Verzehr mit einem erhöhten Risiko, an bestimmten Leiden zu erkranken, verbunden ist, wie beispielsweise Süßigkeiten und



zuckerhaltige Limonaden (Schmid, 2011). Übermäßiger Konsum an Süßigkeiten und zuckerhaltigen Limonaden kann zu einer erhöhten Prävalenz für Übergewicht und Adipositas führen. Der Konsum von zuckerhaltigen Getränken bzw. Süßigkeiten hängt außerdem mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einer schlechten Mundgesundheit zusammen. Dieser Effekt ist kumulativ (Currie, 2008). In Österreich trinken ca. 14% der 11-jährigen, 23% der 13-jährigen und 26% der 15-jährigen täglich zuckerhaltige Limonaden. Damit liegt Österreich im HBSC-Ländervergleich unter dem Durchschnitt (Currie, 2008).

Gegengleich zu dem Konsum an Obst und Gemüse, nimmt der Konsum an zuckerhaltigen Limonaden mit dem Alter zu und ist bei Schülern höher als bei Schülerinnen (Schmid, 2011). Die Ernährung von Kindern und Jugendlichen aus sozial schlechter gestellten Familien umfasst seltener frisches Obst und Gemüse und vermehrt süße Limonaden und Süßigkeiten (Lampert, Richter, 2009).

### **3.2.2 Bewegungsverhalten**

Bewegung und sportliche Aktivität sind in jedem Alter wichtig für das körperliche, aber auch für das seelische Wohlbefinden. Bewegung hat eine Vielzahl positiver Effekte auf die Gesundheit und auf die Lebensqualität eines Menschen (Nething et al., 2006). Jugendliche, welche körperlich aktiv sind, leiden unter weniger Beschwerden und verfügen über ein positiveres Körperimage als inaktive. Umgekehrt stellt ein Mangel an physischer Aktivität bereits im Kindes- und Jugendalter einen Risikofaktor dar, welcher die körperliche und geistige Entwicklung eines Kindes negativ beeinflussen kann (Griebler & Dür, 2007). Bewegung ist somit ein grundlegender Bestandteil gesundheitsförderlicher Lebensführung (Schmid, 2011).

Körperliche Aktivität bezeichnet in der „Health Behaviour of Schoolaged Children (HBSC)“-Studie *„alle körperlichen Betätigungen (...), die deinen Pulsschlag erhöhen und dich außer Atem kommen lassen. Dazu kann Sport gehören genauso wie das Herumtoben mit Freunden oder zu Fuß zur Schule gehen“* (Currie, 2008, zit. nach Schmid, 2011:97). Den österreichischen Bewegungsempfehlungen zufolge, sollte das Ausmaß an körperlicher Aktivität für Kinder und Jugendliche mindestens

60 Minuten täglich bei zumindest mittlerer Intensität betragen. Zusätzlich sollen Mädchen und Burschen muskelkräftigende Übungen und Aktivitäten zur Verbesserung der Koordination und Beweglichkeit durchführen (Titze et al. 2010).

Dementsprechend alarmierend sind die Ergebnisse, welche berichten, dass bereits bei den 11- bis 15-Jährigen ein großer Teil nur unzureichend körperlich aktiv ist (Griebler, Dür, 2007), wobei das Ausmaß an körperlicher Aktivität mit zunehmenden Alter absinkt (Schmid, 2011). Generell lässt sich in der heutigen Zeit bereits im frühen Kindesalter eine Entwicklung zu einem bewegungsarmen Lebensstil, im Sinne einer starken Abnahme an körperlicher Aktivität mit einer zeitgleichen Steigerung an sitzenden Freizeitbeschäftigungen, wie Fernsehen oder Computer spielen, feststellen (Nething et al., 2006). Das so genannte „sitzende Verhalten“ hat in den letzten drei Dekaden immer weiter zugenommen (Dür, 2009). Das Ausmaß an Bewegung und jenes an sitzenden Freizeitaktivitäten korrelieren stark negativ miteinander (Griebler, Dür, 2007). Des Weiteren hängt das Bewegungsverhalten auch mit dem Ernährungsverhalten sowie mit Übergewicht und Adipositas zusammen (Griebler, Dür, 2007).

Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, sollte bereits früh der Grundstein für einen aktiven und gesundheitsfördernden Lebensstil gelegt werden. Dies ist besonders wichtig, bedenkt man, dass das Bewegungsverhalten – wie auch das Ernährungsverhalten – bereits in jungen Jahren erlernt wird und somit aktive Jugendliche auch mit höherer Wahrscheinlichkeit zu aktiven Erwachsenen werden als inaktive (Schmid, 2011).

Insbesondere dann, wenn Kindern die entsprechenden Anleitungen in der Familie fehlen, kommt der Schule, aber auch dem Kindergarten, eine wichtige Rolle zur Bewusstseinsbildung und Schaffung von Möglichkeiten zur Verhaltensänderung zu (Nething et al., 2006). Die Schule sollte den Kindern und Jugendlichen Spaß und Freude am Sport vermitteln, um sie so zu einem ausreichenden Maß an Bewegung hinzuführen (Griebler, Dür, 2007).

### 3.2.3 Suchtmittelkonsum

Der Suchtmittelkonsum von Nikotin, Alkohol und Cannabis bei Kindern und Jugendlichen hat seit den 1980er Jahren mehr oder weniger stark zugenommen (Dür, 2009). Es zeigt sich im Allgemeinen auch, dass der Konsum von legalen und illegalen Drogen vor allem mit dem Alter zunimmt (Dür, 2008).

Auffallend ist in Österreich vor allem der hohe Tabakkonsum bei Mädchen. 2001/02 gaben rund 37% der 15-jährigen Mädchen an mindestens einmal pro Woche zu rauchen, obwohl in diesem Alter eigentlich noch ein gesetzliches Rauchverbot besteht. Bei Burschen belief sich dieser Anteil auf rund 27% (Becklas, Klocke, 2011). Der Trend zeigt, dass bei Burschen der Konsum bis 1994 stetig gestiegen ist und danach nahezu stagniert hat. Bei den Mädchen stieg der Tabakkonsum bis 1998 stark an, seit 2002 kann allerdings ein Rückgang verzeichnet werden. Dür (2008) führt dieses Phänomen auf zwei gesundheitspolitische Maßnahmen zurück: erstens die mehrfache Erhöhung der Zigarettenpreise durch höhere Besteuerungen und zweitens die Novelle zum Tabakgesetz 2005, welche das Rauchen in Schulgebäude und das Rauchen für SchülerInnen am Schulgelände im Allgemeinen verbietet.

Mögliche Motive für Tabakkonsum können unter anderem Reaktionen auf negativ erlebte soziale Vergleichsprozesse sein (Hurrelmann, 2007). Demensprechend dient das Rauchen der Verarbeitung von Belastungs- und Stresssituationen. Des Weiteren rauchen viele Mädchen, weil sie darin ein Mittel zur Gewichtskontrolle sehen (Currie, 2008). Im Übrigen sehen Kinder und Jugendliche das Rauchen als ein Symbol für einen Statuswechsel vom Kind zum Jugendlichen an (Becklas, Klocke, 2011).

Des Weiteren ist der Konsum von Alkohol bei Kindern und Jugendlichen in Österreich stark verbreitet. 18% der 15-Jährigen trinken wöchentlich Bier, 29% wöchentlich Mischgetränke, wie beispielsweise Alkopops, wobei Burschen mehr Bier und Mädchen mehr die Mischgetränke bevorzugen (Dür, 2008). Insgesamt trinken Burschen mehr Alkohol als Mädchen, wobei die Mädchen ihren Konsum über die letzten Jahre immer mehr jenem der Burschen angeglichen haben (Becklas, Klocke, 2011). 2001/02 wies Österreich den größten Anteil an SchülerInnen in der

HBSC-Studie auf, die mindestens wöchentlich Alkohol konsumieren (Becklas, Klocke, 2011). Dieser Trend ist allerdings rückläufig.

Rauscherfahrten sind in Österreich ebenfalls stark verbreitet (Dür, 2008). Regelmäßiges „Betrunkensein“ ist ein wichtiges Indiz für riskantes Verhalten und Alkoholmissbrauch. Es hat sich gezeigt, dass Burschen insgesamt öfters betrunken sind als Mädchen. Im Vergleich zu anderen Ländern ist der Unterschied zwischen Burschen und Mädchen besonders groß. Über die Jahre verringert sich dieser Unterschied allerdings (Becklas, Klocke, 2011).

Rauscherfahrten können aber auch mit dem illegalen Konsum von Cannabis hervorgerufen werden. Dieser Konsum findet allerdings eher erst bei älteren Jugendlichen statt und ist vor allem in urbanen Gebieten verbreitet (Dür, 2008). Cannabis ist die am meisten konsumierte illegale Droge in der Europäischen Union, wobei der Konsum seit den 90er Jahren signifikant ansteigt (Currie, 2008). Bereits seit den 60er Jahren gibt es eine steigende Zahl junger Menschen, welche mit dieser Droge experimentieren. Der Konsum von Cannabis kann viele verschiedene negative Folgen haben, wie zum Beispiel schlechtere Gesundheit, psychosoziale Schwierigkeiten, Abhängigkeit (Currie, 2008). 13% der 15-jährigen österreichischen Jugendlichen haben bereits einmal Cannabis konsumiert. Damit liegt Österreich bezüglich des Konsums von Cannabis im Vergleich mit anderen an der HBSC-Studie beteiligten Ländern im unteren Mittelfeld, der HBSC-Durchschnitt liegt bei 18% (Currie, 2008).

### **3.2.4 Gewalt**

Die Gewaltbereitschaft von Kindern und Jugendlichen nimmt immer weiter zu. Die Ausübung physischer Gewalt oder Schikanieren bzw. Bullying<sup>1</sup> (Mobbing) unter SchülerInnen beeinträchtigen die Gesundheit nachhaltig und stehen oft im Zusammenhang mit Substanzkonsum und anderem Problemverhalten (Becklas, Klocke, 2011; Molcho et al. 2004). Vielfach wird von einem Cluster an einander

---

<sup>1</sup> Die Begriffe „Bullying“ und „Mobbing“ beschreiben die gleiche Tätigkeit, allerdings in unterschiedlichen Settings. Bullying findet demnach in der Schule, Mobbing am Arbeitsplatz statt.

beeinflussenden negativen Verhaltensweisen ausgegangen, welche gemeinsam ein Risikoverhaltensmuster ergeben (Molcho et al., 2004). Dieses Syndrom von multiplem Problemverhalten kann als Prädiktor für eine erhöhte Häufigkeit an nachfolgender Morbidität und Mortalität gesehen werden (Griebler et al., 2010). Die Ausübung physischer Gewalt wird häufig als Teil dieses Syndroms genannt. Generell üben Burschen mehr physische und psychische Gewalt aus. Mädchen tendieren, wenn überhaupt, eher zu psychischer Gewalt (Becklas, Klocke, 2011).

Die andere Form jugendlicher Gewalt ist Bullying. Bullying wird definiert als *„negative physical or verbal actions that have hostile intent, cause distress to victims, are repeated over time, and involve a power differential between bullies and their victims“* (Griebler et al., 2010). Viele Kinder und Jugendliche berichten davon, gelegentlich Bullying auszuüben. Dennoch sind es nur wenige, die an Bullying in einer regelmäßigen Form beteiligt sind (Pepler et al. 2008).

Bullying ist eine aggressive Verhaltensform, welche von einem ungleichen Machtverhältnis gekennzeichnet ist (Griebler et al., 2010; Dür & Griebler, 2007a). Diese Form der Gewalt schließt die Nutzung von Aggression aus einer Machtposition mit ein und wird oft verwendet, um Dominanz und einen Status innerhalb der Gruppe der Gleichaltrigen aufzubauen (Pepler et al., 2008). Bei häufig wiederholtem Bullying wird die Machtbeziehung zwischen Opfer und Täter verstärkt: Die Macht der Täter steigt und jene der Opfer vermindert sich weiter (Griebler et al., 2010).

Bullying hat vielfältige Folgen. Dementsprechend sind SchülerInnen, welche Bullying ausüben, weniger interessiert an der Schule und anfälliger für weiteres Risikoverhalten wie Rauchen, Drogenmissbrauch und exzessivem Trinken (Molcho et al., 2004).

Umgekehrt sind auch die Folgen für die Opfer dieser Attacken gravierend. Sie leiden an Depressionen, Stress, erhöhter Ängstlichkeit, Konzentrations-schwierigkeiten, Irritierbarkeit, Leistungsabfall in der Schule sowie psychosomatischen Beschwerden. In besonders schweren Fällen kann Bullying auch zu Schulphobie führen (Schäfer, 1997).

### **3.3 Gesundheitsdeterminanten**

In den vergangenen drei Dekaden ist es zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands und Gesundheitsverhaltens von Kindern und Jugendlichen in den modernen Gesellschaften gekommen (Dür & Griebler, 2007a). Es hat sich gezeigt, dass es besonders wichtig ist, der Gesundheit und ihren Determinanten von Kindern und Jugendlichen eine große Bedeutung zuzumessen, da in dieser Lebensphase bereits die Weichen für die Gesundheit und die Lebensqualität in höheren Lebensabschnitten gestellt werden.

Gesundheit muss als ein Produkt komplexer Lebensumstände begriffen werden. Darum werden seit den 1980er Jahren verstärkt Untersuchungen zur Erkundung der sozialen Ursachen für Gesundheit durchgeführt. So ist zum Beispiel das internationale „Health Behaviour of School-aged Children (HBSC)“ Projekt eine Studie, die seit 1983 die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von SchülerInnen im Alter von 11, 13, 15 und seit 2010 von 17 Jahren erfasst.

Es gibt viele Determinanten, die die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von SchülerInnen beeinflussen können. Im Allgemeinen wird hier zwischen schulinternen, also durch die Schule verursachten Faktoren und schulexternen Einflüssen, welche die Gesundheit weitgehend unabhängig von der Schule beeinflussen können, unterschieden.

#### **3.3.1 Schulexterne Einflussfaktoren**

Es gibt eine Vielzahl an externen Ursachen, die sehr oft sozial bedingt sind und die die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen beeinflussen sowie zu gesundheitlicher Ungleichheit führen können. Nach Whitehead und Dahlgren (2006, zit. nach Griebler et al. 2010:27) wird gesundheitliche Ungleichheit definiert als „measurable differences in health experience and health outcomes between different population groups“. Die wohl wichtigsten schulexternen Faktoren, welche zu gesundheitlicher Ungleichheit von Kindern und Jugendlichen führen, können in der Familie, sowohl bezüglich des sozioökonomischen Status als auch in der psychosozialen Familiensituation, gesehen werden. Allerdings spielen auch individuelle

Faktoren, wie Alter und Geschlecht eine wichtige Rolle. Weiters kann die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen auch von ökologischen Faktoren beeinflusst werden.

### **3.3.1.1 Sozioökonomischer Status der Familie**

Der sozioökonomische Status zählt für viele ForscherInnen als jene Determinante, die die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten am stärksten beeinflusst (Dür et al., 2009a). Studien haben gezeigt, dass Kinder aus wenig wohlhabenden Familien ihre Gesundheit öfter als eher gut oder schlecht beschreiben und auch häufiger von gesundheitlichen Beschwerden berichten (Currie, 2008). Ein besonders erhöhtes Risiko für subjektive Gesundheitsbeeinträchtigung haben insbesondere ältere oder weibliche SchülerInnen und SchülerInnen aus Familien mit niedrigerem sozioökonomischem Status (Erhart, 2011).

Besonders stark ist auch der Zusammenhang zwischen Familienwohlstand und Lebenszufriedenheit: In vielen Ländern geben Kinder, welche einer hohen Wohlstandsgruppe angehören, auch einen höheren Wert an Lebenszufriedenheit an (Currie, 2008). Ebenso treten verhaltensassoziierte Diagnosen wie Übergewicht und Karies häufiger bei Kindern und Jugendlichen auf, deren Eltern einen geringen sozioökonomischen Status haben (Magistrat der Stadt Wien, 2004; Currie, 2008; Ellsäßer, 2002; Klocke, 2001). Des Weiteren wirkt sich materielle Deprivation in jungen Jahren auf die kognitive und geistige Entwicklung der Kinder und Jugendlichen aus, welche wiederum in enger Beziehung zu den Bildungschancen und den daran geknüpften Gesundheitspotentialen steht (Vagerö & Illsley, 1995).

Ähnliche Ergebnisse zeigen Studien zum Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen: Ein niedrigerer Konsum an süßen Limonaden, ein höherer Obst- und Gemüsekonsum, mehr körperliche Bewegung und weniger Stunden, die mit Fernsehen verbracht werden, können mit einem hohen Familienwohlstand assoziiert werden. Dementsprechend gibt es auch, was das Risikoverhalten betrifft, einen höheren Anteil jener, die täglich rauchen oder wöchentlich Alkohol trinken bei Kindern und Jugendlichen aus niedrigen Wohlstandsgruppen (Currie, 2008). Diese

Krankheitsrisiken finden unter Kindern und Jugendlichen aus niedrigeren Wohlstandsgruppen besondere Verbreitung, da ihnen sehr oft habitualisierte Einstellungs- und Verhaltensmuster zugrunde liegen (Hurrelmann, 2010).

Der Zusammenhang von sozioökonomischem Status und Gesundheit ist sehr komplex. Die Ergebnisse unterschiedlicher Studien variieren von starkem bis gar keinem Zusammenhang. Es gibt unterschiedliche Aspekte, welche die Unterschiede in den Ergebnissen erklären können. So wurden zum Beispiel oft unterschiedliche Methoden zur Messung des sozioökonomischen Status, der Gesundheitsvariablen oder des Gesundheitsverhaltens eingesetzt. Aber auch Unterschiede in der Stichprobe, zum Beispiel unterschiedliche Altersgruppen, Unterschiede in der Geschlechtsverteilung oder aufgrund eines anderen Landes, welches untersucht wurde, können als Erklärung dienen (Currie, 2008). Es wurde auch bereits vermutet, dass Peers, Schule und Medien einen ausgleichenden Effekt auf die Gesundheit von Jugendlichen haben könnten (Currie, 2008).

Der sozioökonomische Status beeinflusst allerdings nicht nur die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen, sondern wirkt auch auf soziale Determinanten. Studien haben gezeigt, dass der sozioökonomische Status mit schulabhängigem Stress, den schulischen Leistungen, der Unterstützung durch die Klassenkameraden, der Schulzufriedenheit, der Kommunikation mit den Eltern und mit der Beziehung zu Gleichaltrigen zusammenhängt (Currie, 2008).

Des Weiteren besteht eine enge Verknüpfung zwischen dem sozioökonomischen Status und der Bildungsbeteiligung und dem Bildungserfolg. In Kindergärten sind Kinder aus sozial schlechter gestellten Familien unterrepräsentiert, was von Anfang an eine Kompensation der sozialen Nachteile und Defizite durch eine gezielte Frühförderung erschwert (Lampert, Richter, 2009). Das Schulsystem verfestigt diese Chancenungleichheit eher noch, als dass sie sie verringert. In Österreich weist das Schulsystem in seiner jetzigen Form einen hohen Differenzierungsgrad auf, wodurch es sich auch deutlich von vielen anderen Schulsystemen abgrenzt (Dür et al. 2010a). Die Schule hat hier neben der Bildungs- und Erziehungsfunktion auch noch die gesellschaftliche Funktion der Selektion, welche durch Benotung und spezifizierte Ausbildungswege erfüllt wird. Dadurch wird allerdings die Chan-



cenungleichheit verstärkt. Dementsprechend ist auch die Wahl des Schultyps abhängig vom sozioökonomischen Status der Familie des Schülers/der Schülerin. Aus den verschiedenen Bildungswegen folgt schließlich ein sozial differenzieller Zugang zu einer Ausbildung an einer Universität oder Fachhochschule. Es scheint demnach so, dass der Impact der sozialen Herkunft auf die Bildung ein kumulativer Prozess ist, welcher bereits im Kindergarten beginnt und an den Übergängen im Bildungssystem, wie zum Beispiel der Wechsel auf eine weiterführende Schule oder danach auf eine Universität oder Fachhochschule, weiter verfestigt wird (Dür et al., 2009a).

Dies ist von besonderer Bedeutung, bedenkt man, dass, obwohl die Lebenserwartung und die Aufwendungen für die Krankenkosten immer weiter steigen, die gesundheitlichen Ungleichheiten, die aus ungleichen Lebensverhältnissen aufgrund des sozioökonomischen Status resultieren, eher zu- als abnehmen (Siegrist & Marmot, 2008).

### **3.3.1.2 Horizontale Ungleichheiten**

Persönliche Entscheidungen über die Lebensführung sind von den strukturellen Möglichkeiten und Grenzen, wie Sozialstatus, Geschlecht und Alter abhängig, welche als einschränkende oder ermöglichende Bedingungen für die Entfaltung von gesundheitlichen Verhaltensweisen gesehen werden können (Hurrelmann, 2010). Dementsprechend stellt das Schichtungsgefüge allerdings nicht die einzige Form sozialer Ungleichheit moderner Gesellschaften dar. Auch „horizontale“ Ungleichheiten (Hradil, 2009: 45f.), also soziale Vor- und Nachteile unabhängig von der beruflichen Schichtungshierarchie, korrelieren mit Gesundheitsungleichheiten. Am wichtigsten seien hierbei Alter, Geschlecht und ethnische Zugehörigkeit genannt.

Studien der HBSC-Daten zeigen immer wieder einen Unterschied in der selbstberichteten Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten zwischen Mädchen und Burschen auf. Es wird allerdings davon ausgegangen, dass es sich hierbei eher um

einen Unterschied in der Betrachtungsweise handelt, als dass ein Geschlecht mehr oder weniger gesund ist (Griebler et al., 2010).

Die Differenzen in der berichteten Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten zwischen Burschen und Mädchen verändern sich im Laufe der Zeit: In der Kindheit ist die Sterblichkeit bei Burschen höher und sie haben auch mehr physische und mentale Probleme. Nach der Pubertät hingegen berichten Mädchen häufiger über schlechte Gesundheit (Cavallo et al. 2006).

In Studien wird von einer Vielzahl an wichtigen geschlechtsassoziierten Unterschieden im Gesundheits- und Risikoverhalten bei Kindern und Jugendlichen berichtet. So sind zum Beispiel Burschen häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen, wohingegen sich Mädchen häufiger selbst als „zu dick“ bezeichnen und sich häufiger mit Gewichtsreduktion beschäftigen. Des Weiteren ernähren sich Mädchen gesünder, lassen aber öfters das Frühstück aus und bewegen sich weniger. Burschen auf der anderen Seite haben dafür ein ausgeprägteres Risikoverhalten, wie beispielsweise Alkohol- oder Cannabis-konsum, frühe sexuelle Aktivität, Bullying und Kämpfe (Currie, 2008).

Ebenso konnten im Schulkontext Geschlechtsunterschiede festgestellt werden: Demnach berichten Mädchen von positiveren Schulerfahrungen, vor allem in Bezug auf die wahrgenommene Schulleistung, die Unterstützung der Schulkameraden und die Schulzufriedenheit. Des Weiteren haben Burschen mehr persönliche Kontakte zu den Freunden, wohingegen Mädchen vermehrt elektronische Medien zur Kommunikation nutzen (Currie, 2008).

Auch das Alter spielt eine wichtige Rolle in der Entwicklung von gesundheitsförderlichem Verhalten. Der Wechsel von der Kindheit ins Jugendalter ist eine Zeit von biologischen, psychologischen und sozialen Veränderungen, welche gleichzeitig in vielen Ländern – wie auch in Österreich – mit einem Schulwechsel einhergeht (Griebler et al., 2010).

In der Jugend steigt gleichzeitig auch die Unabhängigkeit, der Einfluss der Eltern nimmt ab und die Gleichaltrigen gewinnen an Einfluss. Dementsprechend berichten Kinder und Jugendliche auch von einer mit dem Alter zunehmend schlechteren

Kommunikation mit den Eltern und mehr Zeit, die sie mit den Freunden verbringen. Ebenso zeigten sich in den Ergebnissen der HBSC-Studien wichtige altersassoziierte Unterschiede in der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten (Currie 2008). Jüngere Kinder haben ein gesundheitsförderlicheres Verhalten, berichten häufiger von günstigen Beziehungen zu den Eltern und von positiven Erfahrungen in der Schule. Jugendliche hingegen tendieren stärker zu gesundheitsschädlichem Verhalten wie schlechter Ernährung, körperlicher Inaktivität und Substanzmissbrauch. Zur gleichen Zeit berichten sie von einem Anstieg an physischen und emotionalen Beschwerden und sowohl die Gesundheit als auch die Lebensqualität wird schlechter eingestuft (Griebler et al., 2010).

Einige Studien berichten von Unterschieden in der Gesundheit zwischen Migranten und der einheimischen Bevölkerung (Hurrelmann, 2010; Klineberg et al. 2006). Allerdings gibt es bisher kaum Erkenntnisse über den Effekt von Migration und Ethnizität auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von jungen Menschen (Griebler et al., 2010).

### **3.3.1.3 Familie**

Eine der wichtigsten Determinanten für Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist die Familie. Instabilität in der Familie, Vernachlässigung des Kindes, Gewalt oder Überforderung beeinflussen die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen stark (Taylor et al. 2000). Die Familie stellt einen kaum weniger bedeutenden Einflussfaktor auf die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen dar als der sozioökonomische Status.

Wie wichtig elterliche Bindung in der Entwicklung eines Kindes ist, wurde bereits mehrfach von Forschern dokumentiert. Eine liebevolle Beziehung zu den Eltern korreliert mit einem besseren psychologischen Wohlbefinden und höheren Selbstwertgefühl, besseren Sozial- und Schulkompetenzen und weniger Verhaltensproblemen (Griebler et al., 2010). Eine harmonische Eltern-Kind-Interaktion, offene Kommunikation und elterliche Unterstützung sind Faktoren, die einer erfolgreichen mentalen und physischen Entwicklung des Kindes zugrunde liegen

(Garmiene et al. 2006). Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen der Einfachheit der Kommunikation mit den Eltern und der daraus resultierenden Zufriedenheit der Jugendlichen (Guilamo-Ramos et al. 2005; Pedersen et al. 2004; Settertobulte, 2000).

