



Ludwig Boltzmann Institute  
Health Promotion Research

# Forschungsbericht

## Rahmenbedingungen für schulische Gesundheitsförderung an Österreichs Schulen

Ergebnisse der Schulleiter/innenbefragung 2010

Katrin Unterweger  
Robert Griebler  
Daniela Ramelow  
Felix Hofmann  
Ursula Griebler  
Wolfgang Dür  
Rosemarie Felder-Puig





Ludwig Boltzmann Institute  
Health Promotion Research

# Rahmenbedingungen für schulische Gesundheitsförderung an Österreichs Schulen

Ergebnisse der Schulleiter/-  
innenbefragung 2010

Wien, November 2011

Unsere Praxispartner:



**Key Researcher der Programmlinie Schule:** Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Rosemarie Felder-Puig, MSc

**AutorInnen:** Mag.<sup>a</sup> Katrin Unterweger, MSc  
Mag. Robert Griebler  
Mag.<sup>a</sup> Daniela Ramelow, MPH  
Mag. Felix Hofmann  
Mag.<sup>a</sup> Ursula Griebler, PhD, MPH  
Priv.Doz. Mag. Dr. Wolfgang Dür  
Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Rosemarie Felder-Puig, MSc

**Korrespondenz:** Mag.<sup>a</sup> Katrin Unterweger, [katrin.unterweger@lbhpr.lbg.ac.at](mailto:katrin.unterweger@lbhpr.lbg.ac.at)

**Dieser Bericht soll folgendermaßen zitiert werden:**

Unterweger, K., Griebler, R., Ramelow, D., Hofmann, F., Griebler, U., Dür, W. & Felder-Puig, R. (2011). Gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen an Österreichs Schulen: Ergebnisse der Schulleiter/innenbefragung 2010. Wien: LBIHPR Forschungsbericht.

## **IMPRESSUM**

### **Medieninhaber und Herausgeber:**

Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH  
Nußdorfer Straße 64/6, Stock, A-1090 WIEN  
<http://www.lbg.ac.at/gesellschaft/impressum.php>

### **Für den Inhalt verantwortlich:**

Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research (LBIHPR)  
Untere Donaustraße 47/3.OG, A-1020 Wien  
<http://lbhpr.lbg.ac.at/>

## Inhalt

Abbildungsverzeichnis.....	5
Tabellenverzeichnis.....	6
Zusammenfassung.....	7
1 Einleitung.....	11
2 Angaben zur Studie .....	13
3 Fragestellungen .....	13
4 Angaben zur Stichprobe .....	13
5 Befragungsinstrument.....	17
6 Methode.....	22
7 Ergebnisse .....	23
7.1 Welche Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung sind an Österreichs Schulen vorhanden? .....	23
7.1.1 Nachbarschaft .....	25
7.1.2 Infrastruktur .....	26
7.1.3 Schüler/innenverhalten.....	28
7.1.4 Qualitätsmanagement.....	29
7.1.5 Schüler/innenpartizipation.....	31
7.1.6 Elternpartizipation.....	33
7.1.7 Allgemeine Voraussetzungen für Gesundheitsförderung .....	35
7.1.8 Spezifische Maßnahmen zu ausgewählten Themenbereichen .....	38
7.2 Gibt es Unterschiede zwischen den Schultypen? .....	48
7.3 Wie wirken sich vorhandene Gesundheitsförderungs(GF)-Teams sowie gewidmete Lehrer/innenstunden und Budget für GF-Projekte auf die Rahmenbedingungen zur Gesundheitsförderung in Schulen aus? .....	50
7.3.1 Vorhandenes Gesundheitsförderungsteam .....	50
7.3.2 Vorhandenes Budget für Gesundheitsförderungsprojekte.....	53
7.3.3 Gewidmete Lehrer/innenstunden für Gesundheitsförderung.....	55
8 Diskussion der Ergebnisse .....	57

Literaturverzeichnis.....	63
Tabellenband.....	67

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zusammensetzung der Stichprobe nach Bundesländern .....	15
Abbildung 2: Zusammensetzung der Stichprobe nach Schultyp.....	15
Abbildung 3: Mittelwerte Schulen gesamt und Schwellenwerte jener 10 % der Schulen mit den höchsten Werten.....	23
Abbildung 4: Gesamtindex Probleme der Nachbarschaft.....	25
Abbildung 5: mäßige bis große Probleme in der Nachbarschaft .....	25
Abbildung 6: Gesamtindex Qualität der Infrastruktur .....	26
Abbildung 7: Probleme bzgl. Infrastruktur - Zustimmung im Fragebogen mit »stimmt« und »stimmt genau«.....	27
Abbildung 8: Gesamtindex abweichendes Schüler/innenverhalten.....	28
Abbildung 9: große und mäßige Probleme im Bereich des abweichenden Schüler/innenverhaltens .....	28
Abbildung 10: Gesamtindex Qualitätsmanagement.....	29
Abbildung 11: Routinemäßige Maßnahmen im Qualitätsmanagement.....	30
Abbildung 12: Gesamtindex Schüler/innenpartizipation.....	31
Abbildung 13: Beteiligungsmöglichkeiten von Schüler/inne/n.....	32
Abbildung 14: Gesamtindex Elternpartizipation .....	33
Abbildung 15: Beteiligungsmöglichkeiten und Beteiligungsausmaß von Eltern.....	34
Abbildung 16: Gesamtindex allgemeine Voraussetzungen für Gesundheitsförderung an den Schulen .....	35
Abbildung 17: Häufigkeiten der Beteiligung in den GF-Teams .....	36
Abbildung 18: vorhandenes Weiterbildungskonzept zur Qualifizierung der Mitarbeiter/innen.....	37
Abbildung 19: Gesamtindex spezifische Maßnahmen Ernährung .....	39
Abbildung 20: vorhandene ernährungsbezogene Richtlinien in österreichischen Schulen.....	40
Abbildung 21: Gesamtindex spezifische Maßnahmen Bewegung .....	41
Abbildung 22: vorhandene Richtlinien im Bereich Bewegung.....	42
Abbildung 23: Gesamtindex spezifische Maßnahmen Gewalt.....	43
Abbildung 24: Richtlinien zum Thema Gewalt .....	44
Abbildung 25: Gesamtindex spezifische Maßnahmen Rauchen .....	45

Abbildung 26: Richtlinien und Regelungen im Bereich Rauchen .....	46
Abbildung 27: Gesamtindex spezifische Maßnahmen Alkohol.....	47
Abbildung 28: Gesamtwerte - Schultypen im Vergleich .....	48
Abbildung 29: Vergleich zwischen den Durchschnittswerten von Schulen mit und ohne Gesundheitsförderungsteam.....	51
Abbildung 30: Vergleich zwischen den Durchschnittswerten der Schulen mit und ohne Budget für Gesundheitsförderung.....	53
Abbildung 31: Vergleich von Schulen mit/ohne gewidmeten Lehrer/innenstunden für Gesundheitsförderung .....	55

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Rücklaufquoten im Schulleiter-Survey, dargestellt nach Bundesländern .....	14
Tabelle 2: Rücklaufquoten im Schulleiter-Survey, dargestellt nach Schultypen.....	14
Tabelle 3: Schulcharakteristika.....	16
Tabelle 4: Indikatoren der spezifischen Maßnahmen.....	21
Tabelle 5: Interpretation der Effektstärken .....	22
Tabelle 6: Häufigkeit von Gesundheitsförderungsteams.....	50
Tabelle 7: relative Häufigkeiten vorhandener Budgets für GF-Projekte.....	53
Tabelle 8: Häufigkeiten gewidmeter Lehrer/innenstunden für Gesundheitsförderung.....	55
Tabelle 9: tabellarische Übersicht der durchschnittlichen Gesamtwerte, Schwellenwerte und Werte nach Schultypen .....	67
Tabelle 10: tabellarische Übersicht der durchschnittlichen Gesamtwerte nach Bundesländern.....	68
Tabelle 11: Effektstärke - Vergleich von Sekundarstufen .....	70
Tabelle 12: Effektstärke - Vergleich vorhandener Rahmenbedingungen .....	71



# Zusammenfassung

## Eckdaten zur Studie

<b>Erhebungszeitraum</b>	Mai und Juni 2010
<b>Erhebungsinstrument</b>	Onlinefragebogen, ausgefüllt von Schulleiter/innen
<b>Stichprobe</b>	Zufallsstichprobe der Schulleiter/innen aller österreichischen Sekundarschulen 1 und 2 (außer sonder- und heilpädagogische Einrichtungen)
<b>Stichprobengröße</b>	305 Schulleiter/innen
<b>Rücklaufquote</b>	ca. 49 %
<b>Repräsentativität</b>	leicht überrepräsentiert: Burgenland, Kärnten, Vorarlberg; allgemeinbildende höhere Schulen & berufsbildende mittlere und höheren Schulen leicht unterrepräsentiert: polytechnische Schulen
<b>Weitere zeitgleiche Befragungen</b>	8. österreichische Health Behaviour in School-aged Children Study 2. Austrian Teacher Health Survey

## Zentrale Ergebnisse

Der Schulleiter/innenfragebogen deckt die verschiedenen Bereiche der Gesundheitsförderung (organisatorische, materielle und soziale Faktoren), bezugnehmend auf die von der WHO beschriebenen Komponenten einer gesundheitsförderlichen Schule (WHO, 1996) ab und erhebt dabei die vorhandenen Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung an Schulen. Insgesamt werden 12 Dimensionen in den Blick genommen:

- Nachbarschaft
- Infrastruktur
- Schüler/innenverhalten
- Qualitätsmanagement
- Schüler/innenpartizipation
- Elternpartizipation
- allgemeine Voraussetzungen für Gesundheitsförderung

**Erhebung der vorhandenen Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung an österreichischen Schulen**

- spezifische Maßnahmen zum Thema Ernährung
- spezifische Maßnahmen zum Thema Bewegung
- spezifische Maßnahmen zum Thema Gewalt
- spezifische Maßnahmen zum Thema Rauchen
- spezifische Maßnahmen zum Thema Alkohol

**große Varianz in vorhandenen Rahmenbedingungen**

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass eine große Varianz in den Rahmenbedingungen zur Gesundheitsförderung in österreichischen Schulen besteht. Betrachtet man jene 10 % der Schulen, die in den einzelnen Dimensionen die höchsten Werte erzielen, so zeigt sich, dass es durchaus Schulen gibt, die die gewünschten Rahmenbedingungen in einem sehr hohen Ausmaß aufweisen. Die Durchschnittswerte aller Schulen in den einzelnen Dimensionen liegen jedoch weit darunter, was auf großes Entwicklungspotential schließen lässt.

**größtes Entwicklungspotential bei den allgemeinen Voraussetzungen zur Gesundheitsförderung, der Infrastruktur, dem Schüler/-innenverhalten und dem Qualitätsmanagement; Schwerpunktthemen: Gewalt, Rauchen und Alkohol; Ernährung & Bewegung wenig berücksichtigt**

Den niedrigsten Mittelwert zeigt der Bereich der »allgemeinen Voraussetzungen für Gesundheitsförderung«, die wesentliche Rahmenbedingungen für das Gelingen von nachhaltiger Gesundheitsförderung in sich tragen. Weiteres Entwicklungspotential liegt in der Qualität der Infrastruktur, beim »Schüler/-innenverhalten« und dem »Qualitätsmanagement«. Die geringsten Probleme sind in der Nachbarschaft zu finden. Die Ergebnisse in Bezug auf die spezifischen Maßnahmen zu den Themen Ernährung, Bewegung, Gewalt, Rauchen und Alkohol verdeutlichen, dass stärker auf die Themen Gewalt, Rauchen und Alkohol gesetzt wird, was durchaus den Problemlagen in Sekundarstufen entsprechen mag. Dabei bleibt jedoch das problematische Ernährungs- und Bewegungsverhalten von österreichischen Kindern und Jugendlichen von Schulen weitgehend unberücksichtigt.

Zu den Detailergebnissen lässt sich festhalten:

**Müll, Abfall oder Glassplitter auf Straßen/ Gehsteigen/ Höfen**

In der Nachbarschaft der Schulen sind im Vergleich zu allen anderen Dimensionen die geringsten Probleme und somit der höchste Durchschnittswert (76,7 %) zu verzeichnen. Als größtes Problem wird Müll, Abfall oder Glassplitter auf Straße, Gehsteigen oder Höfen gesehen. Verkauf oder Missbrauch von Drogen oder exzessiver Alkoholkonsum in der Öffentlichkeit kommen hingegen selten vor.

**ergonomische Schulmöbel fehlen**

In Bezug auf die Qualität der schulischen Infrastruktur wird das größte Manko in den fehlenden ergonomischen Schulmöbeln gesehen. Die Ausstattung der Sonderunterrichtsräume ist dagegen das kleinste Problem.

**Mobbing, Unpünktlichkeit, Schulschwänzen, mutwillige Beschädigung von Schuleigentum**

Mobbing, die Unpünktlichkeit von Schüler/innen, das Schulschwänzen und die mutwillige Beschädigung von Schuleigentum gelten als die größten Problemfelder im Verhalten der Schüler/innen. Dahingegen passiert es eher selten, dass Lehrer/innen von Schüler/innen beschimpft werden.

Im »Qualitätsmanagement« werden am häufigsten Maßnahmen zur Verbesserung der Schulqualität umgesetzt, weniger Wert wird auf eine schriftliche Festlegung von Qualitätsindikatoren gestellt.

»Schüler/innen« werden am häufigsten bei der Planung und Organisation von Schulveranstaltungen, der Erarbeitung von Richtlinien oder Regeln und der Gestaltung der Schule/Schulräume mit eingebunden. Am seltensten sind sie in der Unterrichtsgestaltung involviert.

Ähnlich wie bei den Schüler/inne/n findet auch die »Elterneinbindung« am stärksten in der Erarbeitung von Richtlinien oder Regeln und der Planung und Organisation von Schulveranstaltungen und am seltensten in der Unterrichtsgestaltung statt.

Am stärksten sind die »allgemeinen Voraussetzungen für Gesundheitsförderung« ausgeprägt. So wurde Gesundheitsförderung von 46 % der Schulen im Schulleitbild verankert. Ein Viertel der Schulen verfügt über ein Gesundheitsförderungsteam, gewidmeten Lehrer/innenstunden für Gesundheitsförderungsprojekte bzw. über ein Budget für Gesundheitsförderungsprojekte. Unsere Ergebnisse verdeutlichen, dass diese Rahmenbedingungen einen erheblichen Einfluss auf die Implementierung von Gesundheitsförderung in Schulen nehmen können.

Die Ergebnisse in den »spezifischen Maßnahmen zu einzelnen Gesundheitsförderungsthemen« verdeutlichen, dass Schwerpunkte stärker in den Themen Gewalt, Rauchen und Alkohol als in den Themen Bewegung und Ernährung gesetzt werden. So zeigt sich, dass Richtlinien in den drei erstgenannten Bereichen weit häufiger schriftlich festgesetzt sind und regelmäßiger überprüft werden, sowie Maßnahmen routinemäßiger durchgeführt und hierfür auch häufiger externe Expert/innen herangezogen werden.

