

## Capacity Building für die Implementierung von Gesundheitsförderung an österreichischen Schulen

Gugglberger, Lisa; Kremser, Waldemar; Flaschberger, Edith; Dür, Wolfgang

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Gugglberger, L., Kremser, W., Flaschberger, E., & Dür, W. (2012). Capacity Building für die Implementierung von Gesundheitsförderung an österreichischen Schulen. *SWS-Rundschau*, 52(2), 181-201. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-402559>

### Nutzungsbedingungen:

*Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.*

*Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.*

### Terms of use:

*This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.*

*By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.*

# Capacity Building für die Implementierung von Gesundheitsförderung an österreichischen Schulen

Lisa Gugglberger/Waldemar Kremser/Edith Flaschberger/Wolfgang Dür (Wien)

Lisa Gugglberger/Waldemar Kremser/Edith Flaschberger/Wolfgang Dür: *Capacity Building für die Implementierung von Gesundheitsförderung an österreichischen Schulen* (S. 181–201)

Dieser Artikel untersucht, welche Möglichkeiten Schulen sehen, Ressourcen für die Implementierung von Gesundheitsförderung zu entwickeln sowie welche Unterstützung Gesundheitsförderungs-AkteurInnen auf der Ebene der Bundesländer für Schulen bereitstellen. Es wurden elf qualitative Interviews mit SchulleiterInnen und 18 Interviews mit AkteurInnen in den Bundesländern geführt. Als Ergebnis wurden sieben Handlungsfelder von Seiten der Schulen und fünf Handlungsfelder von Seiten der regionalen AkteurInnen identifiziert, in denen es für die jeweiligen HauptakteurInnen sinnvoll erscheint, Maßnahmen zu setzen, die die Implementierung von Gesundheitsförderung unterstützen. Beide Ebenen – Schulen und Bundesländer – können als soziale Systeme verstanden werden, die verschiedene Logiken und Ziele verfolgen. Stellt man die Handlungsfelder von Seiten der Schulen und von Seiten der Bundesländer gegenüber, wird ersichtlich, dass die Logiken von Schulen und Bundesländern teilweise voneinander abweichen.

*Schlagnworte: Gesundheitsförderung, Schule, soziale Systeme, Implementierung, Capacity Building*

Lisa Gugglberger/Waldemar Kremser/Edith Flaschberger/Wolfgang Dür: *Capacity Building for the Implementation of Health Promotion in Austrian Schools* (pp. 181–201)

This article examines the possibilities for schools to develop relevant resources needed for the implementation of health promotion as well as the support provided by key actors on the provincial school level. Eleven qualitative interviews were conducted with school representatives and eighteen qualitative interviews with health promotion actors were undertaken in the respective provinces. As a result, the schools identified seven spheres of activity and five activity spheres could be traced back to the health promotion actors, in which the key actors stressed the importance of the required measures needed to implement health promotion. Both levels – school and provincial – can be understood as social systems that work logically and follow their own set of aims. However, when the spheres of activity of both the school and provincial levels are compared, a slight deviation in the logic of both systems becomes evident.

*Keywords: health promotion, schools, social systems, implementation, capacity building*

## 1. Einleitung<sup>1</sup>

Gesundheitsförderung hat sich in den letzten Jahrzehnten als ein interdisziplinäres Feld entwickelt, in dem das Ziel verfolgt wird, die Gesundheit von Individuen zu stärken bzw. Individuen zu ermächtigen, Kontrolle über ihre Gesundheit zu übernehmen und selbst ihre Gesundheit zu verbessern (WHO 1986). Als ein Zugang, möglichst viele Menschen zu erreichen, hat sich der Settingansatz der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation/WHO) (WHO 1986) etabliert, der vorwiegend in sogenannten Settings, wie Betrieben, Krankenhäusern, Gemeinden und Schulen, ansetzt. Aufbauend auf organisationstheoretischen, soziologischen und sozialpolitischen Prinzipien will der Ansatz verstärkt in Verhältnisänderungen in diesen Settings investieren, anstatt nur in das Verhalten der Individuen. Im Verständnis des Settingansatzes stellen Schulen ein optimales Feld dar, um die Gesundheit aller am Schulleben beteiligten Personen (LehrerInnen, SchülerInnen, Eltern, Schulleitung, usw.) zu fördern.

Das Konzept der Gesundheitsfördernden Schule ist auf Basis verschiedener Initiativen der WHO in den 1980er-Jahren entstanden und kann im Feld der schulischen Gesundheitsförderung als europaweit führender Ansatz bezeichnet werden (Lister-Sharp et al. 1999, Paulus 2002, St Leger/Young 2009, St Leger et al. 2010). Seit den späten 1990er-Jahren ist die Einbettung der Gesundheitsförderung in die Kernaufgabe der Schule – Lehren und Lernen – zentraler Bestandteil des Konzepts (Leurs et al. 2005). (Explizite) schulische Gesundheitsförderung meint die Umsetzung von bestimmten Maßnahmen, die direkt auf eine Veränderung in den folgenden Bereichen abzielen: 1) gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen und Strukturen der Schule, 2) physischer Lebensraum der Schule, 3) das soziale Umfeld, 4) Beziehungen mit der Community, 5) Gesundheitswissen der Individuen und 6) in die Schule integrierte Gesundheitsservices (St Leger et al. 2010). Die Prozesse, die notwendig sind, um diese Maßnahmen umzusetzen, werden als Implementierung von Gesundheitsförderung bezeichnet (Fixsen et al. 2005, Altrichter/Wiesinger 2005).

Eine wichtige Wissensgrundlage für schulische Gesundheitsförderung bietet die HBSC-Studie (Health Behaviour of School-aged Children), die derzeit in 43 Ländern durchgeführt wird. Seit 1986 wird diese Studie auch in Österreich durchgeführt und beschreibt den Gesundheitszustand, das Gesundheits- und Risikoverhalten und Gesundheitsdeterminanten von SchülerInnen (für aktuelle Daten siehe Dür/Griebler 2007 und Ramelow u. a. 2011).

In den letzten drei Jahrzehnten wurde viel Evidenz für die Effektivität von schulischer Gesundheitsförderung gesammelt (Lister-Sharp 1999, Stewart-Brown 2006, Adi et al. 2007). Programme zur Förderung der psychischen Gesundheit sowie Programme zur Steigerung des Wohlbefindens durch Gewaltprävention von SchülerInnen und multimodale Ernährungs- und Bewegungsprogramme scheinen am erfolgreichsten zu sein (Felder-Puig 2011, Stewart-Brown 2006). Trotzdem hat sich das Konzept

---

<sup>1</sup> Die AutorInnen bedanken sich bei Privatdozent Karl Krajic und Prof. Rudolf Forster für ihre wertvollen Kommentare zu diesem Artikel.

der Gesundheitsfördernden Schule nicht in dem Ausmaß durchgesetzt, wie es von vielen Stellen intendiert war (Denman et al. 2002, Bond et al. 2001). Als Erklärung wird häufig genannt, dass Schulen bei der Implementierung von Gesundheitsförderung an verschiedene Hürden und Grenzen stoßen, die sie nicht ohne Hilfe ihrer Umwelt überwinden können (Hoyle et al. 2008, Roberts-Gray et al. 2007, Deschesnes et al. 2003). Beispielsweise haben Schulen häufig zu wenig Personal, nicht das notwendige Know-How, benötigen zusätzliches Material für den Unterricht oder andere Ressourcen. Für die erfolgreiche Implementierung von Gesundheitsförderung ist es notwendig, in der Schule und in ihrem Umfeld Ressourcen und Strukturen zu entwickeln, die die Implementierung unterstützen. In der Gesundheitsförderungsliteratur wird dieser Prozess als Capacity Building (oder zu Deutsch: Kapazitätsentwicklung) bezeichnet und beschreibt das systematische Vorgehen, Rahmenbedingungen für die Implementierung schulischer Gesundheitsförderung zu schaffen (Hoyle 2008, Bond et al. 2001), d. h. Maßnahmen zu setzen, die den Implementierungsprozess von Gesundheitsförderung ermöglichen. Capacity Building ist ein relativ neues Konzept im Feld der Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaft und verbindet bislang isolierte Konzepte wie Organisationsentwicklung, Partizipation und nachhaltige Entwicklung (VicHealth 2007). Interessant daran ist, dass es systematisch der Fragestellung nachgeht, welche Ressourcen in welchen Systemen benötigt und entwickelt werden können, und welche AkteurInnen bzw. Umwelten dafür notwendig sind – dass die Perspektive also auf ein bestimmtes System und seine Entwicklung gelenkt wird. Capacity Building kann auf unterschiedlichen Ebenen eingesetzt werden – national, regional, in Organisationen, Communities, usw. – und beinhaltet eine Reihe von verschiedenen Maßnahmen, wie zum Beispiel die Entwicklung von Wissen und Fähigkeiten, die Entwicklung von Kooperationen und Netzwerken, sowie die Veränderung und Entwicklung von Managementstrukturen und Führung. Wenn in diesem Artikel von Capacity Building gesprochen wird, ist immer Capacity Building für die Implementierung von Gesundheitsförderung in Schulen gemeint.