Die Forschung hat gezeigt, dass die meisten Jugendlichen im Alter von 11-15 Jahren Gespräche mit den Eltern über Probleme als leicht oder sehr leicht einstufen (Currie, 2008). Die Jugend bringt allerdings Veränderungen in der Kommunikation zwischen den Jugendlichen und ihren Eltern mit sich. Diese Veränderungen äußern sich in einem Anstieg an emotionaler Distanz und Konflikten und einer Verschlechterung der Einfachheit der Kommunikation mit den Eltern.

Einige Studien zeigen, dass Kinder, welche die Qualität der Kommunikation mit den Eltern als gut empfinden, auch ein weniger ausgeprägtes Risikoverhalten, eine bessere positive Gesundheit und eine höhere Lebenszufriedenheit haben (Griesbach et al. 2003). Generell hat sich gezeigt, dass durch ein positives Verhältnis zu den Eltern das Risikoverhalten der jungen Menschen reduziert (Griesbach et al., 2003; McArdle et al. 2002) und eine positive Gesundheit begünstigt wird (Garnefski & Diekstra, 1997).

Eine einfache Kommunikation mit den Eltern ist nur ein Aspekt einer unterstützenden elterlichen Beziehung zu den Kindern, welche einen protektiven Effekt auf das Leben junger Menschen hat (Pedersen et al., 2004).

Umgekehrt ist eine schlechte Kommunikation zwischen Kindern und Eltern verbunden mit hohem Risikoverhalten, wie zum Beispiel dem Gebrauch oder Missbrauch von psychoaktiven Substanzen (Granado Alcón et al. 2002; Velleman et al. 2005). Geringe soziale Unterstützung der Familie ist verbunden mit einer schlechteren mentalen Gesundheit und depressiven Symptomen (Klineberg et al., 2006).

Insgesamt werden Kinder entweder in günstigere oder in weniger günstige familiäre Umwelten hineingeboren, welche die Entwicklung eines Kindes unterschiedlich beeinflussen können (Dür et al., 2009a). Sie wachsen somit unter für ihr Sprachvermögen, ihre soziale Kompetenz, ihren körperlichen Voraussetzungen oder ih-

ren Ernährungs- und Schlafgewohnheiten förderlichen oder hemmenden Bedingungen auf. Daher bringen viele Kinder bereits beim Schuleintritt ungünstige oder schlechte Voraussetzungen für eine gute Entwicklung in der Schule mit.

#### **3.3.1.4 Ökologische Faktoren**

Die Krankheitslast von Kindern ist stark von der Belastung durch schädliche Umwelteinflüsse abhängig (WHO Regional Office for Europe, 2005). Die Umweltbedingungen der Wohngebiete, welche auch als ökologische Ungleichheit bezeichnet werden, können zum Beispiel durch die Schadstoff- und Lärmbelastungen des Straßenverkehrs zu starken gesundheitlichen Einschränkungen führen (Dür et al., 2009a). Besonders betroffen von ökologischen Belastungen sind Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status (Kohlhuber & Bolte, 2008). Bleiexposition, unangemessen schlechte Wohnverhältnisse, schlechte Luft und Unterernährung sind allesamt bei benachteiligten Gruppen häufiger vorzufinden (WHO Regional Office for Europe, 2005). Aus armen Familien stammende Kinder sind außerdem stärker als andere durch Unfälle im Straßenverkehr oder zu Hause gefährdet (WHO Regional Office for Europe, 2005).

Von Bedeutung ist allerdings auch die Beschaffenheit des Wohnraumes, wie beispielsweise die Größe und Lage der Wohnung oder die Qualität der Bausubstanz. Diese Faktoren können einerseits zur Entstehung von Krankheiten beitragen (vor allem Allergien), aber andererseits auch Verhaltensstörungen wie Hyperaktivität, Aggression oder Oppositionsstörungen, und zwar unabhängig von der Qualität der Familienbeziehungen, begünstigen (Dür et al., 2009a; Mielck & Heinrich, 2002).

Allerdings gibt es immer noch einen großen Forschungsbedarf in Bezug auf das Ausmaß und die Verteilung der umweltbedingten Krankheitslasten bei Kindern (WHO Regional Office for Europe, 2005).

### **3.3.2 Schulinterne Einflussfaktoren**

Wissenschaftliche Untersuchungen belegen, dass – neben der Familie – vor allem die Schule eine besondere Rolle für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen spielt (Currie et al., 2004; Dür et al., 2009a; Erhart et al. 2006), schließlich sicherlich auch deswegen, weil SchülerInnen eine hohe Verweildauer im System Schule haben.

Die Schule zählt als eine der wohl wichtigsten Sozialisationsinstanzen von Kindern und Jugendlichen. Hier ist nicht nur die Vermittlung von Wissen, sondern vor allem auch das Erlernen von sozialen Kompetenzen, wie beispielsweise Selbstständigkeit, kritisches Denken und Kooperationsfähigkeit von großer Bedeutung (Lampert, Richter, 2009). Besonders zentral erscheinen in der Schule auch die sozialen Beziehungen, die zwischen den einzelnen Schulpartnern bestehen und in Hinblick auf die Unterstützung und Integration betrachtet werden müssen (Cole et al. 1997; Gore & Aseltine, 1995; Lampert, Richter, 2009; Ravens-Sieberer et al. 2009).

Die Schule ist allerdings auch jener Ort, an dem Kinder und Jugendliche erstmals mit gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen, wie beispielsweise dem Tabakkonsum in Kontakt kommen und diese dann in weiterer Folge auch übernehmen (Dür, 2002).

Wie Studien belegen wirkt sich die Wahrnehmung der schulischen Situation auch auf das psychische Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen aus. Die Formen der Erziehung in den Schulen dürfte mit ein Faktor sein, welcher mentale und psychosoziale Probleme bei Kindern und Jugendlichen verursachen kann (Dür, 2009). Besonders wichtig sind hierbei ebenfalls die Unterrichtsqualität, die Lehrerunterstützung, das Klassenklima und die Partizipationsmöglichkeiten (Richter, 2005).

Generell ist zu sagen, dass eine Schulumwelt, die den Bedürfnissen der Schüler nicht gerecht wird, das Auftreten von gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen begünstigt, da diese Verhaltensweisen als Reaktion auf die Gesamtheit der Schulerfahrungen, welche ein Kind macht, betrachtet werden müssen. Gleiches

gilt für subjektive Gesundheitsbeschwerden, welche unter anderem aus negativen Schulerfahrungen resultieren.

Das bedeutet, dass es einer Gestaltung sowohl des Unterrichts als auch des Zusammenlebens in der Schule bedarf, so dass die Gesundheit und das Wohlbefinden nicht geschädigt sondern erhalten oder gar gesteigert werden können (Dür, 2009). Dies umfasst die körperliche Fitness, die psychische Verfassung, die soziale Kompetenz und die soziale Integration eines Kindes.

### **3.3.2.1 Schulklima**

Eine wichtige Rolle in der Entwicklung gesundheitsförderlichen Verhaltens spielt auch das Schulklima. Es hat sich gezeigt, dass ein positives Schulklima einen positiven Einfluss auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von SchülerInnen hat und negatives Schulklima nachweislich zur Entstehung von gewalttätigem Verhalten, Tabak- und Alkoholkonsum beiträgt (Dür et al., 2009a).

Eine unterstützende Schulumwelt kann somit als eine Ressource für die Entwicklung von gesundheitsförderlichem Verhalten, Gesundheit und subjektivem Wohlbefinden gesehen werden, wohingegen eine nicht-unterstützende Schulumwelt ein Risiko darstellt (Samdal & Dür, 2000). So können ein gutes Schulumfeld, das beispielsweise ein gutes soziales Klima oder unterstützende Klassenkameraden fördert und eine positive Einstellung zur Schule, wie zum Beispiel gute schulische Leistungen und geringer schulassoziierter Stress das Erfolgs- und Kompetenzgefühl der SchülerInnen steigern, was in weiterer Folge zu einem besseren Wohlbefinden und weniger subjektiven Beschwerden führt (Ravens-Sieberer et al., 2009).

Schulzufriedenheit alleine spiegelt bereits Glücksgefühl, Freude an und Behagen in der Schule wieder und trägt zum allgemeinen subjektiven Wohlbefinden und der Lebensqualität von jungen Menschen bei (Samdal, Dür, 2000). Dementsprechend ist hohe Schulverbundenheit auch ein wichtiger protektiver Faktor gegen Drogenmissbrauch (Bond et al. 2007). Umgekehrt ist niedrige Schulverbundenheit ein guter Prädiktor für Gesundheitsrisikoverhalten und schlechter Schulleistung. Auch das Risiko von depressiven Symptomen sinkt bei einer Verbindung von hoher

Schul- und sozialer Verbundenheit am stärksten (Bond et al., 2007). Die Förderung der Schulfriedenheit ist demnach der Schlüssel zur Förderung der Gesundheit.

Ein gutes Schulklima ist auch von sozialer Unterstützung durch die Lehrerschaft gekennzeichnet. Hohe soziale Unterstützung der LehrerInnen beinhaltet sowohl persönlichen als auch schul- bzw. arbeitsbezogenen Support. So erfahren die SchülerInnen ein persönliches Feedback von den LehrerInnen, welches ihnen das Gefühl gibt, dass die LehrerInnen sich für sie interessieren. Dies wiederum kann das Selbstwertgefühl der SchülerInnen fördern. Des Weiteren kann eine hohe Unterstützung durch die LehrerInnen in schul- bzw. arbeitsbezogenen Themen helfen, die Schulaufgaben besser zu bewältigen, was wiederum zu einer Steigerung sowohl des Interesses an der Schule als auch der Schulleistungen führen kann (Samdal, Dür, 2000).

Soziale Unterstützung durch die LehrerInnen und wahrgenommene Involvierung in die Schule sind jene Faktoren, die am stärksten mit Schulfriedenheit korrelieren, gefolgt von der sozialen Unterstützung durch die MitschülerInnen und den Erwartungen der Eltern und LehrerInnen (Samdal, Dür, 2000). Des Weiteren orientieren sich SchülerInnen, welche sich nicht in die Schule involviert und nicht von den LehrerInnen unterstützt fühlen, weg von der Schule und beginnen beispielsweise mit dem Rauchen (Samdal, Dür, 2000).

Insgesamt haben Studien gezeigt, dass es einen Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung der SchülerInnen von der Schule und ihrem Tabakkonsum, ihrem Bewegungsverhalten und ihrer wahrgenommenen Gesundheit gibt (Samdal, Dür, 2000).

#### **3.3.2.2 Schulerfolg**

Studien haben gezeigt, dass es einen bedeutsamen Zusammenhang zwischen schlechter Schulleistung und niedriger selbstberichteter Gesundheit und Wohlbefinden bei SchülerInnen gibt (Currie et al., 2004; Dür et al. 2009c). Dementspre-



chend können Schulleistungen als wichtiger Gesundheitsprädiktor gesehen werden.

Dies entspricht auch der *effort-reward-imbalance* Theorie von Siegrist (1996), einer führenden Arbeits-Stress-Theorie, welche die Wechselwirkung von Kosten und Nutzen behandelt. Im Falle des Arbeitsplatzes kann hier dementsprechend von der Balance zwischen wahrgenommenen Aufwendungen auf der einen Seite und wahrgenommener Belohnung auf der anderen Seite gesprochen werden (Dür et al., 2009c). Die Theorie besagt des Weiteren, dass Personen, die von einem solchen Ungleichgewicht im Job betroffen sind einer stärkeren Arbeitsbelastung ausgesetzt sind, was wiederum zu negativen Konsequenzen in der physischen und emotionalen Gesundheit führen kann (Dür et al., 2009c).

Entsprechend dieser Theorie konnte auch bei Schülern festgestellt werden, dass ein Ungleichgewicht zwischen investierten Aufwendungen für Schularbeit und wahrgenommener Belohnung von LehrerInnen ein wichtiger Einflussfaktor auf die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen ist (Dür et al., 2009c). Besonders hoch ist dieser Effekt bei den 15-Jährigen.

Am Arbeitsplatz spielen die Autonomie und die eigenen Gestaltungsspielräume eine besonders wichtige Rolle (Vahtera et al. 2000). Dies kann auch auf die Schule als Arbeitsplatz für die SchülerInnen umgelegt werden. Durch Unterrichtsmethoden, welche die Eigenverantwortung des Kindes stärken, dessen Selbstwirksamkeit erhöhen, die Schulgemeinschaft fördern oder die psychische Gesundheit der SchülerInnen fördern, können auch die Schulperformance bzw. der Schulerfolg begünstigt werden (Dür, 2009).

Dementsprechend können schlechte Schulleistungen zu einer Verschlechterung der gesundheitsassoziierten Variablen und zu einer Erhöhung von gesundheitsgefährdendem Verhalten führen (Cole et al., 1997; Gore, Aseltine, 1995; Ravens-Sieberer et al., 2009). Kinder und Jugendliche mit gutem Schulerfolg fühlen sich insgesamt wohler und gesünder als solche mit schlechtem (Samdal, Dür, 2000) und haben eine geringere Wahrscheinlichkeit mit dem Rauchen zu beginnen oder übermäßig Alkohol zu konsumieren (Samdal et al. 2000). Roeser et al. (2000) wiesen aber darauf hin, dass dieser Zusammenhang auch umgekehrt gesehen

werden kann: Kinder und Jugendliche, welche gesund sind und sich wohl fühlen, haben bessere Chancen, die Herausforderungen der Schule zu meistern. Gleiches gilt für die Wechselwirkung zwischen Schulzufriedenheit und dem Schulerfolg bzw. dem erlebtem Ausmaß an Belastungen: Je weniger es den SchülerInnen in der Schule gefällt, desto schlechter ist ihre Schulleistung und desto stärker fühlen sie sich durch die Schule überfordert (Moon & Callahan, 1999). Auch diese Wechselwirkung kann genauso einen umgekehrten Effekt haben (Roeser et al. 2000).

### **3.3.2.3 Belastungen durch die Schule**

Die Gesundheit, das Gesundheitsverhalten und das allgemeine Wohlbefinden von SchülerInnen sind auch stark beeinflusst von dem erlebten Ausmaß an Belastungen. Dementsprechend können schulische Belastungen einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität von SchülerInnen, ihr subjektives Gesundheitsempfinden (Roeser et al., 2000; Samdal, Dür, 2000), ihr psychisches Wohlbefinden (Mortimore, 1998), aber auch auf die Prävalenz von Krankheiten haben (Steptoe, 1991).

Das erlebte Ausmaß an schulischen Belastungen muss in Relation zum Schulerfolg gesehen werden. Es ist einerseits abhängig von dem Ausmaß der Kontrolle über Entscheidungen, also von den Möglichkeiten der Mitgestaltung des Unterrichts und der Arbeitsbedingungen. Andererseits werden die erlebten schulischen Belastungen auch von dem Ausmaß der zur Bewältigung der gestellten Anforderungen erhaltenen Unterstützung beeinflusst (Millstein et al., 1993; Wentzel, 1998). So kann die Bewältigbarkeit von Anforderungen und Belastungen durch ein hohes Ausmaß an Unterstützung seitens der LehrerInnen und der MitschülerInnen wesentlich erhöht und deren negative Folgen entsprechend deutlich abgeschwächt werden (Cole et al., 1997; Gore, Aseltine, 1995). Diese Unterstützung kann auch als besondere Form des Empowerments verstanden werden (Dür, 2007).

Der Stress durch die Schulaufgaben steigt stark mit dem Alter an (Samdal, Dür, 2000). So ist bei älteren SchülerInnen der Schulstress der stärkste schulbezogene Einflussfaktor auf die subjektive Gesundheit (Ravens-Sieberer et al., 2009).

In Österreich zeigte sich in der HBSC-Studie (Currie et al., 2004), dass sich zwischen 10% und 30% der Schüler durch die Schule stark belastet fühlen, was sich weitergehend auch in einem vermehrten Auftreten psychosomatischer Symptome und einem vermehrten Suchtmittelkonsum widerspiegelt.

#### **3.3.2.4 Ökologische Beschaffenheit der Schule**

Die ökologische Beschaffenheit der Schule, wie beispielsweise das Raumklima, schlechte Luftqualität und hoher Lärmpegel können die Gesundheit, das Leistungsvermögen und das Wohlbefinden der SchülerInnen, aber natürlich auch der LehrerInnen, negativ beeinflussen (Dür et al., 2009a). Es besteht eine direkte Verbindung zwischen einer gesunden Schulumwelt, dem Verhalten und der Haltung der SchülerInnen, Eltern, LehrerInnen sowie der Schulleistung und dem Schulerfolg (Berry, 2002).

Der wichtigste Aspekt einer guten Schulumwelt ist die Schaffung eines Komforts für die SchülerInnen und LehrerInnen, da eine bequeme Umwelt das Lernen erleichtert. Komfort setzt sich in diesem Sinne aus mehreren Aspekten zusammen: adäquater Platz, Kontrolle des Lärmpegels, Lichtverhältnisse, Temperatur und sanitäre Einrichtungen. Der Klassenraum ist dabei sicherlich der wichtigste Bereich, da hier SchülerInnen und LehrerInnen die meiste Zeit verbringen (Berry, 2002).

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Sauberkeit einer Schule. Saubere Schulen erhöhen das Wohlbefinden von SchülerInnen, wohingegen fehlende Sauberkeit zu Atemwegserkrankungen, Asthmaattacken, Hautkrankheiten und Durchfall führen können (Berry, 2002). Ziel einer Schule sollte es also sein, eine hohe Luftqualität, Lärmschutz, gute Lichtverhältnisse und beruhigende Farben zu haben, um ein angenehmes Raumklima zu schaffen (Dür et al., 2009a).

### 3.3.2.5 Peer Group

Der Einfluss der Peer Group, also der Gruppe der Gleichaltrigen, muss als ein Faktor gesehen werden, welcher sowohl schulintern als auch –extern sein kann. Bei Kindern werden die sozialen Kontakte noch stark von den Eltern kontrolliert. Jugendliche bestimmen hingegen zunehmend selbst mit wem sie ihre Freizeit verbringen.

MitschülerInnen bieten Möglichkeiten für soziale Interaktion, emotionale Unterstützung und Hilfe in der Schule und in sozialen Situationen (Samdal, Dür, 2000). Der Kontakt und Austausch mit den Peers schafft ein umfassendes Bezugs- und Vertrauenssystem, welches die Interessen, Kompetenzen und Einstellungen prägt (Hurrelmann, Richter, 2006).

Besonders stark ist der Einfluss der Peer Group auf das Gesundheitsverhalten von Jugendlichen. Eine schlechte Akzeptanz durch Gleichaltrige kann beispielsweise zu einer Verschlechterung der gesundheitsassoziierten Variablen und zu einer Erhöhung von gesundheitsgefährdendem Verhalten führen (Ravens-Sieberer et al., 2009).

Das zeigt sich vor allem beim Konsum von psychoaktiven Substanzen (Tabak, Alkohol und illegale Drogen), welche unter anderem die Funktion erfüllen, die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe auszudrücken (Lampert, Richter, 2009). Dementsprechend ergeben sich mehr Gelegenheiten zum Konsum psychoaktiver Substanzen. Es wächst der soziale Druck und es sinkt die Hemmschwelle, wenn Jugendliche mit Gleichaltrigen verkehren, welche solche Substanzen konsumieren. Gleichzeitig werden durch die Peers Einstellungen dazu und die Einschätzung der daraus resultierenden gesundheitlichen Folgen geprägt, welche schwer wieder veränderbar sind (Lampert, Richter, 2009). Bei jüngeren Mädchen und Burschen kann eine Ablehnung der Peers einen besonders starken Effekt auf die Gesundheit haben (Ravens-Sieberer et al., 2009).

Weiters hat auch soziale Isolation einen negativen Einfluss auf die physische und mentale Gesundheit. Eine Gemeinschaft, wie soziale Integration und soziale Unterstützung haben hingegen einen positiven Effekt auf den Gesundheitszustand

(Putnam, 2000). Bereits Durkheim (1897/1973) entdeckte eine gesundheitliche Relevanz sozialer Unterstützung. Soziale Beziehungen und Unterstützung werden als essentielle Komponenten im menschlichen Leben erachtet (Samdal, Dür, 2000).

Als sehr wichtig erweist sich auch die Vielfalt der Träger der sozialen Unterstützung in einem Netzwerk (Schulz, 2008). Dementsprechend sind auch Schüler, die ausreichend Unterstützung und Akzeptanz durch ihre MitschülerInnen und LehrerInnen erfahren seltener von psychosomatischen Symptomen und Depressionen betroffen (Klineberg et al., 2006) und rauchen seltener (Dür et al., 2009a). Soziale Beziehungen und Unterstützung haben weiters einen starken, positiven Effekt auf die Lebensqualität und das subjektive Wohlbefinden von SchülerInnen (Samdal, Dür, 2000). Für weibliche Schülerinnen ist das soziale Netzwerk besonders wichtig, so dass ein Fehlen von diesem zu einer schlechteren subjektiven Gesundheit und niedrigerer Lebenszufriedenheit führt (Ravens-Sieberer et al., 2009).

### **3.4 Die Gesundheit der Lehrerinnen und Lehrer im Setting Schule**

Neben SchülerInnen sind LehrerInnen die zweite große Gruppe an AkteurInnen, deren Gesundheit im Setting Schule beeinflusst werden kann. Auch wenn der Schwerpunkt dieser Masterthesis auf der Gesundheit der SchülerInnen liegt, soll hier ein kurzer Aufriss zu den berufsspezifischen Defiziten im Gesundheitszustand von LehrerInnen gegeben werden.

Früher waren nur SchülerInnen Zielgruppe der schulischen Gesundheitsförderung. In den letzten Jahren hat sich jedoch immer mehr das Bewusstsein für eine ganzheitliche Förderung des Settings Schule und damit aller darin agierenden AkteurInnen entwickelt. Somit rückte auch der Gesundheitszustand der LehrerInnen immer mehr in den Mittelpunkt der Betrachtung.

Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass der Lehrberuf mit mehreren Gesundheitsrisiken einhergeht, die sowohl auf die Belastungen der Berufsrolle als auch mit den organisatorischen Rahmenbedingungen zusammenhängen kön-

nen (Griebler et al. 2008). Der Lehrberuf gilt als ein Beruf, der durch eine überdurchschnittlich hohe mentale Belastung, der Verantwortung gegenüber den SchülerInnen (Bricheno et al. 2009) und durch die ständige Interaktion mit Menschen (Schaarschmidt, 2011) gekennzeichnet ist. Diese Belastungen führen zu einer Vielzahl an psychischen und physischen Beschwerden und Erkrankungen, welche häufig stressbedingt sind (Griebler, 2011). So wurde beispielsweise im Zuge des Austrian Teacher Health Survey (ATHS) von 2006 festgestellt, dass knapp ein Fünftel (19,5%) der österreichischen LehrerInnen mehrmals pro Woche oder täglich unter Rücken- oder Kreuzschmerzen und kaum weniger (18,6%) ebenso oft unter Nacken- oder Schulterschmerzen leiden (Dür & Griebler, 2007b). Noch häufiger werden Daten zu psychischen Problemen der LehrerInnen und ihr möglicher burnoutgefährdender Effekt in Studien beschrieben. So beschreibt beispielsweise eine österreichische SORA-Studie, dass rund 60% der österreichischen LehrerInnen unter psychischen Problemen oder Nervosität leiden (Hofinger et al. 2000).

Für die Be- und Überlastung der LehrerInnen werden drei Hauptquellen genannt: 1) die Arbeitsbedingungen, 2) die Lebensumstände sowie die physische Befindlichkeit und 3) die individuellen Bewältigungsstrategien, also die Copingfähigkeiten der LehrerInnen (Kretschmann, 2004). Die Lebensumstände und die physische Befindlichkeit sind allerdings nicht einzig dem Lehrberuf zuzurechnen. Diese Faktoren können jeden Menschen treffen und belasten. Ebenso können unzweckmäßige Bewältigungsstrategien, welche den durch die Arbeitsbedingungen ausgelösten Stress noch weiter verstärken können, nicht als lehrberufsspezifisch gesehen werden, da auch diese in vielen Berufen zu hohen Belastungen führen. Allerdings wird berichtet, dass der Lehrberuf besonders hohe Anforderungen an das Copingverhalten stellt (Kretschmann, 2004).

Die Arbeitsbedingungen der LehrerInnen können jedoch als sehr berufsspezifisch betrachtet werden. Diese können in zwei Arten unterteilt werden, nämlich in die durch das Schulsystem vorgegebenen strukturellen Rahmenbedingungen und von Schule zu Schule unterschiedlichen Arbeitsbedingungen (Sommer et al. 2006). Belastende Rahmenbedingungen können beispielsweise ungeeignete Unterrichtsräume, eine unzureichende Ausstattung, fehlende betriebliche Gesundheitsförde-

rung oder aber auch Klassen mit hoher SchülerInnenanzahl und langwierige Korrekturarbeiten sein. Zu den belastenden interschulisch variierenden Arbeitsbedingungen hingegen zählen zum Beispiel Konflikte mit SchülerInnen, mit den Eltern, mit den KollegInnen oder mit der Schulleitung (Sommer et al. 2006), also vor allem Ereignisse, die das soziale Umfeld und die Beziehungen des/der Lehrers/Lehrerin betreffen.

Die Rollen- und Beziehungsvielfalt des Lehrberufs wird als besonders belastender Faktor dieser Berufsgruppe gesehen (Sommer et al. 2006). Die Interaktion mit SchülerInnen, KollegInnen oder SchulleiterInnen macht den Großteil der Arbeitszeit der LehrerInnen aus (Hofinger et al. 2000). Die Qualität dieser Beziehungen innerhalb der Schule ist somit von besonderer Bedeutung für das Wohlbefinden bzw. die Burnoutgefährdung bei LehrerInnen (Freitag, 1998; Talmor et al. 2005; Schlichte et al. 2005). Demnach können Mangel an Kollegialität, fehlende Unterstützung seitens der KollegInnen oder der Schulleitung, ein einseitig aufgabenbezogener Führungsstil, inadäquate Führung oder emotional belastende Beziehungen zu den SchülerInnen die Gesundheit und das Wohlbefinden der LehrerInnen stark belasten (Schmitz, 2004).