Vergleiche der einzelnen Schultypen der Sekundarstufe zeigen einige Unterschiede auf. »Spezifische Maßnahmen in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Gewalt«, finden sich am häufigsten in Hauptschulen bzw. Kooperativen Mittelschulen. Polytechnische Schulen setzen dagegen eher auf die Themen Gewalt, Rauchen und Alkohol. Die geringsten Probleme in der »Nachbarschaft« gibt es für berufsbildende und allgemeinbildende Höhere Schulen. Insgesamt weisen Berufsschulen und Polytechnische Schulen schlechtere Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung als andere Schultypen auf. Allgemeinbildende höhere Schulen scheinen weniger auf Qualitätsmanagement zu setzen als angenommen.

Dieser Bericht kann keinen Aufschluss darüber geben, ob die vorhandenen Rahmenbedingungen für schulische Gesundheitsförderung sich auch wirklich auf die Gesundheit der betroffenen Personen auswirken. Durch die Zusammenführung der Daten aus den drei Erhebungen (Schulleiter/innen-, HBSC-Schüler/innen- und Lehrer/innenbefragung) in den Jahren 2012 und 2013 erwarten wir uns weitere Erkenntnisse darüber.

**Maßnahmen zur Verbesserung der Schulqualität**

**Einbindung der Schüler/innen am seltensten in Unterrichtsgestaltung**

**... und ebenso der Eltern**

**Gesundheitsförderung in 46% der Schulen im Schulleitbild verankert**

**mehr Maßnahmen zu Gewalt, Rauchen und Alkohol vorhanden als zu Bewegung und Ernährung**

**Unterschiede zwischen den verschiedenen Schultypen der Sekundarstufe vorhanden**

**Zusammenhang zwischen gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen und Gesundheit**



# 1 Einleitung

Frühere Untersuchungen haben gezeigt, dass die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten österreichischer Kinder und Jugendlicher ernstzunehmende Defizite aufweisen (Dür & Griebler, 2007a). Letzteres ist vor allem durch einen Mangel an Bewegung, ein unzureichendes Ernährungsverhalten und ab einem Alter von etwa 15 Jahren durch einen regelmäßigen Konsum von Alkohol und Tabak gekennzeichnet; allesamt Verhaltensweisen, die zur Entstehung zahlreicher Krankheiten (zusammenfassend siehe Dür & Griebler 2007a), zu deren Vermeidung (vgl. z.B. CDC, 1996; CDC, 1997; Sallis & Owen, 1999) sowie zu einem Mehr an Gesundheit beitragen können (vgl. z.B. Dür & Griebler, 2007b, Griebler & Dür, 2007).

Wissenschaftliche Ergebnisse verdeutlichen außerdem, dass sowohl die Gesundheit als auch das Gesundheitsverhalten einen signifikanten Einfluss auf die schulischen Leistungen von Schüler/inne/n haben: Ein Mehr an Gesundheit sowie ein Mehr an gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen stehen demnach mit besseren schulischen Leistungen im Zusammenhang (Chomitz et al., 2009; Ding et al., 2006; Dür & Griebler, 2007b; Dür 2008; Cox et al., 2007; Filozof et al., 1998; Florence et al., 2008; Kantomaa et al., 2010; Murray et al., 2007).

Des Weiteren ist anzunehmen, dass die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Schüler/inne/n mit schulischen Strukturen und Prozessen im Zusammenhang stehen. So demonstrieren erste Studienergebnisse, dass die Qualität der Anlagen und Einrichtungen für Bewegung und Sport sowie das Vorhandensein bewegungsbezogener Schulleitlinien einen signifikanten Einfluss auf das Bewegungsverhalten und auf den Gewichtsstatus von Schüler/inne/n ausüben (z.B. Haug et al., 2008; Haug et al., 2009; Leatherdate, 2010) und dass ernährungsbezogene Schulleitlinien sowie die Qualität des Schulbuffets einen günstigen Einfluss auf das Ernährungsverhalten von Schüler/inne/n nehmen (Schätzer 2010; Vereecken et al., 2005). Ähnliche Ergebnisse finden sich in Bezug auf den Tabakkonsum. Hier zeigt sich ebenfalls, dass Schulleitlinien und Rauchverbote das Rauchverhalten von Schüler/inne/n positiv beeinflussen (Maes et al., 2003; Wold et al., 2004). Signifikante Zusammenhänge konnten außerdem zwischen dem Unterrichtsgeschehen (Qualität der sozialen Beziehungen im Unterricht, Art und Form der Klassenführung, Wahl der Unterrichtsmethoden) und der Gesundheit, dem Kompetenzerfinden der Schüler/innen, der Selbstwirksamkeitserwartung, dem Ausmaß an Schulstress, dem schulischen Engagement, dem Gewaltverhalten oder dem Konsum von Suchtmitteln beobachtet werden (vgl. z.B. Dür & Griebler, 2007a; Griebler et al., 2009; Kremser et al., 2010; Ravens-Sieberer et al., 2009; Samdal et al., 2000). Es scheint auch, dass sich unterstützende Beziehungen im Unterricht, der Einsatz informierender und zeitnaher Verhaltensregulationen sowie die Anwendung adaptiver und aktivierender Unterrichtsmethoden günstig auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten auswirken.

**Defizite im Gesundheitsverhalten österreichischer Kinder und Jugendlicher**

**Gesundheit und Gesundheitsverhalten nehmen Einfluss auf schulische Leistungen**

**Gesundheit und Gesundheitsverhalten stehen in Zusammenhang mit schulischen Strukturen und Prozessen**

**Gesundheitsförderung sollte im schulischen Kontext verankert sein**

Dies unterstreicht die Wichtigkeit von Gesundheitsförderung im schulischen Kontext (WHO, 1997). Gesundheit und somit auch die Gesundheitsförderung basieren auf einem Zusammenspiel persönlicher, umweltbedingter und organisatorischer Faktoren (Dooris, 2005). Erfolgreiche schulische Gesundheitsförderung muss daher auch auf mehreren Ebenen ansetzen (Stewart-Brown, 2006) und sowohl verhaltensbezogene (z.B. Ausbildung zu Peer-Mediatoren) als auch verhältnisbezogene Angebote (z.B. ergonomische Schulmöbel) umfassen. Nachhaltige Gesundheitsförderung darf dabei nicht als eigenständige Intervention gesehen, sondern sollte ins tägliche Schulleben integriert und verankert werden (Mukoma & Flisher, 2004). Folgt man dem Konzept der WHO (1996), weist schulische Gesundheitsförderung folgende Charakteristika auf:

- „School Policies“: schriftlich festgelegte Richtlinien, die die Zielsetzungen von Gesundheitsförderung festlegen;
- schulische physische Umwelt: berücksichtigt Zustand, Ausstattung und Lokalisation des Gebäudes;
- schulische soziale Umwelt: berücksichtigt die Schüler/innen-Lehrer/innen-Beziehungen und wird durch Eltern und Stakeholder beeinflusst;
- individuelle gesundheitsförderliche Kompetenzen: Aktivitäten, die Wissen, Verständnis und Fähigkeiten zum Kompetenzaufbau der Schüler/innen berücksichtigen;
- „Community links“: Verbindung zwischen Schule und Familie sowie Verbindung zwischen Schule und Stakeholdern;
- „Health services“: Einbeziehen von Gesundheitsexpert/inn/en und anderen Institutionen.

**Ergebnisse der Schulleiter/innenbefragung**

Um den Status quo schulischer Gesundheitsförderung an Österreichs Schulen zu erheben, wurde im Rahmen der HBSC-Studie 2010 die Schulleiter/innen zu vorhandenen Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung an ihren Schulen befragt. Die Ergebnisse werden im vorliegenden Bericht dargestellt.

## 2 Angaben zur Studie

Die Schulleiter/innenbefragung wurde im Rahmen der "Health Behavior in School-aged Children" (kurz HBSC)-Studie durchgeführt. Dies ist eine in 43 Ländern durchgeführte Studie zur Erfassung der subjektiven Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens von 11-, 13-, 15- und 17-jährigen Schüler/innen. Sie findet alle vier Jahre statt. Zum Erhebungszeitpunkt 2010 wurden erstmalig neben den Schüler/innen und Lehrer/innen auch Schulleiter/innen befragt (Griebler & Hojni, 2011).

**im Rahmen der HBSC-Studie 2010 durchgeführt**

Die Schulleiter/innenbefragung behandelt insgesamt zwölf Themenbereiche, die in Zusammenhang mit Gesundheitsförderung und Gesundheitsverhalten von Schüler/innen und Lehrer/innen stehen. Die Ergebnisse liefern Basisinformationen zu vorhandenen Rahmenbedingungen.

**Erhebung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen an Österreichs Schulen**

Durchgeführt wurde die Schulleiter/innenbefragung im Mai und Juni 2010. Der Fragebogen stand den Leiter/innen von Schulen der Sekundarstufen online zur Verfügung.

**im Mai und Juni 2010 online erhoben**

## 3 Fragestellungen

Folgende Fragestellungen werden im vorliegenden Bericht behandelt:

**Fragestellungen**

- Welche Rahmenbedingungen zur Gesundheitsförderung sind an Österreichs Schulen vorhanden?
- Gibt es diesbezüglich Unterschiede zwischen den Schultypen?
- Wie wirken sich vorhandene Gesundheitsförderungs(GF)-Teams sowie gewidmete Lehrer/innenstunden und vorhandenes Budget für GF-Projekte auf die Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung in Schulen aus?

## 4 Angaben zur Stichprobe

Insgesamt haben sich 305 von angefragten 626 Schulleiter/innen an der Befragung beteiligt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 48,7 %. Bundesländerweit variiert diese zwischen 33,3 % (Salzburg) und 68,3 % (Vorarlberg; Tab. 1). Eine Rücklaufquote von unter 40 % ist neben dem Bundesland Salzburg auch in Wien zu finden.

**Rücklaufquote beträgt 48,7 %**

Verglichen zu der aktuellen Schulstatistik sind Schulen aus Burgenland, Kärnten und Vorarlberg überrepräsentiert (Griebler & Hojni, 2011).

**Tabelle 1: Rücklaufquoten im Schulleiter-Survey, dargestellt nach Bundesländern**

Bundesländer	Schulleiter/innen angefragt	Schulleiter/innen beteiligt	RQ
Burgenland	50	28	56,0
Kärnten	53	24	45,3
Niederösterreich	105	55	52,4
Oberösterreich	101	53	52,5
Salzburg	51	17	33,3
Steiermark	78	40	51,3
Tirol	49	22	44,9
Vorarlberg	41	28	68,3
Wien	98	38	38,8
<b>Gesamt</b>	<b>626</b>	<b>305</b>	<b>48,7</b>

RQ = Rücklaufquote in %  
(Griebler & Hojni, 2011)

### auch Variabilität zwischen Schultypen

Hinsichtlich der Schultypen variiert die Rücklaufquote zwischen 40,8 % (Polytechnische Schulen) und 62,7 % (Berufsbildende mittlere und höhere Schulen). Tabelle 2 stellt die Rücklaufquote nach den Schultypen dar. Mit einer Beteiligung von 40,8 % aller Polytechnischen Schulen sind diese im Vergleich zur aktuellen Schulstatistik in der Stichprobe unterrepräsentiert, während allgemeinbildende höhere Schulen und berufsbildende mittlere und höhere Schulen etwas überrepräsentiert sind (Griebler & Hojni, 2011).

**Tabelle 2: Rücklaufquoten im Schulleiter-Survey, dargestellt nach Schultypen**

Schultypen	Schulleiter/innen angefragt	Schulleiter/innen beteiligt	RQ
HS	233	124	53,2
PTS	157	64	40,8
BS (ohne land- u. forstw. BS)	135	61	45,2
AHS	42	19	45,2
BMS/BHS	59	37	62,7
<b>Gesamt</b>	<b>626</b>	<b>305</b>	<b>48,7</b>

HS = Hauptschulen, PTS = Polytechnische Schulen, BS = Berufsschulen, AHS = allgemeinbildende höhere Schulen, BMHS = berufsbildende mittlere / höhere Schulen

RQ = Rücklaufquote in %  
(Griebler & Hojni, 2011)

### Charakteristika der Stichprobe

Die Zusammensetzung und Charakteristika der Stichprobe sind in Abbildung 1 und 2 bzw. Tabelle 3 dargestellt.