Spätestens seit der Gründung eines nationalen Schulnetzwerks für Gesundheitsförderung 1993 gibt es in Österreich von politischer Seite Bemühungen, Schulen bei der Implementierung von Gesundheitsförderung zu unterstützen. Derzeit sind die meisten Capacity Building-Maßnahmen auf Ebene der Bundesländer zu finden. Groben Schätzungen zufolge haben im Jahr 2009 zwischen 15 und 20 Prozent der Schulen in Österreich an einer solchen regionalen Maßnahme, wie an Schulnetzwerken, Gesundheitsförderungsprogrammen, Zertifizierungen und Ähnlichem, teilgenommen (Gugglberger u. a. 2009). Bisher wurde jedoch keine Untersuchung darüber gemacht, welche Ressourcen und Strukturen Schulen in Österreich benötigen, um Gesundheitsförderung zu implementieren. Diese Studie verwendet sozialwissenschaftliche bzw. soziologische Konzepte und Methoden, um ein modellhaftes Verständnis in Bezug auf die Praxis von Capacity Building für die Implementierung von Gesundheitsförderung in Schulen zu entwickeln.

Im nächsten Kapitel – Kapitel 2 – werden relevante Konzepte der Systemtheorie als theoretischer Hintergrund dieses Artikels erörtert. Im Kapitel 3 wird der derzeitige

Status von Gesundheitsförderung im österreichischen Schulsystem beschrieben. Kapitel 4 erläutert die Methoden, die verwendet wurden, um die Daten für diese Studie zu sammeln und zu analysieren. Anschließend werden in Kapitel 5 die Ergebnisse der Untersuchung präsentiert: erstens (in Kapitel 5.1), welche Formen von Capacity Building auf Schulebene identifiziert wurden, und zweitens (in Kapitel 5.2), welche Formen von Capacity Building auf der Ebene der Bundesländer festgestellt wurden. Der Artikel endet mit einer Diskussion und Gegenüberstellung der Ergebnisse von Schulebene und regionaler Ebene in Kapitel 6 und allgemeinen Schlussfolgerungen in Kapitel 7.

## 2. Theoretischer Hintergrund: Schulen als komplexe Mehrebenensysteme

Den theoretischen Rahmen dieser Analysen liefert die Systemtheorie nach Luhmann (siehe u. a. Luhmann 1984). Sie wurde vor allem aufgrund ihrer speziellen Eignung zur Beschreibung und Analyse sozialer Phänomene ausgewählt, die sich auf unterschiedlichen gesellschaftlichen Ebenen entfalten und gerade durch diese Tatsache ihre Form erhalten. Capacity Building für die Implementierung von Gesundheitsförderung an Schulen ist ein solches Phänomen, da es ein koordiniertes und gemeinsames Vorgehen auf den verschiedenen Ebenen des Schulsystems notwendig macht (Stoll 2009). Das zentrale Ziel von Capacity Building ist es, dabei immer eine Veränderung auf der Ebene der Einzelschule zu ermöglichen oder zu erleichtern. Aus diesem Grund gilt es ein Verständnis für die Schule als Sozialsystem zu erlangen.

Wie alle anderen Organisationen gewinnen auch Schulen, aus Sicht der Systemtheorie, ihre Form durch den sich wiederholenden Anschluss von Entscheidungskommunikationen an Entscheidungskommunikationen (Baecker 1999). Die dadurch implizierte operative Geschlossenheit des Systems hat weitreichende Konsequenzen. Für die hier vorgenommenen Analysen ist dabei vor allem relevant, dass die Operationsweise von Organisationen »... immer von ihren aktuellen eigenen (internen) Strukturen kausal bestimmt wird (d. h. nicht von außen) und dass sie (...) in ihren internen Operationen direkt immer nur auf ihre eigenen, internen Operationen oder Zustandsänderungen reagieren (und nicht auf irgendwelche äußeren Ereignisse)« (Simon 2007, 25). Dieser Umstand wird auch unter den Stichworten Autopoiesis (d. h. Selbstschöpfung), Selbstorganisation und Struktur determiniertheit von (organisierten) Sozialsystemen diskutiert (siehe u. a. Luhmann 1997, Simon 2007, Baecker 1999).

Karl Weick fokussiert aus der Perspektive der Organisationsforschung auf einen speziellen Aspekt und definiert Schulen als lose gekoppelte Systeme. Er beschäftigt sich vor allem mit dem Umstand, dass es innerhalb von Schulen weitere, oft relativ autonom operierende Subsysteme gibt, die sich in der Praxis selten intentional koordinieren, sondern vielmehr unintendiert und nicht-reflektiert in Abhängigkeit voneinander entwickeln (Weick 1976). Die Bezeichnung »gekoppelte Systeme« beschreibt, dass Systeme zwar aufeinander reagieren, aber gleichzeitig ihre eigene Identität sowie einen Beleg für ihre physische und logische Getrenntheit behalten (Weick 1976). Lose gekoppelte Systeme reagieren nicht auf jede kleine Veränderung in ihrer Umwelt, sie »kennen« und beobachten sie allerdings sehr genau.

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass Schulen aus mehreren Gründen, die sich im sozialen Geschehen der Einzelschule verorten lassen, als eher »schwache« Organisationen konzipiert werden müssen. Dieser Umstand wird zusätzlich dadurch verstärkt, dass in einem Schulsystem wie dem österreichischen die Einzelschule in vieler Hinsicht in ihrer Entscheidungsautonomie eingeschränkt ist (Schratz/ Petzold 2007). Die Tatsache, dass Einzelschulen beispielsweise keine formalen Entscheidungsrechte in Bezug auf ihr Personal haben, macht es sinnvoll, die Einzelschule als Organisationsabteilung zu konzipieren. Das hat weitreichende Folgen für Capacity Building: Viele Maßnahmen können nicht eigenverantwortlich von einer einzelnen Schule umgesetzt werden, sondern benötigen Entscheidungen von Seiten der Schulbehörden, die dann allerdings für eine Vielzahl von Einzelschulen Geltung haben. Das verlangsamt und verkompliziert Entscheidungsprozesse erheblich und führt oft dazu, dass Entscheidungen, die auf der Ebene der Schulbehörden als sinnvoll und wichtig wahrgenommen werden, für einzelne Schulen die ohnehin schon schwierige Situation verstärken und notwendige Anpassungen an den lokalen Kontext verhindern. Generell können (österreichische) Schulen damit als komplexe Mehrebenensysteme definiert werden, die gerade durch die unterschiedlichen Logiken der verschiedenen Ebenen ihre spezifische Form gewinnen.

Das zweite grundlegende Thema für den theoretischen Hintergrund ist die Frage danach, was (Gesundheitsförderungs-) Interventionen sind und wie diese in komplexen Mehrebenensystemen möglich sein können. Auf einer allgemeinen Ebene kann Intervention als die beabsichtigte Veränderung eines Systems von außen verstanden werden. Im Zusammenhang mit der Idee der Selbstorganisation von Systemen stellt sich allerdings die Frage, wie ein Eingreifen »in« solche Systeme möglich sein kann, wenn diese nur auf ihre eigenen, internen Operationen reagieren. Die Unterscheidung, die innerhalb der Systemtheorie verwendet wird, um mit diesem Problem umzugehen, ist jene zwischen operativer Geschlossenheit bei gleichzeitiger Umweltoffenheit (Luhmann 1984). Systemtheoretisch kann argumentiert werden, dass soziale Systeme zwar auf Umwelteinflüsse reagieren, diese Umwelteinflüsse aber am ehesten als Irritation (und nicht als direkter Eingriff) verstanden werden können. Auf Irritationen aus der Umwelt reagieren Systeme dann auf eine Weise, die vor allem durch ihre internen Strukturen vorgegeben ist. Die Betonung der Struktur determiniertheit autopoietischer bzw. selbstorganisierter Systeme (Maturana/ Varela 2009) führt zu der Einsicht, dass Systeme sich in den meisten Fällen zwar durch Ereignisse in ihrer Umwelt verändern, diese Veränderung aber vom System selbst vollzogen werden muss. Ein direkter Eingriff in die Autopoiesis des Systems – also eine Intervention, die direkt versucht, eine Veränderung im System von außen herbeizuführen – würde das Ende des Systems bedeuten, da es nicht mehr in der Lage wäre, die Grenze zwischen sich selbst und der Umwelt aufrechtzuerhalten.

Damit ist das Gelingen einer Intervention vor allem dadurch bestimmt, ob die Art und Weise, wie interveniert wird (oder genauer: wie irritiert wird), der internen Funktionslogik des Systems angepasst ist und dem System genügend Freiraum lässt, um die Veränderung selbst zu vollziehen (Willke 2005).