Da LehrerInnen den Großteil ihrer Arbeit mit SchülerInnen verbringen wird ihnen eine besonders hohe Bedeutung für das Wohlbefinden des/der Lehrers/Lehrerin zugeschrieben. So werden mangelnde Motivation, Konzentration und Lernbereitschaft oder aber auch Disziplinlosigkeit und störendes Verhalten der SchülerInnen als belastende Faktoren beschrieben (Sommer et al. 2006; Griebler et al. 2008).

Dementsprechend wird auch die Unterrichtskultur als möglicher Einflussfaktor auf die Gesundheit der LehrerInnen gesehen (Houtte, 2006). Ein gutes Unterrichtsklima mit geforderten SchülerInnen und einem Einsatz offener und aktivierender Methoden können als gute Prädiktoren für eine hohe Arbeitszufriedenheit und eine niedrige Burnoutgefährdung dienen und somit sowohl die Gesundheit der LehrerInnen als auch jene der SchülerInnen fördern (Griebler et al. 2008).

LehrerInnen sind somit in ihrem Beruf einer Dauerbelastung ausgesetzt. Stressoren können besonders durch solche chronischen beruflichen Belastungen und nicht ausschließlich durch belastende Einzelereignisse ausgelöst werden (Pearlin,

2010). In dieser Weise führen dauerhafte, wiederkehrende Belastungen, welche strukturell in sozialen Rollen verankert sind, zu Überforderungen, Konflikten und Stressempfinden (Pearlin et al. 1981), was wiederum ein negatives Gesundheitsempfinden zur Folge hat. Das letztendlich empfundene Ausmaß der Belastung ist allerdings abhängig vom Grad der Beeinflussbarkeit der Anforderungen durch Steuerung und Kontrolle (Karasek & Theorell, 1990). Chronische Beschwerden können über die Zeit zu weiteren Stressoren führen (stress proliferation) (Pearlin, 2010).

Diese hohe Dauerbelastung hat weiterreichende Folgen, nicht nur für den/die einzelne/n LehrerIn im Sinne eines gesundheitlichen Defizits oder Einbußen in der Lebensqualität (Griebler, 2011), sondern kann auch die Unterrichtsqualität ungünstig beeinflussen, zum Beispiel durch weniger Toleranz der LehrerInnen, ineffiziente Unterrichtsmethoden, schlechte Beziehung zu den SchülerInnen (Lhospital & Gregory, 2009). Um die Gesundheit der SchülerInnen zu fördern, sollte daher ein ganzheitliches Konzept, das alle in der Schule Agierenden einschließt, angepeilt werden.

### **3.5 Gesundheitsförderung im Setting Schule**

Wie bereits beschrieben muss Gesundheit als komplexes Phänomen betrachtet werden. Dementsprechend ist auch die Gesundheitsförderung alles andere als trivial zu verstehen. Gesundheit ist abhängig vom jeweiligen Betrachter, welche jeweils unterschiedliche Konstrukte zur Beschreibung verwenden, sei es nun aus der Medizin, der Gesundheitsförderung, aus Sicht eines Unternehmens oder des Individuums. Die Wissenschaft versteht in diesem Sinne Gesundheit als ein Ergebnis aus Interaktionen zwischen dem Individuum und seiner sozialen bzw. materiellen Umwelt und der Entwicklung und Evaluation von Gesundheitsförderungsinterventionen (Dür et al. 2010b).

Die Schule kann sowohl ein Risikofaktor als auch eine Ressource während der Entwicklung eines Kindes sein. Als Folge dessen wurden in den letzten zehn Jahren Programme zur Gesundheitsförderung im Setting Schule in vielen Ländern



implementiert. Die Kernelemente solcher Programme können beispielsweise ein Lehrplan zur Gesundheitserziehung, die Schulumwelt und die Interaktion mit weiteren Gemeinschaften sein (Mukoma & Flisher, 2004). Nach Samdal und Dür (2000) sollten zukünftige Strategien so entwickelt und implementiert werden, dass sie die Wahrnehmung der SchülerInnen von der Schule verbessern, besonders den Eindruck der Autonomie und des Supports durch die MitschülerInnen betreffend.

In der schulischen Gesundheitsförderung gibt es typischerweise vier Handlungsfelder, welche die Möglichkeiten einer Schule abgrenzen: Erstens kann die Schule mittels „Lehren und Lernen“ Gesundheit zu einem inhaltlichen Thema im Unterricht machen. Zweitens kann das Schulleben und die schulische Umwelt gesundheitsförderlich gestaltet werden. Drittens können außerschulische Partner und psychosoziale Dienste zur Stärkung schulischer Gesundheitsförderung einbezogen werden. Und viertens kann ein schulisches Gesundheitsmanagement entwickelt werden durch welches Prinzipien und Strategien schulbetrieblicher Gesundheitsförderung entwickelt und angewandt werden können (Paulus, 2002).

### **3.5.1 Strategien und Maßnahmen zur schulischen Gesundheitsförderung**

In den letzten zwei Jahrzehnten haben viele Schulen eine Vielzahl an Strategien und Maßnahmen entwickelt, um gesundheitliche Unterschiede bei SchülerInnen zu reduzieren. Dür et al. (2009a) unterscheidet in Weiterführung an die Einteilungen der WHO (Stewart-Brown, 2006) folgende Arten von Interventionen: 1) Einzelmaßnahmen, 2) Projekte, 3) Programme, 4) Organisationsentwicklung (Kultur und Kernprozess).

Einzelmaßnahmen werden meist aus gegebenem Anlass durchgeführt (fallorientiert), sind themenspezifisch und eine punktuelle Maßnahme (Barkholz & Paulus, 1998; Dür et al., 2009a). Diese Aktivitäten eignen sich gut als Einstieg in oder Ergänzung zu einem Thema, zeigen jedoch ohne Einbettung in ein umfassenderes Konzept keine nachhaltige Wirkung. Projekte werden ebenfalls zu einem bestimm-

ten Thema durchgeführt und sind zeitlich begrenzte, zielorientierte Maßnahmen von wenigen Tagen oder Wochen, die eine größere Gruppe ansprechen. Neben Wissen können durch die Projektarbeit auch soziale Kompetenzen vermittelt werden (Barkholz and Paulus, 1998; Dür et al., 2009a). Programme sind zielorientierte, themenspezifische und fächerübergreifende Interventionen, die eine dauerhafte Verbesserung eines bestimmten Aspektes herbeiführen sollen. Sie sind an den Strukturen und Prozessen der Schule angeschlossen und somit nachhaltiger (Barkholz and Paulus, 1998; Dür et al., 2009a). Interventionen zur Organisationsentwicklung dienen der Entwicklung und Umsetzung von festen Regeln und standardisierten Vorgehensweisen (Policies) zu bestimmten Bereichen in der Schule und zielen auf strukturelle Veränderungen ab. Als weitest gehende Maßnahme in der Schule sollen hier auch die Kernprozesse des Lehrens und Lernen verändert werden. Durch eine Verbesserung des Kernprozesses soll auch eine Verbesserung der Ergebnisse hervorgerufen werden.

Das zentrale Konzept der Gesundheitsförderungsstrategie der WHO im Schulbereich ist die „gesundheitsfördernde Schule“, welche alle genannten Interventionstypen zu einem umfassenden Konzept der Schulentwicklung verbindet. Ziel ist es einen Entwicklungsprozess einzuleiten, welcher ein Schulsetting schafft, in dem die gesundheitsbezogenen Kompetenzen der Schüler gestärkt werden (Dür et al., 2009a). Dennoch ist die Schule oft als Organisation nicht das Ziel der Interventionen, sondern wird vielmehr als vorgegebene Struktur benutzt, um Lerneffekte bei SchülerInnen zu erzielen.

### **3.5.2 Schulische Gesundheitsförderungskonzepte**

Gesundheit und Erziehung bzw. Bildung stehen in einer wechselseitigen Beziehung zu einander. Dementsprechend ist Gesundheit eine wichtige Voraussetzung für einen erfolgreich verlaufenden Bildungsprozess auf der einen Seite, und Bildung eine gute Grundlage für gesundheitsangemessene Verhaltensweisen, Einstellungen, Überzeugungen und Health Literacy (Paulus, 2002) auf der anderen. Die Schule wird in diesem Zusammenhang von der WHO als „Alliance of Education and Health“ (Stewart Burgher et al. 1999, zit. nach Paulus, 2002). Daraus ha-

ben sich zwei Richtungen schulischer Gesundheitsförderung entwickelt, aus denen sich zwei mögliche Ziele einer Schule bilden: die „Qualifizierung von Gesundheit durch Bildung“ oder die „Qualifizierung von Bildung durch Gesundheit“. Hat eine Schule die Qualifizierung von Gesundheit durch Bildung zum Ziel, wird sie versuchen, den SchülerInnen einen verantwortungsbewussten Umgang mit sich selbst und der eigenen Gesundheit zu lehren. Bei der zweiten Richtung, also Qualifizierung von Bildung durch Gesundheit, versucht die Schule zusätzlich sich in ihrer strukturellen und prozessualen Verfasstheit nach gesundheitsfördernden Gesichtspunkten zu entwickeln (Paulus, 2002).

Es gibt zwei verschiedene Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung im Setting Schule, so kann die Durchführung entweder problembasiert oder settingbasiert vorgenommen werden (Paulus, 1995).

#### **3.5.2.1 Problembasierter Ansatz: „Gesundheitsförderung in der Schule“**

Der problembasierte Ansatz, welcher lange Zeit in der Gesundheitsförderung im Setting Schule dominierte, fokussiert nur bestimmte problematische Verhaltensweisen. Mit ihm wird versucht im Unterricht gesundheitsförderliche Fertigkeiten und Kompetenzen zu vermitteln, also Gesundheitserziehung wie sie bereits im „Bericht der Kultusministerkonferenz zur Situation der Gesundheitserziehung in der Schule“ vom November 1992 festgehalten ist, zu betreiben: „Gesundheitserziehung gilt den Ländern als wesentlicher Bestandteil des Bildungs- und Erziehungsauftrages der Schule“ (S.7). Des Weiteren werden in diesen Ansätzen vor allem salutogenetische Faktoren, Kompetenzaspekte und die aktuellen Lebenswelt- und Entwicklungsanforderungen von Kindern und Jugendlichen betont. Gesundheitsförderung muss sich in diesen Ansätzen nicht nur auf den Unterricht beschränken, sondern kann sich auch auf die ganze Schule ausdehnen und zu diesem Zweck auch mit schulinternen und –externen Partnern kooperieren (Paulus, 2002). Es können so auch weitgefaste schulische Gesundheitsförderungskonzepte im Setting Schule entstehen mit dem Ziel der „Qualifizierung von Gesundheit durch Bildung“. Sie bilden die Übergänge zu dem eigentlichen Settingansatz (Marx et al. 1998).

Es zeigt sich zunehmend, dass problembasierte Ansätze nur dann eine nachhaltige Wirkung aufweisen, wenn sie sich in den umfassenderen, settingbasierten Ansatz integrieren lassen (Paulus, 2002).

### **3.5.2.2 Settingbasierter Ansatz: „Gesundheitsfördernde Schule“**

Der settingbasierte Ansatz als eine Allianz von Gesundheit und Bildung, hat sich europaweit als führender Ansatz durchgesetzt (Paulus, 2002). Beim Settingansatz der Gesundheitsförderung soll durch die Schaffung gesunder Lebensbedingungen eine Verbesserung der Gesundheit erreicht werden (Bilz, 2008). In Anlehnung an Konzepte des Projektmanagements lässt sich der Setting Ansatz der schulischen Gesundheitsförderung wie folgt definieren: „Die Gesundheitsfördernde Schule macht Gesundheit zu ihrem Thema indem sie einen Schulentwicklungsprozess mit dem Ziel einleitet, ein Setting Schule zu schaffen, das zum einen zur Stärkung der gesundheitsbezogenen Lebenstüchtigkeit der Schülerinnen und Schüler beiträgt und das zum anderen die auf den Arbeits- und Lernplatz Schule bezogene Gesundheit aller an der Schule Beteiligten fördert. Übergeordnetes Ziel ist die Steigerung der Erziehungs- und Bildungsqualität der Schule“ (Paulus & Brückner, 2000; Paulus, 1995).

Die Prinzipien der Gesundheitsfördernden Schule wurden vom Europäischen Netzwerk für Gesundheitsfördernde Schulen in seiner Konferenz von Thessaloniki folgendermaßen zusammengefasst (ENHPS, 1997; zit. nach Dür 2010:272):

- Demokratie
- Chancengleichheit
- Empowerment für selbstbestimmte Handlungskompetenz
- Gestaltung des schulischen Umfelds im Sinne der Gesundheit
- Gestaltung des Lehrplans im Sinne der Gesundheit
- Weiterbildung für LehrerInnen in methodisch-didaktischer und fachlicher Hinsicht
- Überprüfung der Erfolge und der Wirksamkeit
- Förderung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit der Ministerien

- Förderung der Schulgemeinschaft und der Zusammenarbeit mit der Gemeinde
- Nachhaltigkeit

Im Gegensatz zum problembasierten Ansatz orientiert sich Gesundheitsförderung nach dem settingbasierten Ansatz an der Schule als Ganzes und hat zum Ziel einen gesundheitsförderlichen Schulentwicklungsprozess einzuleiten (Paulus, 2002). Dieses Konzept vereint sowohl den Ansatz der „Qualifizierung von Gesundheit durch Bildung“ als auch den der „Qualifizierung von Bildung durch Gesundheit“.

Eine Vielzahl an Forschungen hat bereits gezeigt, dass das Konzept der Gesundheitsfördernden Schulen möglicherweise eine hohe Nachhaltigkeit in den Effekten der Maßnahmen aufweist (Lister-Sharp et al. 1999; St Leger, 2000; Weare & Markham, 2005). Es wurde allerdings auch erwiesen, dass der Umsetzung in der Praxis starke Barrieren entgegenwirken. Diese Barrieren, meist im Bereich der Administration und der Ressourcen, umfassen zum Beispiel Mangel an Zeit, Personal, einschlägiger Fortbildung, interner bzw. externer Unterstützung. Des Weiteren macht Gesundheitserziehung nur einen kleinen Teil des Bildungsauftrages aus und erlangt deswegen oft nur wenig Aufmerksamkeit und Ressourcen. Ein weiteres Problem zeigt sich darin, dass die Schule nur beschränkt Einfluss auf die Gesundheit der SchülerInnen hat, da noch viele andere Faktoren wie die Familie oder die Medien mit einfließen, auf welche die Schule entweder keinen oder nur einen geringen Einfluss hat (Paulus, 2003).

Es hat sich auch gezeigt, dass das Konzept der Gesundheitsfördernden Schule nur wenig umgesetzt wird. Der Grund dafür liegt mitunter darin, dass der wesentliche Motor der Entwicklung dieses Konzepts ein gesundheitspolitisches Anliegen war, welches zum Ziel hatte eine bessere gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zu ermöglichen. Somit wurde der Ansatz nicht aus einer Entwicklungsnotwendigkeit der Schule heraus entwickelt, sondern war von außerpädagogischen und außerschulischen Interessen geleitet.

Der Ansatz der Gesundheitsfördernden Schule unterliegt den folgenden Prinzipien: Nachhaltige Entwicklungsinitiativen für Schulentwicklung, ein ganzheitlicher Gesundheitsbegriff, Vielfalt der Determination von Gesundheit, Selbstbestimmung, Partizipation und Empowerment sowie Salutogenese.

#### *3.5.2.2.1 Salutogenese*

Früher herrschte der – in seinen Auswirkungen im Medizinsystem zum Teil auch heute noch spürbare – pathogenetische Erklärungsansatz vor. Dieser hat allerdings den großen Nachteil, dass die Wechselwirkung zwischen Mensch und Umwelt nicht berücksichtigt und Umwelteinflüsse nur verkürzt enthalten sind (Freitag, 1998).

Die Unzulänglichkeit des pathologischen Ansatzes allein war allerdings nicht ausschlaggebend für die Entwicklung neuer Modellvorstellungen. Ein weiterer Grund findet sich in der Wandlung des Krankheitsspektrums in den letzten 100 Jahren, weg von den in früheren Zeiten dominierenden Infektionskrankheiten hin zu chronisch-degenerativen Krankheiten, welche häufig auf ungesunde Lebensgewohnheiten und somit oft auch auf soziale Parameter zurückzuführen sind. Parallel zur Wandlung des Krankheitsspektrums hat sich in den letzten 50 Jahren auch die Auffassung von Gesundheit erheblich verändert. Zu dieser Entwicklung hat sicherlich auch die WHO mit ihrer Definition des Gesundheitsbegriffs beigetragen, wonach Gesundheit nicht allein durch die Abwesenheit von Krankheit, sondern durch den Zustand völligem körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Wohlbefindens gemessen wird (Freitag, 1998; WHO, 1986).

Des Weiteren hat sich auch gezeigt, dass der Krankheitsverlauf stark beeinflusst wird von intrapsychischen aber auch von sozialen Bedingungen. Daraus ergab sich die logische Konsequenz das klassische biomedizinische oder pathogenetische Modell zu einem biopsychosozialen oder salutogenetischen Modell zu erweitern.

Das salutogenetische Modell wurde geprägt von Aaron Antonovsky (1997) und betont, dass Gesundheit ein immerwährender Anpassungsprozess ist, bei dem sich die Anforderungen und belastenden Faktoren auf der einen und individuelle wie auch strukturelle Ressourcen auf der anderen Seite gegenüberstehen. Ein positives Gesundheitsverständnis steht bei diesem Modell im Mittelpunkt (Freitag, 1998). Leitende Prinzipien dieser Ausrichtung sind den Menschen das Gefühl der Machbarkeit, das Gefühl der Sinnhaftigkeit und das Gefühl der Verstehbarkeit zu vermitteln (Paulus, 2002).

Dementsprechend hat sich auch die schulische Gesundheitsförderung von der traditionellen Gesundheitserziehung, in welcher Risiken dominierten, weg entwickelt. Heute stehen die Chancen im Mittelpunkt schulischer Gesundheitsförderung (Paulus, 2003).

### **3.5.3 Implementierung von schulischer Gesundheitsförderung**

Es ist sehr schwierig Gesundheitsförderung in der Schule zu implementieren, da es hierfür nötig ist, Interventionen und Reformen im Schulsystem durchzuführen, welche viele Akteure auf verschiedenen Ebenen miteinbeziehen müssen. Reformen im Schulsystem können an zwei verschiedenen Ansatzpunkten anknüpfen: Sie können also entweder in Form von Organisationsentwicklung, im Sinne von Neuerungen in organisationalen Strukturen, oder in Form von Schulsystementwicklung, im Sinne einer Veränderung der Rahmenbedingungen und Strukturen durch Gesetze, stattfinden (Gugglberger & Kremser, 2011).

Kremser et al. (2010) identifizierten drei Ebenen auf denen Reformen im Bildungssystem ansetzen können: Die Ebene der Organisation, jene der Politik und jene der Berufsgruppe der LehrerInnen. Die Chancen auf Erfolg sind dann am höchsten, wenn auf allen drei Ebenen ein gemeinsames und koordiniertes Vorgehen besteht. Da aber alle drei Ebenen auf unterschiedliche Art und Weise funktionieren, muss man Maßnahmen setzen, welche den Möglichkeiten und Beschränkungen der Ebenen insgesamt angepasst sind. Dies bedeutet auf politischer Ebene vor allem den Aufbau von Unterstützungsstrukturen, die Anpassung der rechtli-

chen Rahmenbedingungen sowie die Schaffung von personellen und finanziellen Ressourcen. Bedeutend auf organisationaler Ebene sind die Führung, das Qualitätsmanagement und Kooperationsbeziehungen und für die Berufsgruppe Professionalisierung durch geeignete Qualifizierungsmaßnahmen (Gugglberger, Kremser, 2011).

Als wichtig für eine erfolgreiche Umsetzung wird auch die umfassende nationale Planung gesehen. Diese soll die Kinder selbst miteinbeziehen, die Beiträge der Familien und Gemeinschaften, Schulen und Medien sowie des Gesundheitssystems einarbeiten und es sollen Instrumente wie Konzepte, Gesetze und andere Rechtsvorschriften eingesetzt werden (WHO Regional Office for Europe, 2005). Die WHO (2005) gibt vier Leitprinzipien vor, welche für eine erfolgreiche Umsetzung immer berücksichtigt werden sollten: Chancengleichheit, sektorübergreifende Maßnahmen, Einbeziehung der Öffentlichkeit sowie der jungen Menschen und ein Life-Course-Approach (Lebensverlaufansatz).

Inchley et al. (Inchley et al. 2007; zit. nach Nitsch & Waldherr, 2011) identifiziert wiederum vier Faktoren, welche speziell eine praktische Umsetzung der Prinzipien der Gesundheitsfördernden Schule fördern:

- „*Empowerment and Ownership*“, im Sinne einer Identifikation der Beteiligten
- „*Leadership und Management*“, SchulleiterInnen in einer führenden Projektrolle
- „*Collaboration*“, zum Aufbau von effektiven Kooperationen und Kommunikationsstrukturen
- „*Integration*“, Neue Initiativen an bestehende Strukturen anknüpfen und in den schulischen Kernprozess integrieren

### **3.5.4 Evidenz zur Wirksamkeit schulischer Gesundheitsförderung**

International konnte ausreichend Evidenz gefunden werden, dass schulische Gesundheitsförderung wirksam sein kann (Felder-Puig, 2011). Grundlage für Evidenzbasierung sind „*belegbare Nachweise, also dokumentierte Ergebnisse aus*



*Studien, um behaupten zu können, dass eine Maßnahme, sei sie der Medizin oder der Gesundheitsförderung zuzuordnen, wirksam oder unwirksam sei“* (Felder-Puig, 2011: 291). Es gibt Hinweise dafür, dass die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen durch Programme zur Gesundheitsförderung und durch gezielte Organisationsentwicklungen in Schulen deutlich verbessert werden kann (Dietscher et al. 2004; Samdal, Dür, 2000).

Es hat sich auch erwiesen, dass manche Gesundheitsaspekte in der Schule wirksamer gefördert werden können als andere. Als besonders wirksam zeigten sich vor allem Programme zur Förderung der psychischen Gesundheit der SchülerInnen, Gewaltpräventionsprogramme und multimodale Ernährungs- und Bewegungsprogramme (Felder-Puig, 2011).

Felder-Puig (2011) nennt folgende Kriterien, welche für den Erfolg einer Intervention im schulischen Setting von Nöten sind: Zunächst müssen verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen miteinander verknüpft werden, des Weiteren muss eine hohe Motivation zum Engagement bestehen und schließlich darf auch die Offenheit zur Organisationsentwicklung nicht fehlen. Weiters können die Begleitung durch erfahrene Fachleute, die gesundheitsbezogene Qualifizierung der LehrerInnen und ein Qualitätsmonitoring die Erfolgchancen erhöhen. Dies ermöglicht eine hochwertige Durchführung und einen möglichen frühzeitigen Abbruch bei geringen Erfolgsaussichten.

Ein häufiges Problem von Konzepten und Strategien zur Gesundheitsförderung ist, dass die Maßnahmen langfristig wenig erfolgreich sind. Des Weiteren werden viele Risikogruppen oft nicht erreicht. In Schulen wird die Implementierung zusätzlich durch infrastrukturelle Probleme erschwert.

Studien ergaben, dass ein Präventionsansatz auf die langfristige Beeinflussung spezifischer Lebens- und Ernährungsgewohnheiten der betroffenen Familien abzielen muss (Miller et al., 2004). Interventionen sind besonders dann erfolgreich, wenn sie auf individueller und auf sozialer Ebene ansetzen. Mittelfristig können mit schulbasierten Präventionsprogrammen besonders dann gute Erfolge erzielt werden, wenn möglichst viele soziale Verantwortungsebenen (Abb. 1) einbezogen werden (Nething et al., 2006). Als erfolgreich in Schulprogrammen erwies sich die

häufige Vermittlung einfacher Botschaften über einen möglichst breit angelegten Ansatz (James & Kerr, 2005). So soll auf spielerische Weise die Gesundheitskompetenz der Kinder gestärkt werden.



Abb. 1: Verschiedene Ebenen der Verantwortung für die Prävention in Form des so genannten "Zwiebelmodells" (Nething et al., 2006)

Die Wirksamkeit des Konzepts der gesundheitsfördernden Schule konnte bislang noch nicht nachgewiesen werden. Es hat sich durchaus gezeigt, dass die Wirksamkeit einiger Aspekte dieses Konzepts evident ist, dennoch gibt es bisher keine Evidenz dafür, dass das Konzept in seiner Gesamtheit effektiver ist als andere Ansätze der schulischen Gesundheitsförderung (Stewart-Brown, 2006). Es zeigt sich allerdings, dass Gesundheitsförderung an Schulen vor allem dann große Chancen auf Erfolg hat, wenn diese im Rahmen eines „whole school approach“ umgesetzt wird (Stewart-Brown, 2006). Dafür ist allerdings ein multistrategisches Vorgehen auf mehreren Ebenen gleichzeitig notwendig, und nicht einfach nur die Durchführung unkoordinierter Einzelprojekte (Hojni, 2011).

Die Evidenzlage zur Wirksamkeit schulischer Gesundheitsförderung ist sehr gut, ähnlich jener zu medizinischen Interventionen. Auch dort profitiert nicht jeder Patient von den Maßnahmen. Ein schulisches Gesundheitsförderungsprogramm schließt aber viele SchülerInnen und LehrerInnen gleichzeitig mit ein. Demnach ist es wichtig, jenes Programm zu finden, welches zur Schule passt und für welches

die notwendigen Ressourcen und Strukturen zur Verfügung stehen (Felder-Puig, 2011).

Was bislang in der schulischen Gesundheitsförderung allerdings noch wenig erforscht ist, ist die Zielgruppe der LehrerInnen, der SchulleiterInnen und anderer schulischer MitarbeiterInnen. Inwieweit diese ebenfalls von Programmen zur Förderung der Gesundheit der SchülerInnen profitieren, sollte noch weiter untersucht werden (Felder-Puig, 2011).