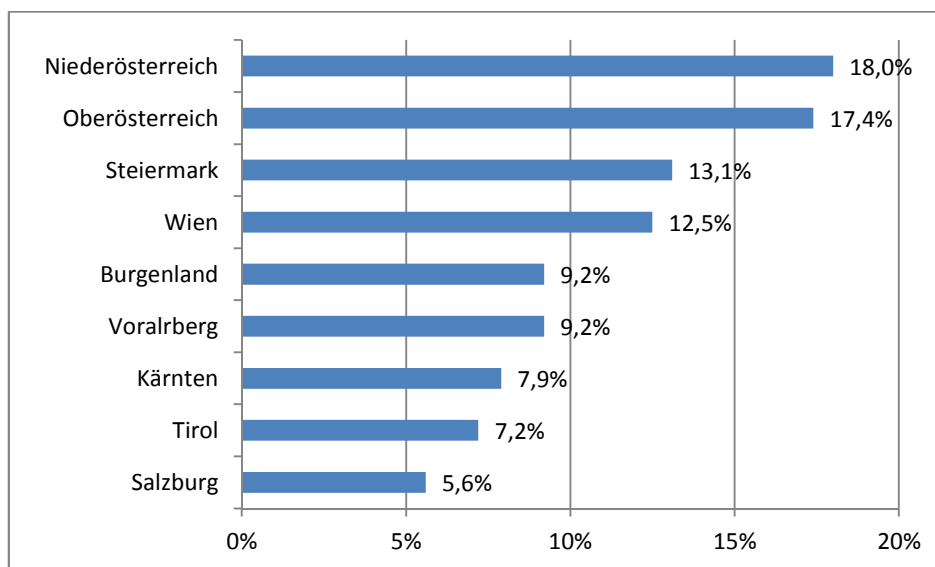


Abbildung 1: Zusammensetzung der Stichprobe nach Bundesländern

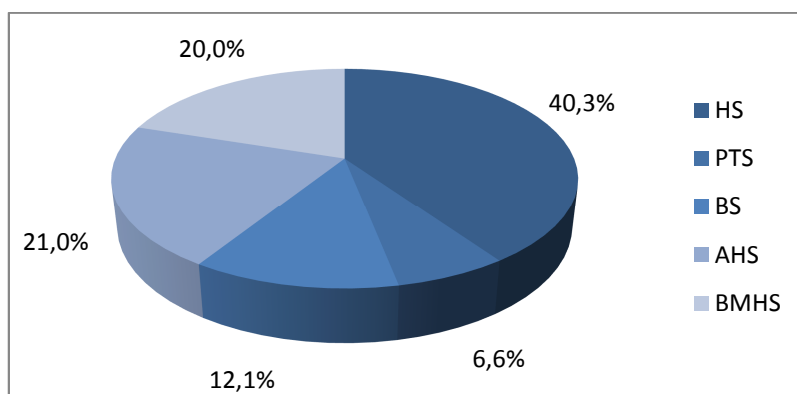


Abbildung 2: Zusammensetzung der Stichprobe nach Schultyp

Tabelle 3: Schulcharakteristika

		<b>Gesamt</b>	<b>HS</b>	<b>PTS</b>	<b>BS</b>	<b>AHS</b>	<b>BMHS</b>
<b>Anzahl der Schulklassen</b>	n	302	123	20	36	63	60
	Mittelwert (SD)	19 (16)	10 (3)	6 (4)	46 (19)	25 (10)	20 (16)
	Range	2-87	4-18	2-17	11-87	4-49	2-80
<b>Anzahl Schüler/innen</b>	n	301	122	20	37	63	59
	Mittelwert (SD)	445 (364)	219 (76)	141 (92)	1006 (387)	604 (270)	493 (361)
	Range	43-1720	67-403	44-381	250-1720	97-1223	43-1670
<b>Verhältnis Burschen:Mädchen</b>	n	301	122	20	37	63	59
	Mittelwert (SD)	1:4,5 (21,8)	1:1,6 (0,3)	1:1,6 (0,6)	1:25,6 (58,1)	1:1,0 (0,8)	1:3,0 (6,7)
	Range	0-311,5	0-2,4	1-3,4	0,0-311,5	0,0-6,9	0-32,3
<b>Anzahl Lehrer/innen</b>	n	304	123	20	37	64	60
	Mittelwert (SD)	44 (41)	28 (9)	17 (11)	36 (12)	64 (24)	70 (75)
	Range	7-411	9-60	7-41	10-60	18-125	10-411
<b>Verhältnis Lehrer:Lehrerinnen</b>	n	303	123	20	36	64	60
	Mittelwert (SD)	1:1,09 (1,8)	1:0,5 (0,5)	1:1,0 (0,8)	1:3,5 (3,6)	1:0,7 (0,3)	1:1,3 (2,0)
	Range	0-14	0-3,9	0,3-3	0,2-14	0,2-1,7	0,0-10,3
<b>Anteil Schüler/innen mit Migrationshintergrund</b>	n	299	120	19	37	63	60
	Mittelwert (SD)	15,5 % (19,1)	18,7 % (23,1)	26,1 % (26,0)	14,8 % (13,1)	12,1 % (14,9)	20,5 % (15,6)
	Range	0-90	0-90	2-85	1-70	0-85	0-68

n = Stichprobengröße; SD = Standardabweichung; HS = Hauptschule; PTS = Poltechnische Schule; BS = Berufsschule; AHS = Allgemeinbildende höhere Schule; BMHS = Berufsbildende mittlere höhere Schule

## 5 Befragungsinstrument

Der Schulleiter/innenfragebogen deckt die verschiedenen Bereiche der Gesundheitsförderung (organisatorische, materielle und soziale Faktoren), bezugnehmend auf die von der WHO beschriebenen Komponenten einer gesundheitsförderlichen Schule (WHO, 1996) ab und erhebt dabei die vorhandenen Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung an Schulen. Insgesamt werden 12 Dimensionen in den Blick genommen:

**Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung in 12 Dimensionen evaluiert**

- Nachbarschaft
- Infrastruktur
- Schüler/innenverhalten
- Qualitätsmanagement
- Schüler/innenpartizipation
- Elternpartizipation
- allgemeine Voraussetzungen für Gesundheitsförderung
- spezifische Maßnahmen zum Thema Ernährung
- spezifische Maßnahmen zum Thema Bewegung
- spezifische Maßnahmen zum Thema Gewalt
- spezifische Maßnahmen zum Thema Rauchen
- spezifische Maßnahmen zum Thema Alkohol

## Indikatoren für die Bewertung der Rahmenbedingungen

### Nachbarschaft

Die Probleme der »**Nachbarschaft**« wurden anhand von 4 Indikatoren erhoben:

- (1) Spannungen/Auseinandersetzung aufgrund ethnischer oder religiöser Unterschiede,
- (2) Müll/Abfall/Glassplitter auf Straße, Gehsteig oder Hof,
- (3) Verkauf/Missbrauch von Drogen,
- (4) Gewaltausschreitungen und Vandalismus.

Damit wird versucht, das unmittelbare Umfeld der Schule zu charakterisieren. Im Fragenbogen konnten die Schulleiter/innen das Ausmaß der einzelnen Kriterien als »ein großes Problem«, »ein mäßiges Problem«, »ein geringfügiges Problem« oder »kein Problem« einstufen.

### Infrastruktur

Die Qualität der »**Infrastruktur**« umfasst Informationen zum Zustand

- (1) des Schulgebäudes (z.B. zum Renovierungsbedarf der Schule, der Toiletten- und Sanitäreinrichtungen, der Ventilations- und Heizungsanlagen, etc.) und
- (2) der Unterrichtsräume (inklusive Sonderunterrichtsräume) und deren ergonomischer und multimedialer Ausstattung.

Diesbezüglich formulierte Aussagen konnten von den Schulleiter/innen auf einer vierteiligen Zustimmungsskala (»stimmt genau« bis »stimmt überhaupt nicht« bzw. mit »kann ich nicht beurteilen« oder »gibt es an unserer Schule nicht«) beantwortet werden.

### Schüler/innenverhalten

Das »**Schüler/innenverhalten**« wurde auf Basis der folgenden Liste problematischer Verhaltensweisen ermittelt:

- (1) Schulschwänzen,
- (2) Unpünktlichkeit,
- (3) körperliche Auseinandersetzung zwischen Schüler/inne/n, Mobbing,
- (4) Spannungen/Auseinandersetzungen aufgrund ethnischer oder religiöser Unterschiede,
- (5) verbale Beschimpfungen von Lehrer/inne/n durch Schüler/innen,
- (6) Raub oder Diebstahl am Schulgelände und
- (7) mutwillige Beschädigung von Schuleigentum.

Die Schulleiter/inne/n konnten diese Verhaltensweisen als »ein großes Problem«, »ein mäßiges Problem«, »ein geringfügiges Problem« oder als »kein Problem« klassifizieren.

»**Qualitätsmanagement**« erhebt mögliche Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung, die in der Schule routinemäßig durchlaufen werden:

#### **Qualitätsmanagement**

- (1) Durchführung einer - aktuellen Qualitätsmodellen folgenden (Q.I.S., QIBB u.a.) - systematischen/umfassenden Bestandsaufnahme wichtiger Daten zur Qualität der Schule;
- (2) gemeinsame Vereinbarung von Zielsetzungen zur Verbesserung der Schulqualität nach Diskussion im Lehrkörper und/oder mit Eltern, Schüler/inne/n und Lehrer/inne/n (z.B. im Schulgemeinschaftsausschuss/Schulforum);
- (3) gemeinsame Erstellung eines Maßnahmenkatalogs zur Erreichung der vereinbarten Zielsetzungen zur Verbesserung der Schulqualität;
- (4) schriftliche Festlegung von Qualitäts-Indikatoren, deren Messung Auskunft über die Erreichung der vereinbarten Zielsetzungen gibt;
- (5) Umsetzung der geplanten Maßnahmen zur Verbesserung der Schulqualität;
- (6) Überprüfung, inwieweit die vereinbarten Zielsetzungen erreicht worden sind, unter Nutzung der erarbeiteten Qualitäts-Indikatoren.

Die »**Schüler/innenpartizipation**« wurde anhand von 3 Kriterien erhoben, die sich im Fragebogen durch folgende Fragen operationalisiert finden:

#### **Schüler/innenpartizipation**

- (1) Wie wichtig ist der Schule, ihre Schüler/innen über das gesetzlich vorgeschriebene Ausmaß hinaus in schulische Belange einzubinden?
- (2) Findet in der Praxis eine Einbindung der Schüler/innen statt?
- (3) Verfügt die Schule über Strukturen (z.B. Briefkasten, Klassenrat, Schüler/innenparlament, Klassensprecher/innenversammlung etc.), um Schüler/inne/n eine aktive und abgestimmte Meinungsäußerung zu ermöglichen?

Die »**Elternpartizipation**« wurde anhand von 4 Kriterien ermittelt:

#### **Elternpartizipation**

- (1) die Wichtigkeit von Seiten der Schule, Eltern in schulische Belange einzubinden,

- (2) die Weitergabe von Information an die Eltern über Richtlinien und wesentliche Belange,
- (3) die Existenz eines Elternvereins und
- (4) das Ausmaß der Beteiligung von Eltern in der Praxis.

**allgemeine  
Voraussetzungen für  
Gesundheitsförderung**

Die »**allgemeinen Voraussetzungen für Gesundheitsförderung**« wurde anhand folgender 10 Kriterien erhoben:

- (1) die Verankerung der Gesundheitsförderung im Schulleitbild,
- (2) das Vorhandensein eines Gesundheitsförderungsteams bzw. eines/r GF-Beauftragten,
- (3) die Qualität des GF-Teams (Zusammensetzung und Kompetenzen),
- (4) den Beschluss der GF-Aktivitäten durch den Schulgemeinschaftsausschuss oder das Schulforum,
- (5) das Vorliegen schriftlich festgehaltener Zielsetzungen für Gesundheitsförderung,
- (6) das Vorliegen eines Plans zur Erreichung dieser Zielsetzungen,
- (7) die Evaluation der Zielerreichung,
- (8) das Vorliegen eines Weiterbildungskonzepts für Mitarbeiter/innen zu den Grundlagen der schulischen Gesundheitsförderung (inkl. Projektmanagement, Evaluation, etc.),
- (9) das Vorhandensein eines Budgets zur Durchführung gesundheitsförderlicher Maßnahmen und
- (10) das Vorliegen gewidmeter Lehrer/innenstunden für die Durchführung gesundheitsförderlicher Maßnahmen.

**themenspezifische  
Maßnahmen**

Die Indikatoren zu den »**spezifischen Maßnahmen**« in Bezug auf die Themen **Ernährung, Bewegung, Gewalt, Rauchen** und **Alkohol** können Tabelle 4 entnommen werden.

Tabelle 4: Indikatoren der spezifischen Maßnahmen

	Ernährung	Bewegung	Gewalt	Rauchen	Alkohol
vorhandene Policies/Richtlinien	✓	✓	✓	✓	*
Überprüfung von Richtlinien / Gesetzeseinhaltung / Umgang bei Regelverstoß	✓	✓	✓	✓	✓
Vorgehen, wie Schüler/innen, Lehrer/innen, Eltern über Richtlinien informiert werden	✓	✓	✓	✓	✓
Weiterbildungskonzept für Qualifizierung von Mitarbeiter/inne/n in spezifischen Maßnahmen	✓	✓	✓	✓	✓
Richtlinie zur routinemäßigen Behandlung von spezifischen Maßnahmen im Unterricht	✓	✓	✓	✓	✓
Routinemäßige Durchführung von Maßnahmen, um Kompetenzen von Schüler/innen aufzubauen	✓	✓	✓	✓	✓
Elterninformation	✓	✓	✓	✓	✓
Infrastruktur	✓	✓			
bewusste Förderung einer positiven Einstellung	✓	✓			
Ausbildung von Schüler/innen/n zu Peer-Mediator/innen			✓		
Einbeziehen von Expert/innen	✓		✓	✓	✓

\*Da in Österreich gesetzliche Regelungen<sup>1</sup> vorliegen, die das Rauchen und den Konsum von Alkohol in allen Bereichen des Schulgebäudes verbieten, wurde im Rahmen der Schulleiter/innen-Befragungen in Bezug auf den Tabakkonsum nur nach Regelungen hinsichtlich des Schulgeländes (außerhalb des Schulgebäudes) und hinsichtlich schulischen Veranstaltungen gefragt. Der Genuss von Alkohol ist hingegen laut §9 der Schulordnung in der Schule und bei Schulveranstaltungen bzw. schulbezogenen Veranstaltungen untersagt, deshalb wurde nur nach der Einhaltung dieser Regelungen gefragt

<sup>1</sup> gemäß §12 des Tabakgesetzes gilt ein ausnahmsloses Rauchverbot für jede Art von Räumen, in denen Unterrichts- und Fortbildungsveranstaltungen oder schulsportliche Aktivitäten stattfinden. Der §13 des Tabakgesetzes dehnt den Nichtraucherchutz für Schulen auf alle Bereiche des Gebäudes aus. Außerhalb des Schulgebäudes gilt für die gesamte Schulliegenschaft und die dazugehörigen Freiflächen (Schulhof, Parkplätze, Sportanlagen) laut §9 der Schulordnung ein Rauchverbot für Schüler/innen.

## 6 Methode

### Ermittlung Gesamtwerte

In einem ersten Schritt wurden für alle 12 Dimensionen des Fragebogens Gesamtwerte ermittelt. Dies erfolgte auf Basis einer Indikatorenliste (siehe Abschnitt 5).

### Ermittlung vergleichbarer Prozentwerte: Einstufung in gesundheitsförderliche (näher bei 100%) und nicht gesundheitsförderliche (näher bei 0%) Rahmenbedingungen

In einem zweiten Schritt wurden die ermittelten Gesamtwerte in vergleichbare Prozentwerte umgewandelt. Sie geben an, wie viele der möglichen Punkte eine Schule in den einzelnen Dimensionen erreicht hat: 100 % repräsentiert den bestmöglichen, 0 % den kleinstmöglichen Wert. Dies bedeutet: Je höher die in den einzelnen Bereichen erreichten Durchschnittswerte sind, desto stärker sind die Rahmenbedingungen an den Schulen vorhanden. Anhand der erreichten Prozentwerte können die Schulen in den einzelnen Dimensionen in »sehr schwach vorhandene« (0-25 % aller zu erreichenden Punkte), »schwach vorhandene« (26-50 % aller zu erreichenden Punkte), »stark vorhandene« (51-75 % aller zu erreichenden Punkte) und »sehr stark vorhandene« (mehr als 75 % aller zu erreichenden Punkte) Rahmenbedingungen eingeteilt werden.

### Ermittlung von Schwellenwerten

Zusätzlich wurden für jede Dimension Schwellenwerte ermittelt. Dafür wurde von den 10 % jener Schulen, die die höchsten Werte erreicht hatten, ein Durchschnitt errechnet. Diese Schwellenwerte dienen als Referenzwerte für bereits vorhandene Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung in Schulen.

### Effektstärke (Cohen's *d*) wurde berechnet

Die Daten wurden mit dem Softwarepaket SPSS (Version 15.0) ausgewertet. Bei der Interpretation der Ergebnisse wird zusätzlich auf die Bestimmung relevanter Effektstärken (Cohen's *d*) zurückgegriffen (Neill, 2008). Sie geben die Größe von Mittelwertunterschieden zwischen zwei Gruppen an. Wie die Effektstärken zu interpretieren sind, kann Tabelle 5 entnommen werden.