*»Gelingende Intervention heißt demnach, dass externe Anstöße interne Entwicklungsmöglichkeiten des zu intervenierenden Systems beobachtbar machen und für das System in den Verfügungsraum möglicher Optionen bringen« (Willke 2005, 89).*

Anders ausgedrückt bedeutet das, dass eine erfolgreiche Intervention dadurch beschrieben werden kann, dass im System Lernprozesse ausgelöst werden, die auf eine vom System selbst bestimmte Weise Veränderungen auslösen und im Endeffekt zu einer gelungeneren Umweltanpassung beitragen. Im Kern geht es also bei jedem Interventionsprozess um die Aneignung neuen Wissens, das als Grundlage für neue Handlungsweisen dient. Dies gilt sowohl für Interventionen »in« Organisationen (organisationales Wissen) als auch für Interventionen »in« Personen (individuelles Wissen).

Ausgehend von dieser Konzeptualisierung von Interventionen stellt sich nun für ein theoretisches Verständnis von Capacity Building die Frage, welche Maßnahmen notwendig sind, um die Umsetzung gesundheitsförderlicher Interventionen an Schulen zu unterstützen. Diesbezüglich scheint der von Willke (1995) eingeführte Begriff der »Kontextsteuerung« ein vielversprechender Lösungsansatz. Kontextsteuerung kann als Verbindung von externer (Grob-) Steuerung mit der internen Selbstorganisation von komplexen Systemen gesehen werden. Die steuernde Instanz formuliert Ziele und sorgt für förderliche Rahmenbedingungen, während die tatsächliche Umsetzung und Gestaltung der Prozesse dem System überlassen werden (Koch/Gräsel 2004). Es soll die Eigendynamik und Selbststeuerung des Systems nicht gestört und Detailsteuerung von außen verhindert werden.

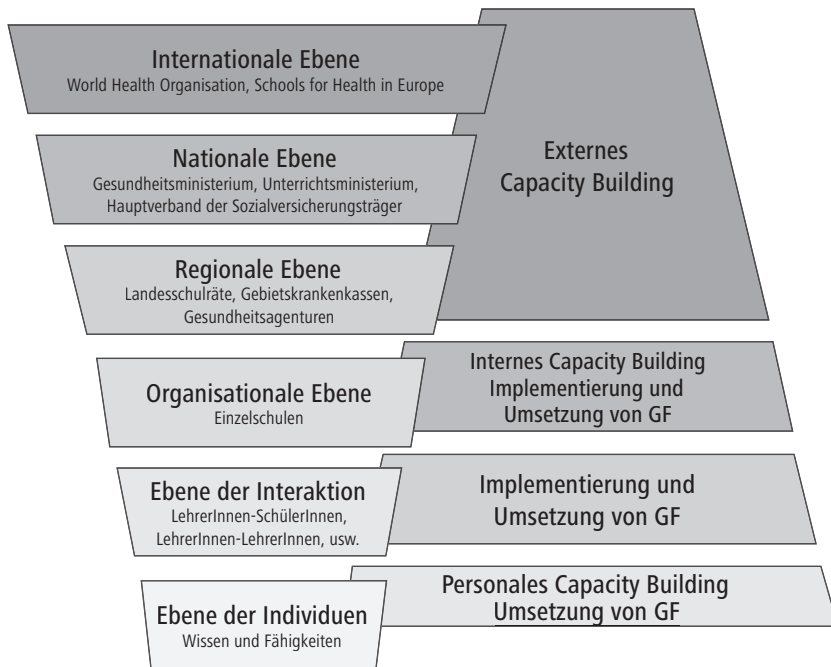
Capacity Building für die Implementierung von Gesundheitsförderung im Umfeld von Schulen kann als eine solche Kontextsteuerung verstanden werden, sofern die Unterstützungen nicht zu sehr in die Logik des Systems eingreifen. Die Schaffung von Strukturen im Umfeld der Schule, wie zum Beispiel ein Schulnetzwerk, die Unterstützung durch Gesundheitsförderungs-Weiterbildungen, an denen SchulleiterInnen und LehrerInnen teilnehmen können, und die Entwicklung von Ressourcen, die von der Schule für Gesundheitsförderung eingesetzt werden können, sind mögliche Beispiele für eine solche Kontextsteuerung.

### 3. Gesundheitsförderung im österreichischen Schulsystem

Österreich hat ein föderalistisches politisches System, in dem die Kompetenzen und Verantwortlichkeiten verschiedener Bereiche, wie des Schulsystems, zwischen dem Bund und den Bundesländern aufgeteilt sind. Daraus ergibt sich, dass eine Vielzahl an verschiedenen AkteurInnen auf verschiedenen Ebenen unterschiedliche Zuständigkeiten haben. Es kann als ein »Mehrebenensystem« bezeichnet werden (Kussau/Brüsemester 2007), da es in verschiedenen horizontalen und vertikalen Ebenen funktioniert. Die einzelnen Systeme – Schulen, Landesschulräte, usw. – weisen relativ schlechte Kommunikationsstrukturen zueinander auf. Die politische Ebene kann nur schwierig mit der Einzelschule kommunizieren und Rückmeldungen der Einzelschule erreichen die politische Ebene kaum, da die Kommunikationswege zu weit sind.

Allgemein können sechs Ebenen im Schulsystem genannt werden, die für Gesundheitsförderung eine Rolle spielen: die internationale Ebene, die nationale Ebene, die regionale Ebene, die Schule als Organisation, die Interaktionsebene und die Ebene der Individuen (siehe Abb. 1). Da Capacity Building als die Schaffung von Strukturen und Rahmenbedingungen verstanden wird, die für die Implementierung von Gesundheitsförderung auf den jeweiligen Ebenen benötigt werden, ist es konzeptionell jeweils auf verschiedenen Ebenen im Schulsystem angesiedelt. (Aus Sicht der Schule) externes Capacity Building findet also auf der regionalen, nationalen und internationalen Ebene statt, internes Capacity Building erfolgt auf der Ebene der Organisation und personales Capacity Building auf der Ebene der Individuen. Die Ebene der Interaktion ist vor allem für die Umsetzung und Implementierung von Gesundheitsförderung wichtig.

Abbildung 1: Ebenen für Gesundheitsförderung im Schulsystem



Quelle: eigene Darstellung

Anmerkung: GF = Gesundheitsförderung

Auf der internationalen Ebene sind vor allem das »Schools for Health in Europe« (SHE)-Netzwerk und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) wichtige AkteurInnen im Bereich der schulischen Gesundheitsförderung und des Capacity Building (Buijs 2009).

Auf der nationalen Ebene müssen verschiedene AkteurInnen der Regierung – das Gesundheits- und das Unterrichtsministerium – sowie sonstige nationale Akteure zusammenarbeiten (WHO 1997, Stewart Burgher et al. 1999), um Gesundheitsförderung



nachhaltig implementieren zu können. Seit 1997 gibt es einen Grundsatzterlass für Gesundheitserziehung, der Schulpersonal dazu anregt, Schulen als gesunden Lebensraum zu gestalten (Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten 1997, Mitterbauer 2007). In Österreich gab es zur Zeit unserer Datensammlung keine nationale Initiative für schulische Gesundheitsförderung. Das Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen (ÖNGFS) wurde 2005 aufgelöst (Rechnungshof 2005) und das Projekt »Gesunde Schule« von Unterrichtsministerium, Gesundheitsministerium und Hauptverband der Sozialversicherungsträger 2009 beendet. Nachdem die Versuche auf nationaler Ebene eingestellt worden waren, erhielt die regionale Ebene sehr große Bedeutung für schulische Gesundheitsförderung: Der Großteil an Gesundheitsförderungs- und Capacity Building-Maßnahmen ging von regionaler Ebene aus. Die in der Literatur empfohlene Unterstützung der Gesundheitsförderung auf nationaler Ebene (vgl. z. B. Whitman/ Aldinger, WHO 1997, Stewart Burgher et al. 1999) ist daher in Österreich nur eingeschränkt gegeben.

Auf der regionalen Ebene sind Agenturen, die auf Bundesländerebene Einfluss haben, die wichtigsten AkteurInnen (WHO 1997) – in Österreich handelt es sich hier um die Landesschulräte/ den Stadtschulrat für Wien, die Gesundheitsagenturen der Länder und die »Service Stellen-Schule« der Gebietskrankenkassen. Diese AkteurInnen bieten Unterstützungsleistungen an, wie z. B. das »Wiener Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen« (WieNGS), das 1997 gegründet wurde (Mitterbauer 2007), das Programm »Gesunde Schule« der Gesundheitsagentur Gesundes Niederösterreich oder das Gütesiegel »Gesunde Schule« in Oberösterreich (Gugglberger u. a. 2009). Neben diesen AkteurInnen gibt es außerdem eine Vielzahl an privaten DienstleisterInnen und lokalen AnbieterInnen, die Gesundheitsförderungsinterventionen und -programme für Schulen anbieten.

Die Organisationsebene ist die Ebene der Einzelschule, die aufgrund der geringen Autonomie eng mit der regionalen Ebene zusammenhängt. Auf dieser Ebene finden viele wichtige Implementierungsprozesse statt.

Die Interaktionsebene ist die Ebene, in der Anwesende miteinander agieren und Gesundheitsförderung umsetzen. Die Ebene der Individuen, also der LehrerInnen, SchülerInnen, Schulleitung und nicht-unterrichtenden Personen mit ihren individuellen Einstellungen, Fähigkeiten und Charakteristika, stellt die unterste Ebene dar.