## **4 Evaluation von Projekten zur Gesundheitsförderung im Setting Schule**

### **4.1 Ausgangslage**

Diese Masterthesis hat zum Ziel zukünftigen Praxisprojekten zur Gesundheitsförderung im Setting Schule die Planung und Durchführung zu erleichtern, indem die Dokumentationen bereits abgeschlossener Projekte unter anderem hinsichtlich Erfolgs- und Misserfolgskriterien analysiert und die erzielten Ergebnisse zusammenfassend dargestellt werden. Zu diesem Zweck werden die Projektdokumentationen des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) herangezogen.

Der FGÖ, dessen Arbeit auf den Prinzipien der Ottawa Charta (WHO, 1986) basiert, wurde im Jahr 1998 bundesweite Koordinationsstelle für Gesundheitsförderung und Prävention und als solche mit der Umsetzung des Bundesgesetzes über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information, kurz Gesundheitsförderungsgesetz (GfG), beauftragt. Ziele des FGÖ sind Information, Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit, Unterstützung wissenschaftlicher und praxisorientierter Projekte und Unterstützung beim Aufbau von Strukturen sowie bei Fortbildung und Vernetzung. Zur Umsetzung dieser Ziele wird dem FGÖ ein jährliches Budget von 7,25 Millionen Euro zur Verfügung gestellt.

Laut GfG 1998 ist der FGÖ ausschließlich für Gesundheitsförderung und Primärprävention zuständig. Seine Arbeit konzentriert sich vorwiegend auf die Settings Kindergarten und Schule, Betrieb sowie kommunale Settings. Förderungswürdige Projekte der Gesundheitsförderung orientieren sich an der Steigerung von Ressourcen, während Projekte der Primärprävention risikofaktorenbezogen ausgerichtet sind. Ausgangspunkt beider Tätigkeitsfelder ist jeweils ein umfassender (bio-psycho-sozialer) Gesundheitsbegriff und die Orientierung an einem verhältnis- und/oder verhaltensorientierten Ansatz (Fonds Gesundes Österreich, 2009:12).

Das Projekt „Lernen aus FGÖ-Projekten“ dient als Qualitätsmanagement-Maßnahme des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ). Ziel dieses Projekts ist es, die

Qualität aller geförderten Projekte nach zehn Jahren Projektförderung zu untersuchen und die erzielten Ergebnisse systematisch darzustellen. Im Rahmen der ersten Phase des Projekts wurde im Zeitraum von September bis Dezember 2010 vom Team der Programmlinie Evaluation des Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research (LBIHPR) eine Analyse von Projekten zur Betrieblichen Gesundheitsförderung durchgeführt.

In der zweiten Phase wurden nun im Rahmen dieser Masterthesis 18 Projekte zur Gesundheitsförderung im Setting Schule einer eingehenden Analyse mittels des vom LBIHPR-Evaluationsteam entwickelten Analyse- und Bewertungsinstrumentes unterzogen. Die Betrachtung der häufigsten Settings der Gesundheitsförderung ermöglicht eine anschließende vergleichende Untersuchung der Settings, die zeigen kann, in welchen Gebieten noch besonderer Handlungsbedarf besteht. Die übergeordneten Ziele der vorliegenden Evaluation bestehen – entsprechend einer Einteilung nach Stockmann (2007) – vor allem in Erkenntnisgewinn, Weiterentwicklung und Legitimation.

Die zu analysierenden Projekte zur schulischen Gesundheitsförderung wurden anhand des vorher festgelegten Auswahlverfahrens bestimmt (siehe Kapitel 4.1). Anschließend wurden alle relevanten Daten extrahiert. Konkret bestand der Analyseprozess aus einem Codieren des Textes und anschließender Erstellung von deskriptiven Themen. Diese Themen wurden im nächsten Schritt einem Textreduktionsverfahren und in diesem Sinne einer Zusammenfassung unterzogen. Dadurch konnten sowohl die zentralen Themen als auch die verschiedenen Betrachtungsweisen transparent gemacht werden.

Für die vorliegende Arbeit werden Praxisprojekte mit dem Schwerpunkt Gesundheitsförderung in der Schule herangezogen, welche vom FGÖ unterstützt und bis Juni 2009 abgeschlossen wurden. Die zu analysierenden Projekte werden auf Basis eines mit dem FGÖ und dem Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research (LBIHPR) abgestimmten Auswahlverfahrens bestimmt. Der Schultyp oder die Altersgruppe der SchülerInnen, welche die Zielgruppe darstellten, sind kein Selektionskriterium.

Nachfolgend wird eine Zusammenfassung aller Ein- und Ausschlusskriterien der Projekte für das Setting Schule dargestellt:

**Kriterium 1:** Zum Zeitpunkt der Abfrage der internen Projektdatenbank (10.6.09) muss das Projekt mit dem Status abgeschlossen (entspricht den Stati: Warten auf Unterlagen, vorläufige Schlussabrechnung erstellen, Unterschrift KL (vorl.), Schlussabrechnung überprüfen, endgültige Schlussabrechnung erstellen, Endbericht prüfen, Endbericht geprüft) deklariert sein.

**Kriterium 2:** Mindestens eine Maßnahme muss in einer Schule, Teil/en einer Schule oder schulübergreifend stattfinden.

**Kriterium 3:** Ausgeschlossen werden jene Projekte, welche ausschließlich LehrerInnen als Zielgruppe haben.

**Kriterium 4:** Ausgeschlossen werden Projekte, deren Hauptthema nicht Gesundheitsförderung in der Schule, sondern einem anderen Setting zuzuordnen ist.

**Kriterium 5:** Weiteres Ausschlusskriterium ist eine Projektförderung von weniger als 50 Prozent der bewilligten Gesamtprojektkosten, da laut Rücksprache mit der FGÖ-Projektleitung in diesen Fällen von einer vergleichsweise niedrigeren Dokumentationsqualität und -quantität ausgegangen werden kann.

**Kriterium 6:** Zudem werden Projekte, deren Gesamtprojektkosten sich unter 5.000 Euro belaufen ausgeschlossen, da Erfahrungen aus den Analysen der Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Phase 1 des Projekts ergaben, dass es sich bei niedrigen Gesamtprojektkosten nur um einzelne Interventionen handeln kann und in diesen Fällen eine Bewertung der verschiedenen Projektphasen nicht adäquat wäre.

**Kriterium 7:** Modellprojekte werden ausgenommen, da sie bereits Gegenstand einer früheren Metaevaluation des FGÖ waren und ein deutlich höheres Qualitätsniveau aufweisen (Kirschner et al. 2006).

**Kriterium 8:** Nur extern evaluierte Projekte werden eingeschlossen, da davon ausgegangen werden kann, dass Projekte, die extern evaluiert worden sind, qualitativ hochwertigere Ergebnisse und Bewertungen hervorbringen.

Einer vom FGÖ aufgrund der Antragsformulare erstellten Erstausswahl zufolge sollten 23 der geförderten Projekte diese Kriterien erfüllen. Nach Durchsicht der gesamten Projektunterlagen mussten allerdings 15 Projekte aus den Analysen wieder ausgeschlossen werden: 11 erfüllten Kriterium 4 nicht, zwei Projekte mussten aufgrund des Kriteriums 1 ausgeschlossen werden, ein Projekt erreichte keine Gesamtprojektkosten von 5.000 Euro (Kriterium 5) und eines war nicht extern evaluiert (Kriterium 8). Nach einer zweiten Sichtung der Projektlisten konnte vom LBIHPR eine zweite Liste erstellt werden, welche 13 weitere mögliche Projekte für die Analyse umfasste. Aus dieser Liste konnten neun Projekte in die Analyse aufgenommen werden. Vier Projekte schieden aufgrund des Ausschlusskriteriums 8 aus. Somit ergab sich eine Gesamtzahl von 17 Projekten für die endgültigen Auswertungen.

## 4.2 Fragestellungen

Folgende Fragestellungen sollen behandelt werden:

- Welche Gründe für eine Gesundheitsförderungsintervention wurden genannt?
- Welche Zielsetzungen wurden genannt?
- Welche Zielgruppe(n) wurden angesprochen? Wie groß waren die Zielgruppen?
- Welche Maßnahmen wurden beschrieben? Wie ist die Relation verhaltensorientiert vs. verhältnisorientiert?
- In welchen Strukturen/ Organisationen / Gruppen wurde agiert? Gab es Strukturen, an die angedockt werden konnte oder nur die Projektstruktur? Welche Strukturen gab es in der Schule?
- Welche Ergebnisse wurden dargestellt?

- Welche hinderlichen und förderlichen Faktoren konnten beobachtet werden?
- Wodurch war zu Projektbeginn geplant die Nachhaltigkeit zu gewährleisten?
- Wodurch wurde zu Projektende die Nachhaltigkeit als gewährleistet betrachtet?

### **4.3 Methodik**

Die routinemäßige Evaluation von Strategien oder Programmen hat sich noch nicht völlig etabliert. Dennoch steigt das Verständnis dafür, dass eine Evaluation ein wichtiges Instrument darstellt. Dementsprechend können durch Evaluationen sowohl die Programme und Verfahrensweisen verbessert werden als auch die Einhaltung von Verantwortlichkeiten überprüft werden (Kahan, 2008). Für eine erfolgreiche Evaluation müssen folgende vier Aspekte abgeklärt werden: Gegenstand der Evaluation, EvaluatorIn, Evaluationsverfahren und Kriterien der Evaluation (Kromrey, 2001). Im schulischen Kontext wird Evaluation allerdings nicht ausschließlich als wissenschaftlich fundiertes Bewertungskonzept sondern auch als Interventions- und Steuerungsinstrument verwendet (Nitsch, Waldherr, 2011).

Um die Effekte von Gesundheitsförderung sichtbar zu machen wird die Forderung nach einer evidenzbasierten Gesundheitsförderung immer stärker (Smith et al. 2006). Es zeigt sich ein Trend zur verstärkten Evaluierung von Prozessen. Evidenzbasierte Gesundheitsförderung wird als die Nutzung von Erkenntnissen aus wissenschaftlicher Forschung und systematischen Analysen definiert (Smith et al., 2006). Die Gesundheitsförderungsforschung untersucht jedoch komplexe, soziale Phänomene, welche sehr oft mit schwer zu standardisierenden Interventionen verbunden sind und des Weiteren eine Vielzahl an Moderator- und Mediatorvariablen umfassen. Dementsprechend können nur wenige dieser Interventionen durch quantitative Verfahren evaluiert werden. So ist die Erforschung der Effekte mancher Programme, wenn keine linearen Zusammenhänge feststellbar sind, oft nur über qualitative Methoden möglich (Tang et al. 2003). Häufig kommt es somit



zu einem erhöhten Einsatz der Methodentriangulation in der Gesundheitsförderung (Nitsch, Waldherr, 2011).

Evidenz bietet nach traditioneller Sichtweise alleine keine ausreichende Basis für die Effektivität von Gesundheitsförderung, sondern kann nur Informationen liefern, ohne jedoch die Erfahrungen von Praktikern zu ersetzen, welche schließlich die Selektion und Anwendung von Evidenz steuern (Smith et al., 2006). Die Canadian Best Practices Initiative (CBPI) definiert Evidenz dementsprechend: „*Evidence is the findings from a range of rigorously implemented and appropriate quantitative or qualitative research and evaluation methodologies*“<sup>2</sup>.

Entsprechend dieser Definition wurde für diese Arbeit ein Forschungsdesign gewählt, welches sich zwar an quantitativen Verfahren orientiert, aber eben auch sehr viele qualitative Elemente enthält. Somit kann einerseits möglichst nah am Untersuchungsmaterial geblieben werden, andererseits können aber auch detaillierte Beschreibungen über komplexe und relevante Abläufe erhalten werden.

Dementsprechend erfordert sowohl die Beantwortung der Forschungsfragen als auch die Komplexität des Themas Gesundheitsförderung die Verwendung eines qualitativen Verfahrens. So wurde bei den Projekten für die übergeordneten Hauptkategorien „Problemstellungen“, „Maßnahmen“, „Ziele“, „Ergebnisse“, „Strukturen“, „hinderliche und förderliche Faktoren“ sowie „intendierte und prognostizierte Nachhaltigkeit“ eine Themenanalyse durchgeführt.

Mit dieser Auswertungsform soll primär ein Überblick über die Themen gewonnen, diese wiederum in ihren Kernaussagen zusammengefasst und der Kontext ihres Auftretens erkundet werden (Froschauer & Lueger, 2003). Es wird in der Themenanalyse zwischen Textreduktionsverfahren, welche sich entweder auf die Zusammenfassung der zentralen Themen oder der im Text enthaltenen Argumentationsstrukturen befassen, und Codierverfahren, die genauer auf die Besonderheiten der Argumentation eingehen, unterschieden (Froschauer and Lueger, 2003). Im Zuge dieser Arbeit soll ein Textreduktionsverfahren in Anlehnung an Froschauer/Lueger (2003) zur Anwendung kommen. Dieses Verfahren analysiert Texte we-

---

<sup>2</sup> <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/pubs/CBPI-methodology.pdf>

niger, sondern fasst sie vielmehr zusammen, um sich über die Vielfalt der während einer Dokumentenanalyse auftauchenden Themen einen Überblick zu verschaffen. Es ermöglicht, mit relativ geringem Aufwand große Textmengen zu bearbeiten. Dennoch sollen Themen nicht einfach benannt bzw. codiert werden, sondern es werden charakteristische Elemente der Themendarstellung herausgearbeitet, um die Unterschiede in der Darstellung eines Themas sichtbar zu machen.

Froschauer und Lueger (2003:158f.) nennen folgende Anwendungsbedingungen für dieses Verfahren:

- wenn ein Überblick über eine große Textmenge gefragt ist;
- wenn der manifeste Gehalt von Aussagen im Zentrum steht;
- wenn die zusammenfassende Aufbereitung von Inhalten zu verschiedenen Themen und deren interne Differenziertheit angezeigt ist;
- wenn die Argumentationsstruktur in einem Gespräch beschrieben werden soll;
- wenn auf dieser Basis Textstellen für eine eventuelle Feinstruktur- oder Systemanalyse ausgewählt werden sollen;
- wenn statistische Zusammenhänge erkundet und dafür repräsentative Textstichproben herangezogen werden sollen.

Textanalyseverfahren beschränken sich auf die Auswertung von manifesten Inhalten, wodurch nur wenig Interpretationsbedarf besteht. Dieses Vorgehen reduziert die Gefahr, die Ergebnisse durch die persönliche Meinung des/der Interpreten/Interpreтин zu verzerren. Ein weiterer Vorteil ist, dass es aus denselben Gründen keiner exakten Transkriptionen bedarf.

Der erste Schritt zur praktischen Durchführung nach Froschauer und Lueger (2003:160ff.) ist es die Textstellen zu einem Thema zu identifizieren. In diesem Schritt wird das gesamte Datenmaterial thematisch sortiert, wodurch manche Textstellen als für die Analyse irrelevant wegfallen (textreduzierendes Verfahren). Einzelne Themenblöcke werden zu diesem Zweck benannt bzw. codiert, wodurch man zu einer Sammlung von verschiedenen Themen kommt.

Anschließend werden die Textblöcke durch fünf aufeinander aufbauende Komponenten der Textreduktion verdichtet, welche jeweils die Komplexität der Zusammenfassung erhöhen (Lueger, 2010):

1. Identifizierung wichtiger Themen und denen zurechenbarer Textstellen
2. Zusammenfassung der wichtigsten Charakteristika der Themen
  - a. zentrale Elemente eines Themas
  - b. thematische Dimensionierung
3. Bestimmung der kontextuelle Zusammenhänge der Themen
  - a. Soziale Kontextualisierung
  - b. Zeitliche Kontextualisierung
  - c. Sachliche Kontextualisierung
4. Komparative Analyse
  - a. Bestimmung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden in den Themen
5. Integration der Themencharakteristika in den Kontext der Forschungsfrage
  - a. Zusammenspiel der Themen in einen Gesamtzusammenhang, um das Verständnis für den untersuchten Bereich zu vertiefen

Es ist für dieses Verfahren nicht nötig, sequenziell vorzugehen. Die einzelnen Textstellen werden zu einem Thema zusammengefasst und jeweils Verweise auf den Argumentationszusammenhang notiert. Dementsprechend wurde auch in der hier durchgeführten Analyse jeweils die entsprechende Dokumentationsquelle bzw. Perspektive berücksichtigt. Da die Untersuchung die komplette Projektdokumentation des FGÖ umfasste, also sowohl Berichte der Projektdurchführenden als auch der externen EvaluatorInnen, erforderte die Methode eine transparente Darstellung der Datenquellen. Damit konnte allerdings auch ein weiterer inhaltlicher Erkenntnisgewinn erwartet werden.

Wird die Themenanalyse zusätzlich zu einem anderen Verfahren angewandt, können übergeordnete Kategorien wie im vorliegenden Fall besonders hilfreich sein (Bowen, 2009) und die Strukturierung von größeren Mengen an Untersuchungsmaterial unterstützen. Für den konkreten Analyseprozess wurden in Anlehnungen an Thomas & Harden (2008) die Texte codiert und anschließend deskriptive The-

men generiert. Bei der Themenanalyse wurde ein induktives Codierverfahren angewandt, da eine deduktive Kategorienbildung sowohl die Beantwortung der übergeordneten Forschungsfragen erheblich eingeschränkt als auch die qualitativen und inhaltlichen Differenzen der Projekte nur peripher berücksichtigt hätte.

## **4.4 Ergebnisse**

Im Rahmen dieser Masterthesis werden nur ausgewählte Fragestellungen auf Grundlage der Erfahrungen der bereits im letzten Jahr durchgeführten Analysen der Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung durch das LBIHPR behandelt. Die hier analysierten Projekte sollen zunächst anhand der wesentlichen Eckdaten deskriptiv zusammengefasst dargestellt werden. In einem weiteren Schritt werden die Ergebnisse der Themenanalyse beschrieben. Schließlich wird ein Vergleich zu den Projekten der betrieblichen Gesundheitsförderung erstellt.

### **4.4.1 Wesentliche Eckdaten**

#### **4.4.1.1 Setting**

Die Zuordnung zu den Settings erfolgte in einem ersten Schritt auf Grundlage der Angaben der Projektleitung im Projektantrag, wobei die Nennung von mehreren Settings möglich war. In einem weiteren Schritt wurden die Projekte anhand aller relevanten Projektunterlagen einem oder mehreren konkreten Setting(s) zugeordnet.

Abbildung 2 stellt die Settings dar, welche vom Antragsteller/von der Antragstellerin angegeben wurden. Folgende Settings stehen zur Auswahl: Stadt, Gemeinde, Schule, Betrieb, Krankenhaus, Freizeit, andere. Mehrfachantworten sind möglich. Insgesamt wurden 40 Angaben zu den Settings gemacht. In den meisten Projekten wurden mehrere Settings angegeben. Der Durchschnitt liegt bei knapp über zwei Settings pro Projekt.

Die Darstellung zeigt, dass in allen Projekten die Schule als Setting angegeben wurde. Am zweithäufigsten wurde das Setting „Stadt“ gefolgt von „Gemeinde“ und „Freizeit“ angekreuzt. „Betrieb“ und „Krankenhaus“ wurde ebenfalls von jeweils einem Projekt genannt. Unter dem Punkt „andere“ nannten die AntragstellerInnen Dorf, Kindergarten und Berufsschule.

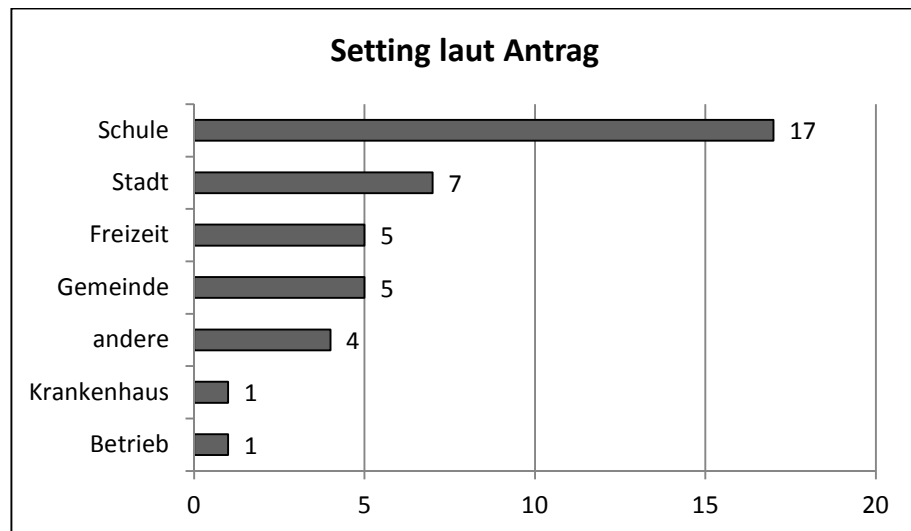
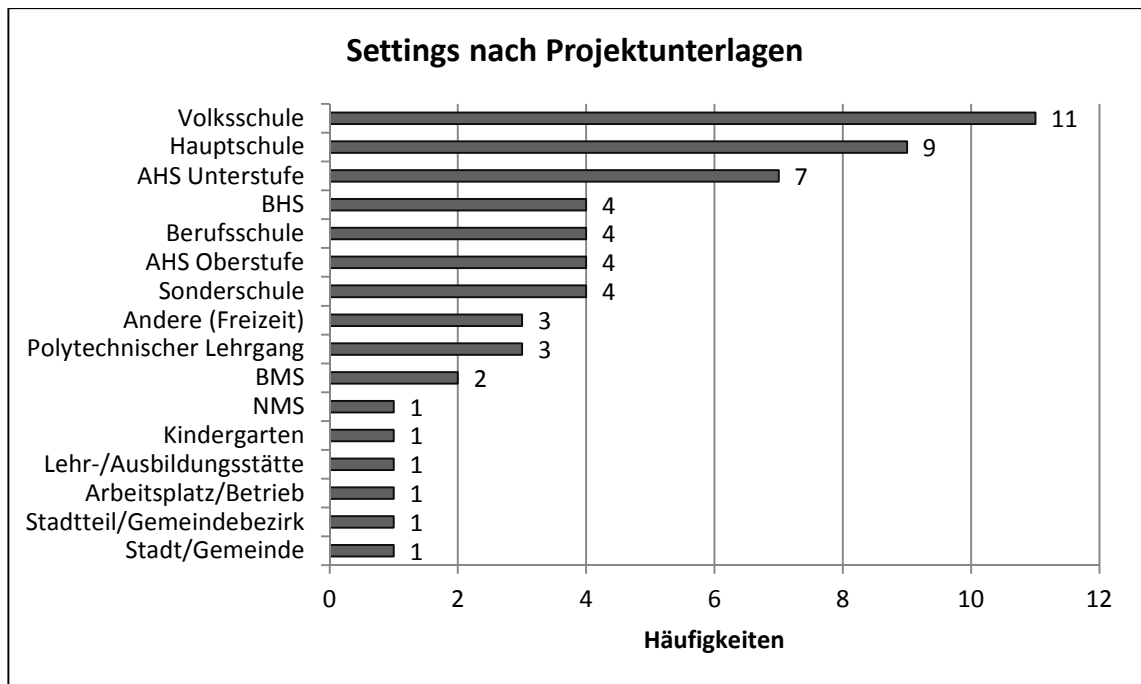


Abb. 2: Setting laut Projektantrag

Bei der detaillierten Analyse des Settings (Abb. 3) aufgrund aller Projektunterlagen zeigt sich, dass sehr viele Projekte in der Volksschule, Hauptschule und/oder der AHS Unterstufe durchgeführt wurden. Bei fast der Hälfte der Projekte (47%) wurden die Interventionen nicht ausschließlich im Setting Schule sondern zu einem Teil auch in einem anderen Setting wie Freizeit, Kindergarten oder kommunales Setting durchgeführt. Dies zeigt, dass Projekte, welche im Setting Schule stattfinden, häufig mit weiteren Lebenswelten verknüpft werden. In die Analysen wurden allerdings nur jene Projekte aufgenommen, die den Schwerpunkt des Projekts im Setting Schule legten.



**Abb. 3: Zugeordnete Settings nach relevanten Projektunterlagen**

Ein Vergleich der Angaben im Projektantrag mit jenen aus den gesamten Projektunterlagen zeigt, dass das Setting Schule bei beiden immer genannt wurde. Die Durchführung des Projekts in diesem Setting war Voraussetzung für den Einschluss in die Analysen. Bezüglich der anderen Settings konnten allerdings erhebliche Unterschiede festgestellt werden. So zeigt sich beispielsweise, dass das Setting Stadt/Gemeinde bzw. Stadtteil/Gemeindebezirk lediglich zweimal aus den gesamten Projektunterlagen bestätigt werden kann. Im Projektantrag wurde allerdings siebenmal „Stadt“ und fünfmal „Gemeinde“ als Setting angegeben. Auch das Setting „Krankenhaus“ konnte bei Sichtung der gesamten Unterlagen nicht nachvollzogen werden. Ebenso wurde das Setting „Freizeit“ im Projektantrag häufiger angegeben als nach der Analyse der gesamten Projektdokumentationen.

#### **4.4.1.2 Gesamtprojektkosten und Fördersummen**

Die Spannweite der bewilligten Gesamtkosten ist mit Kosten von 5.638 bis 423.370 Euro relativ hoch, wobei der Median bei 25.567 Euro liegt. In die Analysen wurden nur jene Projekte eingeschlossen, deren Gesamtprojektkosten zu

mindestens 50% vom FGÖ gefördert wurden. Dementsprechend ist die Spannweite der Fördersummen ähnlich groß wie jene der Gesamtprojektkosten mit Summen von 2.819 bis 211.685 Euro. Der Median liegt hier bei 14.534 Euro.

Es sei allerdings anzumerken, dass für einige Projekte zum Zeitpunkt der Auswertung noch keine Endabrechnung vorlag. Aus diesem Grund konnten hier lediglich die bewilligten Fördersummen und Gesamtprojektkosten zum Zeitpunkt des Antrags und nicht jene nach Endabrechnung herangezogen werden. Dadurch sind Verzerrungen zu den tatsächlichen Beträgen möglich, welche häufig mit den bewilligten differieren können. Oft sind die Gesamtprojektkosten und somit auch die Förderkosten nach der Endabrechnung niedriger.