Tabelle 5: Interpretation der Effektstärken

Effektgröße	Effektgröße Grenzwerte			
	klein	mittel	groß	sehr groß
Cohens' <i>d</i> ab	(-)0,2	(-)0,5	(-)0,80	(-)1,30



## 7 Ergebnisse

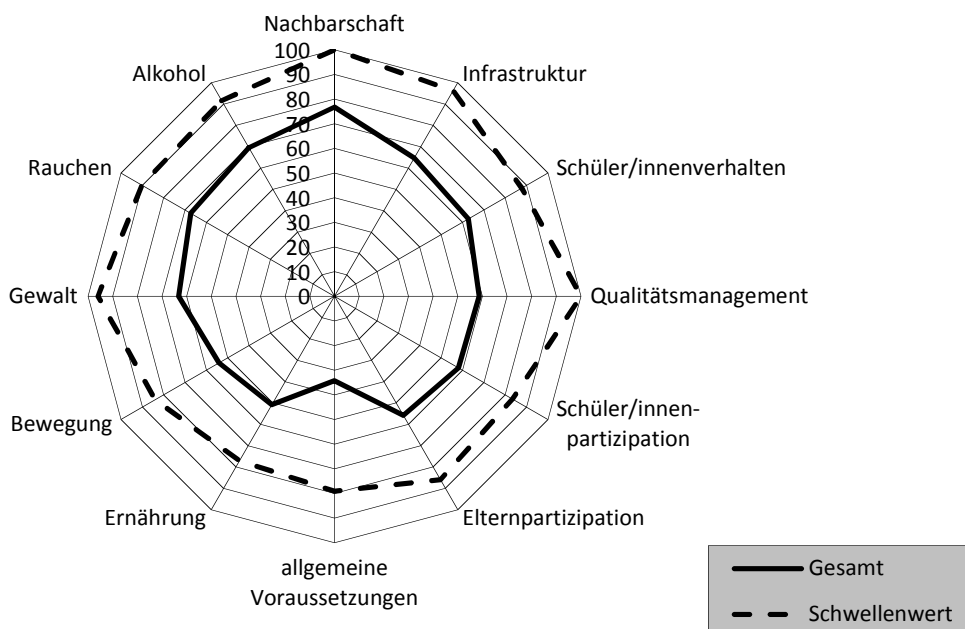
### 7.1 Welche Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung sind an Österreichs Schulen vorhanden?

In diesem Kapitel werden alle Schulen bezüglich ihrer vorhandenen Rahmenbedingungen betrachtet. Zunächst werden dabei die Durchschnittswerte der einzelnen Dimensionen gegenübergestellt. In einem weiteren Schritt werden die einzelnen Dimensionen in ihren Einzelkriterien detaillierter beleuchtet.

Die durchschnittlich erreichten Werte sowie die dazugehörigen Schwellenwerte sind in Abbildung 3 dargestellt. Verglichen mit den Schwellenwerten, also den Mittelwerten jener 10 % der Schulen mit den günstigsten Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung, liegen die Durchschnittswerte deutlich niedriger. Die Schwellenwerte befinden sich in einem Wertebereich von 79,1 % (»allgemeine Voraussetzungen für Gesundheitsförderung«) bis 100 % (»Nachbarschaft« und »Qualitätsmanagement«). Die Mittelwerte dagegen bewegen sich in einem Wertebereich von 34,3 % (»allgemeine Voraussetzungen für Gesundheitsförderung«) bis 76,7 % (»Nachbarschaft«). Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, dass in vielen Schulen die Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung unzureichend sind.<sup>2</sup>

**alle Schulen gesamt betrachtet**

**Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung insgesamt eher schwach ausgeprägt**



**Abbildung 3: Mittelwerte Schulen gesamt und Schwellenwerte jener 10 % der Schulen mit den höchsten Werten**

<sup>2</sup> Im Anhang findet sich eine tabellarische Übersicht der durchschnittlichen Gesamtwerte und Schwellenwerte

**geringster Wert im  
Bereich der  
allgemeinen  
Voraussetzungen für  
Gesundheitsförderung**

Den niedrigsten Mittelwert zeigt der Bereich der »allgemeinen Voraussetzungen für Gesundheitsförderung«, die wesentliche Rahmenbedingungen für das Gelingen von nachhaltiger Gesundheitsförderung in sich tragen. Die darin abgefragten Teams, Budgets und gewidmete Lehrer/innenstunden für Gesundheitsförderung werden im Kapitel 7.3 bezüglich ihres Einflusses genauer beleuchtet.

**weitere  
Problembereiche**

Weiteres Entwicklungspotential liegt in der »Qualität der Infrastruktur«, beim »Schüler/innenverhalten« und dem »Qualitätsmanagement«. Zudem zeigt sich, dass Eltern und Schüler/innen nur in einem geringen Ausmaß in schulische Belange eingebunden werden. Die geringsten Probleme sind in der Nachbarschaft zu finden.

**Schwerpunktthemen:  
Gewalt, Rauchen und  
Alkohol**

Die Ergebnisse in Bezug auf die spezifischen Maßnahmen zu den Themen Ernährung, Bewegung, Gewalt, Rauchen und Alkohol verdeutlichen, dass stärker auf die Themen Gewalt, Rauchen und Alkohol gesetzt wird, was durchaus den Problemlagen in Sekundarstufen entsprechen mag. Dabei bleibt jedoch das problematische Ernährungs- und Bewegungsverhalten von österreichischen Kindern und Jugendlichen von Schulen weitgehend unberücksichtigt.

### 7.1.1 Nachbarschaft

Die Dimension »Nachbarschaft« zielt auf Probleme der umliegenden Umwelt der Schule ab, welche Einfluss auf Wohlbefinden, Sicherheitsgefühl und soziale Interaktionen nehmen (DeVoe et al., 2002, Thompson et al., 2006). Der Mittelwert von 76,7 % deutet darauf hin, dass es hier insgesamt wenig Probleme gibt. Der Schwellenwert (= Durchschnittswert der 10 % besten) liegt bei 100 %. Über die Hälfte aller Schulleiter/innen beurteilt die Nachbarschaft als durchaus positiv, und nur ca. 17 % geben mäßige bis große Probleme an (Abbildung 4).

**Auswirkung auf Wohlbefinden & Sicherheitsgefühl;**

**Mittelwert für »Nachbarschaft« = 76,7 %**

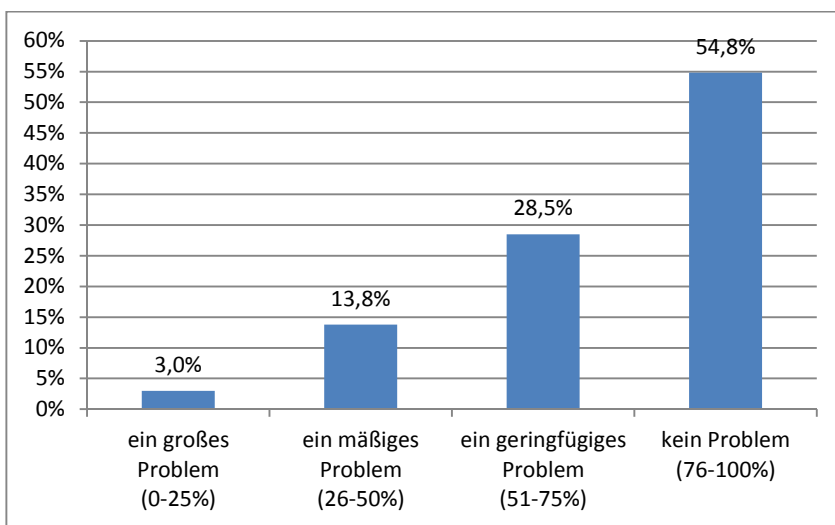


Abbildung 4: Gesamtindex Probleme der Nachbarschaft

Im Detail zeigen sich die größten Probleme durch Müll, Abfall oder Glassplitter auf der Straße, am Gehsteig oder in Höfen. Diese und andere Problembereiche sind in Abbildung 5 dargestellt.

**größte Probleme sind Müll/Abfall/Glassplitter**

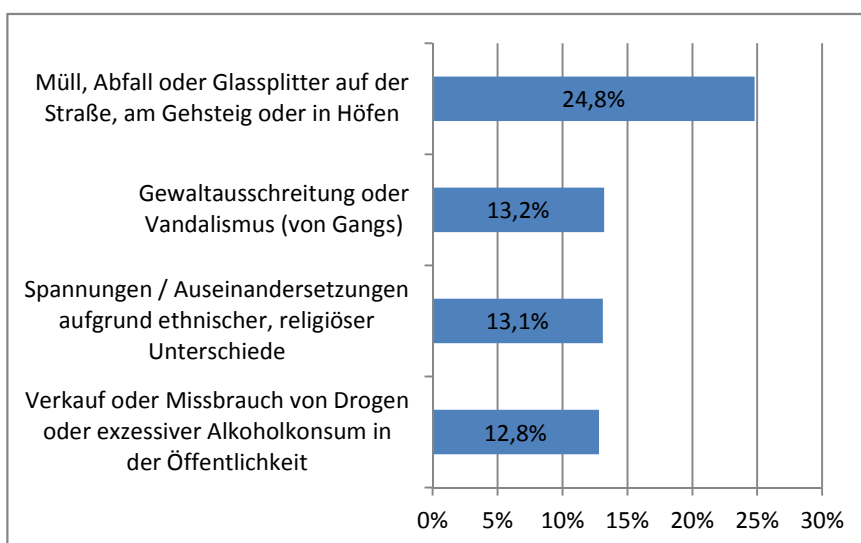


Abbildung 5: mäßige bis große Probleme in der Nachbarschaft

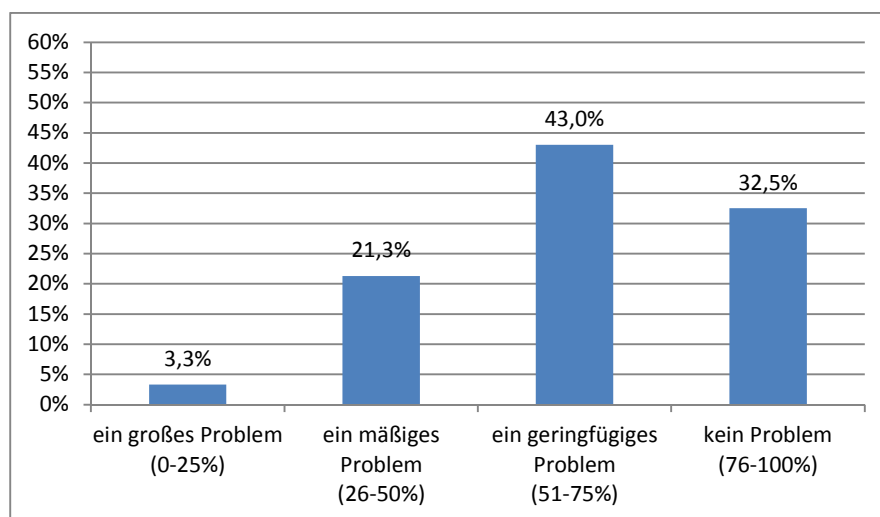
## 7.1.2 Infrastruktur

**Zusammenhang  
zwischen Zustand des  
Schulgebäudes und  
Lernleistung,  
Partizipation und  
psychischem  
Wohlbefinden**

**Mittelwert für  
»Infrastruktur« = 64,8 %**

Studien zeigen einen Zusammenhang zwischen dem Zustand des Schulgebäudes und den Lernleistungen von Schüler/inne/n sowie deren Engagement, sich an schulbezogenen Themen zu beteiligen (Uline & Tschannen-Moran, 2008; Shendell et al., 2004). Demnach wirken sich ein guter baulicher Zustand des Schulgebäudes, Tageslicht, gute klimatische Bedingungen sowie eine geringe Lärmbelastung in den Klassenräumen positiv auf die Lernleistung und das Verhalten der Schüler/innen, aber auch auf das Commitment der Lehrer/innen sowie auf das psychische Wohlbefinden aus (St Leger, 1999; Wulf, 1999).

Die »Infrastruktur« wird von ca. einem Drittel positiv bewertet. 43,0 % berichten von geringfügigen und ca. 25 % von größeren Problemen (Abbildung 6). Der erreichte Mittelwert beträgt 64,8 %, der Schwellenwert liegt bei 96,3 %.



**Abbildung 6: Gesamtindex Qualität der Infrastruktur**

**größtes Problem liegt im  
Fehlen von  
ergonomischen  
Schulmöbeln**

Die Einzelergebnisse sind in Abbildung 7 abgebildet. Der größte Schwachpunkt liegt in fehlenden ergonomischen Schulmöbeln, den 46,4 % aller befragten Schulleiter/innen beklagen, gefolgt von 27,7 %, die die Unterrichtsräumlichkeiten als nicht den Bedürfnissen der Schüler/innen und Lehrer/innen entsprechend beurteilen.

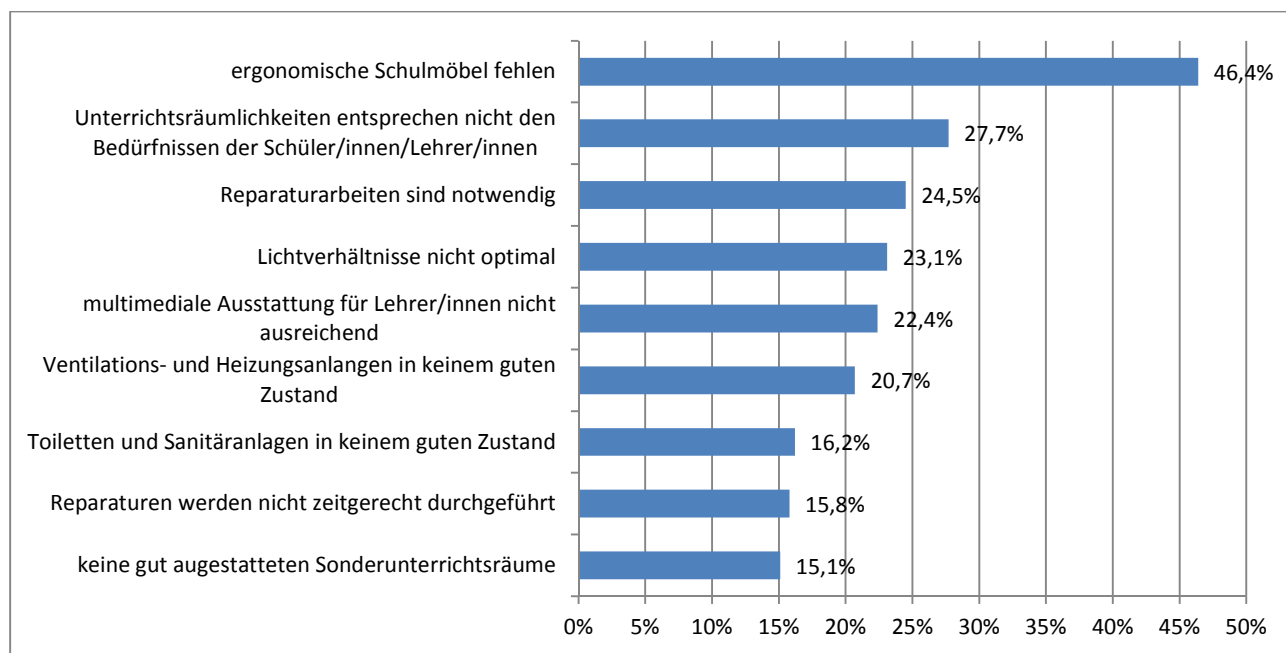


Abbildung 7: Probleme bzgl. Infrastruktur - Zustimmung im Fragebogen mit »stimmt« und »stimmt genau«

### 7.1.3 Schüler/innenverhalten

**Mittelwert für »Schüler/innenverhalten« = 62,7 %**

Das Verhalten von Schüler/inne/n beeinflusst das Klassenklima und trägt wesentlich zum Gelingen von Projekten teil (Greenberg et al., 2005). Das »Schüler/innenverhalten« wird von ca. der Hälfte der Schulleiter/innen mit geringfügig problematisch und von ca. einem Viertel als problematisch beschrieben (Abbildung 8). Der Mittelwert beläuft sich dabei auf 62,71 %. Der Schwellenwert liegt bei 87,70 %.