Von den sechs konzeptuell unterscheidbaren Ebenen werden im Rahmen dieser Forschung zwei Ebenen genauer beleuchtet: die regionale Ebene und die Ebene der Organisation, da sich diese in Österreich als die zentralen Ebenen für Capacity Building herausgestellt haben.

#### 4. Methoden

Da die Praxis der Entwicklung von Ressourcen und Strukturen für Gesundheitsförderung im österreichischen Schulsystem noch nicht ausreichend untersucht ist, wurde ein qualitativer Zugang gewählt, der ein offenes und flexibles Vorgehen im Forschungs-

prozess ermöglicht und dem Ziel dieser Studie angepasst ist, eine Konzeptualisierung der wichtigsten Dimensionen in diesem Bereich zu entwickeln.

Auf Ebene der Organisation wurden zwischen Dezember 2008 und August 2009 in vier Bundesländern elf qualitative Interviews mit SchulleiterInnen gesundheitsfördernder Schulen geführt (siehe Tab. 1), die entlang einiger Dimensionen (Größe der Schule, Schultypen, Lage der Schule, Erfahrung mit Gesundheitsförderung/ GF) ausgewählt wurden. Die Interviews wurden in Anlehnung an die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse analysiert (Mayring 2008, 84). Dafür wurden zuerst die Analyseeinheiten bestimmt und ein Kategoriensystem anhand theoretischer Überlegungen und Literatur erstellt, das Definitionen, Ankerbeispiele und Kodierregeln zu den einzelnen Kategorien festhielt. Anschließend wurden alle Interviews mit Unterstützung des Programms Atlas.ti kodiert und die entstandenen Kategorien extrahiert und interpretiert. Im letzten Schritt wurden durch weitere Strukturierung und Zusammenfügung der Kategorien, wieder anhand daten- und theoriegeleiteter Überlegungen, sieben Handlungsfelder identifiziert, die SchulleiterInnen für notwendig erachten, um Ressourcen für die Implementierung von Gesundheitsförderung zu entwickeln. Diese sieben Handlungsfelder werden im Ergebnisteil beschrieben.

Auf Ebene der Bundesländer wurden zwischen November 2008 und Mai 2010 18 Interviews mit 23 GesundheitsförderungsakteurInnen (in weiterer Folge als GF-AkteurInnen bezeichnet) in sieben Bundesländern geführt (siehe Tab. 1). Einige Interviews erfolgten gleichzeitig mit zwei oder drei Personen, wenn die GF-AkteurInnen das so wünschten. Die GF-AkteurInnen sind jeweils offizielle Kontaktpersonen der Organisationen, die in den Bundesländern für schulische Gesundheitsförderung relevant sind (Landesschulräte/ Stadtschulrat für Wien, Service Stellen-Schule der Gebietskrankenkassen, Gesundheitsagenturen der Länder). Außerdem wurden 26 Dokumente gesammelt, die Auskunft über die Unterstützungsleistungen der Organisationen geben konnten. Die Daten wurden in Anlehnung an die Methode des ständigen Vergleichs der Grounded Theory (Corbin/ Strauss 2008) analysiert. Die Interviews wurden dafür im ersten Schritt offen kodiert, um relevante Kategorien zu identifizieren. Anschließend wurden diese Kategorien durch sogenanntes axiales und selektives Kodieren weiterentwickelt, aufeinander bezogen und mit der Forschungsfrage, welche Unterstützungsleistungen für Schulen auf Ebene der Bundesländer vorhanden sind, verbunden. Auf dieser Basis wurde ein Kategoriensystem entwickelt. Die Interviews wurden mit Unterstützung des Programms Atlas.ti kodiert, währenddessen wurden die Konzepte und Kategorien ständig weiterentwickelt. Die gesammelten Dokumente dienten als zusätzliche Informationen zu einzelnen Interviewpassagen. Im letzten Schritt wurden die unterschiedlichen Kategorien strukturiert und zu fünf verschiedenen Handlungsfeldern der GF-AkteurInnen zusammengeführt. Diese fünf Handlungsfelder werden im zweiten Teil der Ergebnisse dargestellt.

Die Interviews mit SchulleiterInnen und mit GF-AkteurInnen wurden bewusst separat analysiert, um auf die verschiedenen Relevanzstrukturen der beiden Ebenen schließen zu können. Es wurden jeweils passende Analysemethoden gewählt: Auf der Ebene der Schule, zu der bereits viel internationale Literatur vorhanden ist, wurde ein

eher theorie- und literaturgeleiteter Vorgang gewählt; auf der regionalen Ebene, zu der es derzeit wenig Literatur gibt, ein stärker induktiver, d. h. datengeleiteter Vorgang. Die Analyse der Daten richtete sich nach den Gütekriterien qualitativer Forschung (Corbin/ Strauss 2008). So wurden z. B. große Teile der Daten von der Erstautorin zusammen mit einer anderen Wissenschaftlerin analysiert, die Probleme, Widersprüche und Unstimmigkeiten miteinander diskutierten. Sowohl die Kategoriensysteme als auch die Strukturierung der Kategorien und Entwicklung der Ergebnisse wurden jeweils im Team besprochen und diskutiert, um intersubjektive Verständlichkeit herstellen zu können. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Datensammlung und Analyse.

Tabelle 1: Überblick über die Datensammlung und Analyse

Datenmaterial	Ebene	Bundesländer*	Sampling	Analysemethode
Elf Interviews mit SchulleiterInnen (zwischen Dezember 2008 und August 2009)	Ebene der Organisation	W, NÖ, OÖ, Stmk	theoretical sampling entlang der Dimensionen: Größe der Schule, Schultypen, Lage der Schule, Erfahrung mit GF	qualitative Inhaltsanalyse (Mayring 2008)
18 Interviews mit 23 GF-AkteurInnen (zwischen November 2008 und Mai 2010)	regionale Ebene	W, NÖ, OÖ, Stmk, T, Ktn, Sbg	Kontaktpersonen der identifizierten Organisationen	Methode des ständigen Vergleichs – Grounded Theory (Corbin/Strauss 2008)
26 Dokumente	regionale Ebene	W, NÖ, OÖ, Stmk, T, Ktn, Sbg, Vbg	von GF-AkteurInnen zur Verfügung gestellte Dokumente, die Auskunft über eine Unterstützungsmaßnahme geben	Hintergrundinformation zu den Interviews mit GF-AkteurInnen

\*Anmerkung: W = Wien, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, Stmk = Steiermark, T = Tirol, Ktn = Kärnten, Sbg = Salzburg, Vbg = Vorarlberg.

Österreich hat neun Bundesländer. Im Burgenland, dem kleinsten Bundesland, gab es zum Zeitpunkt der Datensammlung keine Struktur für schulische Gesundheitsförderung.

## 5. Ergebnisse

### 5.1 *Capacity Building auf Schulebene: Handlungsfelder der Schulen*

Im Rahmen der Analyse konnten, wie besprochen, sieben Handlungsfelder identifiziert werden, die aus der Sicht von SchulleiterInnen von gesundheitsförderlichen Schulen zur Implementierung von Gesundheitsförderung wichtig waren: (1) Wissen und Fähigkeiten, (2) Einsatz und Engagement, (3) Leadership, (4) Ressourcen für Kooperation, (5) materielle und finanzielle Ressourcen, (6) Schulprogramm, (7) organisationales Wissen. Diese Handlungsfelder und die Maßnahmen, die in diesem Zusammenhang gesetzt werden können, werden nun genauer beschrieben.

### *(1) Wissen und Fähigkeiten*

Wissen und Fähigkeiten von Individuen (vor allem von LehrerInnen) im Bereich der Gesundheitsförderung sowie im Bereich von Projektmanagement und Organisationsentwicklung gehören zu den zentralen Ressourcen, die aus Sicht der SchulleiterInnen für Gesundheitsförderungsimpementierung benötigt werden. Der Besuch von Fort- und Weiterbildungen durch LehrerInnen und SchulleiterInnen wurde daher in den Interviews wiederholt als wichtig geschildert:

*»Wir haben die Lehrerfortbildung, die haben wir ausgelegt immer auf den Schwerpunkt, den wir gerade behandelt haben, und dann die schulischen Lehrerfortbildungen gemacht, wir haben versucht im Bereich zum Beispiel Sport und Bewegung die verschiedensten Vereine in, in die Schule zu bringen« (SchulleiterIn/ SL10).*

Noch wichtiger als klassische Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen schien österreichischen SchulleiterInnen aber die Kooperation mit ExpertInnen im Bereich der Gesundheitsförderung zu sein, um von diesen zu lernen. SchulleiterInnen erwähnten außerdem die Einbindung von Eltern und Kooperation mit anderen Schulen als mögliche Maßnahmen, Wissen und Fähigkeiten zu entwickeln.