Aus Tabelle 1 ist ersichtlich, dass über drei Viertel der Projekte eine Förderung von bis zu 20.000 Euro bewilligt wurde. Ein Projekt erhielt eine Förderung von 40.000 bis 50.000 Euro und eines von über 72.000 Euro. Erst ab einer Fördersumme von 72.000 Euro ist eine externe Evaluation vorgeschrieben. Das bedeutet, dass bei dem Großteil der hier analysierten Projekte eine freiwillige externe Evaluation (=Einschlusskriterium) durchgeführt wurde.

<b>Fördersummen (EUR)</b>	<b>Anzahl der Projekte</b>	<b>in %</b>
unter 10.000	3	17,6%
ab 10.000 / unter 20.000	10	58,8%
ab 20.000 / unter 30.000	2	11,8%
ab 30.000 / unter 40.000	0	0%
ab 40.000 / unter 50.000	1	5,9%
ab 50.000 / unter 60.000	0	0%
ab 60.000 / unter "72.000"	0	0%
"über 72.000"	1	5,9%
<b>Gesamt</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>

**Tab. 1: Bewilligte Fördersummen**

#### 4.4.1.3 Dauer der Projekte

Die Dauer der Projekte wurde vorab im Fördervertrag vereinbart und für die Analysen diesem entnommen. Des Weiteren wurden die Angaben zu der tatsächlichen Projektdauer – sofern vorhanden – dem Endbericht entnommen.

Die vereinbarte Dauer der Projekte variierte von 9 bis 60 Monaten, wobei am häufigsten (37,5%) eine Laufzeit von maximal einem Jahr vereinbart wurde. Eine Projektdauer über zwei Jahre war lediglich bei zwei Projekten (12,5%) vereinbart worden (Abb. 4). Bei einem Projekt wurde keine Dauer im Fördervertrag angegeben. Der Median liegt bei 17 Monaten.

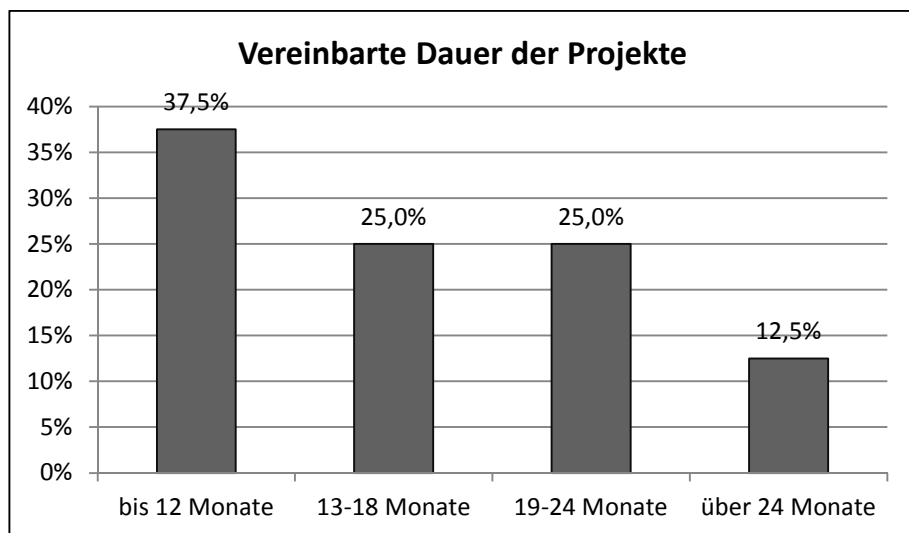


Abb. 4: Vereinbarte Projektlaufzeit

Lediglich in zehn der 17 untersuchten Projekte wurden Angaben zur tatsächlichen Projektlaufzeit gefunden. Hier zeigte sich in fast jedem Projekt die gleiche Projektdauer wie im Vertrag oder eine um ein bis zwei Monate verkürzte Projektlaufzeit. Lediglich ein Projekt gab eine verlängerte Projektlaufzeit mit 30 statt 21 Monaten an. Bei den anderen sieben Projekten (41,1%) wurden keine Angaben zur tatsächlichen Projektdauer in den Projektdokumentationen gefunden. Es konnten in einigen Projekten Hinweise auf Verschiebungen oder Verlängerungen der Projektlauf-



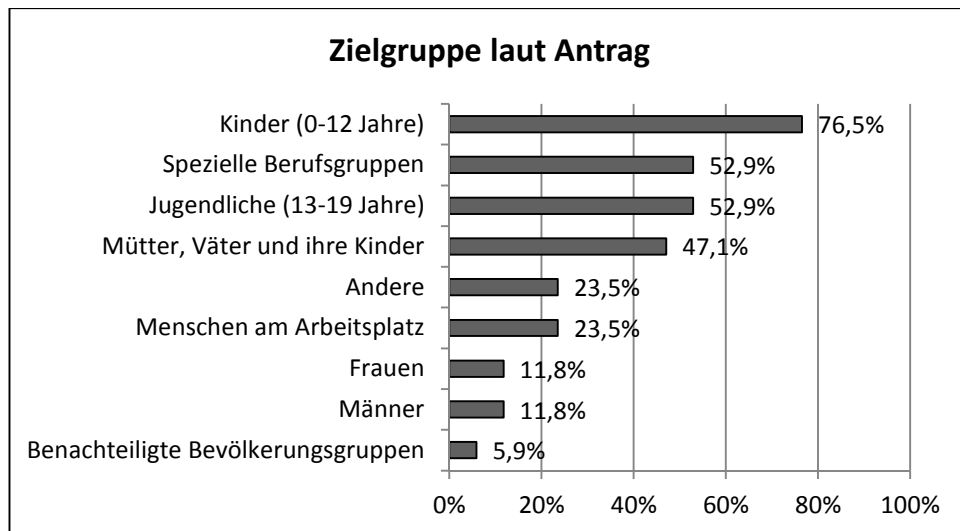
zeit in den Projektdokumentationen gefunden werden, welche allerdings nicht konkret festgehalten wurden.

#### **4.4.1.4 Zielgruppen**

Wie auch die Angaben zum Setting wurde die subjektive Einschätzung der Zielgruppe/n durch die Projektleitung aus dem Projektantrag entnommen, wobei Mehrfachantworten möglich waren. In weiterer Folge wurde auch eine detaillierte Einschätzung der Zielgruppe/n auf Grundlage aller Projektunterlagen durchgeführt und versucht auf das dreiteilige Kategoriensystem (Alter, Geschlecht, Auswahl) des neuen FGÖ-Projektguides zu überführen.

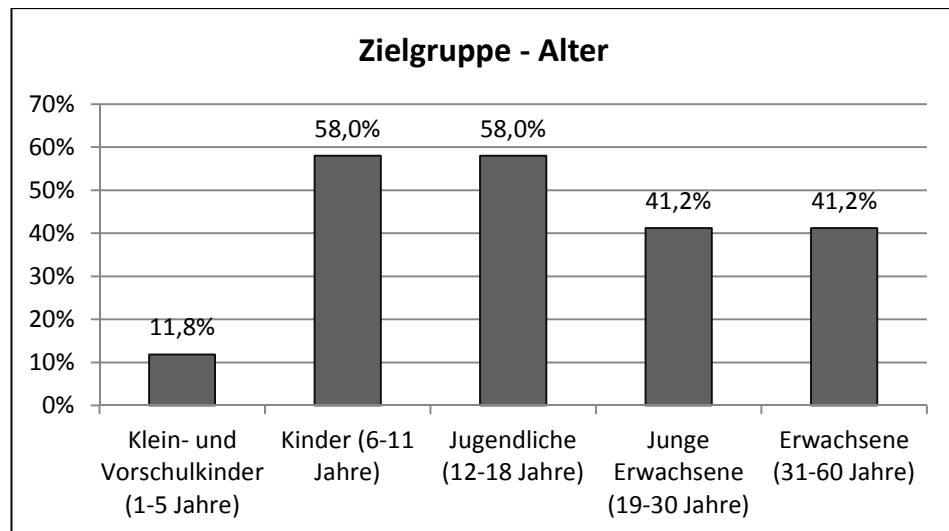
In Abbildung 5 sind die vom Antragsteller/von der Antragstellerin ausgefüllten Zielgruppen des Projekts dargestellt. Als Zielgruppen konnten folgende angekreuzt werden: Kinder (0-12 Jahre), Jugendliche (13-19 Jahre), Menschen am Arbeitsplatz, Ältere Menschen, Frauen, Männer, Mütter/Väter und ihre Kinder, chronisch Kranke, spezielle Berufsgruppen, benachteiligte Bevölkerungsgruppen und andere. Bei den meisten Projektanträgen wurden mehrere Zielgruppen angegeben. Insgesamt wurden 52 Angaben zur geplanten Zielgruppe gemacht. Dies entspricht durchschnittlich drei Angaben pro Projekt.

Am häufigsten wurde von den AntragstellerInnen Kinder als Zielgruppe genannt (76,5%). Mehr als die Hälfte (52,9%) nannten Jugendliche und spezielle Berufsgruppen (v.a. LehrerInnen), wobei LehrerInnen (PädagogInnen, Klassenvorstände) auch in der Kategorie „andere“ angegeben wurden. Mütter, Väter und ihre Kinder wurden ebenfalls von fast 50% als Zielgruppe angekreuzt.



**Abb. 5: Zielgruppe laut Projektantrag**

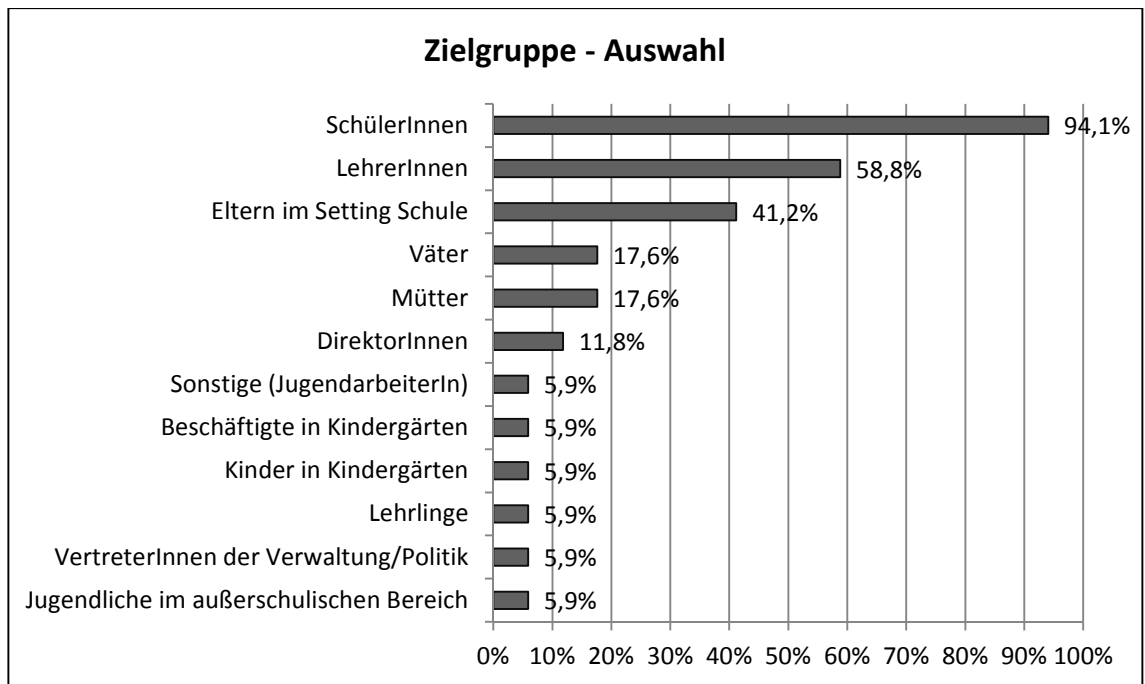
Nach Zuordnung auf das neue dreiteilige Kategoriensystem zeigt sich, dass vor allem Kinder im Alter von sechs bis elf Jahren und/oder Jugendliche im Alter von 12 bis 18 Jahren Zielgruppen der Projekte waren (jeweils rund 58%). Dies verwundert nicht weiter, bedenkt man, dass es sich hier ausschließlich um Projekte mit Schwerpunkt schulischer Gesundheitsförderung handelt. Zwei Projekte (11,8%) hatten außerdem auch Klein- und Vorschulkinder, und jeweils sieben Projekte (je 41,2%) junge Erwachsene (19-30 Jahre) bzw. Erwachsene (31-60 Jahre) als Zielgruppe (Abb. 6). Insgesamt hat sich allerdings gezeigt, dass die vorgegebenen Kategorien zum Teil Schwierigkeiten bereiteten. Einerseits waren Mehrfachantworten möglich, wodurch die Gesamtzahl über 100% steigt und andererseits war die Zuordnung auf die Kategorien durch die Altersgrenzen erschwert. So waren beispielsweise in einem Projekt nur Jugendliche Zielgruppe, diese aber aufgrund der Schultypen zum Teil bis zu einem Alter von 19 oder 20 Jahren.



**Abb. 6: Alter der Zielgruppen**

Die Zuordnung der Zielgruppe nach Geschlecht erwies sich bei den schulischen Gesundheitsförderungsprojekten als wenig sinnvoll. Da die Projekte in ganzen Klassen bzw. teilweise sogar in ganzen Schulen stattfanden, wurden keine Einschränkungen bezüglich des Geschlechts der SchülerInnen gemacht. Dementsprechend wurden in allen Projekten beide Geschlechter als Zielgruppen angegeben.

Die Zugehörigkeit der Zielgruppe steht in enger Verbindung mit dem gewählten Setting. Dementsprechend wurden außer in einem in allen Projekten SchülerInnen als Zielgruppe angegeben. Des Weiteren waren LehrerInnen mit 58,8% und Eltern im Setting Schule (41,2%) häufige Zielgruppen der Projekte. Aber auch Eltern oder Jugendliche im außerschulischen Bereich, VertreterInnen der Verwaltung oder Politik, Lehrlinge, Kinder in Kindergärten, Beschäftigte in Kindergärten und JugendarbeiterInnen wurden als Zielgruppe genannt (Abb. 7).



**Abb. 7: Zugehörigkeit der Zielgruppen**

Ein Vergleich der Angaben in den Projektanträgen mit jenen, welche nach Sichtung sämtlicher Projektunterlagen gemacht werden konnten, zeigt, dass in beiden Fällen Kinder und Jugendliche, aber auch LehrerInnen und Eltern angegeben wurden. Insgesamt ergeben sich daher für beide Aufgliederungen ähnliche Ergebnisse. Bei der Einteilung der Zielgruppe/n durch die AntragstellerInnen zeigen sich allerdings Schwierigkeiten bei der Zuordnung bestimmter Gruppen: So wurden beispielsweise LehrerInnen den Kategorien „spezielle Berufsgruppe“, „andere“ und wahrscheinlich auch „Menschen am Arbeitsplatz“ zugeordnet. Dies zeigt den Bedarf nach einem präziseren und eindeutigeren Kategorienschema zur Erfassung der Zielgruppe.

#### **4.4.1.5 Zielgruppengröße**

Die Zielgruppengröße wurde aus den gesamten Projektunterlagen eruiert und unterliegt in vielen Fällen den Angaben und Einschätzungen der Projektleitung. In einigen Fällen konnten lediglich Hochrechnungen und Schätzungen in den Aufzeichnungen gefunden werden. In fünf Projekten (29,4%) konnten keine verwert-

baren Angaben zur erreichten Zielgruppengröße in den Unterlagen erforscht werden.

Bei den restlichen Projekten liegt die Spannweite der Zielgruppengröße zwischen 29 und 36.552 Personen. Der Median liegt bei 285. Den Großteil der Zielgruppe macht in den meisten Fällen der Anteil der SchülerInnen aus (Abb. 8). Eine genaue Aufgliederung nach Zugehörigkeit (SchülerInnen, LehrerInnen, Eltern, etc.) ist allerdings aufgrund fehlender Dokumentationen dazu nicht möglich.

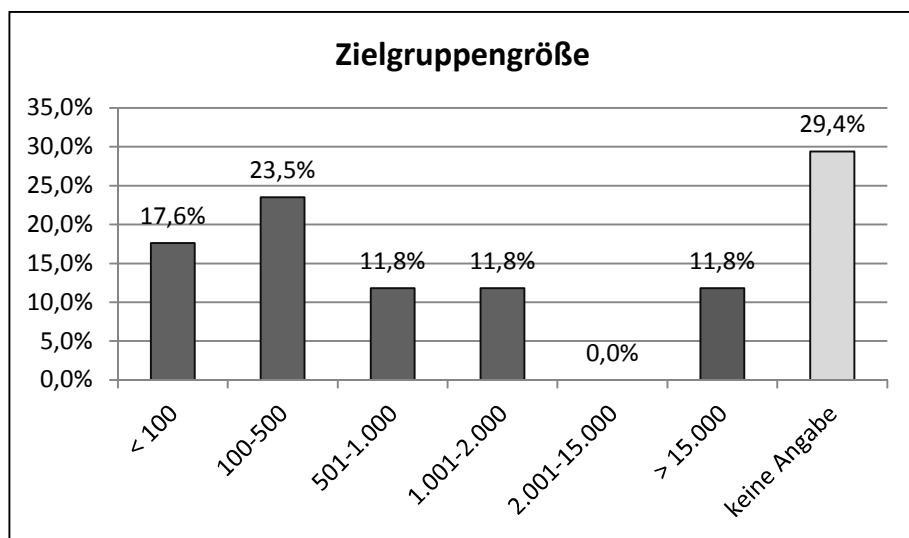


Abb. 8: Zielgruppengröße

#### 4.4.1.6 Reichweite

Die Bestimmung der Reichweite der Projekte erfolgte auf Grundlage aller Projektunterlagen, wobei mehrere Angaben möglich waren. Der Großteil der Projekte (70,6%) wurde in mehreren voneinander unabhängigen Schulen (Netzwerken) durchgeführt. Lediglich in drei Projekten wurden die Maßnahmen ausschließlich in einer einzigen Schule bzw. in Teilen davon umgesetzt. Über ein Drittel der Projekte (35,3%) fand bundeslandweit statt. Drei Projekte wurden sogar österreichweit durchgeführt (Abb. 9).

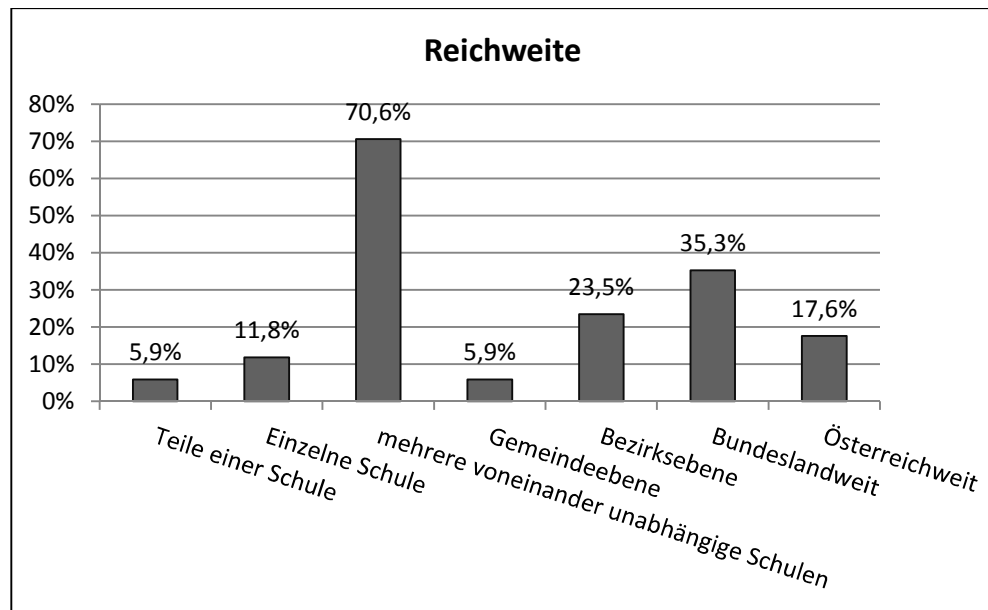


Abb. 9: Reichweite des Settings (Wirkungsort)

## 4.4.2 Ergebnisse der Themenanalysen

### 4.4.2.1 Problemstellungen

Um zu erfassen, welche Gründe für eine Gesundheitsförderungsintervention genannt wurden, wurde eine Analyse der genannten Problemstellungen durchgeführt. Die Grundlage dieser Kategorie bildet der Punkt 2.9 des FGÖ-Antragsformulars und weitere „antragsstellerrelevante Unterlagen“ (wie z.B. Emails, Konzepte in der Beilage, etc.). Aus diesen Unterlagen wurden in Tabellenform die Aussagen verkürzt eingetragen und mittels Themenanalyse nach Froschauer und Lueger (2003) untersucht. Es wurden insgesamt 89 Problemstellungen analysiert, wobei im Durchschnitt fünf Problemstellungen angegeben wurden. Das Minimum lag bei einer Problemstellung, das Maximum bei zwölf.

Bei der Durchsicht der Projektanträge zeigte sich allerdings, dass die AntragstellerInnen teilweise keine oder nicht ausschließlich Problemstellungen unter diesem Punkt anführten, sondern auch andere Themen. Zum Teil fanden sich auch die Problemstellungen an anderen Stellen des Antrags wieder, während unter diesem Punkt nur eine kurze zwei bis drei Sätze lange Schilderung gegeben wurde.

Tabelle 2 zeigt die drei Hauptkategorien, denen die behandelten Themen der Problemstellungen nach der Themenanalyse zugeordnet werden können: Vorwissen, Projektbeschreibung und Rahmenbedingungen.

Für alle Tabellen gilt, dass die Themen nach der Anzahl der Nennungen in absteigender Rangordnung dargestellt sind. Bei der Beschreibung der Tabellen im Text ist zu beachten, dass aus Gründen der Überschaubarkeit nur die wichtigsten Überkategorien genannt werden. Viele Kategorien beinhalten jedoch weitere Themen, die individuell nachzulesen sind.

Hauptkategorie	Subkategorien	Rang
<b>Vorwissen</b>		<b>1</b>
	psychosoziale Gesundheit	1
	Gesundheitsverhalten	2
	regionale Probleme	3
	physische Gesundheit	4
	Gesundheitliche Folgen	5
	Mängel früherer Projekte	6
	kulturelle Probleme	7
<b>Projektbeschreibung</b>		<b>2</b>
	Nutzen des Projekts	1
	mögliche Schwierigkeiten bei der Umsetzung	2
	geplante Partizipation	3
	Maßnahmenbeschreibung	.
	Zielgruppenbeschreibung	.
<b>Rahmenbedingungen</b>		<b>3</b>
	strukturelle Mängel	1
	psychosoziale Gesundheit	2
	gute Ausgangslage	3
	Gesundheitsverhalten	4
	fehlendes Wissen	5
	Mängel in Prozessen	6

Tab. 2: Überkategorien der Themen der „Problemstellungen“

Am häufigsten zeigen sich hier Themen, welche das Vorwissen bzw. vorangegangene Erkenntnisse beschreiben. Oft sind hier Erkenntnisse zur psychosozialen Gesundheit, dem Gesundheitsverhalten oder regionenspezifische Probleme genannt. Sehr häufig finden sich in den Problemstellungen auch Projektbeschreibungen wie der Nutzen des Projekts, mögliche Schwierigkeiten der Umsetzung oder Beschreibung der Umsetzung, Maßnahmen oder Zielgruppe wieder. Diese werden häufiger genannt als Rahmenbedingungen, welche strukturelle Mängel, Annahmen zur psychosozialen Gesundheit, dem Gesundheitsverhalten oder dem Wissensstand enthalten.

#### **4.4.2.2 Projektziele**

Ziele werden im Laufe eines Projektes immer wieder adaptiert. Darum wurden für diese Kategorie alle Projektunterlagen als Grundlage für die Bewertung herangezogen. Wie auch die Problemstellungen wurden die Ziele in verkürzter Form in eine Tabelle übertragen und diese dann entsprechend analysiert. Es wurden in dieser Form insgesamt 197 Ziele bewertet, wobei die Spannbreite bei den einzelnen Projekten zwischen fünf und 23 Zielen lag. Im Mittel wurden zwölf Ziele angegeben.

Am häufigsten wurde die Vermittlung von Kompetenzen im Sinne von beispielsweise Lebens- und Sozialkompetenzen, Konfliktlösungs- oder Stressbewältigungskompetenzen angestrebt (Tab. 3). Sehr oft ist aber auch Nachhaltigkeit, also die Verbesserung der Strukturen, des Schulklimas oder der Vernetzung Ziel der Projekte zur schulischen Gesundheitsförderung. Mehrere AntragstellerInnen gaben an, mit ihrem Projekt eine individuelle Einstellungsänderung oder eine Verbesserung des Gesundheitsverhaltens zu einer gesünderen Lebensführung (für Bewegung und gesunde Ernährung, gegen Rauchen) erreichen zu wollen.

Des Weiteren wurden Themen der Wissensvermittlung, der Persönlichkeitsstärkung, der Sensibilisierung und der ganzheitlichen Gesundheit als Ziel genannt. Vereinzelt konnten auch Ziele wie den Kindern/Jugendlichen/LehrerInnen Möglichkeiten der Hilfe und Unterstützung aufzuzeigen oder anzubieten, die Verbrei-



tung des Projekts, Aufklärung zu gesundheitsrelevanten Themen, weiterer Erkenntnisgewinn und die Verbesserung des Gesundheitsbewusstseins in den Projektunterlagen gefunden werden.