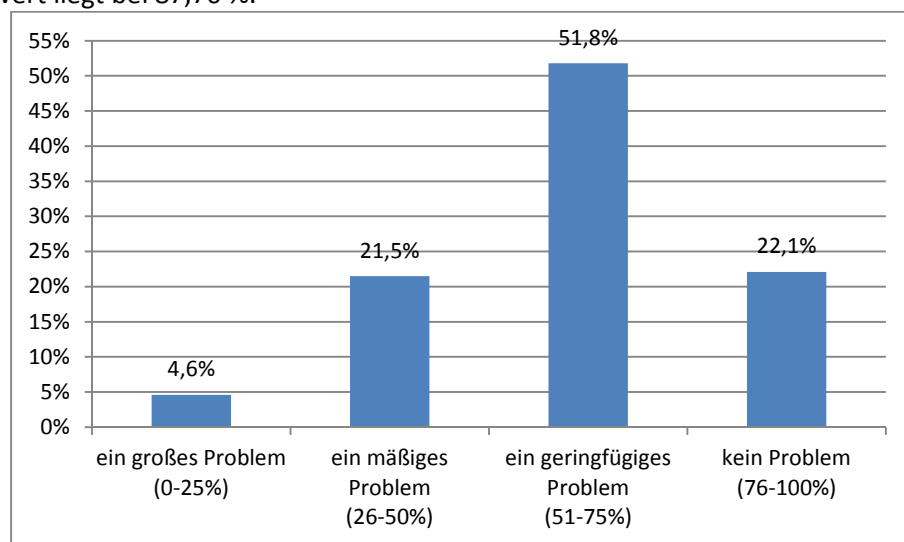


Abbildung 8: Gesamtindex abweichendes Schüler/innenverhalten

**größtes Problem = Mobbing unter Schüler/inne/n**

Abbildung 9 stellt das Schüler/innenverhalten detaillierter dar. Als größtes Problem wird Mobbing unter Schüler/innen angegeben. Fast die Hälfte aller Schulleiter/innen berichtet hier von »großen« oder »mäßigen« Problemen, gefolgt von Unpünktlichkeit der Schüler/innen (45,2 %), Schuleschwänzen (40,5 %) und mutwilliger Beschädigung von Schuleigentum (39,4 %).

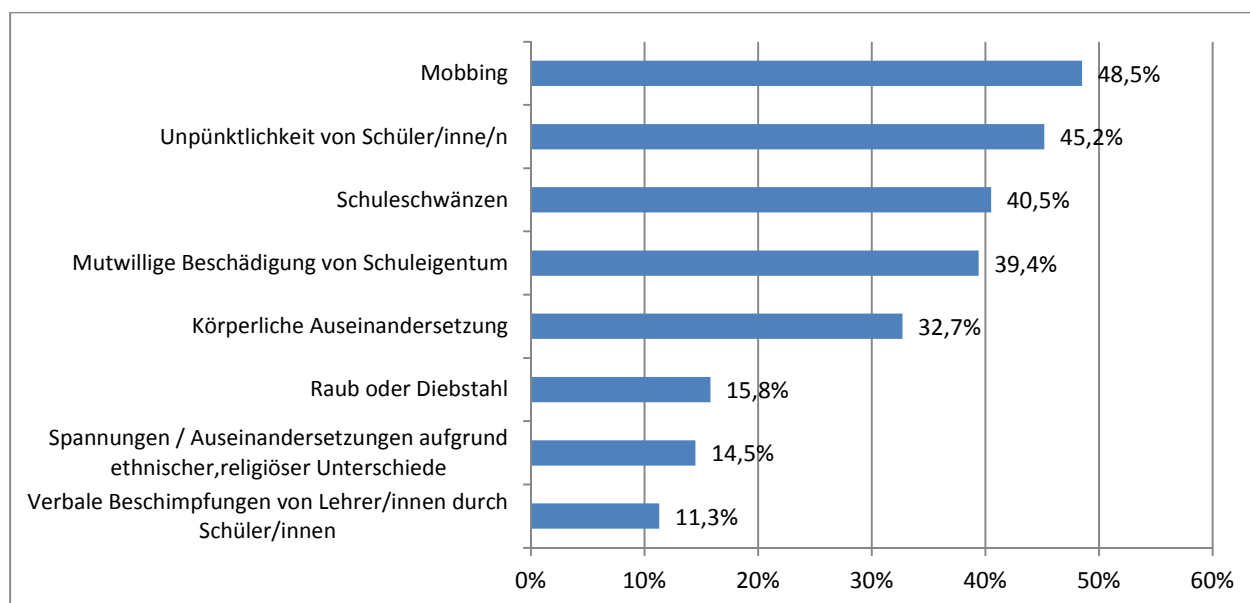


Abbildung 9: große und mäßige Probleme im Bereich des abweichenden Schüler/innenverhaltens

## 7.1.4 Qualitätsmanagement

»Qualitätsmanagement« in Schulen hilft, ausgehend von der Ist-Situation, die Qualität zu überprüfen und weiterzuentwickeln. Dabei werden Ziele und Maßnahmen vereinbart, ein Handeln vorgegeben und die Entwicklung gemessen. Gemessen an den in Kapitel 5.1 beschriebenen Kriterien erzielten die befragten Schulen im Bereich des Qualitätsmanagements einen Mittelwert von 58,7 %. Der Schwellenwert beläuft sich auf 100 %. Abbildung 10 stellt die erreichten Durchschnittswerte dar. Etwas mehr als die Hälfte aller Schulen verfügen über ein (eher) hochwertiges Qualitätsmanagement.

**Qualitätsmanagement zur Erreichung von Zielen**

**Mittelwert für Qualitätsmanagement = 58,7 %**

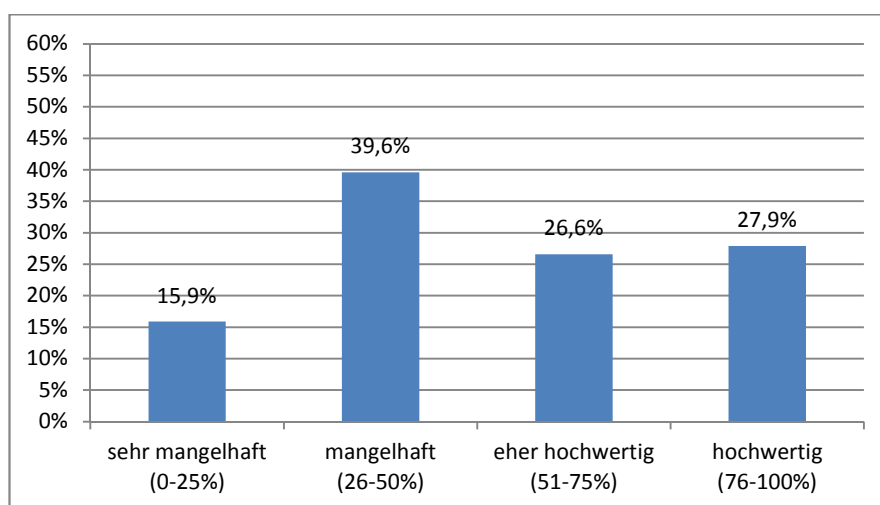


Abbildung 10: Gesamtindex Qualitätsmanagement

Obwohl 62,3 % der Schulleiter/innen angeben, eine Arbeitsgruppe, die sich mit Fragen der Schulqualität beschäftigt, eingerichtet zu haben, ist in Abbildung 11 ersichtlich, dass nicht von allen Arbeitsgruppen routinemäßig Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung durchgeführt werden. Die Angaben reichen dabei von 22,6 % (schriftliche Festlegung von Qualitätsindikatoren) bis 42,3 % (Umsetzung der geplanten Maßnahmen zur Verbesserung der Schulqualität).

**über 60 % haben eine Arbeitsgruppe, die sich mit Fragen der Schulqualität beschäftigt**

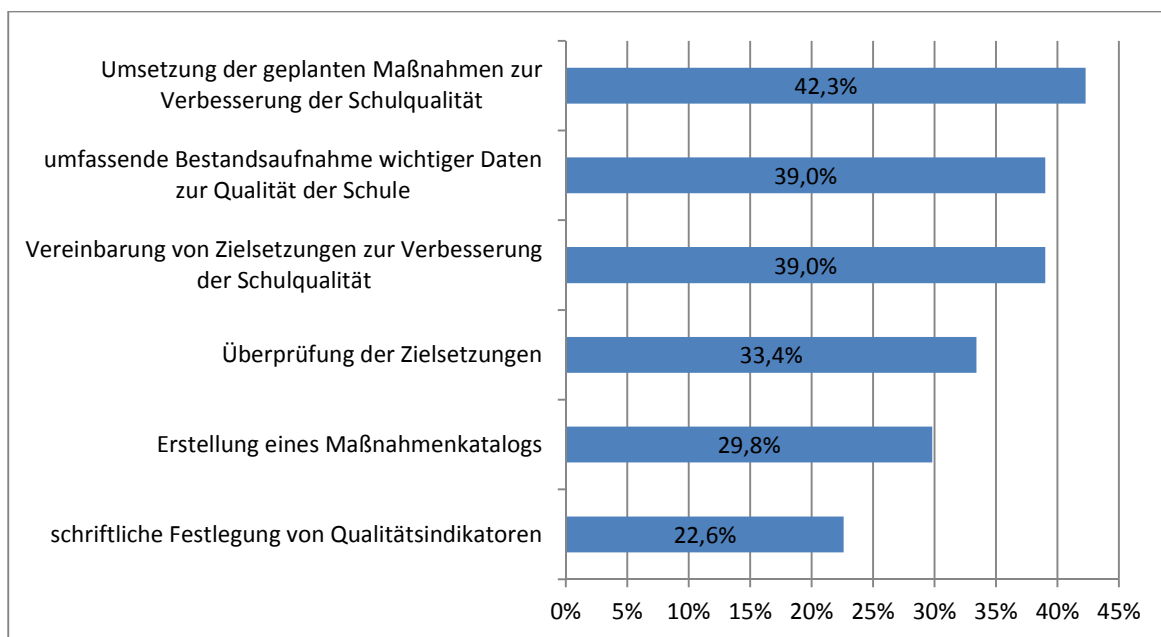


Abbildung 11: Routinemäßige Maßnahmen im Qualitätsmanagement



## 7.1.5 Schüler/innenpartizipation

Gesundheitsförderung in Schulen richtet sich zu einem großen Teil an Schüler/innen. Je stärker die Zielgruppe eingebunden wird, desto höherwertiger ist die Gesundheitsförderung (Dooris et al., 2007; Inchley et al., 2006;).

Zwei Drittel aller Schulen binden die Schüler/innen in einem (eher) großen Ausmaß mit ein (Abbildung 12). Alle befragten Schulen zusammengenommen erreichen einen Mittelwert von 58,1 %. Der Schwellenwert beträgt 87,7 %.

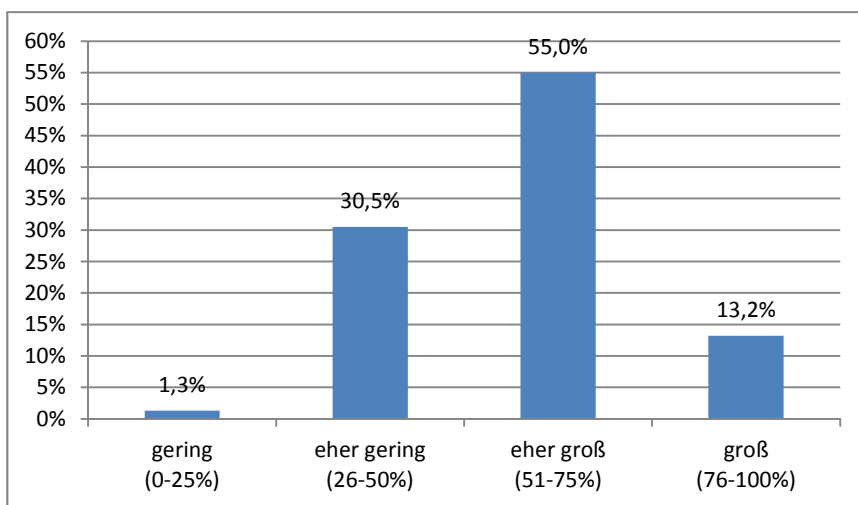


Abbildung 12: Gesamtindex Schüler/innenpartizipation

Die Einbindung der Schüler/innen erfolgt über verschiedene Strukturen: in einem Drittel der Schulen gibt es einen Klassenrat und ein Viertel aller Schulen verfügen über ein Schüler/innenparlament. Klassensprecher/innenversammlungen haben im letzten Schuljahr an 84,7 % und Schüler/innenvollversammlungen an 20,7 % der Schulen stattgefunden.

An drei Viertel der Schulen werden die Meinungen der Schüler/innen im Prozess der Entscheidungsfindung angeblich »oft« oder »immer« berücksichtigt; ihrem Alter entsprechend dürfen Schüler/innen in schulischen Belangen an rund 63,1 % der Schulen »oft« oder »immer« mitentscheiden.

Abbildung 13 stellt die Beteiligungsmöglichkeiten von Schüler/inne/n über die gesetzlich vorgeschriebene Beteiligung hinaus dar. Schüler/innen werden demnach am häufigsten in die Planung und Organisation von Schulveranstaltungen eingebunden.