### *(2) Einsatz und Engagement*

Der Einsatz für das Thema Gesundheitsförderung und das Engagement von einzelnen Personen (in erster Linie LehrerInnen) an der Schule waren zentrale Themen in den Interviews mit SchulleiterInnen. Diese beschrieben, dass die Implementierung von Gesundheitsförderung nur dadurch möglich war, dass sich einige LehrerInnen aus dem Team dafür einsetzten, eventuell eigene (Zeit-) Ressourcen dafür aufbrachten und den Willen hatten, Gesundheitsförderung umzusetzen.

*»Also, es gehört auf jeden Fall ein sehr großer Idealismus dazu. Sonst würde man es nicht machen, denn da steckt sehr viel zusätzliches Engagement, Zeit und Aufwand dahinter« (SL6).*

Engagement und Einsatz bei Einzelpersonen zu fördern ist nicht einfach – letztlich kommt es darauf an, ob Gesundheitsförderung für LehrerInnen ein Anliegen ist. Unterstützend dazu ist es laut SchulleiterInnen wichtig, Möglichkeiten zu schaffen, sich für etwas einzusetzen und zu engagieren. Hier ist es vor allem essenziell – und darin waren sich die SchulleiterInnen einig –, dass der persönliche Einsatz auf Freiwilligkeit basiert.

*»Das heißt, das Konzept ist so ausgerichtet, dass man nach Möglichkeit versucht, die Potenziale und die Expertise, die in den Lehrern stecken, für die Schule zu nutzen, indem man ihnen Freiräume gibt, Dinge zu entwickeln« (SL3).*

### *(3) Leadership*

In engem Zusammenhang mit Einsatz und Engagement steht das Handlungsfeld von Leadership bzw. Führung. Hier geht es vor allem darum, auf verschiedenen Ebenen eine Vision für Gesundheitsförderung und Begeisterung für Veränderungsprozesse zu

entwickeln. Dies betrifft einerseits die Schulleitung, muss aber andererseits auch auf anderen Ebenen, wie dem Gesundheitsförderungsteam, stattfinden.

Das Verständnis der Schulleitung, was ihre eigene Rolle anbelangt, ist ein wichtiger Faktor für das Gelingen von Gesundheitsförderung. SchulleiterInnen können ihre Aufgaben ganz unterschiedlich weit begreifen und dadurch Aufgaben, die Gesundheitsförderung betreffen, ein- oder ausschließen.

*»Irgendwer hat eine Idee und sie kommen mit den Ideen zu mir und sie wissen, ich sag jetzt nicht nur ja macht nur, sondern ich bin aktiv auch« (SL2).*

Genannte Maßnahmen sind Aus- und Weiterbildungen für Schulleitung und LehrerInnen über Führungsstrategien und Teamführung sowie gezieltes Prozess- und Projektmanagement für die Implementierung von Gesundheitsförderung.

#### *(4) Ressourcen für Kooperation*

Während es wichtig ist, dass die Schulleitung das Gesundheitsförderungsvorhaben unterstützt, sind es meist LehrerInnen, die Gesundheitsförderung praktisch umsetzen.

*»Also mir gefällt das und ich versuche auch das ein bisschen weiterzugeben, wobei die Hauptaufgabe die fleißigen Lehrerinnen und Lehrer haben« (SL8).*

SchulleiterInnen beschrieben als Maßnahme, um die Implementierung der Gesundheitsförderung zu erleichtern, vor allem die Etablierung von Richtlinien und Strukturen, die Kooperationsmöglichkeiten für LehrerInnen schaffen und verschiedene interne Teams (wie ein Gesundheitsförderungsteam) entstehen und arbeiten lassen.

SchulleiterInnen können zum Beispiel die Stundenaufteilung teilweise so planen, dass Teamsitzungen und Gesundheitsförderungsarbeit im Rahmen von Lehrerarbeitszeit erfolgen. SchulleiterInnen haben zwar offiziell nur stark eingeschränkte Möglichkeiten, Stundenressourcen für Gesundheitsförderung (Planung, Durchführung, Evaluation von Projekten, Arbeit an Schulentwicklung, usw.) einzusetzen, es gab aber einige Möglichkeiten, Stunden für diese Arbeit »freizuschaukeln« (SL9). Ein Schulleiter erklärte:

*»Ich gebe Zeitressourcen. Ja. Das ist eine Wertschätzung der Arbeit – ich lasse supplieren oder ziehe Kolleginnen oder Kollegen bei Doppelstunden, Teamstunden ab« (SL1).*

#### *(5) Materielle und finanzielle Ressourcen*

Im Bereich der Akquisition von materiellen und finanziellen Ressourcen für die Implementierung von Gesundheitsförderung nannten die SchulleiterInnen verschiedene Möglichkeiten. Schulen können zum Beispiel durch Sponsoringverträge materielle oder finanzielle Unterstützung erhalten. Wie bereits vorher angesprochen, ist allerdings auch hier das Verständnis der Rolle der Schulleitung ausschlaggebend dafür, ob sie sich dafür einsetzt. Weiters können durch Elterneinbindung bzw. Kooperation mit dem Elternverein sowie durch Zusammenarbeit mit GesundheitsförderungsdienstleisterInnen und -expertInnen Ressourcen für Gesundheitsförderung gewonnen werden, wie eine Schulleiterin meinte:

*»Durch Sponsoring, Kostenbeiträge, durch den Schulerhalter, der das finanziert. Durch Verschiedenes, es kommt darauf an. Durch Begleitung oder Experten, die sich kostenlos zur Verfügung stellen. Wir haben eine Sportwissenschaftlerin, die uns unterstützt« (SL5).*

Elterneinbindung zur Entwicklung der Gesundheitsförderung erschien einigen SchulleiterInnen ein schwieriges Thema zu sein. Trotzdem erwähnten SchulleiterInnen immer wieder, dass Eltern zumindest für die Beschaffung von Ressourcen wichtig sind.

### *(6) Schulprogramm*

In Österreich müssen Schulen seit 1999/ 2000 ein Schulprogramm entwickeln, in dem ihr Profil festgelegt wird und wichtige Schritte und Maßnahmen festgehalten werden. SchulleiterInnen beschrieben das Schulprogramm als Möglichkeit, Gesundheitsförderung als einen Schwerpunkt ausarbeiten und sich somit formal auf Gesundheitsförderung festzulegen. Eine Schulleiterin erklärte in diesem Zusammenhang:

*»Schulprogramm ist nichts anderes als ein pädagogischer Prozess, was sich in der Schule quasi abspielt und wo man in Zukunft quasi hin will« (SL2).*

Laut SchulleiterInnen war es notwendig, eine Schulkultur und Schulrichtlinien zu haben, die die gemeinsame Arbeit am Schulprogramm ermöglichen, um möglichst breite Zustimmung in der Schule zu erreichen. Diese Art von Schulentwicklungsarbeit konnte durch Fort- und Weiterbildungen von LehrerInnen und SchulleiterInnen oder durch Zusammenarbeit mit ExpertInnen im Bereich Schulentwicklung und Gesundheitsförderung unterstützt werden. Eine weitere Maßnahme für das Schulprogramm war gezieltes Prozess- und Projektmanagement in Verbindung mit dem Schulschwerpunkt.

### *(7) Organisationales Wissen*

Organisationales Wissen für die Implementierung von Gesundheitsförderung zu entwickeln, ist mit Sicherheit das schwierigste, aber auf Dauer gesehen wichtigste Handlungsfeld für Schulen. Sichtbar wird organisationales Wissen in den Interviews, wenn SchulleiterInnen von einer *»Routine«* (SL9) von Gesundheitsförderung, bzw. von Aktionen und Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung sprechen, die bereits in den Alltag integriert wurden. Ein Schulleiter sagte zum Beispiel:

*»Es läuft bei uns so, wir verfolgen es bewusst, aber es ist schon so in den Köpfen, dass es einfach, manchmal gar nicht mehr auffällt, dass wir das machen« (SL1).*

Diese Routine bedeutet, dass gesundheitsförderliches Wissen Teil aller Entscheidungen der Schule geworden ist, die Management, Personal und SchülerInnen betreffen. Es bedeutet weiters, dass eine gewisse Vertrautheit mit dem Thema erreicht wurde, wodurch Gesundheitsförderung zur *»Norm«* gemacht wurde und die Organisation Gesundheitsförderung in ihr Wissen integrierte.

*»Das heißt, das Ganze hängt auch irgendwie zusammen mit allen anderen Aktivitäten, die da stattfinden« (SL3).*

Es wurden wenig eindeutige Maßnahmen beschrieben, die zur Entwicklung organisationalen Wissens gesetzt werden können, was darauf hindeutet, dass es auf die anderen Handlungsfelder aufbaut und somit nur im Laufe der Zeit und im Laufe der Umsetzung verschiedener Capacity Building-Maßnahmen entstehen kann. Die SchulleiterInnen betonten, dass es ein langer Prozess war, dass immer wieder nachjustiert werden musste und dass man seinen »eigenen Weg« (SL5) zu finden hatte.