Hauptthema	Rang
Vermittlung von Kompetenzen	1
Nachhaltige Umsetzung	2
Einstellungsänderung bewirken	3
Verbesserung des Gesundheitsverhaltens	3
Vermittlung von Wissen	5
Persönlichkeits-/Ich-Stärkung	6
Förderung der Sensibilisierung	7
Verbesserung der Gesundheit	8
Hilfe anbieten	9
Verbreitung des Projekts	9
Aufklärung	11
Erkenntnisgewinn	11
Verbesserung des Gesundheitsbewusstseins	13

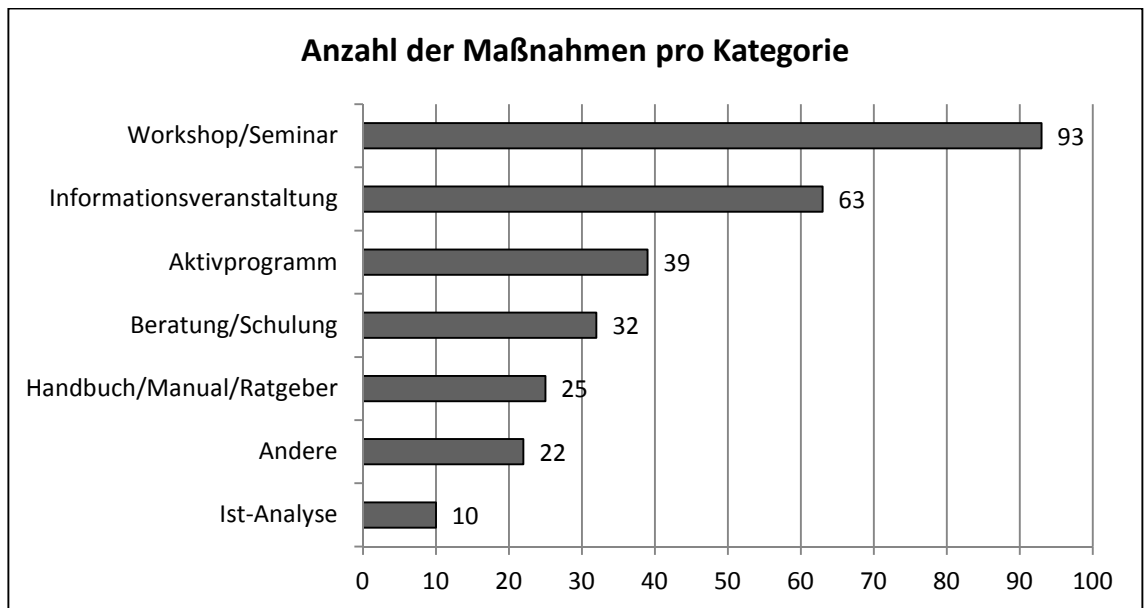
Tab. 3: Überkategorien der Themen der „Projektziele“

#### 4.4.2.3 Maßnahmen

Der letztgültige Stand der Maßnahmen wurde in verkürzter Form aus allen Projektunterlagen entnommen. Die Maßnahmen wurden ebenfalls in eine Tabellenform übertragen, allerdings im Gegensatz zu den anderen Themen einem vorher festgelegten Kategorienschema zugeordnet. Zusätzlich wurde bei den Maßnahmen zwischen verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen unterschieden.

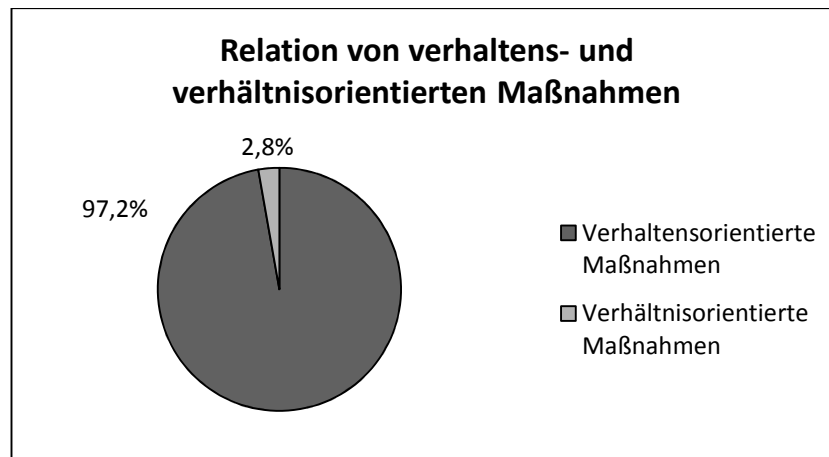
In Summe wurden in den analysierten Projekten 218 Maßnahmen beschrieben. 50 von diesen Maßnahmen konnten mehreren Kategorien zugeordnet werden. In Abbildung 10 werden die Maßnahmen pro Kategorie dargestellt. Diese beziehen sich auf eine Gesamtsumme von 285 Nennungen aufgrund der mehrfachen Kategorienzuordnung. Die am häufigsten angewandte Maßnahme zur Gesundheitsförde-

rung im Setting Schule waren Workshops und Seminare. Ebenfalls sehr oft wurden Informationsveranstaltungen durchgeführt, gefolgt von Aktivprogrammen. In die Restkategorie „andere“ fallen insgesamt 22 Nennungen. Diese umfassen unter anderem Projektpräsentationen, Veranstaltungen zur Vernetzung/Konferenzen, Preisverleihungen oder Feiern/Partys.



**Abb. 10: Anzahl der Maßnahmen pro Kategorie**

Das Verhältnis von verhaltens- zu verhältnisorientierten Maßnahmen (Abb. 11) zeigt, dass im Setting Schule die Gesundheitsförderungsprojekte fast ausschließlich (96,7%) verhaltensorientierte Maßnahmen beinhalten. Nur in wenigen Projekten wurden auch verhältnisorientierte Maßnahmen entdeckt.



**Abb. 11: Relation von verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen**

Abschließend sei bei der Analyse der Maßnahmen darauf hingewiesen, dass in den Projektdokumentationen öfters geplante Maßnahmen beschrieben wurden, bei denen allerdings keine Hinweise auf eine tatsächliche Umsetzung gefunden wurden. Diese wurden nicht in die Analysen einbezogen.

#### **4.4.2.4 Dargestellte Ergebnisse**

Grundlage dieser Kategorie sind alle Projektergebnisse die entweder in den Berichten des Projektteams oder der externen Evaluation beschrieben worden sind. Die Ergebnisse wurden in gekürzter Form gesammelt und mittels Themenanalyse ausgewertet.

Tabelle 5 stellt die Überkategorien aller Themen nach der Anzahl der Nennungen unabhängig von der Perspektive in absteigender Rangordnung dar. Entsprechende nach Perspektiven getrennte Detailtabellen finden sich im Anhang (Kapitel 7.1.1).

Am häufigsten wurden in den Ergebnissen Bewertungen des Projekts von Seiten der SchülerInnen, LehrerInnen, Eltern, ExpertInnen und der Projektleitung dargestellt (Tab. 4). Diese bezogen sich unter anderem auf die Maßnahmen, die Methoden, die Unterlagen bzw. Materialien, den Inhalt, die TrainerInnen, die Verständlichkeit oder den Zeitumfang. Die Anzahl der positiven Bewertungen der Projekte

überwiegt deutlich gegenüber den negativen Bewertungen und zwar sowohl aus Sicht der Projektleitung („PRO“) als auch aus der Perspektive der Evaluation („EVA“).

Ebenfalls sehr oft wurden Ergebnisse gefunden, welche keine Veränderung beispielsweise der Kompetenzen, des Klassenklimas oder der Strukturen durch das Projekt berichten. Diese wurden viel häufiger aus der Perspektive der Evaluation erwähnt (EVA: Rang 2; PRO: Rang 9).

In vielen Berichten finden sich Anmerkungen zu positiven Reaktionen von allen Seiten auf das Projekt. Diese können sich in einer Begeisterung für das Projekt, Freude am Projekt, in einem positiven Feedback oder zum Beispiel auch in hoher Akzeptanz äußern. Positive Reaktionen auf das Projekt finden in Berichten des Projektteams häufiger Erwähnung als in jenen der Evaluation (PRO: Rang 1; EVA: Rang 9).

Viele Ergebnisse der Projektleitung und der Evaluation enthalten Hinweise zu einer erreichten Verbesserung der Kompetenzen von SchülerInnen oder zum Teil auch von LehrerInnen, beispielsweise der Kommunikationsfähigkeit, der Stressbewältigungskompetenzen oder der Konfliktlösungsstrategien. Allerdings berichtet die Evaluation auch gelegentlich von einer Verschlechterung der Kompetenzen nach dem Projekt (Rang 16). Dieses Thema findet sich in den Berichten der Projektleitung fast gar nicht (Rang 22 = letzter Rang).

In den Unterlagen konnten oft auch Ergebnisse entdeckt werden, welche von einer erreichten Wissenssteigerung zum Beispiel zu Gesundheitsthemen wie Bewegung, Ernährung, Substanzkonsum berichten. Dieses Themengebiet wird sowohl vom Projektteam als auch von der Evaluation öfters erwähnt (PRO: Rang 5; EVA: Rang 4). Gelegentlich wurden auch Ergebnisse beschrieben, welche auf eine unzureichende Wissenssteigerung schließen lassen. Diese Ergebnisse finden sich ebenfalls bei beiden Perspektiven.

Positive und negative Anmerkungen zum Projekt umfassen Ergebnisse etwa zum Arbeitsaufwand, zur Durchführungstreue, zu möglichen Verbesserungsvorschlägen oder zur Zielerreichung. In den Berichten des Projektteams finden positi-

ve Anmerkungen zum Projekt häufiger Erwähnung als negative (pos.: Rang 3; neg.: Rang 6). Bei den Evaluationsberichten ist es umgekehrt (pos.: Rang 15; neg.: Rang 14).

Das Thema „Nachhaltigkeit der Ergebnisse“ fand lediglich in den Berichten der Evaluation Erwähnung, hier dafür öfters (Rang 5). Diese Kategorie umfasst Ergebnisse, welche eine dauerhafte Veränderung bzw. Verbesserung beschreiben.

Weitere Themen der Ergebnisse waren zum Beispiel Erkenntnisgewinn, strukturelle Verbesserungen (Integration in den Alltag, verbessertes Schulklima), Wünsche (z.B. Wiederholung des Projekts), Einstellungsveränderungen, Änderungen des Gesundheitszustands oder Ergebnisse von Ist-Analysen (z.B. zum Gesundheitszustand der SchülerInnen).

Hauptthema	Rang
positive Bewertung des Projekts	1
keine Veränderung erreicht	2
positive Reaktionen auf das Projekt	3
Verbesserung der Kompetenzen	4
Steigerung des Wissens	5
positive Anmerkungen zum Projekt	6
Wünsche/Anregungen zum Projekt	7
Erkenntnisgewinn	8
strukturelle Verbesserungen durch Projekt	9
unterschiedliche Bewertung des Projekts	10
Verbesserung der Gesundheit	10
Nachhaltige Ergebnisse	12
negative Anmerkungen zum Projekt	13
Bewusstseinsbildung	14
positive Einstellungsänderung	15
Ist-Analyse: negatives Ergebnis	16
Verbesserung des Gesundheitsverhaltens	16
Verschlechterungen der Kompetenzen	16
negative Bewertung des Projekts	19
Verschlechterung der Gesundheit	20
Ist-Analyse: positives Ergebnis	21
negative Reaktionen auf das Projekt	22
positives SchülerInnenverhalten bei Projektumsetzung	23
Unzureichende Steigerung des Wissens	24
negative Einstellungsänderung	25
negatives SchülerInnenverhalten bei Projektumsetzung	25
strukturelle Verschlechterungen durch das Projekt	25
Veröffentlichung der Ergebnisse	28
Interesse am Projekt vorhanden	29
Ist-Analyse: Altersunterschiede	30
Ist-Analyse: Geschlechtsunterschiede	31
Verschlechterungen des Gesundheitsverhalten	31
negative Reaktionen auf das Projekt	31

**Tab. 4: Überkategorien der Themen der „Ergebnisse“**

#### **4.4.2.5 Intendierte und prognostizierte Nachhaltigkeit**

Eine Fragestellung dieser Masterthesis, die es zu beantworten galt, ist wie die Gewährleistung der Nachhaltigkeit geplant war und wie diese im Vergleich dazu umgesetzt wurde. Es sei hier darauf verwiesen, dass in den Projektunterlagen Nachhaltigkeit eher im Sinne einer nachhaltigen Projektumsetzung als im Sinne einer nachhaltigen Veränderung/Verbesserung der Verhältnisse bzw. des Verhaltens interpretiert wird.

Als mögliche Indikatoren für die tatsächliche/prognostizierte Nachhaltigkeit wurde beispielsweise das Schaffen von Anreizstrategien, -strukturen, Regelfinanzierung des Projekts, Kooperationen, gesetzliche Regelungen, Benennung eines Verantwortlichen (der sich um die Fortsetzung kümmert), Führungspersonen im Projektteam, Integration des Projekts in bestehende Organisationsstrukturen oder Einsatz von externen ExpertInnen, Ausbildung von MitarbeiterInnen (zu MultiplikatorInnen) gesehen.

Die Kriterien für die intendierte Nachhaltigkeit wurden dem Punkt 2.15 des Projektantrags entnommen und in verkürzter Form in ein Tabellenformular übertragen, um sie anschließend einer Themenanalyse zu unterziehen. Während der Sichtung der Unterlagen stellte sich allerdings heraus, dass der Punkt „intendierte Nachhaltigkeit“ oft nur unzureichend (mit einem Satz oder nur mit dem Wort „ja“) ausfüllt wurde. Es fanden sich allerdings an anderer Stelle der antragsstellerrelevanten Unterlagen durchaus Hinweise dazu. Darum wurde die Quelle für diese Fragestellung auf sämtliche „antragsstellerrelevante Unterlagen“ ausgeweitet. Indikatoren für die tatsächliche/prognostizierte Nachhaltigkeit wurden aus den gesamten Projektunterlagen gesammelt und die gekürzte Form ebenfalls einer Themenanalyse unterzogen.

Insgesamt wurde bei 70 Aussagen über die intendierte Nachhaltigkeit eine Analyse durchgeführt. Dies ergibt einen Mittelwert von vier Aussagen zur intendierten Nachhaltigkeit pro Projekt, wobei mindestens eine und maximal 14 angegeben wurden.

Sehr häufig wurde beim Punkt „intendierte Nachhaltigkeit“ genannt, dass sich das Projekt selbstständig weiterführen soll, beispielsweise durch die ausgebildeten MultiplikatorInnen, ohne eine weiterführende Organisation zu benötigen. Dass die Projekterfahrungen veröffentlicht werden bzw. die Projektunterlagen nachher anderen Projekten ebenfalls zur Verfügung stehen sollen, sollte ebenfalls oft die Nachhaltigkeit gewährleisten. In vielen Fällen war eine Fortsetzung des Projekts fix geplant oder zumindest gewünscht. Nur ganz selten wurde genannt, dass es sich um ein zeitlich begrenztes Projekt handelt, welches nicht weitergeführt werden sollte. Einige gaben auch an, die Nachhaltigkeit durch eine Veränderung der Verhältnisse oder des Verhaltens der Zielgruppe sicherstellen zu wollen (Tab. 5).

Hauptthema	Rang
Eigenständige Weiterführung des Projekts	1
Projekterfahrungen verfügbar	2
Weiterführung geplant	3
Veränderung der Verhältnisse	4
Weiterführung gewünscht	4
Veränderung des Verhaltens	6
Keine Weiterführung	7

**Tab. 5: Überkategorien der Themen der „intendierten Nachhaltigkeit“**

Zur Einschätzung der prognostizierten Nachhaltigkeit wurden insgesamt 114 Indikatoren gefunden. Dies ergibt im Schnitt sieben pro Projekt, wobei mindestens einer und maximal 15 aus den Projektunterlagen gefiltert werden konnten.

Tabelle 6 zeigt die Themen, zu denen die Indikatoren der prognostizierten Nachhaltigkeit zusammengefasst werden konnten. Es zeigt sich, dass sehr oft eine Weiterführung des Projekts erreicht werden konnte. Allerdings wird in vielen Fällen auch eine schlechte Nachhaltigkeit der durchgeführten Projekte erwartet. Diese Erwartung beruht beispielsweise auf fehlenden Ressourcen (personell oder finanziell), einer unzureichenden Integration in den (Schul-)Alltag, fehlender oder unzureichender Vernetzung oder schlechten Ergebnissen der Evaluation.



Die häufig intendierte eigenständige Weiterführung des Projekts fand sich auch in der prognostizierten Nachhaltigkeit mehrfach wieder. Diese sollte durch die Vermittlung von Wissen und Kompetenzen (MultiplikatorInnen), durch die Integration in den Schulalltag oder durch Vernetzung erreicht werden. Einige ProjektleiterInnen und EvaluatorInnen gehen von einer guten Nachhaltigkeit aus. Allerdings beruhen diese Annahmen häufig nur auf Vermutungen und wurde die Prognose nicht ausschließlich von Ergebnissen abgeleitet. In einigen Fällen zeigte sich, dass die Projekterfahrungen auf andere Settings oder Regionen übertragen werden und/oder die Unterlagen/Materialien für eine Umsetzung weiteren Projekten zur Verfügung stehen bzw. dass das Projekt weiterentwickelt wird.

Hauptthema	Rang
Weiterführung des Projekts	1
Schlechte Nachhaltigkeit erwartet	2
Eigenständige Weiterführung des Projekts	3
Gute Nachhaltigkeit erwartet	4
Übertragung der Projekterfahrungen	5
Weiterentwicklung des Projekts	6
Weiterführung gewünscht	7
Folgeprojekte geplant	8
Keine Weiterführung	9
Weitere Untersuchungen geplant	10
Folgeeffekte des Projekts	11

**Tab. 6: Überkategorien der Themen der „prognostizierten Nachhaltigkeit“**

Analysiert man die Themen der prognostizierten Nachhaltigkeit nach den unterschiedlichen Perspektiven, so zeigen sich große Unterschiede in der Rangordnung der Themen zwischen den Berichten des Projektteams und jenen der Evaluation. Themen zur prognostizierten Nachhaltigkeit der Projektleitung beziehen sich vor allem auf die Weiterführung des Projekts – entweder im Sinne einer weiteren Umsetzung oder einer eigenständigen Fortsetzung oder auf die Weiterentwicklung und Übertragung des Projekts. Die Evaluation berichtet allerdings überwiegend

über die erwartete Nachhaltigkeit, wobei negative Erwartungen häufiger genannt werden als positive. Die nach den Perspektiven getrennten Detailtabellen finden sich im Anhang (Kapitel 7.1.2).

Ein Vergleich der intendierten mit der tatsächlichen Nachhaltigkeit zeigt, dass nach Abschluss des Projekts sehr häufig Aussagen über die fixe Weiterführung des Projekts getroffen werden, wobei eine eigenständige Fortsetzung häufiger intendiert war. Beides wird allerdings sowohl in der intendierten als auch in der prognostizierten Nachhaltigkeit häufig genannt.

Insgesamt überwiegen sowohl bei der intendierten als auch bei der prognostizierten Nachhaltigkeit die positiven Aussagen über die Gewährleistung deutlich.

#### **4.4.2.6 Förderliche und hinderliche Faktoren**

Förderliche und hinderliche Faktoren der Projektumsetzung wurden auf Grundlage aller Projektunterlagen identifiziert und die entsprechenden Textpassagen mittels Themenanalyse untersucht.

Insgesamt wurden 314 Textpassagen zu förderlichen Faktoren analysiert, wodurch sich ein Durchschnittswert von rund 14 Faktoren pro Projekt ergibt. Allerdings schwankt die Anzahl zwischen den Projekten sehr stark von mindestens vier bis maximal 60.

In Tabelle 7 zeigt sich, dass das Projekt oft zusätzliche, nützliche Wirkung aufwies, was wiederum für das Projekt selbst förderlich war. So wurde beispielsweise das Projekt als Vorbild für ein neues Schulleitbild herangezogen oder das Projekt wirkte auf den gesamten Stadtteil. Sehr häufig wurde von den ProjektleiterInnen auch die Art der Projektumsetzung als förderlich genannt. Beispiele hierfür sind Partizipation der Zielgruppe, Bedürfnisorientierung, ein abwechslungsreicher Projektverlauf oder Berücksichtigung der Geschlechtsspezifika.

Des Weiteren konnten mehrfach Hinweise auf eine gute, förderliche Zusammenarbeit mit den HauptakteurInnen der Schule sowie den Partnern und Kooperationen wie außerschulischen ExpertInnen, Politik und Öffentlichkeit gefunden wer-

den. Ein weiterer öfters genannter förderlicher Faktor waren kindgerechte Methoden mit entsprechenden Maßnahmen und aktiven Spielen.

Informationsbroschüren zeichneten sich in einigen Fällen außerdem als empfehlenswerte Maßnahme aus. Ebenso wurde das Engagement und die Motivation der Projektteilnehmenden als förderlich für die Projektumsetzung beschrieben. Vereinzelt wurden zudem die Öffentlichkeitswirkung, die Evaluation, das Konzept, die Projektleitung bzw. das Projektteam sowie die finanzielle Unterstützung als förderliche Faktoren bei der Durchführung genannt.

Die getrennte Auswertung der Rangordnung der förderlichen Faktoren zeigt kaum Unterschiede zwischen der Perspektive des Projektteams und jenen der Evaluation. Die Detailtabellen für jede Perspektive finden sich im Anhang (Kapitel 7.1.3).

Hauptthema	Rang
Nützlichkeit der Projektwirkung	1
Art der Projektumsetzung	2
Gute Zusammenarbeit mit Hauptakteuren der Schule	3
Kindgerechte Methoden	4
Gute Zusammenarbeit mit Partnern/Kooperationen	5
Empfehlenswerte Maßnahmen	6
Engagement der Projektteilnehmenden	6
Öffentlichkeitswirkung	8
Wertvoller Evaluationscharakter	8
Stärke des Projektkonzepts	10
Kompetenz der Projektleitung/des Projektteams	11
Finanzielle Unterstützung	12

**Tab. 7: Überkategorien der Themen der „förderlichen Faktoren“**

Insgesamt wurden 258 hinderliche Faktoren den Projektunterlagen entnommen. Dies bedeutet, dass durchschnittlich rund 15 hinderliche Faktoren pro Projekt eruiert wurden, wobei die Spannbreite mit drei bis 52 ähnlich groß ist wie bei den förderlichen Faktoren.

In Tabelle 8 sind die Themen der identifizierten hinderlichen Faktoren abgebildet. Insgesamt zeigt sich, dass sich viele Themen der förderlichen Faktoren in den hinderlichen Faktoren wiederfinden, allerdings in unterschiedlicher Rangordnung. Am häufigsten zeigten sich Schwierigkeiten bei der Projektumsetzung. Dies umfasst sowohl eine zu geringe Teilnehmerzahl bei den Maßnahmen als auch Zeitmangel, unzureichende Kooperation/Vernetzung und Verzögerungen in der Durchführung.

Außerdem konnte in vielen Fällen aufgrund von methodischen Problemen der Evaluation (zu kleine Stichprobe, falsche/schlechte Methode, keine Kontrollgruppe, etc.) und deren Umsetzung (nur ein Teil des Projekts evaluiert, etc.) nur eine eingeschränkte Aussagekraft der Ergebnisse festgehalten werden.

Im Laufe des Projekts berichteten mehrere ProjektleiterInnen und EvaluatorInnen von Schwächen des Projektkonzepts wie unrealistische/unzureichende Zielsetzungen, zu kurzer Interventionszeitraum, fehlende Inhalte oder unzureichende Berücksichtigung des Settings. Zum Teil können diese Faktoren auf einen weiteren öfters genannten hinderlichen Faktor, nämlich der Ressourcenknappheit, zurückgeführt werden.

In einigen Projekten wurden zudem Schwierigkeiten mit den LehrerInnen, DirektorInnen, Partnern, Kooperationen und SchülerInnen bezüglich unter anderem fehlender Motivation, fehlenden Engagements und Überforderung festgestellt.

Des Weiteren wurden hinderliche Faktoren bezüglich der Erhebung der Evaluation (z.B. niedrige Rücklaufquote, missverständliche Fragen), negative Reaktionen, Schwierigkeiten bei der Projektplanung und Schwierigkeiten mit den Eltern der SchülerInnen angeführt.

Hauptthema	Rang
Schwierigkeiten bei der Projektumsetzung	1
Eingeschränkte Aussagekraft der Ergebnisse/ Evaluation	2
Schwächen des Konzepts	3
Ressourcenknappheit	4
Schwierigkeiten mit den LehrerInnen/DirektorInnen	4
Schwierigkeiten bei der Erhebung (der Evaluation)	6
Schwierigkeiten mit den Partnern/Kooperationen	7
Schwierigkeiten mit den SchülerInnen	8
Negative Reaktionen	9
Schwierigkeiten bei der Projektplanung	9
Schwierigkeiten mit den Projektdurchführenden	11
Fehlende Informationen/Unterlagen in der Dokumentation	12
Schwierigkeiten mit den Eltern	13

**Tab. 8: Überkategorien der Themen der „hinderlichen Faktoren“**

Die nach Perspektiven getrennten Detailtabellen (siehe Anhang, Kapitel 7.1.3) zeigen unterschiedliche Rangordnungen der Kategorien zwischen der Sicht des Projektteams und jener der Evaluation. Die Schwierigkeiten bei der Projektumsetzung werden aus beiden Perspektiven am häufigsten als hinderlicher Faktor genannt. Die weiteren häufig genannten hinderlichen Faktoren der Evaluation beziehen sich allerdings auf die Evaluation an sich oder auf das Konzept des Projekts. Im Gegensatz dazu nennt die Projektleitung vor allem Schwierigkeiten mit Partnern und LehrerInnen bzw. Ressourcenknappheit als hinderliche Faktoren.

#### **4.4.2.7 Strukturen**

Aus allen vorhandenen Projektunterlagen wurden Informationen über bestehende bzw. geplante Strukturen gesammelt und in einem Tabellenblatt in gekürzter Form übertragen. Diese dienten als Grundlage für die Themenanalyse. Unter dem Begriff „Strukturen“ wurden alle Strukturen, Organisationen oder Gruppen verstanden, an welche das Projekt angedockt werden konnte bzw. welche durch das Pro-

jekt entstanden sind. Beispiele hierfür sind bestehende Projekte, Kooperationen, Anschluss an Netzwerke, Bildung eines Teams, etc.

Besonders häufig konnten in den Projektunterlagen Hinweise auf Kooperationen mit verschiedenen Organisationen, Gruppen und Vereinen gefunden werden. Allerdings fehlten hier meist nähere Angaben zur Art der Kooperation. In einigen Fällen wurde angegeben, dass die Kooperationen beispielsweise zur Bewerbung des Projekts oder im Sinne einer Bereitstellung von Materialien oder Arbeitszeit stattfand. Viele ProjektleiterInnen gaben an, in ihrer Arbeit an bereits bestehende, meist abgeschlossene Projekte – sowohl eigene, als auch andere nationale oder internationale – anknüpfen zu können. So konnten bereits vorhandene Strukturen, Kooperationen und Erfahrungen weiter genutzt werden (Tab. 9).