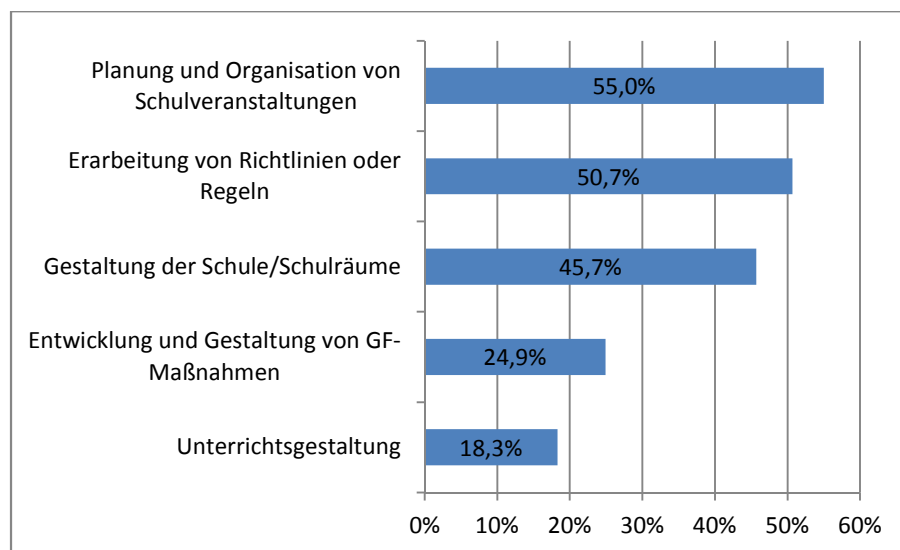
**Schüler/innenpartizipation als Voraussetzung für Gesundheitsförderung**

**Mittelwert für Schüler/innenpartizipation = 58,1 %**

**Einbindung über verschiedene Strukturen**

**drei Viertel berücksichtigen Meinungen von Schüler/innen**

**stärkste Einbindung bei Planung und Organisation von Schulveranstaltungen**



**Abbildung 13: Beteiligungsmöglichkeiten von Schüler/inne/n**

## 7.1.6 Elternpartizipation

Es hat sich gezeigt, dass hochwertige Gesundheitsförderung auch die Kooperation mit den Eltern mit einschließt (Inchley et al., 2007; Dooris et al., 2007). 68,9 % der untersuchten Schulen haben einen Elternverein. Keinen Elternverein haben hauptsächlich Berufsschulen (97,3 %) und Polytechnische Schulen (60,0 %).

**zwei Drittel der Schulen binden Eltern ein**

Ähnlich wie Schüler/innen werden Eltern von ca. zwei Drittel der Schulen häufig in schulische Belange eingebunden (Abbildung 14). Der Mittelwert liegt bei 55,8 % und der Schwellenwert bei 86,0 %.

**Mittelwert für Elternpartizipation = 55,8 %**

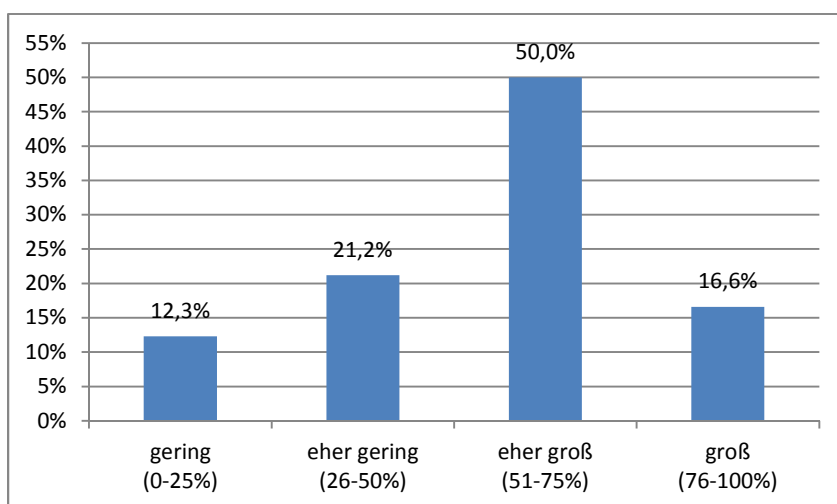


Abbildung 14: Gesamtindex Elternpartizipation

Abbildung 15 stellt dar, in welchen Bereichen sich die Eltern engagieren (können). Bei der Unterrichtsgestaltung werden Eltern selten eingeladen mitzuwirken. Die häufigste sowohl angebotene als auch angenommene Beteiligung liegt in der Erarbeitung von Richtlinien oder Regeln.

**stärkste Beteiligung der Eltern liegt bei der Erarbeitung von Richtlinien oder Regeln**

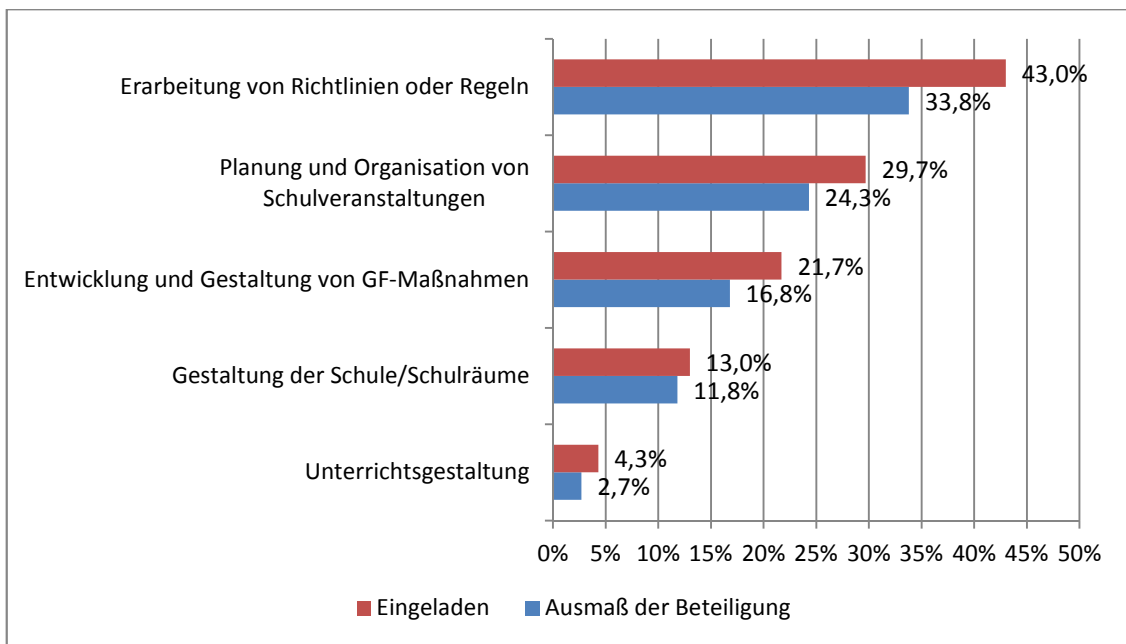


Abbildung 15: Beteiligungsmöglichkeiten und Beteiligungsausmaß von Eltern

## 7.1.7 Allgemeine Voraussetzungen für Gesundheitsförderung

Um nachhaltige Gesundheitsförderung leisten zu können, sind gewisse Voraussetzungen erforderlich. Prinzipiell steht und fällt Gesundheitsförderung durch vorhandene Ressourcen hinsichtlich Zeit, Personen, Budget oder „School Policies“ (Greenberg et al., 2005). So zeigt sich auch bei den vorliegenden Ergebnissen, dass »allgemeine Voraussetzungen für Gesundheitsförderung« mit dem »Qualitätsmanagement«, der »Schüler/innenpartizipation« sowie mit den »Spezifischen Maßnahmen zu den Themen Ernährung, Bewegung, Gewalt, Rauchen und Alkohol« in Zusammenhang stehen. »Allgemeine Voraussetzungen für Gesundheitsförderung« scheinen den Ergebnissen nach in Österreichs Schulen in einem »eher geringen« Ausmaß vorhanden zu sein. Der Mittelwert beträgt 34,3 %. Der Schwellenwert liegt bei 79,1 %.

Nur rund ein Viertel aller österreichischen Schulen erreichen über 50 % der möglichen Punkte. Bei den meisten Schulen sind die allgemeinen Voraussetzungen für Gesundheitsförderung nur in einem »sehr geringen« Ausmaß vorhanden (Abbildung 16).

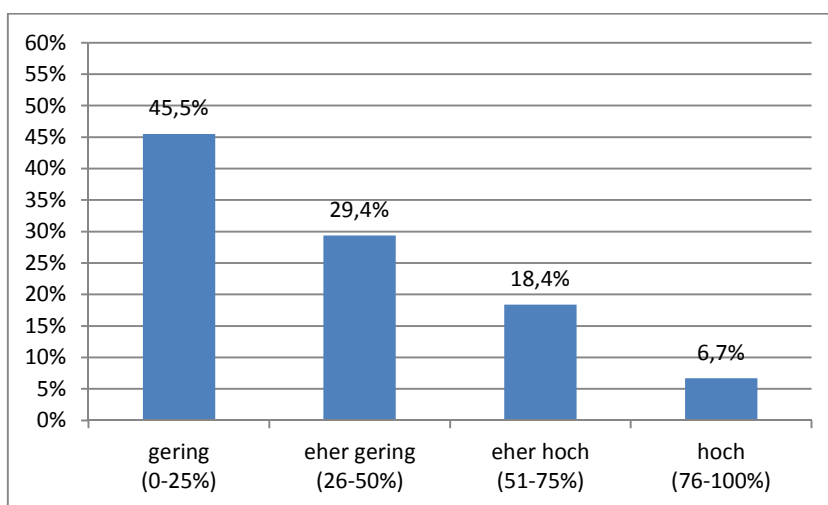


Abbildung 16: Gesamtindex allgemeine Voraussetzungen für Gesundheitsförderung an den Schulen

Bei Betrachtung der Detailergebnisse zeigt sich beispielsweise, dass nicht einmal jede zweite Schule (46,0%) das Thema Gesundheitsförderung im Schulleitbild verankert hat. 28,5 % der Schulen verfügen über schriftlich festgehaltene Zielsetzungen für ihr gesundheitsförderliches Vorgehen. 24,3 % haben einen konkreten Plan zur Erreichung dieser Zielsetzung. 28,7 % überprüfen die Erreichung dieser Zielsetzung; 66,7 % tun dies teilweise. Des Weiteren verfügen 24,6 % über ein formal eingerichtetes Gesundheitsförderungsteam. An 54,1 % der Schulen gibt es stattdessen eine/n Lehrer/in, die/der sich mit Fragen der Gesundheitsförderung beschäftigt. 26,8 % der Schulen stehen finanzielle Mittel zur Durchführung, gesundheitsförderliche Maßnahmen/Aktivitäten durchzuführen. In 24,7 % der Schulen

**Voraussetzungen für nachhaltige Gesundheitsförderung**

**Mittelwert für »allgemeine Voraussetzung für Gesundheitsförderung« = 34,3 %**

**nur ein Viertel erreicht über 50 % aller Punkte**

**Strukturen wie GF-Team, Budget und gewidmete Lehrer/innenstunden nur bei ca. einem Viertel vorhanden**

werden im Rahmen von schulautonomen Lehrplanbestimmungen Lehrer/innenstunden speziell für Gesundheitsförderung gewidmet. Der Einfluss dieser GF-Strukturen auf die gesundheitsförderliche Qualität wird im Kapitel 7.3 genauer beleuchtet.

### Eltern und Schüler/innen seltener in GF-Teams

Hinsichtlich der Zusammensetzung der GF-Teams verdeutlichen die Ergebnisse in Abbildung 17, dass Eltern und Schüler/innen deutlich seltener als andere Personengruppen in den GF-Teams repräsentiert sind.

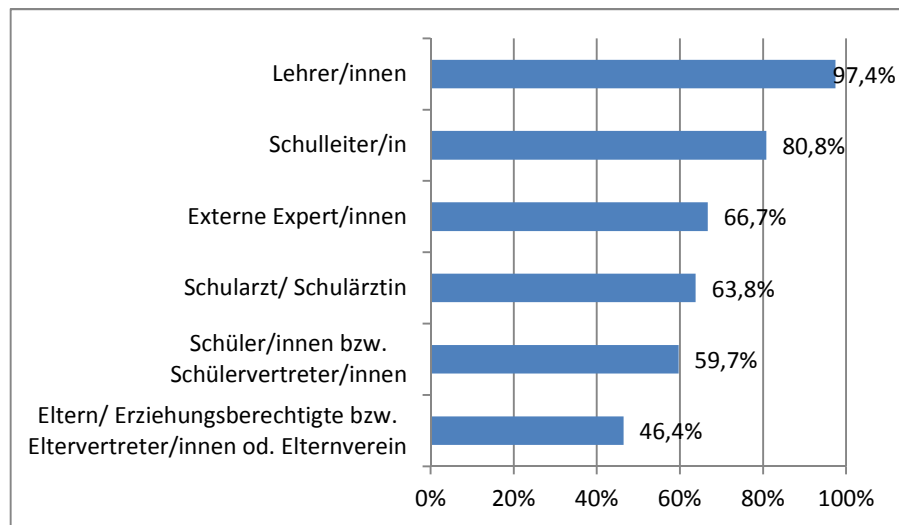


Abbildung 17: Häufigkeiten der Beteiligung in den GF-Teams

### Weiterbildungskonzepte in 78,4 % der Schulen vorhanden

78,4 % der Schulen geben an, zumindest in einem der für schulische Gesundheitsförderung wichtigen Themenbereiche über ein Weiterbildungskonzept zu verfügen (Abbildung 18), wobei das am häufigsten auf offene/aktivierende Unterrichtsformen/-methoden zutrifft.