## *5.2 Capacity Building auf regionaler Ebene: Handlungsfelder der GF-AkteurInnen*

Wie bereits besprochen, werden die meisten Capacity Building-Maßnahmen für Gesundheitsförderung in Österreich auf der regionalen Ebene, also der Ebene der Bundesländer, gesetzt. Jedes Bundesland hat eigene Strukturen und bietet eigene Unterstützungen und Ressourcen für gesundheitsfördernde Schulen an. Um das System der Unterstützung für gesundheitsfördernde Schulen zu erfassen, wurden deshalb, wie im Methodenteil beschrieben, Interviews mit GF-AkteurInnen geführt, also mit den Kontaktpersonen der Organisationen, die Unterstützungsangebote bieten. Durch Analyse der Interviews konnten fünf verschiedene Handlungsfelder identifiziert werden: (A) Organisation von Austausch, (B) Zertifizierung und Qualitätssicherung, (C) Beratung und Information, (D) finanzielle Unterstützung, (E) Koordination und Selbstorganisation der Gesundheitsförderungs-AkteurInnen. Diese fünf Handlungsfelder treten in der Praxis meist als Kombinationen auf, wodurch sich eine sehr heterogene Landschaft an Unterstützungsleistungen ergibt.

### *(A) Organisation von Austausch*

Durch die Organisation von Austausch sollen Schulen die Möglichkeit bekommen, miteinander in Kontakt zu treten und sich über Wissen und Erfahrungen auszutauschen. Dieser Austausch wird vor allem durch die Organisation von Netzwerktreffen und die Verteilung von Praxisberichten durch die AkteurInnen unterstützt. Die AkteurInnen begründeten dies damit, dass Schulen am besten von »Gleichgesinnten« lernen können, und betonten, dass persönlicher Austausch und Plaudern »das Wichtigste« sei. Laut einer Akteurin ermöglichen Netzwerktreffen:

*»dass die Schulen sehen, die andere Schule ist da drinnen und den Anbieter, den könnten wir auch vielleicht brauchen für unser Projekt«  
(Gesundheitsförderungs-AkteurIn/ GA5).*

In einem Netzwerkdokument steht über den Begriff »Vernetzung«:

*»spart Ressourcen und schafft Synergien, an denen alle Beteiligten partizipieren können«  
(Dokument/ D3).*

Einen Vorteil in der Organisation von Austausch sahen die AkteurInnen vor allem darin, dass die Vernetzung Nachhaltigkeit fördert: Einerseits können Schulen durch die Zusammenarbeit potenziell Ressourcen sparen, andererseits könne der Kontakt zwischen Schulen auch dann bestehen bleiben, wenn die Organisation des Austausches eingestellt wird.

### *(B) Zertifizierung und Qualitätssicherung*

Die Zertifizierung von Schulen bedeutet, dass Schulen, die bereits Gesundheitsförderung an ihrer Schule umsetzen, auf der Basis von Qualitätskriterien bewertet werden können und ein Zertifikat (bzw. eine Urkunde oder ein Siegel) erhalten, das sie als »Gesunde Schule« oder »Gesundheitsfördernde Schule« ausweist. Zertifizierung wurde somit von den AkteurInnen als eine Möglichkeit beschrieben, Schulen Anerkennung zu zeigen. Die Zertifizierung sollte sichtbar machen, was Schulen geleistet haben, und ein Anreiz sein, noch mehr umzusetzen. Gleichzeitig wurde es als Möglichkeit beschrieben, die von den Anbietern definierte Qualität von Gesundheitsförderung an Schulen zu sichern, bzw. »Wildwuchs zu bremsen« (GA2), da die Qualität von Gesundheitsförderung an Schulen nicht immer sehr hoch zu sein scheint. Die zugrundeliegenden Qualitätskriterien wurden meist von den AkteurInnen selbst entwickelt und bilden einen breiten Rahmen von schulischer Gesundheitsförderung – von Lehren und Lernen über materielle Umwelt bis hin zu Beziehungen in der Schule – ab.

### *(C) Beratung und Information*

Die GF-AkteurInnen waren sich einig, dass Schulen auf dem Weg zur Gesundheitsförderung viel Information und Beratung benötigen. Informationen wurden in schriftlicher Form (Informationsblätter, Broschüren, Leitfäden oder Ähnliches) sowie in Form von Trainings, Workshops, Konferenzen usw. vermittelt; Beratung hingegen fand direkter und persönlicher statt und stellte eher eine individualisierte, auf die Bedürfnisse der Schulen abgestimmte Information dar. Diese Formen der Wissensvermittlung wurden als wichtig beschrieben, denn Schulen benötigen ständige Begleitung, Ideen und Know-how.

*»Wir sind draufgekommen, dass die Schulen eigentlich viel Information brauchen: Was ist Gesundheitsförderung? Da gibt es noch nicht so viel. Die brauchen Information, weil sonst wissen sie überhaupt (nicht), wie soll ich das in den Schulalltag integrieren, wie soll ich das machen, wie geht sich das aus. Und da bieten wir jetzt einmal einfach unser Angebot an und das schauen sie sich dann an oder hören sie sich an« (GA9).*

GF-AkteurInnen beschreiben das Bereitstellen von allgemeiner Information als leichter zu bewerkstelligen als die individuelle Beratung von Schulen, die sehr viele Zeitressourcen benötigt.

### *(D) Finanzielle Unterstützung*

Einige GF-AkteurInnen boten finanzielle Unterstützung an, die zum Beispiel für die Anschaffung eines Sportgeräts, für die Bezahlung einer Diätologin, für die Kosten eines Ausflugs usw. genutzt werden kann. Diese finanzielle Unterstützung war meist an eine spezifische gesundheitsfördernde Intervention gebunden – Schulen mussten dafür einen Projektantrag schreiben, das Projekt dokumentieren und/oder einen Zwischen- und Endbericht abgeben. Die GF-AkteurInnen betonten, dass sie die Schulen mit der Verpflichtung, die finanziellen Ressourcen an einen erfolgreichen Projektantrag zu binden, unterstützen, da es den Schulen hilft, strukturiert zu planen:



*»Einfach nur Schulen Geld zur Verfügung zu stellen, aber nicht auf die Zielformulierung und die IST-Analyse zu schauen, hat auch keinen Sinn« (GA4).*

Schulen steht in Österreich ein sehr geringes Budget zur freien Verfügung. Der Vorteil dieser Unterstützung ist daher, dass sie auf diese Weise selbst entscheiden können, was sie für die Umsetzung von Gesundheitsförderung benötigen.

### *(E) Koordination und Selbstorganisation der GF-AkteurInnen*

Verschiedene GF-AkteurInnen erklärten, dass Schulen mit einer Vielzahl von Angeboten und Informationen bezüglich Gesundheitsförderung überhäuft werden, die in den meisten Fällen nicht aufeinander abgestimmt sind. Zusätzlich sagten AkteurInnen, dass sie nur wenige Informationen darüber haben, was andere Organisationen (im selben Bundesland und bundesländerübergreifend) für Schulen anbieten. Als eventuell wichtigste – aber selten realisierte – Unterstützungsleistung wurde deshalb die Selbstorganisation und Koordination des heterogenen Felds der GF-AkteurInnen identifiziert. Einige AkteurInnen sahen es bereits als ihre Aufgabe an, sich mit anderen AkteurInnen (innerhalb des Bundeslandes) zu vernetzen, ihre Angebote abzustimmen oder gebündelt anzubieten:

*»Was mir noch fehlt, allein dass das besser wird, ist die Vernetzung von diesen Organisationen untereinander. Wir sind momentan eh dran, zu schauen, dass es diese Zusammenarbeiten jetzt noch einmal auf dieser regionalen Arbeit auch gibt. Also bis vor kurzem noch sehr nebeneinander arbeitend, eigentlich, so hätte ich es beschrieben, aber das wird jetzt besser« (GA4).*

Dieses Handlungsfeld benötigt allerdings viel Organisationsleistung der AkteurInnen untereinander, wofür eigene, derzeit kaum vorhandene Ressourcen benötigt werden. GF-AkteurInnen bewerteten dieses Handlungsfeld daher als notwendigen, aber nicht ausreichend realisierbaren Bereich ihrer Arbeit.

## 6. Diskussion

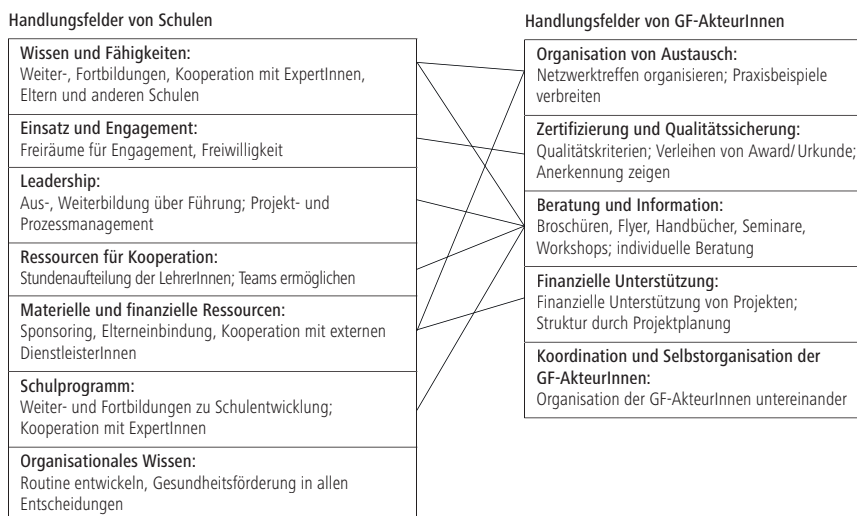
Schulen können eine Reihe von Ressourcen für die Implementierung von Gesundheitsförderung selbst entwickeln. Mögliche Maßnahmen wurden innerhalb von sieben Handlungsfeldern – Wissen und Fähigkeiten, Einsatz und Engagement, Leadership, Ressourcen für Kooperation, materielle und finanzielle Ressourcen, Schulprogramm, organisationales Wissen – beschrieben.