Viele ProjektleiterInnen wurden von Außenstehenden vor allem bezüglich fachspezifischen Wissens unterstützt. Oft wurde in den Projektunterlagen auch die Gründung von Arbeitsgemeinschaften, im Sinne von Netzwerken, Projektgruppen oder eines Projektteams erwähnt. In einigen Fällen konnte die Umsetzung des Projekts durch bereits vorangegangene Vorstudien und Vorarbeiten erleichtert werden.

Hauptthema	Rang
Kooperation	1
Anknüpfung an bestehendes Projekt	2
Unterstützung	3
Arbeitsgemeinschaft	4
Vorarbeiten	5
Veröffentlichung	6
Integration in den Unterricht	7
Auszeichnung	8

Tab. 9: Überkategorien der Themen der „Strukturen“

#### **4.4.3 Vergleich mit BGF-Projekten**

Ende 2010 wurde im Rahmen der ersten Phase des Projekts „Lernen aus FGÖ-Projekten“ vom Team der Programmlinie Evaluation des LBIHPR eine Analyse von 24 extern evaluierten Projekten zur betrieblichen Gesundheitsförderung ähnlich der hier durchgeführten Untersuchung abgeschlossen. Abschließend sollen hier nun die Ergebnisse der beiden Untersuchungen miteinander verglichen werden, um mögliche Unterschiede zwischen den beiden Settings zu identifizieren. Grundlagen der Analysen war der Evaluationsbericht „Lernen aus FGÖ-Projekten“ (Nitsch et al. 2010a; Nitsch et al. 2010b; Nitsch & Waldherr, 2010).

Der Vergleich der Gesamtprojektkosten und Fördersummen zeigt, dass in den Projekten zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) höhere Kosten anfallen als in jenen der schulischen Gesundheitsförderung (SGF) und somit auch die Fördersummen höher sind. So liegt der Median der Gesamtprojektkosten bei BGF mit €40.451 deutlich höher als jener bei SGF mit €25.567, bei den Fördersummen liegt er bei €21.604 bzw. €14.534. Ebenso war die höchste Fördersumme der BGF-Projekte mit €602.020 fast dreimal so hoch wie jene der SGF (€211.685).

Entsprechend den hohen Fördersummen lag auch die Projektdauer der BGF-Projekte mit einem Median von 30 Monaten über jener der SGF-Projekte (17 Monate). Es zeigte sich auch, dass bei einem deutlich höheren Anteil der BGF-Projekte die Projektdauer überschritten wurde (62,5%) als bei den SGF-Projekten (10%).

Aufgrund der unterschiedlichen Settings ergeben sich daraus auch unterschiedliche Zielgruppen. Interessant ist allerdings, dass bei BGF-Projekten zum Teil auch geschlechtsspezifische Zielgruppen angegeben wurden. Das war bei den SGF-Projekten nicht der Fall. Schwierigkeiten mit der Zuordnung in das Kategorienschema konnten bei beiden Settings festgestellt werden.

Es sei allerdings darauf hingewiesen, dass die Analyse der Fördersummen und der Zielgruppen der BGF-Projekte auf extern und intern evaluierte Projekte beruhte und damit mehr Projekte umfasste.

Vergleicht man die Reichweite der beiden Settings miteinander, so zeigt sich, dass viele BGF-Projekte in lediglich einem einzelnen Betrieb stattfinden. Dies ist in den SGF-Projekten seltener der Fall. Hier fanden die Projekte zumeist in mehreren voneinander unabhängigen Schulen statt. Bei beiden Settings überwiegen die Projekte auf Bundesländerebene. Österreichweite Projekte konnten in der SGF häufiger festgestellt werden.

Der Vergleich der Ergebnisse der Themenanalysen ist sehr schwer, da sich unterschiedliche Themen herauskristallisiert haben. Am einfachsten ist der Vergleich der Maßnahmen, da hier das gleiche Kategorienschema verwendet wurde. In beiden Settings überwiegt die Maßnahme „Workshop/Seminar“. Allerdings konnten im Setting Betrieb auch mehr verhaltensorientierte Maßnahmen festgestellt werden (über 40%), welche in der SGF kaum zur Anwendung kamen. Insgesamt zeigt sich allerdings ein großer Unterschied in der durchschnittlichen Anzahl der durchgeführten Maßnahmen: Während bei BGF-Projekten im Schnitt 41 Maßnahmen pro Projekt durchgeführt wurden, sind es in den SGF-Projekten lediglich 13. Alles in allem weisen die Ergebnisse darauf hin, dass in Projekten der BGF eher in einem kleineren Setting (z.B. Einzelbetrieb) viele umfassende Maßnahmen durchgeführt werden, wohingegen in der SGF eher einzelne Maßnahmen (z.B. ein Theaterstück) in einem weiteren Setting (viele Schulen in einem Bundesland, in mehreren Bundesländern oder in ganz Österreich) durchgeführt werden.

Die Problemstellungen werden bei BGF-Projekten ausführlicher behandelt als in SGF-Projekten. So wurden bei BGF im Schnitt neun Nennungen zu den Problemstellungen abgegeben, wohingegen es bei SGF nur fünf waren. In beiden Settings werden die Themen „Vorwissen“ und „Rahmenbedingungen“ in den Problemstellungen behandelt. In den Projekten zur BGF werden allerdings seltener Themen der Projektbeschreibung identifiziert.

Die Analyse der Ziele der Projekte zur BGF unterschied sich von jener in dieser Masterthesis. Dementsprechend kann hier lediglich die Anzahl der genannten Ziele miteinander verglichen werden. Die durchschnittliche Anzahl der Projektziele ist bei den SGF-Projekten mit 12 leicht höher als jene der BGF-Projekte mit 10.



Die erarbeiteten Themen der Ergebnisse sind in beiden Settings in vielen Bereichen ähnlich. So werden in beiden Bereichen häufig Bewertungen des Projekts, die Wirkung der Maßnahmen oder die bewirkten Veränderungen beschrieben.

Sowohl in den Projekten der BGF als auch in jenen der SGF war die häufigste Strategie zur Gewährleistung der Nachhaltigkeit eine eigenständige Weiterführung des Projekts beispielsweise durch die Ausbildung von MultiplikatorInnen. Ebenso wurde in beiden Settings sehr oft die Verbreitung der Ergebnisse angestrebt. Eine strukturelle Verankerung bzw. die Schaffung von neuen Regeln, Normen und Policies war vor allem in der BGF ein Ziel.

Die Analysen der prognostizierten Nachhaltigkeit zeigen, dass in beiden Settings oft eine Weiterführung des Projekts oder der Maßnahmen genannt wurde. Allerdings konnten in beiden Bereichen eine hohe Anzahl an Ergebnissen gefunden werden, welche auf keine oder eine nur unzureichende Gewährleistung der Nachhaltigkeit schließen lassen.

Die förderlichen und hinderlichen Faktoren der beiden Settings lassen sich aufgrund der unterschiedlichen Strukturen nur schwer miteinander vergleichen. Dennoch zeigte sich, dass beispielsweise die Projektumsetzung bzw. projektbezogene Prozesse sowohl bei der BGF als auch bei der SGF sehr weit oben im Ranking stehen. Ebenso konnte bei beiden Settings festgestellt werden, dass die Anpassung der Maßnahmen an die Zielgruppen und an das Setting häufig als förderlicher Faktor genannt wurde. Die Art der Evaluation und die finanzielle Unterstützung wurden ebenfalls sowohl von den Projekten zur BGF als auch zur SGF genannt, allerdings weniger oft.

Die genannten hinderlichen Faktoren waren bei beiden Settings ähnlich den förderlichen. In beiden Settings – jedoch in unterschiedlicher Häufigkeit – wurde von fehlenden Dokumentationen, mangelnder Kooperation bzw. Motivation oder Ressourcenknappheit (Finanzierung) berichtet. Ebenso wurde in beiden Settings von Schwierigkeiten mit der Evaluation im Sinne einer eingeschränkten Aussagekraft der Ergebnisse berichtet.

## 5 Schlussfolgerungen

Ziel dieser Masterthesis war der Erkenntnisgewinn aus vorangegangenen, bereits abgeschlossenen Projekten zur schulischen Gesundheitsförderung mit dem Ziel der Optimierung zukünftiger Projekte. Zu diesem Zweck wurden Aussagen zu verschiedenen, vorher festgelegten Kategorien aus den Projektdokumentationen des Fonds Gesundes Österreich gesammelt und diese anschließend einer Themenanalyse angelehnt an Froschauer/Lueger (2003) unterzogen.

Die Auswahl der Projekte, welche für die Analysen herangezogen wurden, wurde erschwert durch fehlende oder falsche Angaben in den Projektantragsunterlagen, wie zum Beispiel fehlende Informationen über die tatsächliche Durchführung einer externen Evaluation oder falsche Angaben im Projektantrag zum Setting. So wurde das Setting Schule sehr häufig angegeben, ohne dass tatsächlich Maßnahmen in diesem Setting stattfanden. Die Angabe von weit mehr Settings im Projektantrag als tatsächlich projektrelevant sind, zeigt sich auch in den analysierten Projekten: Im Projektantrag wurde in den meisten Fällen nicht ausschließlich das Setting Schule, sondern auch weitere Settings, wie beispielsweise Stadt oder Gemeinde angegeben. Diese konnten jedoch nur in wenigen Fällen auf Grundlage der gesamten Projektunterlagen bestätigt werden. Die Zielgruppen wurden von den AntragstellerInnen besser im Sinne des Projekts ausgefüllt. Hier erwiesen sich allerdings einige Antwortkategorien für das Setting als schwierig (Bsp.: LehrerInnen wurden sowohl der Kategorie „andere“, als auch „spezielle Berufsgruppe“ und „Menschen am Arbeitsplatz“ zugeordnet).

Generell muss festgehalten werden, dass die Qualität der Dokumentationen zum Teil sehr schlecht war. Diese äußerte sich beispielsweise in: fehlenden Berichten (End- oder Evaluationsbericht), fehlenden Inhalten in den Berichten, keinen oder unzureichenden relevanten Informationen in den Berichten, schlechter oder falscher Durchführung und/oder Interpretation der Ergebnisse. Dies erschwerte zum Teil die Analyse der Projekte, da nach einzelnen Informationen lange gesucht werden musste. Außerdem mussten Aussagen über geplante Maßnahmen, die zum Beispiel in den Projektanträgen gefunden wurden, von der Analyse der Maßnahmen ausgeschlossen werden, da keine weiteren Angaben darüber gemacht

wurden, ob diese Maßnahmen schließlich auch tatsächlich umgesetzt wurden. Bei der Durchsicht der Projekte zeigte sich des Weiteren, dass nur selten Angaben zur geplanten oder tatsächlichen Zielgruppengröße gemacht wurde. Eine strukturierte Erfassung dieser Angaben könnte für zukünftige Projekte sinnvoll sein.

Die bewilligten Fördersummen sind mit einem Median von €14.534 bei Projekten der schulischen Gesundheitsförderung relativ niedrig. Diese sind auf ebenfalls eher niedrige Gesamtprojektkosten mit einem Median von €25.567 zurückzuführen. In allen analysierten Projekten beträgt der Förderanteil mindestens 50% der Gesamtprojektkosten. Betrachtet man die durchgeführten Maßnahmen zur schulischen Gesundheitsförderung, so zeigt sich, dass im Allgemeinen eher einfache, wenig komplexe Einzelmaßnahmen durchgeführt werden. Diese Einzelmaßnahmen werden dann allerdings in vielen verschiedenen Schulen auf bundesland- oder österreichweiter Ebene durchgeführt bzw. haben ein entsprechendes Einzugsgebiet. Vereinzelt wurden auch Programme in den Schulen durchgeführt. Dieses Ergebnis entspricht früheren Studien, die zeigten, dass die Schule als Organisation selten Ziel der Interventionen ist, sondern lediglich als vorhandene Struktur verwendet wird (siehe Kapitel 3.5.1).

Ein weiterer Grund für die geringen Projektkosten ist die relativ kurze Projektdauer. Der Median der Projektdauer liegt bei nicht einmal eineinhalb Jahren. Lediglich zwei Projekte haben eine vereinbarte Projektlaufzeit, die über zwei Jahre hinausgeht. Im Sinne einer besseren Effektivität und Nachhaltigkeit der Projekte zur schulischen Gesundheitsförderung wäre daher eine verstärkte Durchführung von Programmen und Einleitung von Schulentwicklungsprozessen mit einer längeren Laufzeit wünschenswert. Dies würde allerdings ebenfalls zu höheren Projektkosten führen.

Entsprechend der Literatur zeigt sich auch in den hier analysierten Projekten, dass die Umsetzung verhaltensorientierter Maßnahmen gegenüber verhältnisorientierter Maßnahmen überwiegt. Allerdings ist dieses Verhältnis besonders stark ungleich gewichtet. Lediglich 3,2% der analysierten Maßnahmen sind verhältnisorientiert. Da erst ein gutes Gleichgewicht zwischen den beiden Arten von Maßnah-

men die Gesundheit am besten nachhaltig fördert, wäre eine verstärkte Orientierung in Richtung verhältnisorientierter Maßnahmen wünschenswert.

In der Literatur finden sich allerdings Hinweise darauf, dass dem Settingansatz starke Barrieren vor allem im Bereich der Administration und Ressourcen für die Umsetzung in der Praxis entgegenwirken. Die Ergebnisse der hier durchgeführten Analysen der hinderlichen Faktoren bestätigt diese Annahme. Die Projektleitung nennt neben Schwierigkeiten bei der Projektumsetzung vor allem Schwierigkeiten mit Partnern und LehrerInnen oder Ressourcenknappheit als hinderliche Faktoren. Allerdings wurden ähnliche Kategorien auch für die förderlichen Faktoren gefunden. Es zeigt sich auch, dass das Verhältnis zwischen förderlichen und hinderlichen Faktoren mit 14 bzw. 15 Faktoren im Durchschnitt pro Projekt relativ ausgeglichen ist.

Im Zuge der Analysen hat sich herauskristallisiert, dass viele AntragstellerInnen Schwierigkeiten bei der Definition von Problemstellungen haben. So finden sich unter diesem Punkt oft auch Angaben zum Projekt, wie eine Beschreibung der Maßnahmen oder der Zielgruppe. Es wurden allerdings auch viele Angaben zu Vorwissen über die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten bzw. über Rahmenbedingungen gemacht. Oft beruhten diese Angaben jedoch auf Annahmen und nicht auf fundiertem Wissen oder Vorstudien.

Bei den genannten Zielen des Projekts wurden sehr oft Themen der Vermittlung von Kompetenzen und Wissen, Einstellungsänderungen und Verbesserungen des Gesundheitsverhaltens angeführt. Eine nachhaltige Umsetzung beziehungsweise nachhaltige Verbesserungen wurden ebenfalls sehr häufig als Ziel genannt.

Leider finden sich in den Unterlagen hauptsächlich Angaben zur Nachhaltigkeit im Sinne einer Weiterführung des Projekts und nicht über nachhaltige Ergebnisse. Es zeigte sich aber, dass das Projekt sehr oft weitergeführt bzw. sich eine selbstständige Weiterführung durch MultiplikatorInnen oder durch Vernetzung erreicht werden konnte. Es finden sich allerdings auch oft Angaben darüber, dass keine Nachhaltigkeit erwartet wird. Als Grund dafür wird häufig eine zu kurze Projektdauer angegeben.

Insgesamt zeigte sich, dass eine ausreichende Vernetzung sehr wichtig für die Umsetzung schulischer Gesundheitsförderung ist. In fast jedem Projekt finden sich Hinweise auf Kooperationen oder auf Unterstützungen, die das Projekt von Außenstehenden durch Verfügung stellen von Wissen oder Materialien erhalten hat. Ebenso wurde die Gründung von Arbeitsgemeinschaften häufig erwähnt. In vielen Fällen wurde jedoch nur das Vorhandensein einer Kooperation in den Projektunterlagen angegeben, aber nicht welcher Art diese war. Dementsprechend konnte hier nur ein grober Einblick in die Strukturen von Projekten schulischer Gesundheitsförderung geboten werden. Eine intensivere Beschäftigung mit diesem Thema wäre allerdings für weitere Untersuchungen von Interesse, da mit diesem Wissen die Planung zukünftiger Projekte erleichtert werden könnte.

Ebenfalls analysiert wurden die Ergebnisse, die aus den Projektdokumentationen entnommen werden konnten. In eigentlich jedem Projekt fand eine mehr oder weniger ausführliche Bewertung des Projekts durch die LehrerInnen, Eltern, SchülerInnen und zum Teil auch ExpertInnen statt. Diese Beurteilungen waren in den meisten Fällen überwiegend positiv. Die Ergebnisse zu den erreichten Veränderungen zeigten allerdings auch häufig weniger gute Ergebnisse: vor allem in den Berichten der Evaluation finden sich Ergebnisse, die zeigen, dass keine Veränderungen durch das Projekt erreicht werden konnten. Begründet wurde das sehr häufig mit der zu kurzen Projektdauer oder mit dem zu kurzen Zeitraum zwischen Projekt und Evaluation, um bereits Veränderungen entdecken zu können. Generell zeigte sich, dass die Nachhaltigkeit der Ergebnisse über einen längeren Zeitraum fast gar nicht erfasst wurde.

In weniger Fällen wurde auch von Verschlechterungen berichtet. Als Grund dafür wurde beispielsweise eine erhöhte Sensibilisierung genannt. Insgesamt zeigte sich jedoch, dass negative Ergebnisse vor allem von der Evaluation und weniger von der Projektleitung berichtet wurden. Dies hebt hervor, wie wichtig eine externe Evaluation ist, um die Ergebnisse eines Projekts besser einschätzen zu können. Leider war die Qualität der externen Evaluationen oft nicht sehr gut. In vielen Fällen wurden nicht nachvollziehbare Methoden angewandt oder Interpretationen falsch beziehungsweise nach eigenem Ermessen vorgenommen. Es wäre wichtig, hier auf eine bessere Qualität zu achten, um die Ergebnisse besser verwerten zu

können. Eventuell können hierfür Empfehlungen für zukünftige Projekte vom Fonds Gesundes Österreich vorgenommen werden.

Alles in Allem konnte festgestellt werden, dass viel Weiterentwicklungsbedarf bei Projekten der schulischen Gesundheitsförderung besteht, um die Gesundheit und das Gesundheits- bzw. Risikoverhalten der Kinder und Jugendlichen nachhaltig zu verbessern.

Vergleicht man die gewonnenen Ergebnisse mit jenen aus den Projekten zur BGF, so zeigt sich, dass bei beiden Settings die Konsistenz zwischen Problemstellungen, Zielen, Maßnahmen und Evaluation nicht oder nur unzureichend gegeben ist. Insgesamt scheint die Struktur der BGF-Projekte allerdings weiter entwickelt zu sein als jene der SGF-Projekte. Projekte zur BGF weisen ein viel höheres Bewusstsein für die Bedeutung von verhältnisorientierten Maßnahmen auf, als dies für Projekte der SGF der Fall ist. Das ist sicherlich unter anderem auch auf die Verbreitung des BGF-Zyklus zurückzuführen, welcher sich aus Steuerungsgruppe, Ist-Analyse, Gesundheitszirkel, Maßnahmenumsetzung und Evaluation zusammensetzt (Nitsch et al. 2010a).

Für die notwendige Weiterentwicklung der Projekte zur SGF könnte es sich daher als sinnvoll erweisen ebenfalls ein ähnliches Konzept wie den BGF-Zyklus adaptiert an die Gegebenheiten im Setting Schule zu entwickeln und zu verbreiten. Ein erster Schritt in diese Richtung fand im Rahmen des Projekts „Gesunde Schule“ statt, welches zum Ziel hatte durch Organisationsentwicklung in Schulen die Gesundheit aller Akteurinnen und Akteure im Lebensraum Schule zu fördern. Ziele waren unter anderem ein Ablaufmodell zur Definition von Zielen für den Bereich der SGF und ein Instrument zur Messung der gesundheitlichen Ergebnisse der Maßnahmen zu entwickeln (Dür et al. 2009b). In diesem Projekt wurde großer Wert auf die Verknüpfung von verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen gelegt. Projekten und Programmen, die sich an einem solchen so genannten „whole school approach“ (Stewart-Brown, 2006) orientieren, wird eine besonders gute Effektivität und Nachhaltigkeit nachgesagt.

## 6 Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A.** (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Dgvt-Verlag
- Badura, B., Hehlmann, T.** (2003). Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin: Springer
- Barkholz, U., Paulus, P.** (1998). Gesundheitsfördernde Schulen. Konzept, Projektergebnisse, Möglichkeiten der Beteiligung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung G. Conrad
- Becklas, C., Klocke, A.** (2011). Risikoverhalten von Schülerinnen und Schülern. In: Dür, W., Felder-Puig, R. (Eds.), Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung (pp.101-106). Bern: Hans Huber.
- Berry, M.** (2002). School environment and enhanced educational performance. The case of Charles Young elementary school Washington D. C. Carpet and Rug Institute
- Bilz, L.** (2008). Schule und psychische Gesundheit. Risikobedingungen für emotionale Auffälligkeiten von Schülerinnen und Schülern. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. (Schule und Gesellschaft. 42.)
- Bond, L., Butler, H., Thomas, L., Carlin, J., Glover, S., Bowes, G., Patton, G.** (2007). Social and School Connectedness in Early Secondary School as Predictors of Late Teenage Substance Use, Mental Health, and Academic Outcomes. *Journal of Adolescent Health, 40* (4), 357.
- Bowen, G.** (2009). Document Analysis as a Qualitative Research Method. *Qualitative Research Journal, 9* (2), 27-40.
- Bricheno, P., Brown, S., Lubansky, R.** (2009). Teacher Wellbeing: A Review of the evidence. Teacher Support Network
- Cavallo, F., Zambon, A., Borraccino, A., Raven-Sieberer, U., Torsheim, T., Lemma, P.** (2006). Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Qual.Life Res., 15* (10), 1577-1585.
- Cole, D. A., Martin, J. M., Powers, B.** (1997). A competency-based model of child depression: a longitudinal study of peer, parent, teacher, and self-evaluations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38* 505-514.
- Currie, C.** (Ed.) (2008). Inequalities in young people's health. HBSC international report from the 2005/2006 Survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (Health Policy for Children and Adolescents. 5.)
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., Rasmussen, V.** (Eds.) (2004). Young people's health in context. Health Behavior in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey.

Copenhagen: World Health Organisation, Regional Office for Europe. (Health Policy for Children and Adolescents; No. 4.)

**Dietscher, C., Dür, W., Griebler, R.** (2004). Evaluation des Wiener Netzwerks Gesundheitsfördernder Schulen: Jahresbericht 2004. Wien: ÖGMS

**Dür, W.** (2002). Junge RaucherInnen: was können Staat, Schule und Familie tun? *dieUniversitaet.at* (19.2.2002), 1-3.

**Dür, W.** (2007). Gesundheit und Empowerment in der schulischen Erziehung. Eine systemtheoretische und empirische Untersuchung zur Gesundheitsförderung in der Schule. Habilitationsschrift. Wien: LBIMGS. (Habilitationsschrift eingereicht an der sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien zur Erlangung der Lehrbefugnis als Universitätsdozent für das Fach Soziologie.)

**Dür, W.** (2008). Gesundheitsförderung in der Schule. Empowerment als systemtheoretisches Konzept und seine empirische Umsetzung. Bern: Hans Huber

**Dür, W.** (2009). Von Gesundheitserziehung zu Gesundheitsförderung in der Schule. *Medienimpulse.Beiträge zur Medienpädagogik, special Volksschule* (1/2009), 3-4.

**Dür, W.** (2010). Gesundheitsförderung und Empowerment in der Schule: Überlegungen zur Schärfung eines vagen Konzepts. In: Hackauf, H., Ohlbrecht, H. (Eds.), *Jugend und Gesundheit: ein Forschungsüberblick* (pp.271-284). Weinheim, München: Juventa-Verlag.

**Dür, W., Fürth, K., Griebler, R.** (2009a). Strategien der Schule zur Kompensation importierter und Reduktion intern erzeugter gesundheitlicher Unterschiede bei Kindern und Jugendlichen. In: Richter, M., Hurrelmann, K. (Eds.), *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (pp.423-439). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

**Dür, W., Gerhartl, M., delle Grazie, J., Spitzbart, S., Wilkens, E., Redl, S.** (2009b). Projekt Gesunde Schule. Abschlussbericht 2009. Wien: BMUKK

**Dür, W., Griebler, R.** (2007a). Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2006. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend

**Dür, W., Griebler, R.** (2007b). Auswertung der im Rahmen der HBSC-Studie erhobenen Daten zur LehrerInnengesundheit: Modul 1A und Modul 1B. Wien: LBIMGS

**Dür, W., Griebler, R., Freeman, J., Currie, D., Samdal, O., Rasmussen, M.** (2009c). When students get nothing in return! Effort-reward conditions at school and their possible linkage to health. Results from the international Health Behaviour in School-aged Children study. Submitted for Publication In: "Journal of Public Health".