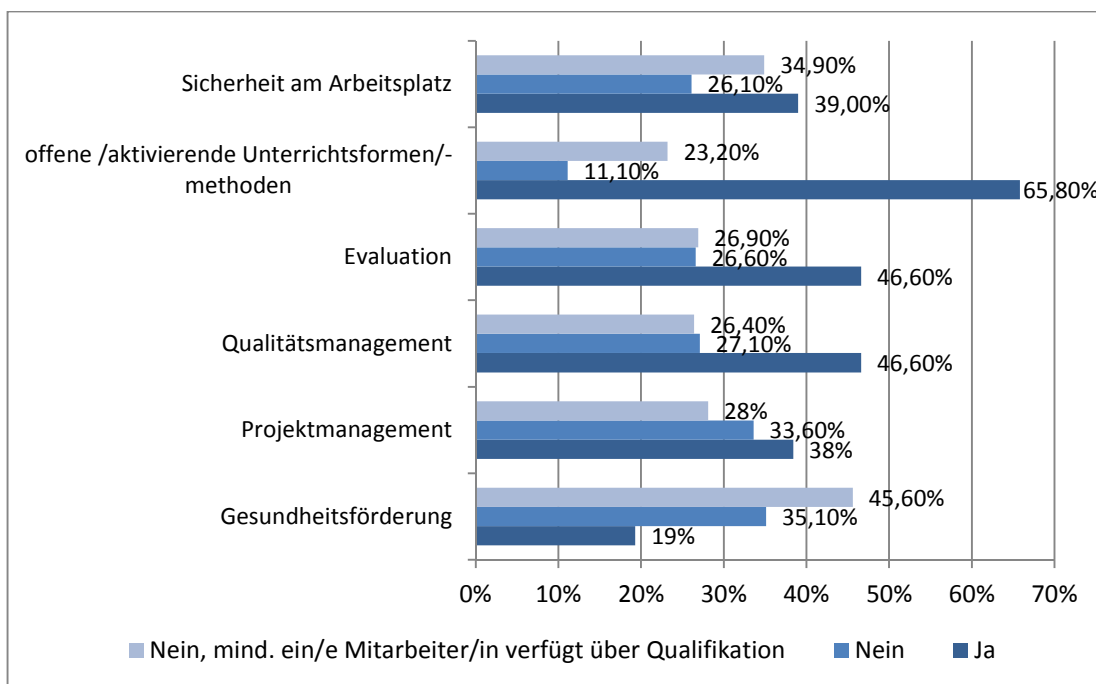


Abbildung 18: vorhandenes Weiterbildungskonzept zur Qualifizierung der Mitarbeiter/innen

## 7.1.8 Spezifische Maßnahmen zu ausgewählten Themenbereichen

### **School Policies nehmen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten**

Inchley et al. (2007) beschreiben die Wichtigkeit der Integration von Gesundheitsförderung in den Schulalltag. Studien zeigen, dass das Vorhandensein von *School Policies* in den verschiedenen Bereichen zu einer Verbesserung des Gesundheitsverhaltens bei Schüler/inne/n führt, z.B.:

- bewegungsbezogene *School Policies* üben einen Einfluss auf das Bewegungsverhalten und auf den Gewichtsstatus von Schüler/inne/n aus (z.B. Haug et al., 2008);
- ernährungsbezogene *School Policies* nehmen einen günstigen Einfluss auf das Ernährungsverhalten von Schüler/inne/n (Vereecken et al., 2005);
- Rauchverbote beeinflussen das Rauchverhalten von Schüler/inne/n in positiver Weise (Maes & Lievens, 2003).

### **Infrastruktur zu Ernährung und Bewegung sowie persönliche Kompetenzen nehmen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten**

Neben *School Policies* spielt auch die ernährungs- und bewegungsbezogene Infrastruktur eine wichtige Rolle (Haug et al., 2009, Rovner et al., 2010, Story et al., 2008). Zudem zeigen Studien, dass Programme, die sowohl auf Wissen als auch auf persönliche und soziale Kompetenzen abzielen, Gewalt, Rauchen und Alkoholabusus reduzieren (Stewart-Brown, 2006).

---

### **Ernährung**

---

### **Mittelwert für »spezifische Maßnahmen zum Thema Ernährung« = 50,9 %**

Die Schulen erreichen in der Dimension »spezifische Maßnahmen zum Thema Ernährung« einen Mittelwert von 50,9 %, der Schwellenwert beträgt 77,2 %. In ca. der Hälfte der Schulen werden verstärkt Maßnahmen gesetzt, um die Ernährungssituation und das Ernährungsbewusstsein von Schüler/inne/n (und Lehrer/inne/n) zu verbessern (Abbildung 19).



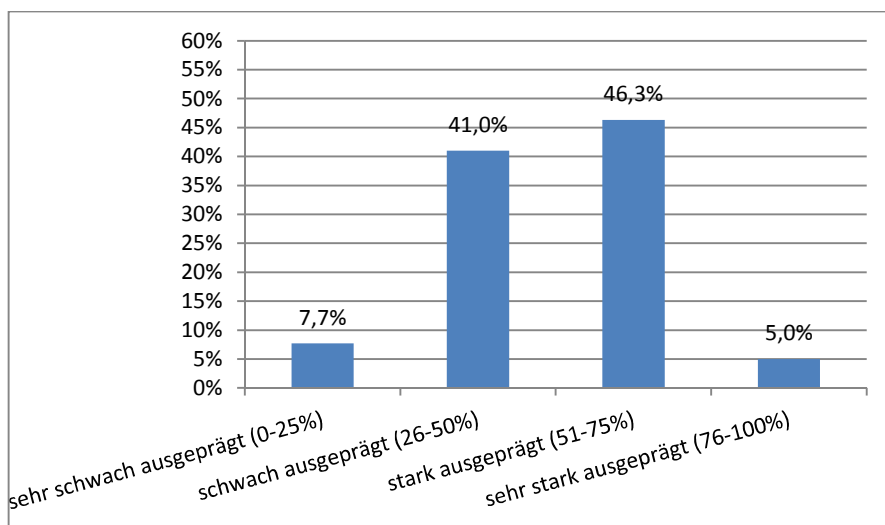


Abbildung 19: Gesamtindex spezifische Maßnahmen Ernährung

Meistens sind Richtlinien zu gesunder Ernährung informeller Natur, schriftlich sind sie eher selten festgehalten (Abbildung 20). Vorhandene (informelle oder schriftliche) Richtlinien werden von ca. der Hälfte der Schulen auf ihre Einhaltung hin überprüft. Weniger als die Hälfte haben ein geregeltes Vorgehen, wie Schüler/innen oder Lehrer/innen über die Richtlinien informiert werden. Für Eltern gibt es an einem Drittel der Schulen ein geregeltes Vorgehen.

Neben Richtlinien spielt auch das Ernährungsangebot an den Schulen eine wichtige Rolle in der Gesundheitsförderung. 42,6 % der Schulen bieten keine Süßigkeiten, 55,1 % keine fettreichen Speisen (wie Pizza oder Leberkässemmel) an. Gesüßte Getränke werden zu 13,4 % nicht verkauft. Ca. zwei Drittel der Schulen bieten die Möglichkeit einer warmen Mittagsverpflegung an und verfügen über Essbereiche, die genügend Platz für die Schüler/innen bieten.

In der Umsetzung geben 23,0 % aller Schulen an, routinemäßig gesundheitsfördernde Maßnahmen durchzuführen, um bei Schüler/innen Kompetenzen im Bereich gesunde Ernährung aufzubauen. 59,0 % tun dies gelegentlich. Nicht ganz die Hälfte aller Schulen (48,2 %) nutzen dafür auch externe Expert/innen und 15,4 % informieren die Eltern über die Wichtigkeit der Vorbildwirkung in Bezug auf gesunde Ernährung. 14,4 % der Schulen verfügt über ein Weiterbildungskonzept, das die Qualifizierung der Mitarbeiter/innen der Schule im Bereich Ernährung vorsieht. 40,0 % der Schulleiter/innen geben an, dass zumindest ein/e Mitarbeiter/in über eine derartige Qualifikation verfügt. In 82,6 % der Schulen hängen keine Werbungen von Limonaden-Firmen und/oder Fast-Food/Junk-Food Firmen.

**Vorhandensein von Richtlinien zu gesunder Ernährung**

**42,6 % bieten keine Süßigkeiten an; 55,1% keine fettreichen Speisen**

**routinemäßige Maßnahmen; Nutzung von externen Expert/inn/en; Information der Eltern; Weiterbildung; Werbung**

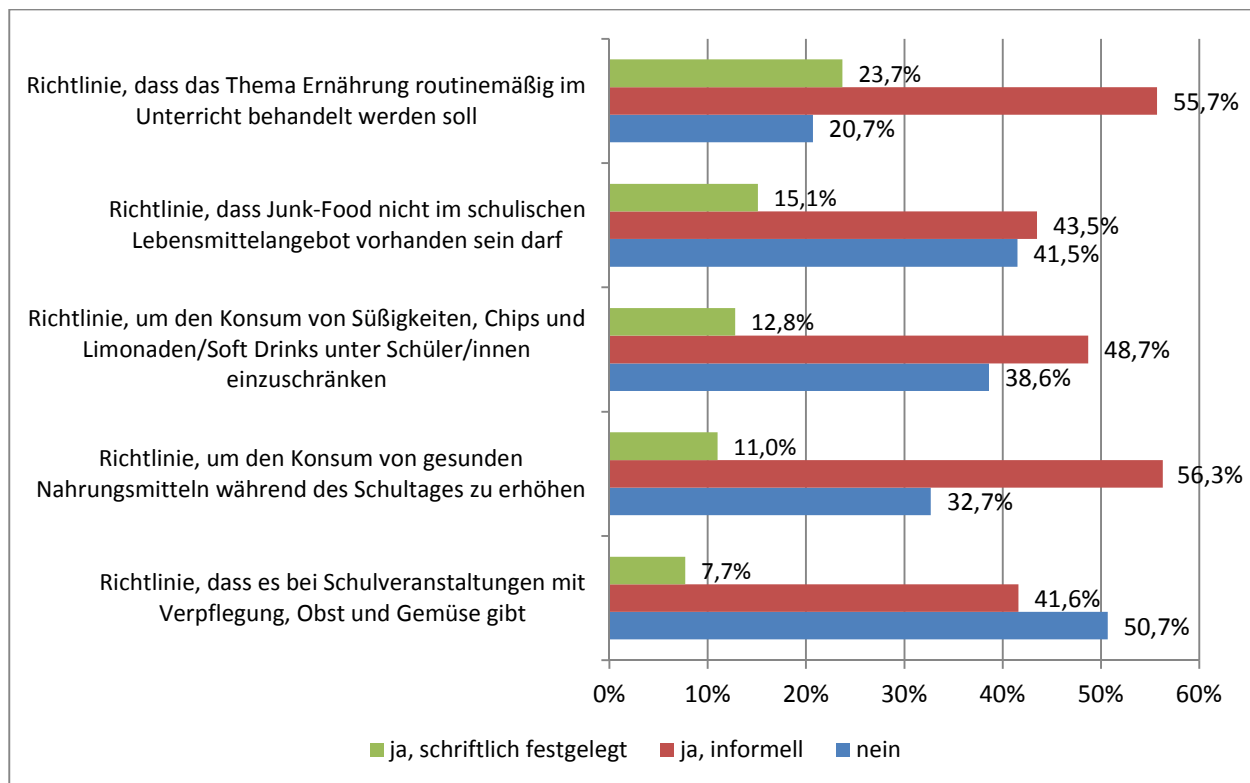
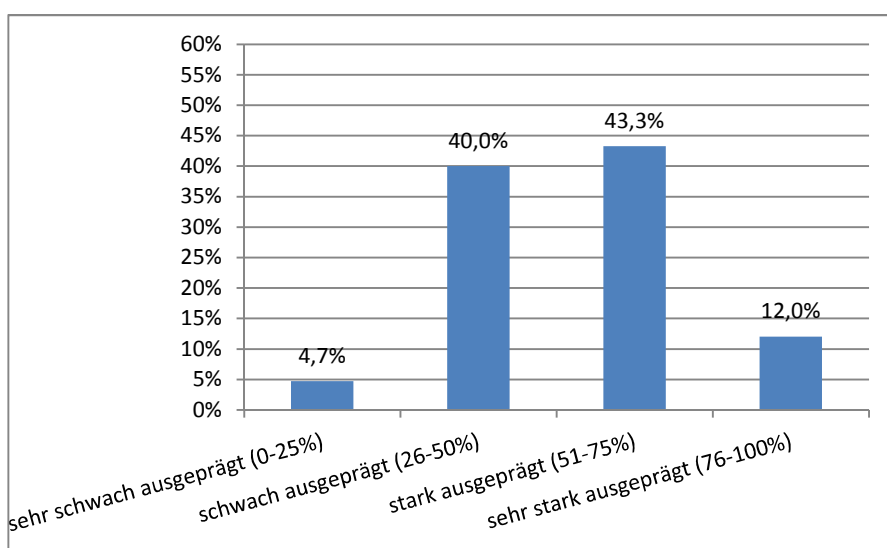


Abbildung 20: vorhandene ernährungsbezogene Richtlinien in österreichischen Schulen

## Bewegung

Hinsichtlich »spezifischer Maßnahmen zum Thema Bewegung« erreichen Österreichs Schulen einen Mittelwert von 54,2 %, der Schwellenwert beträgt 84,1 %. In Bezug auf den Gesamtwert verfügen 12,0 % der Schulen über »stark ausgeprägte« Maßnahmen in Sachen Bewegung. Sie erreichen über 75 % der möglichen Punkte. Fast die Hälfte aller Schulen verzeichnen »(sehr) schwach ausgeprägte« Maßnahmen (Abbildung 21).

**Mittelwert für »spezifische Maßnahmen zum Thema Bewegung« =54,2 %**



**Abbildung 21: Gesamtindex spezifische Maßnahmen Bewegung**

Im Detail zeigt sich, dass der größte Teil der Schulen (89,2 %) eine bewusste und positive Einstellung zu Bewegung und Sport fördert. Eine gesundheitsförderliche Bewältigung des Schulwegs (zu Fuß oder mit dem Rad) unterstützen aber nur 51,1 % der Schulen. Der Großteil (87,2 %) bietet den Schüler/innen die Möglichkeit, an organisierten Schulsportaktivitäten teilzunehmen, während des Schultages gibt es aber nur in 20 % die Möglichkeit, auch außerhalb des Sportunterrichts Bewegung zu machen, am häufigsten werden hier die Pausen (12,5 %) und der Unterricht (8,5 %) genannt. Um bei Schüler/innen die Kompetenzen im Bereich Bewegung und Sport aufzubauen, führen 33,1 % der Schulen routinemäßig gesundheitsfördernde Maßnahmen durch. 38,7 % nutzen dafür externe Expert/inn/en. Mehrheitlich zeigt sich, dass Schulen zur Ausübung von Sport und Bewegung mehrere Einrichtungen im Umkreis von 2 km nutzen können. Es geben lediglich 14,8 % weniger als fünf der zehn abgefragten Möglichkeiten (z.B. Schwimmhalle, Laufbahn, Eislaufplatz) an. 85,2 % stehen fünf oder mehr der abgefragten Möglichkeiten zur Verfügung. Ein Viertel informieren Eltern über die Wichtigkeit regelmäßiger Bewegung. Ein Drittel der Schulen verfügt über ein Weiterbildungskonzept, das die Qualifizierung der Mitarbeiter/innen der Schule im Bereich Bewegung und Sport vorsieht. 43,9 % der Schulleiter/innen geben an, dass zumindest ein/e Mitarbeiter/in über eine derartige Qualifikation verfügt.

**Einstellung zu Bewegung; Schulweg; organisierte Sportaktivitäten; Bewegung außerhalb des Sportunterrichts; Nutzung von externen Expert/inn/en; Information der Eltern; Weiterbildung**

### Vorhandensein von Richtlinien zu Bewegung und Sport

Ähnlich wie bei der Ernährung sind auch in den spezifischen Maßnahmen zum Thema Bewegung Richtlinien in den seltensten Fällen schriftlich festgelegt (Abbildung 22). 39,0 % haben ein geregeltes Vorgehen, wie Schüler/innen über die genannten Richtlinien informiert werden. 37,0 % der Schulen haben ein solches geregeltes Vorgehen auch für Lehrer/innen, 24,9% der Schulen für Eltern.