Die Ergebnisse dieser Studie finden Anschluss in internationaler Literatur: AutorInnen sprechen von der Wichtigkeit, Führung für das Gesundheitsförderungsprogramm zu entwickeln (Rohrbach et al. 2006, Hoyle et al. 2008, Roberts-Gray et al. 2007). Weiters wird die Relevanz von Schulrichtlinien genannt (Rohrbach et al. 2006, Fullan 1992) und die Notwendigkeit von materiellen, personellen und finanziellen Ressourcen diskutiert (Rohrbach et al. 2006, Fullan 1992, Hoyle et al. 2008, Deschesnes et al. 2003, Roberts-Gray et al. 2007). Außerdem wird die Bedeutung von politischer Unterstützung und Strukturen betont (Deschesnes et al. 2003, Roberts-Gray et al. 2007).

Auf Ebene der österreichischen Bundesländer wird eine große Zahl verschiedener Unterstützungen für gesundheitsfördernde Schulen angeboten. Zwar sind die Ressourcen teilweise stark beschränkt, doch potenziell hat jede Schule in Österreich die Möglichkeit, zumindest einen gewissen Grad an Unterstützung bei der Implementierung von Gesundheitsförderung zu erhalten. Die Unterstützungsformen, die in Österreich angeboten werden, wurden in fünf Handlungsfeldern beschrieben: Organisation von Austausch, Zertifizierung, Beratung und Information, finanzielle Unterstützung sowie Koordination und Selbstorganisation der GF-AkteurInnen.

Verschiedene Möglichkeiten, Schulen zu unterstützen, werden auch in der Literatur diskutiert. Die Organisation von Austausch für Schulen bzw. innerhalb von Schulnetzwerken wird häufig als wichtig beschrieben (McCall et al. 2005, WHO 1997, Hoyle et al. 2008). Zertifizierungen und Auszeichnungen werden als hilfreich bezeichnet, da sie ein Zeichen für schulische Bemühungen setzen (Lee et al. 2007, Moon et al. 1999). Ähnlich wie im Handlungsfeld Beratung und Information wird in der Literatur häufig die Wichtigkeit von Information und Trainings für das Schulpersonal betont (Jourdan et al. 2008, Osganian et al. 2003, Hoyle et al. 2008). Finanzielle Unterstützung wird in der Literatur erwähnt, um zusätzliches Personal zu finanzieren oder kurzfristige und einmalige Anschaffungen zu tätigen (Hoyle et al. 2008, Deschesnes et al. 2003, Roberts-Gray et al. 2007). Bezüglich der Koordination und Selbstorganisation von AkteurInnen betonen einige AutorInnen, dass Schulen häufig mit zu viel Information und Projekten überhäuft werden, die sie selbst nicht koordinieren können, und deshalb Hilfe benötigen. Diese Koordinationsleistung muss auf einer höheren Ebene des Schulsystems stattfinden (Leurs et al. 2005, Deschesnes et al. 2003).

Abbildung 2: Überblick über die Handlungsfelder



Quelle: eigene Darstellung

Die Abbildung 2 gibt einen Überblick über die Handlungsfelder von Schulen und GF-AkteurInnen. Es kann damit veranschaulicht werden, dass sich viele der Handlungsfelder tendenziell ergänzen, jedoch verschiedene Gewichtungen vorhanden sind. Das Handlungsfeld »Wissen und Fähigkeiten« von Schulen wird unterstützt durch die »Organisation von Austausch« und »Beratung und Information«. »Einsatz und Engagement« von Schulen kann unter anderem durch »Zertifizierung und Qualitätssicherung« gefördert werden. Für Schulen notwendige Ressourcen (»Materielle und finanzielle Ressourcen«) werden zumindest teilweise durch »Finanzielle Unterstützung« der Bundesländer gedeckt. Insgesamt kann gesagt werden, dass alle fünf Handlungsfelder der GF-AkteurInnen Potenzial haben, Schulen in einer Art und Weise zu unterstützen, die genügend Spielraum für eigene Umsetzungen, Schwerpunktlegungen oder Präferenzen offen lässt. Schulen erhalten also ganz im Sinne der Kontextsteuerung einen groben Rahmen, innerhalb dessen sie sich entwickeln können.

Die Relevanzstrukturen von GF-AkteurInnen müssen aber nicht immer mit der Logik der Einzelschule kompatibel sein. Das heißt, die Angebote, die aus Sicht der GF-AkteurInnen möglich sind, sind teilweise eventuell anders gewichtet und organisiert, als es aus Sicht der Schulen wünschenswert wäre. Dies wird in Passagen der Interviews deutlich, in denen die GF-AkteurInnen über die Probleme und Grenzen ihrer Unterstützungsleistungen für Schulen sprechen. Besonders ersichtlich ist dies beim Handlungsfeld Organisation von Austausch: GF-AkteurInnen organisieren Austausch für Schulen durch Netzwerk- oder Austauschtreffen, aber die Teilnahme von Schulen an diesen Treffen ist ein Problem, da LehrerInnen und SchulleiterInnen dafür nicht entlohnt werden können und daher häufig im Rahmen ihrer »Freizeit« teilnehmen müssen. Oft müssen sie dafür auch längere Wege zurücklegen, wodurch sich der Aufwand für viele nicht lohnt. Auch das Handlungsfeld Beratung und Information der GF-AkteurInnen stößt auf Probleme. GF-AkteurInnen berichten, dass Schulen lieber individuelle Beratung erhalten, dies aber oft wegen des großen Zeitaufwands für die GF-AkteurInnen nicht möglich wäre. Breite Information durch Broschüren und Flyer, mit denen viele Schulen erreicht werden können, ist für GF-AkteurInnen ressourcenschonender als individuelle Beratung und Begleitung von Schulen. Die Unterstützung durch Zertifizierung von schulischer Gesundheitsförderung wird von vielen Schulen gerne angenommen, da sie dadurch ein Messinstrument zur Verfügung gestellt bekommen, das zeigt, wie gut sie sind. Gleichzeitig fehlt bei dieser Form von Unterstützung für Schulen aber die Prozessbegleitung – das Gewicht wird auf die Messung von Ergebnissen gelegt, Schulen brauchen aber häufig Unterstützung dabei, zu diesen Ergebnissen zu kommen.

Diese zentralen Diskrepanzen verdeutlichen, dass jede der beiden Ebenen ihre eigene Logik verfolgt und eigene Hintergründe dafür hat. Für beide Ebenen gilt, wie einleitend besprochen, das Konzept der Selbstorganisation: Systeme handeln aufgrund ihrer eigenen Logik und Geschichte. Das heißt, Interventionen führen nur dann zu Veränderung, wenn sie im System Lernprozesse bewirken, nicht aber wenn sie versuchen, direkt von außen in das System einzugreifen, oder für das System unpassende Schritte einfordern. Unterstützungsleistungen für Schulen müssen also direkt an die

Logik der Schulen anschließbar sein. Dies erfordert ein tiefgehendes Verständnis des Systems Schule, das bei den GF-AkteurInnen bei einigen gut funktionierenden Unterstützungsleistungen bereits gegeben ist, in anderen Teilen aber eventuell noch ausweitbar ist.

Eine weitere interessante Beobachtung ist, dass die beiden wichtigsten und gleichzeitig am schwierigsten zu erfüllenden Handlungsfelder, nämlich die Entwicklung von organisationalem Wissen auf Ebene der Schule und die Koordination und Selbstorganisation der GF-AkteurInnen, auf der Ebene der Bundesländer liegen. Bei beiden Handlungsfeldern handelt es sich um genau diejenigen, die in erster Linie vom System selbst entwickelt und beeinflusst werden müssen. Beide – Wissen und Selbstorganisation – sind nicht direkt steuerbare, »emergente« Phänomene, können also von außen kaum unterstützt und gefördert werden. Organisationales Wissen muss von der Schule selbst entwickelt werden, genauso wie die Selbstorganisation von GF-AkteurInnen nur durch selbstorganisierte Abstimmungsprozesse der unterschiedlichen regionalen Akteure entwickelt werden kann. Hier kann also festgehalten werden, dass sowohl Schulen als auch die GF-AkteurInnen eigene, selbstorganisierte Entwicklungsleistungen erbringen müssen.