**Dür, W., Griebler, R., Kremser, W.** (2010a). HBSC Factsheet Nr. 7: Schule und Gesundheit. Wien: BMG.



- Dür, W., Pelikan, J. M., Waldherr, K.** (2010b). Dealing with complexity in health and health promotion in settings: The Vienna organizational health impact and health promotion intervention model. Vienna: LBIHPR. (Working Paper LBIHPR 4.)
- Durkheim, E.** (1897). Der Selbstmord. Neuwied: Luchterhand
- Ellsäßer, G.** (2002). Kinderunfälle - Konsequenzen für die Prävention. *Forum Public Health, Kinder und Jugendliche* 37.
- ENHPS** (1997). Resolution from the first conference of the ENHPS on the Health Promoting School an investment in education, health and democracy.
- Erhart, M.** (2011). Subjektive Gesundheit von Schülerinnen und Schülern. In: Dür, W., Felder-Puig, R. (Eds.), Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung (pp.88-93). Bern: Hans Huber.
- Erhart, M., Ravens-Sieberer, U., Nickel, J.** (2006). School and School Environment as a Determinant for Psychosomatic Complaints. *Psychother Psych Med*, 56.
- Felder-Puig, R.** (2011). Ist schulische Gesundheitsförderung bzw. die Gesundheitsfördernde Schule "wirksam"? In: Dür, W., Felder-Puig, R. (Eds.), Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung (pp.291-298). Bern: Hans Huber.
- Fonds Gesundes Österreich** (Ed.) (2009). Arbeitsprogramm 2009. Wien: Fonds Gesundes Österreich
- Freitag, M.** (1998). Was ist eine gesunde Schule? Einflüsse des Schulklimas auf Schüler- und Lehrer\*gesundheit. Weinheim, München: Juventa Verlag. (Gesundheitsforschung.)
- Froschauer, U., Lueger, M.** (2003). Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. Wien: WUV Universitätsverlag
- Garmiene, A., Zemaitiene, N., Zaborskis, A.** (2006). Family time, parental behaviour model and the initiation of smoking and alcohol use by ten-year-old children: an epidemiological study in Kaunas, Lithuania. *BMC Public Health*, 6 (287).
- Garnefski, N., Diekstra, R. F. W.** (1997). Adolescents from one parent, stepparent and intact families: emotional problems and suicide attempts. *Journal of Adolescence*, 20 (2), 201-208.
- Gore, S., Aseltine, R. H.** (1995). Protective processes in adolescence: matching stressors with social resources. *American Journal of Community Psychology*, 23 301-327.
- Granado Alcón, M. C., Pedersen, J. M., Carrasco González, A. M.** (2002). Greenlandic family structure and communication with parents: influence on schoolchildren's drinking behaviour. *International Journal of Circumpolar Health*, 61 (4), 319-331.
- Griebler, R.** (2011). Gesundheitszustand österreichischer Lehrerinnen und Lehrer. In: Dür, W., Felder-Puig, R. (Eds.), Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung (pp.130-138). Bern: Hans Huber.

- Griebler, R., Dür, W.** (2007). Bewegte Jugend? HBSC-Studie zu Bewegung und Gesundheit. *Bewegungserziehung, Jahrgang 61* (1), 27-29.
- Griebler, R., Kremser, W., Dür, W.** (2008). Die Gesundheit österreichischer LehrerInnen im Schulkontext. Endbericht. Wien: LBIMGS
- Griebler, R., Molcho, M., Samdal, O., Inchley, J., Dür, W., Currie, C.** (Eds.) (2010). Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization Cross-National Study. Internal research Protocol for the 2009/2010 Survey. Vienna: LBIHPR & Edinburgh: CAHRU
- Griesbach, D., Amos, A., Currie, C. E.** (2003). Adolescent smoking and family structure in Europe. *Social Science & Medicine, 56* (1), 41-52.
- Gugglberger, L., Kremser, W.** (2011). Implementierung von Gesundheitsförderung in Schulen: Organisations- oder Systementwicklung? In: Dür, W., Felder-Puig, R. (Eds.), *Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung* (pp.257-266). Bern: Hans Huber.
- Guilamo-Ramos, V., Jaccard, J., Turrisi, R., Johansson, M.** (2005). Parental and school correlates of binge drinking among middle school students. *Am.J.Public Health, 95* (5), 894-899.
- Hofinger, C., Jenny, M., Kaupa, I., Salfinger, B., Enzenhofer, E., Doblhamer, M., Havranek, C., Reichmann, M., Rüdiger, H. W., Barth, A., Blauensteiner, R.** (2000). *LehrerIn 2000. Arbeitszeit, Zufriedenheit, Beanspruchungen und Gesundheit der LehrerInnen in Österreich.* Wien: Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, Bundesministerium für öffentliche Leistung und Sport, Gewerkschaft Öffentlicher Dienst
- Hojni, M.** (2011). Qualitätsmanagement. In: Dür, W., Felder-Puig, R. (Eds.), *Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung* (pp.252-256). Bern: Hans Huber.
- Houtte, M. V.** (2006). Tracking and Teacher Satisfaction: Role of Study Culture and Trust. *The Journal of Educational Research, 99* (4), 247-256.
- Hradil, S.** (2009). Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In: Richter, M., Hurrelmann, K. (Eds.), *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (pp.35-54). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hurrelmann, K.** (2007). *Lebensphase Jugend: eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung.* Weinheim, München: Juventa Verlag. (Grundlagentexte Soziologie.)
- Hurrelmann, K.** (2010). *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung.* 7. Aufl. Weinheim, München: Juventa Verlag. (Grundlagentexte Soziologie.)
- Hurrelmann, K., Richter, M.** (2006). Risk behaviour in adolescence: the relationship between developmental and health problems. *Journal of Public Health, 14* (1), 20-28.

- Inchley, J., Muldoon, J., Currie, C.** (2007). Becoming a health promoting school: evaluating the process of effective implementation in Scotland. *Health Promot.Int.*, 22 (1), 65-71.
- James, J., Kerr, D.** (2005). Prevention of childhood obesity by reducing soft drinks. *Int.J.Obes.(Lond)*, 29 Suppl 2 S54-S57.
- Kahan, B.** (2008). Excerpts from Review of Evaluation Frameworks. Saskatchewan Ministry of Education
- Karasek, R., Theorell, T.** (1990). Healthy works: stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books
- Kirschner, W., Kirschner, R., Lenk, S., Elkeles, T.** (14-6-2006). Evaluation der Tätigkeit des Fonds Gesundes Österreich im Programmzeitraum 2002-2005. Zusammenfassung der Ergebnisse.
- Klineberg, E., Clark, C., Bhui, K. S., Haines, M. M., Viner, R. M., Head, J., Woodley-Jones, D., Stansfeld, S. A.** (2006). Social support, ethnicity and mental health in adolescents. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.*, 41 (9), 755-760.
- Klocke, A.** (2001). Armut bei Kindern und Jugendlichen. Berlin: Robert Koch-Institut. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Heft 03/01.)
- Kohlhuber, M., Bolte, G.** (2008). Modelle und Indikatoren sozialer Ungleichheit bei umweltbezogener Gesundheit: Erklärungsansätze aus der Umweltepidemiologie. Campus Verlag GmbH
- Kremser, W., Felder-Puig, R., Flaschberger, E., Gugglberger, L., Dür, W.** (2010). Die Rolle der Gesundheitsförderung bei der Entwicklung des Schulsystems. Vienna: LBIHPR. (Working Paper LBIHPR 3.)
- Kretschmann, R.** (2004). Präventive Selbsthilfe von Lehrern: Stressmanagement, Zeitmanagement, berufsbezogene Supervision. In: Hillert, A., Schmitz, E. (Eds.), Psychosomatische Erkrankungen bei Lehrerinnen und Lehrern. Ursachen, Folgen, Lösungen (pp.107-122). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Kromrey, H.** (2001). Evaluation - ein vielschichtiges Konzept. Begriff und Methodik von Evaluierung und Evaluationsforschung. Empfehlungen für die Praxis. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 24 (2), 105-132.
- Lampert, T., Richter, M.** (2009). Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen. In: Richter, M., Hurrelmann, K. (Eds.), Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven (pp.209-230). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lhospital, A. S., Gregory, A.** (2009). Changes in teacher stress through participation in pre-referral intervention teams. *Psychology in the Schools*, 46 (10), 1098-1112.

- Lister-Sharp, D., Chapman, S., Stewart-Brown, S., Sowden, A.** (1999). Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews. *Health Technol.Assess.*, 3 (22), 1-207.
- Lueger, M.** (2010). Interpretative Sozialforschung: Die Methoden. Wien: facultas.wuv
- Magistrat der Stadt Wien** (Ed.) (2001). Gesundheit in Wien. Magistrat der Stadt Wien
- Magistrat der Stadt Wien** (Ed.) (2004). Gesundheitsbericht Wien 2004. Magistrat der Stadt Wien
- Marx, E., Wooley, S. F., Northrop, D.** (1998). Health is academic: A guide to coordinated school health programs. New York: Teachers College Press
- McArdle, P., Wiegersma, A., Gilvarry, E., Kolte, B., McCarthy, S., Fitzgerald, M., Brinkley, A., Blom, M., Stoeckel, I., Pierolini, A., Michels, I., Johnson, R., Quensel, S.** (2002). European adolescent substance use: the roles of family structure, function and gender. *Addiction*, 97 (3), 329-336.
- Mielck, A., Heinrich, J.** (2002). Soziale Ungleichheit und die Verteilung umweltbezogener Expositionen (Environmental Justice). *Gesundheitswesen*, 64 405-416.
- Miller, J., Rosenbloom, A., Silverstein, J.** (2004). Childhood obesity. *J.Clin.Endocrinol.Metab*, 89 (9), 4211-4218.
- Millstein, S. G., Petersen, A. C., Nightingale, E. O.** (Eds.) (1993). Promoting the health of adolescents: New directions for the twenty-first century. Oxford: Oxford University Press
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg** (Ed.) (2004). Einschüler in Brandenburg: Soziale Lage und Gesundheit. Birkenwerder
- Molcho, M., Harel, Y., Dina, L. O.** (2004). Substance use and youth violence. A study among 6th to 10th grade Israeli school children. *Int.J.Adolesc.Med.Health*, 16 (3), 239-251.
- Moon, T. R., Callahan, C. M.** (1999). Reliable distinctions in attitudes towards school. *Research in Middle Level Education Quarterly*, 22 (4), 59-72.
- Mortimore, P.** (1998). The road to improvement: Reflections on school effectiveness. Swets & Zeitlinger Publishers.
- Mukoma, W., Flisher, A. J.** (2004). Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies. *Health Promotion International*, 19 (3), 357-368.
- Nething, K., Stroth, S., Wabitsch, M., Galm, C., Rapp, K., Brandstetter, S., Berg, S., Kresz, A., Wartha, O., Steinacker, J. M.** (2006). Primärprävention von Folgeerkrankungen des Übergewichts bei Kindern und Jugendlichen. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 57 (2), 42-45.

- Nitsch, M., Simek, M., Waldherr, K., Zeidler, D.** (2010a). Evaluationsbericht „Lernen aus FGÖ-Projekten“. 1. Teilbericht: Evaluationsdesign und ausgewählte Ergebnisse. Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research (LBIHPR). Wien: LBIHPR
- Nitsch, M., Waldherr, K.** (2010). Evaluationsbericht „Lernen aus FGÖ-Projekten“. 3. Teilbericht: Evaluation und Dokumentation. Wien: Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research (LBIHPR)
- Nitsch, M., Waldherr, K.** (2011). Grundlagen der Evaluation. In: Dür, W., Felder-Puig, R. (Eds.), Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung (pp.268-276). Bern: Hans Huber.
- Nitsch, M., Waldherr, K., Zeidler, D.** (2010b). Evaluationsbericht „Lernen aus FGÖ-Projekten“. 2. Teilbericht: Qualifikationen der Projektleitung, Hinderliche und Förderliche Faktoren, Merkmale der Gesundheitsförderung. Wien: Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research (LBIHPR)
- Paulus, P.** (1995). Die Gesundheitsfördernde Schule. Der innovativste Ansatz gesundheitsbezogener Interventionen in Schulen. *Die Deutsche Schule*, 87 (3), 262-281.
- Paulus, P.** (2002). Gesundheitsförderung im Setting Schule. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 45 970-975.
- Paulus, P.** (2003). Schulische Gesundheitsförderung - vom Kopf auf die Füße gestellt. Von der Gesundheitsfördernden Schule zur guten gesunden Schule. In: Aregger, K., Lattmann, U. P. (Eds.), *Gesundheitsfördernde Schule - eine Utopie? Konzepte, Praxisbeispiele, Perspektiven.* (pp.92-116). Luzern: Sauerländer.
- Paulus, P., Brückner, G.** (Eds.) (2000). Wege zu einer gesünderen Schule. Handlungsebenen - Handlungsfelder - Bewertungen. dgut Verlag. (Forum.)
- Pearlin, L. I.** (2010). The life course and the stress process: some conceptual comparisons. *J.Gerontol.B Psychol.Sci.Soc.Sci.*, 65B (2), 207-215.
- Pearlin, L. I., Lieberman, M. A., Menaghan, E. G., Mullan, J. T.** (1981). The stress process. *J.Health Soc.Behav.*, 22 (4), 337-356.
- Pedersen, M., Alcon, M., Rodriguez, C. M.** (2004). Family and health. In: Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., Rasmussen, V. (Eds.), *Young people's health in context. Health Behavior in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey* (pp.173-177). Copenhagen: World Health Organisation, Regional Office for Europe.
- Pepler, D., Jiang, D., Craig, W., Connolly, J.** (2008). Developmental trajectories of bullying and associated factors. *Child Dev.*, 79 (2), 325-338.
- Putnam, R.** (2000). *Bowling alone: America's declining Social Capital.* New York: Simon and Schuster
- Raithel, J.** (2004). *Jugendliches Risikoverhalten. Eine Einführung.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

- Ravens-Sieberer, U., Freeman, J., Kokonyei, G., Thomas, C. A., Erhart, M.** (2009). School as a determinant for health outcomes - A structural equation model analysis. *Health Education, 109* (4), 342-356.
- Ravens-Sieberer, U., Thomas, C.** (2003). Gesundheitsverhalten von Schülern in Berlin - Ergebnisse der HBSC-Jugendgesundheitsstudie im Auftrag der WHO. Berlin: Robert-Koch-Institut
- Richter, M.** (2008). Soziale Determinanten der Gesundheit im Spannungsfeld zwischen Ungleichheit und jugendlichen Lebenswelten: Der WHO-Jugendgesundheitssurvey. In: Richter, M., Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W., Ravens-Sieberer, U. (Eds.), *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten: Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO* Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Richter, M., Lampert, T.** (2008). Verkörperte Ungleichheiten. Die Rolle multipler Statusindikatoren für das Gesundheitsverhalten im Jugendalter. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation, 28* (2), 174-190.
- Richter, M.** (2005). Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Der Einfluss sozialer Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Roeser, R. W., Eccles, J. S., Sameroff, A. J.** (2000). School as a context of early adolescents' academic and socio-emotional development: A summary of research findings. *Elementary School Journal, 100* (5), 443-471.
- Samdal, O., Wold, B., Klepp, K. I., Kannas, L.** (2000). Students' perceptions of school and their smoking and alcohol use: a cross-national study. *Addiction Research, 8* (2), 141.
- Samdal, O., Dür, W.** (2000). The school environment and the health of adolescents. In: Currie, C. E., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R., Todd, J. (Eds.), *Health and Health Behaviour among Young People. Health Behaviour in School-aged Children: a WHO Cross-National Study (HBSC). International Report* (pp.49-64). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Schaarschmidt, U.** (2011). Die Förderung der psychischen Gesundheit von Lehrerinnen und Lehrern - eine dringliche Aufgabe. In: Dür, W., Felder-Puig, R. (Eds.), *Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung* (pp.151-164). Bern: Hans Huber.
- Schäfer, M.** (1997). Aggression unter Schülern (Bullying): Ausmaß, Arten und Prozesser der Stabilisierung - Ein Überblick 30778. In: Hans-Seidl-Stiftung (Ed.).
- Schlichte, J., Yssel, N., Merbler, J.** (2005). Pathways to Burnout: Case Studies in Teacher Isolation and Alienation. *Preventing School Failure: Alternative Education for Children and Youth, 50* (1), 35-40.

- Schmid, H.** (2011). Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern. In: Dür, W., Felder-Puig, R. (Eds.), *Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung* (pp.94-100). Bern: Hans Huber.
- Schmitz, E.** (2004). Burnout: Befunde, Modelle und Grenzen eines populären Konzeptes. In: Hillert, A., Schmitz, E. (Eds.), *Psychosomatische Erkrankungen bei Lehrerinnen und Lehrern. Ursachen, Folgen, Lösungen* (pp.51-68). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Schulz, W.** (2008). Lebensqualität. In: Forster, R. (Ed.), *Forschungs- und Anwendungsbereiche der Soziologie* (pp.121-136). Wien: Facultas Verlag.
- Settertobulte, W.** (2000). Family and peer relations. In: Currie, C. E., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R., Todd, J. (Eds.), *Health and Health Behaviour among Young People. Health Behaviour in School-aged Children: a WHO Cross-National Study (HBSC). International Report* (pp.39-48). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Siegrist, J.** (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1 (1), 27-41.
- Siegrist, J., Marmot, M.** (Eds.) (2008). *Soziale Ungleichheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen*. Bern: Verlag Hans Huber
- Smith, B. J., Tang, K. C., Nutbeam, D.** (2006). WHO Health Promotion Glossary: new terms. *Health Promot.Int.*, 21 (4), 340-345.
- Sommer, D., Altenstein, C., Kuhn, D., Wiesmann, U.** (2006). *Gesunde Schule: Gesundheit, Qualität, Selbstständigkeit*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag
- St Leger, L.** (2000). Developing indicators to enhance school health. *Health Education Research*, 15 (6), 719-728.
- Stephoe, A.** (1991). The links between stress and illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 35 (6), 633-644.
- Stewart Burgher, M., Barnekow Rasmussen, V., Rivett, D.** (1999). *The European Network of Health Promoting Schools - the alliance of education and health*.
- Stewart-Brown, S.** (2006). What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (Health Evidence Network report.)
- Stockmann, R.** (Ed.) (2007). *Handbuch zur Evaluation: Eine praktische Handlungsanleitung*. Münster, New York, München, Berlin: Waxmann. (Sozialwissenschaftliche Evaluationsforschung. 6.)
- Talmor, R., Reiter, S., Feigin, N.** (2005). Factors relating to regular education teacher burnout in inclusive education. *European Journal of Special Needs Education*, 20 (2), 215-229.

- Tang, K. C., Ehsani, J. P., McQueen, D. V.** (2003). Evidence based health promotion: recollections, reflections, and reconsiderations. *J.Epidemiol.Community Health*, 57 (11), 841-843.
- Taylor, J., Spencer, N., Baldwin, N.** (2000). Social economic and political context of parenting. *Arch Dis Child*, 82 113-120.
- Thomas, J., Harden, A.** (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8 (45).
- Titze, S., Ring-Dimitriou, S., Schober, P. H., Halbwachs, C., Samitz, G., Miko, H. C., Lercher, P., Stein, K. V., Gäbler, C., Bauer, R., Windhaber, J., Bachl, N., Dorner, T. E.** (2010). Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich
- Vagerö, D., Illsley, R.** (1995). Explaining Health Inequalities: Beyond Black and Barker: A Discussion of Some Issues Emerging in the Decade Following the Black Report. *European Sociological Review*, 11 (3), 219-241.
- Vahtera, J., Kivimaki, M., Pentti, J., Theorell, T.** (2000). Effect of change in the psychosocial work environment on sickness absence: a seven year follow up of initially healthy employees. *J.Epidemiol.Community Health*, 54 (7), 484-493.
- Velleman, R. D., Templeton, L. J., Copello, A. G.** (2005). The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug Alcohol Rev.*, 24 (2), 93-109.
- Weare, K., Markham, W.** (2005). What do we know about promoting mental health through schools? *Promot.Educ.*, 12 (3-4), 118-122.
- Wentzel, K. R.** (1998). Social relationships and motivation in middle schools: The role of parents, teachers and peers. *Journal of Educational Psychology*, 134 202-209.
- Whitehead, M., Dahlgren, G.** (2006). Levelling up (part 1). A discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe
- WHO** (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. In WHO (Ed.), Genf: WHO.
- WHO Regional Office for Europe** (Ed.) (2005). Der europäische Gesundheitsbericht 2005: Maßnahmen für eine bessere Gesundheit der Kinder und der Bevölkerung insgesamt. (Europäische Schriftenreihe.)
- Wittchen, H. U.** (2000). Bedarfsgerechte Versorgung psychischer Störungen. Abschätzungen aufgrund epideiologischer, bevölkerungsbezogener Daten. Stellungnahme im Zusammenhang mit der Befragung von Fachgesellschaften durch den Sachverständigenrat für die konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen. München: Max-Planck-Institut für Psychiatrie



## 7 Anhang

### 7.1 Tabellen zur Themenanalyse

#### 7.1.1 Dargestellte Ergebnisse

##### Perspektive Projektleitung

Hauptthema	Rang
positive Reaktionen auf das Projekt	1
positive Bewertung des Projekts	2
positive Anmerkungen zum Projekt	3
strukturelle Verbesserungen durch Projekt	4
Steigerung des Wissens	5
negative Anmerkungen zum Projekt	6
positive Einstellungsänderung	7
Wünsche/Anregungen zum Projekt	7
keine Veränderung erreicht	9
Verbesserung der Kompetenzen	9
negative Reaktionen auf das Projekt	11
Unzureichende Steigerung des Wissens	11
Verbesserung der Gesundheit	11
Bewusstseinsbildung	14
negative Bewertung des Projekts	14
negative Einstellungsänderung	14
Ist-Analyse: negatives Ergebnis	17
positives SchülerInnenverhalten bei Projektumsetzung	17
Erkenntnisgewinn	19
negatives SchülerInnenverhalten bei Projektumsetzung	19
unterschiedliche Bewertung des Projekts	19
Interesse am Projekt vorhanden	22
Verbesserung des Gesundheitsverhaltens	22
Verschlechterung der Kompetenzen	22

## Perspektive Evaluation

Hauptthema	Rang
positive Bewertung des Projekts	1
keine Veränderung erreicht	2
Verbesserung der Kompetenzen	3
Steigerung des Wissens	4
Nachhaltige Ergebnisse	5
Wünsche/Anregungen zum Projekt	6
Verbesserung der Gesundheit	7
strukturelle Verbesserungen durch Projekt	7
positive Reaktionen auf das Projekt	9
Erkenntnisgewinn	10
unterschiedliche Bewertung des Projekts	10
positive Einstellungsänderung	12
Bewusstseinsbildung	12
negative Anmerkungen zum Projekt	14
positive Anmerkungen zum Projekt	15
Verschlechterungen der Kompetenzen	16
Verbesserung des Gesundheitsverhaltens	17
Ist-Analyse: negatives Ergebnis	18
Verschlechterung der Gesundheit	19
Ist-Analyse: positives Ergebnis	20
negative Bewertung des Projekts	21
negative Reaktionen auf das Projekt	22
Unzureichende Steigerung des Wissens	23
positives SchülerInnenverhalten bei Projektumsetzung	24
strukturelle Verschlechterungen durch das Projekt	24
negative Einstellungsänderung	26
negatives SchülerInnenverhalten bei Projektumsetzung	27
Verbreitung des Projekts	27
Interesse am Projekt vorhanden	29
Ist-Analyse: Altersunterschiede	29
Ist-Analyse: Geschlechtsunterschiede	29
Veröffentlichung der Ergebnisse	32
Verschlechterungen des Gesundheitsverhalten	32
positive Bewertung des Projekts	32

## 7.1.2 Prognostizierte Nachhaltigkeit

### Perspektive Projektleitung

Hauptthema	Rang
Weiterführung des Projekts	1
Eigenständige Weiterführung	2
Weiterentwicklung des Projekts	3
Weiterführung gewünscht	4
Übertragung der Projekterfahrungen	5
Folgeprojekte geplant	6
Gute Nachhaltigkeit erwartet	6
Weiterführung geplant	8
keine Weiterführung	9
Weitere Untersuchungen	10

### Perspektive Evaluation

Hauptthema	Rang
Schlechte Nachhaltigkeit erwartet	1
Gute Nachhaltigkeit erwartet	2
Eigenständige Weiterführung	3
Übertragung der Projekterfahrungen	4
Folgeeffekte des Projekts	5
keine Weiterführung	5
Weitere Untersuchungen	5
Weiterentwicklung des Projekts	5
Weiterführung des Projekts	5

### 7.1.3 Förderliche und hinderliche Faktoren

#### Förderliche Faktoren - Perspektive Projektleitung

Hauptthema	Rang
Nützlichkeit der Projektwirkung	1
Vorteile in der Projektumsetzung	2
Kindgerechte Projektumsetzung	3
Gute Zusammenarbeit mit Hauptakteuren der Schule	4
Empfehlenswerte Maßnahmen	5
Gute Zusammenarbeit mit Partnern/Kooperationen	6
Öffentlichkeitswirkung	7
Engagement der Projektteilnehmenden	8
Stärke des Projektkonzepts	9
Wertvoller Evaluationscharakter	10
Finanzielle Unterstützung	11
Kompetenz der Projektleitung/des Projektteams	12

#### Förderliche Faktoren - Perspektive Evaluation

Hauptthema	Rang
Nützlichkeit der Projektwirkung	1
Vorteile in der Projektumsetzung	1
Gute Zusammenarbeit mit Hauptakteuren der Schule	3
Kindgerechte Projektumsetzung	4
Wertvoller Evaluationscharakter	5
Engagement der Projektteilnehmenden	6
Gute Zusammenarbeit mit Partnern/Kooperationen	7
Öffentlichkeitswirkung	8
Stärke des Projektkonzepts	8
Kompetenz der Projektleitung/des Projektteams	10

### Hinderliche Faktoren - Perspektive Projektleitung

Hauptthema	Rang
Schwierigkeiten bei der Projektumsetzung	1
Ressourcenknappheit	2
Schwierigkeiten bzgl. den LehrerInnen/DirektorInnen	3
Schwächen des Konzepts	4
Schwierigkeiten mit Partnern/Kooperationen	5
Eingeschränkte Aussagekraft der Ergebnisse/Evaluation	6
Schwierigkeiten bei der Erhebung der Evaluation	6
negative Reaktionen	8
Schwierigkeiten bei der Projektplanung	8
Schwierigkeiten bzgl. den Projektdurchführenden	10
Schwierigkeiten bzgl. den SchülerInnen	11

### Hinderliche Faktoren - Perspektive Evaluation

Hauptthema	Rang
Schwierigkeiten bei der Projektumsetzung	1
Eingeschränkte Aussagekraft der Ergebnisse/Evaluation	2
Schwächen des Konzepts	3
Schwierigkeiten bei der Erhebung der Evaluation	4
Ressourcenknappheit	5
Schwierigkeiten mit Partnern/Kooperationen	5
Schwierigkeiten bzgl. den LehrerInnen/DirektorInnen	7
Schwierigkeiten bzgl. den SchülerInnen	8
Schwierigkeiten bei der Projektplanung	9
Schwierigkeiten bzgl. den Projektdurchführenden	10
Schwierigkeiten bzgl. der Eltern	11