## 7. Schlussfolgerungen

Abschließend können zwei Schlussfolgerungen gezogen werden: Aus der Diskussion der Ergebnisse lässt sich erstens folgern, dass es wichtig ist, Bewusstsein für die verschiedenen Logiken von Schulen und ihrer Umwelt zu schaffen, denn nur durch ein Verständnis bezüglich ihrer Selbstorganisation können Systeme sinnvoll unterstützt werden. Dies ist einerseits hilfreich für die Konzeptualisierung von Unterstützungsangeboten für Schulen, damit diese für verschiedene Interpretations- und Anwendungsmöglichkeiten offen sind; andererseits für das Feld der schulischen Gesundheitsförderung, um das Verständnis darüber, wie Schulen und ihre Umwelt interagieren, aufzubauen.

Zweitens lässt sich festhalten, dass auch die Ebene der Bundesländer (nicht nur die Ebene der Schulen) durch zusätzliche Ressourcen und verbesserte und veränderte Rahmenbedingungen unterstützt werden könnte. Es wäre also verstärktes Capacity Building auf der nationalen Ebene im österreichischen Schulsystem notwendig, um die bereits vorhandenen Strukturen auf nationaler und regionaler Ebene weiter auszubauen und zusätzliche Ressourcen im Schulsystem zu schaffen.

## Literatur

- Adi, Yaser et al. (2007) *Systematic Review of the Effectiveness of Interventions to Promote Mental Wellbeing in Primary Schools. Report 1: Universal Approaches which Do Not Focus on Violence or Bullying*. Warwick.
- Altrichter, Herbert/Wiesinger, Sophie (2005) *Implementation von Schulinnovationen – aktuelle Hoffnungen und Forschungswissen*. In: Journal für Schulentwicklung, Nr. 4, 28–36.
- Baecker, Dirk (1999) *Organisation als System*. Frankfurt a. M.
- Bond, Lyndal et al. (2001) *Building Capacity for System-Level Change in Schools: Lessons from the Gatehouse Project*. In: Health Education & Behavior, Nr. 3, 368–383.
- Buijs, Goof J (2009) *Better Schools through Health: Networking for Health Promoting Schools in Europe*. In: European Journal of Education, Nr. 4, 507–520.
- Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten (1997) *Grundsatzlerlass Gesundheitserziehung*. Wien.
- Corbin, Juliet/Strauss, Anselm (2008) *Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Los Angeles et al. 3<sup>rd</sup> edition.
- Denman, Susan et al. (2002) *The Health Promoting School. Policy, Research and Practice*. New York.
- Deschesnes, Marthe et al. (2003) *Comprehensive Approaches to School Health Promotion: How to Achieve Broader Implementation?* In: Health Promotion International, Nr. 4, 387–396.
- Dür, Wolfgang/Griebler, Robert (2007) *Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2006*. Wien.
- Felder-Puig, Rosemarie (2011) *Ist schulische Gesundheitsförderung bzw. die Gesundheitsfördernde Schule »wirksam«?* In: Dür, Wolfgang/Felder-Puig, Rosemarie (HrInnen) Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung. Bern, 291–298.
- Fixsen, Dean L. et al. (2005) *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa, Florida.
- Fullan, Michael G. (1992) *Successful School Improvement*. Buckingham, Philadelphia.
- Gugglberger, Lisa u. a. (2009) *Schulische Gesundheitsförderung in Österreich: Liste der regionalen Gesundheitsförderungsaktivitäten*. Ergebnisbericht des Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research (LBIHPR). Wien.
- Hoyle, Tena B. et al. (2008) *Building Capacity for the Continuous Improvement of Health-promoting Schools*. In: Journal of School Health, Nr. 1, 1–8.
- Jourdan, Didier et al. (2008) *The Future of Health Promotion in Schools Goes through the Strengthening of Teacher Training at a Global Level*. In: Promotion & Education, Nr. 3, 36–38.
- Koch, Stefan/Gräsel, Cornelia (2004) *Schulreformen und Neue Steuerung – erziehungswissenschaftliche Perspektiven*. In: Koch, Stefan/Fisch, Rudolf (Hg.) Schulen für die Zukunft. Neue Steuerung im Bildungswesen. Stuttgart, 3–24.
- Kussau, Jürgen/Brüsemeyer, Thomas (2007) *Educational Governance: Zur Analyse der Handlungskoordination im Mehrebenensystem der Schule*. In: Altrichter, Herbert u. a. (Hg.) Educational Governance. Handlungskoordination und Steuerung im Bildungssystem. Wiesbaden, 15–54.
- Lee, Albert et al. (2007) *The Status of Health-promoting Schools in Hong Kong and Implications for Further Development*. In: Health Promotion International, Nr. 4, 316–326.
- Leurs, Mariken T. W. et al. (2005) *Development of a Collaborative Model to Improve School Health Promotion in the Netherlands*. In: Health Promotion International, Nr. 3, 296–305.
- Lister-Sharp, D. et al. (1999) *Health Promoting Schools and Health Promotion in Schools: two Systematic Reviews*. In: Health Technology Assessment, Nr. 3, 1–207.
- Luhmann, Niklas (1984) *Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie*. Frankfurt a. M.
- Luhmann, Niklas (1997) *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. Frankfurt a. M.
- Maturana, Humberto M./Varela, Francisco J. (2009) *Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln menschlichen Erkennens*. Frankfurt a. M. 2. Auflage.
- Mayring, Philipp (2008) *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim/Basel.
- McCall, Douglas S. et al. (2005) *International School Health Network: an Informal Network*

- for *Advocacy and Knowledge Exchange*.  
In: Promotion & Education, Nr. 3-4, 173-177.
- Mitterbauer, Eva (2007) *Gesundheitsförderung als pädagogisches Konzept*. Wien.
- Moon, A. M. et al. (1999) *Helping Schools to Become Health-promoting Environments – an Evaluation of the Wessex Healthy Schools Award*. In: Health Promotion International, Nr. 2, 111-122.
- Osganian, Stavroula K. et al. (2003) *Institutionalization of a School Health Promotion Program: Background and Rationale of the CATCH-ON Study*. In: Health Education & Behavior, Nr. 4, 410-417.
- Paulus, Peter (2002) *Gesundheitsförderung im Setting Schule*. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Nr. 45, 970-975.
- Ramelow, Daniela u. a. (2011) *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010*. Wien.
- Rechnungshof (2005) *Bericht des Rechnungshofes*. Wien.
- Roberts-Gray, Cynthia et al. (2007) *Evaluating School Capacity to Implement New Programs*. In: Evaluation and Program Planning, Nr. 3, 247-257.
- Rohrbach, Louise A. et al. (2006) *Type II Translation: Transporting Prevention Interventions from Research to Real-world Settings*. In: Evaluation & the Health Professions, Nr. 3, 302-333.
- Schatz, Michael/Petzold, Katalin (2007) *Improving School Leadership. Country Background Report for Austria*. Innsbruck.
- Simon, Fritz B. (2007) *Einführung in die systemische Organisationstheorie*. Heidelberg.
- St Leger, Lawrence/Young, Ian M. (2009) *Creating the Document ›Promoting Health in Schools: from Evidence to Action‹*. In: Global Health Promotion, Nr. 4, 69-71.
- St Leger, Lawrence et al. (2010) *Promoting Health in Schools. From Evidence to Action*. Saint Denis Cedex.
- Stewart-Brown, Sarah (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.
- Stewart Burgher, Mary et al. (1999) *The European Network of Health Promoting Schools – the Alliance of Education and Health*.
- Stoll, Louise (2009) *Capacity Building for School Improvement or Creating Capacity for Learning? A Changing Landscape*. In: Journal of Educational Change, Nr. 2-3, 115-127.
- VicHealth (2007) *Capacity Building for whom, in what Circumstances and how*. Victoria.
- Weick, Karl E. (1976) *Educational Organizations as Loosely Coupled Systems*. In: Administrative Science Quarterly, Nr. 1, 1-19.
- Whitman, Cheryl V./Aldinger, Carmen (2009) *Overview of Findings from Case Study Analysis*. In: Whitman, Cheryl V./Aldinger, Carmen (eds.) *Case Studies in Global School Health Promotion: From Research to Practice*. New York, 35-84.
- WHO (World Health Organisation) (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva.
- WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion (1997) *Promoting Health through Schools. Report of a WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion*. Geneva.
- Willke, Helmut (1995) *Systemtheorie III: Steuerungstheorie. Grundzüge einer Theorie der Steuerung komplexer Sozialsysteme*. Stuttgart.
- Willke, Helmut (2005) *Systemtheorie II: Interventionstheorie: Grundzüge einer Theorie der Intervention in komplexe Systeme*. Stuttgart.

#### Kontakt:

[lisa.gugglberger@lbihpr.lbg.ac.at](mailto:lisa.gugglberger@lbihpr.lbg.ac.at)  
[waldemar.kremser@fu-berlin.de](mailto:waldemar.kremser@fu-berlin.de)  
[edith.flaschberger@lbihpr.lbg.ac.at](mailto:edith.flaschberger@lbihpr.lbg.ac.at)  
[wolfgang.duer@lbihpr.lbg.ac.at](mailto:wolfgang.duer@lbihpr.lbg.ac.at)