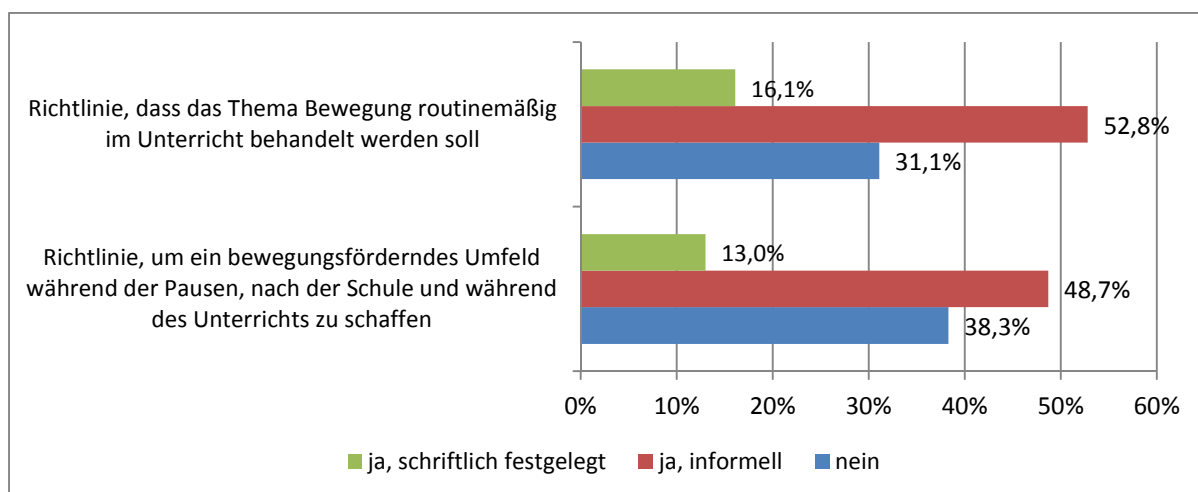
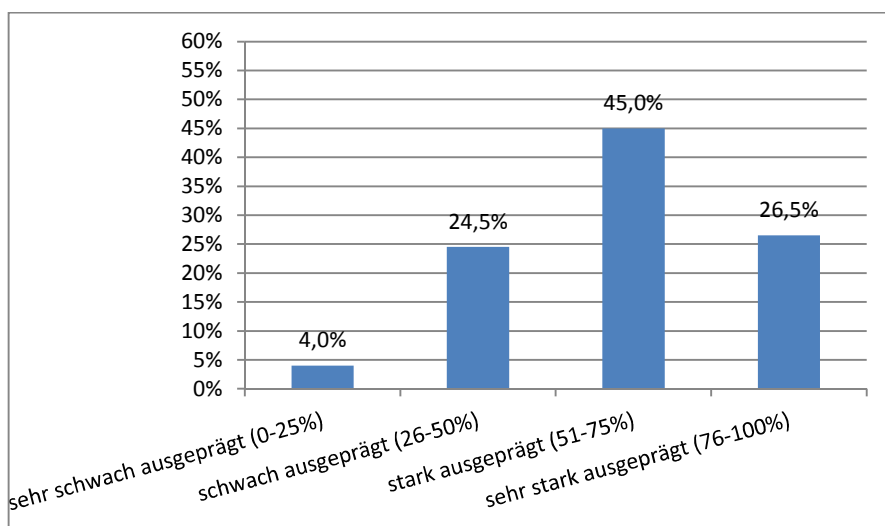


Abbildung 22: vorhandene Richtlinien im Bereich Bewegung

## Gewalt

Die »spezifischen Maßnahmen zum Thema Gewalt« erreichen einen Mittelwert von 63,2 %. Der Schwellenwert liegt bei 96,0 %. Fast drei Viertel der Schulen weisen mindestens »stark ausgeprägte« Maßnahmen in Bezug auf Gewaltprävention auf (Abbildung 23).

**Mittelwert für »spezifische Maßnahmen zum Thema Gewalt« = 63,2 %**



**Abbildung 23: Gesamtindex spezifische Maßnahmen Gewalt**

Rund ein Drittel aller Schulen bildet Schüler/innen zu Peer-Mediator/inn/en aus. 26,2 % der Schulen führen Maßnahmen durch, um bei Schüler/inn/en Kompetenzen zur Prävention von Gewalt aufzubauen. Hierfür nutzen zwei Drittel externe Expert/inn/en für die Entwicklung und Durchführung der Maßnahmen. 83,1 % ziehen bei Problemen mit Gewalt/Mobbing/Diskriminierung/Belästigung externe Expert/inn/en heran. Rund ein Viertel der Schulen informieren Eltern über die Themen Gewalt, Mobbing, Diskriminierung und Belästigung. Ein Drittel (34,8 %) verfügt über ein Weiterbildungskonzept, das vorsieht, dass sich Mitarbeiter/innen im Bereich Gewaltprävention/Umgang mit Mobbing qualifizieren. 41,3 % geben an, dass zumindest ein/e Mitarbeiter/in bereits über diese Qualifikation verfügt.

**Ausbildung zu Peer-Mediator/inn/en;  
Kompetenzen zur Gewaltprävention;  
Nutzung von externen Expert/inn/en;  
Information der Eltern;  
Weiterbildung**

Verglichen zu den Themen Ernährung und Bewegung sind Richtlinien im Bereich Gewalt weit häufiger – sowohl informell als auch schriftlich – vorhanden (Abbildung 24). Drei Viertel der Schulen haben ein geregeltes Vorgehen, wie Schüler/innen bzw. Lehrer/innen und 63,0 % wie Eltern über die Richtlinien und Regelungen in Bezug auf Gewalt sowie über den Umgang mit Regelverstößen informiert werden.

**Vorhandensein von Richtlinien zur Gewaltprävention**

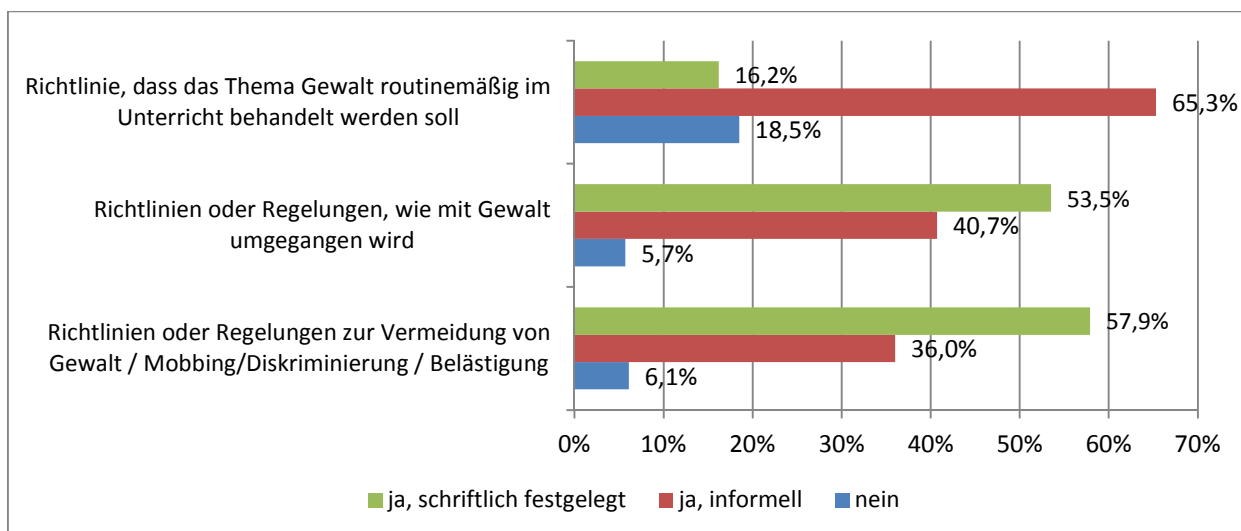


Abbildung 24: Richtlinien zum Thema Gewalt

## Rauchen

Im Bereich »spezifische Maßnahmen zum Thema Rauchen« liegen der Mittelwert bei 67,4 % und der Schwellenwert bei 90,2 %. In mehr als 85% der Schulen gibt es mindestens stark ausgeprägte Maßnahmenpakete zum Thema Rauchen (Abbildung 25).

**Mittelwert für »spezifische Maßnahmen zum Thema Rauchen« = 67,4 %**

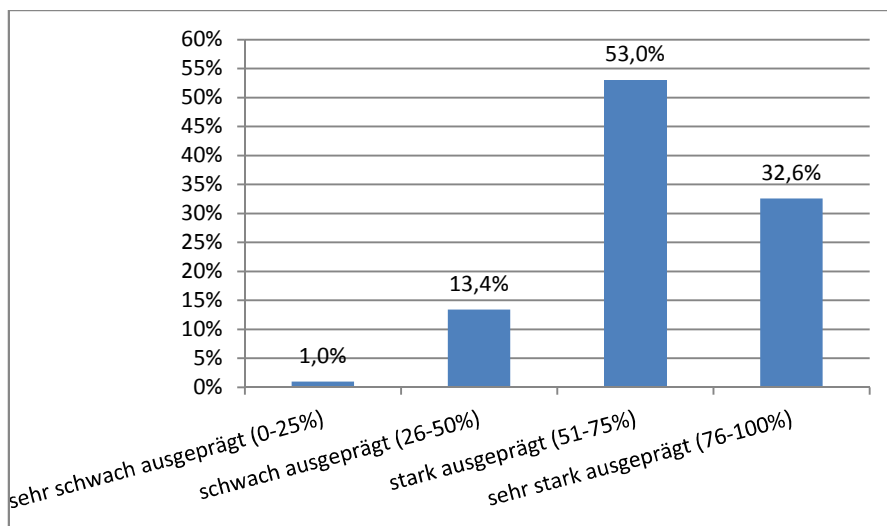


Abbildung 25: Gesamtindex spezifische Maßnahmen Rauchen

Im Bereich »Rauchen« sind die am häufigsten schriftlich festgelegten Richtlinien und Regelungen zu verzeichnen. Wie Abbildung 26 zeigt, liegen die Richtlinien und Regelungen häufiger für Schüler/innen und seltener für Lehrer/innen vor. Der Großteil der Schulleiter/innen (88,2 %) überprüft die Einhaltung der Regelungen routinemäßig und drei Viertel geben an, ein geregelter Vorgehen zu haben, wie mit Regelverstößen umgegangen wird. Über die Regeln und deren Umgang werden die Schüler/innen in 83,3 %, Lehrer/innen in 72,1 % und Eltern/Erziehungsberechtigten in 70,2 % der Schulen informiert. 19,7 % der Schulen informieren Eltern über die gesundheitlichen Folgen des Tabakkonsums. 13,1 % der Schulen verfügen über ein Weiterbildungskonzept, das vorsieht, dass sich Mitarbeiter/innen im Bereich Raucherprävention qualifizieren. 39,0 % geben an, dass zumindest ein/e Mitarbeiter/in bereits über eine solche Qualifikation verfügt.

**schriftlich festgelegte Richtlinien und Regelungen, v.a. für Schüler/innen; Umgang mit Regelverstößen; Weitergabe von Informationen; Weiterbildung**

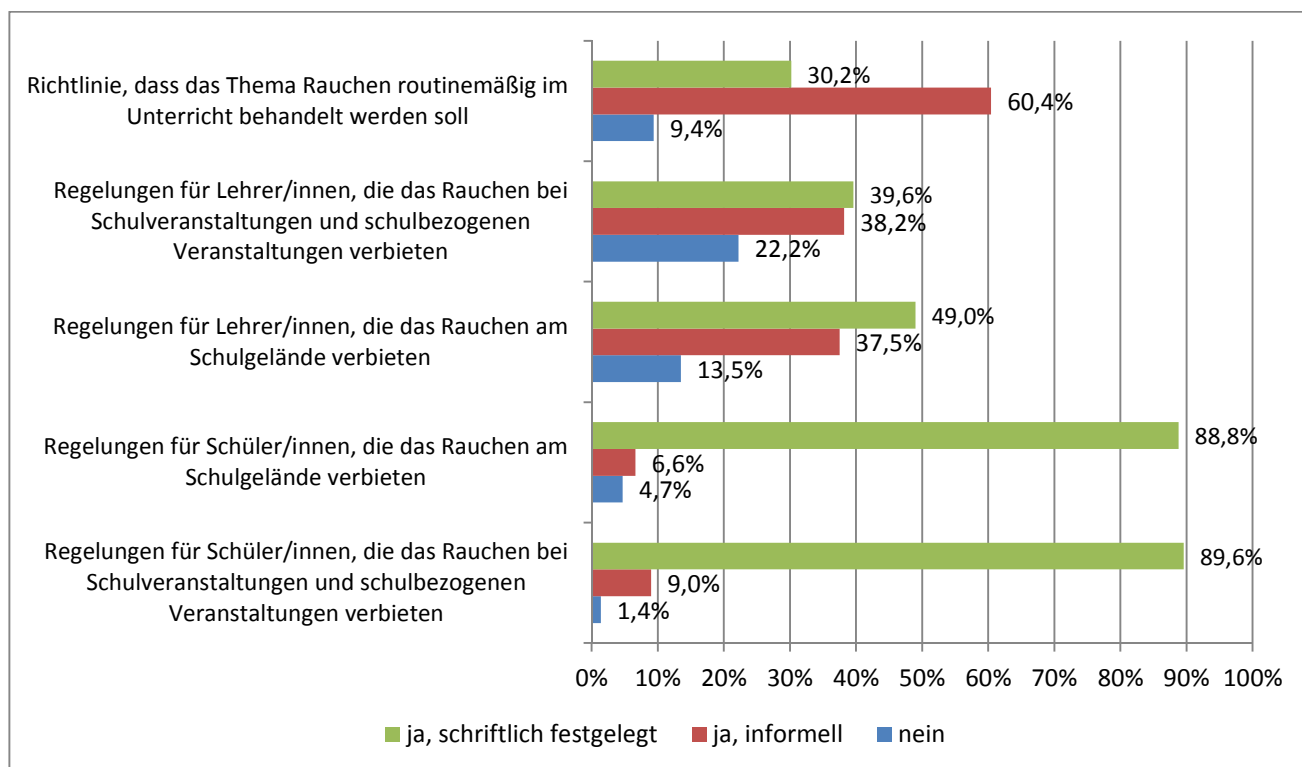


Abbildung 26: Richtlinien und Regelungen im Bereich Rauchen



## Alkohol

Die Schulen erreichen im Bereich »spezifische Maßnahmen zum Thema Alkohol« einen Mittelwert von 69,5 % und einen Schwellenwert von 91,6 %. Im Vergleich zu den spezifischen Maßnahmen der anderen Themen zeichnet sich beim Thema Alkohol die größte Schwerpunktsetzung ab. Fast 90 % der Schulen setzen Maßnahmen zum Thema Alkohol, die als mindestens stark ausgeprägt bezeichnet werden können (Abbildung 27).

**Mittelwert für »spezifische Maßnahmen zum Thema Alkohol« = 69,5 %**

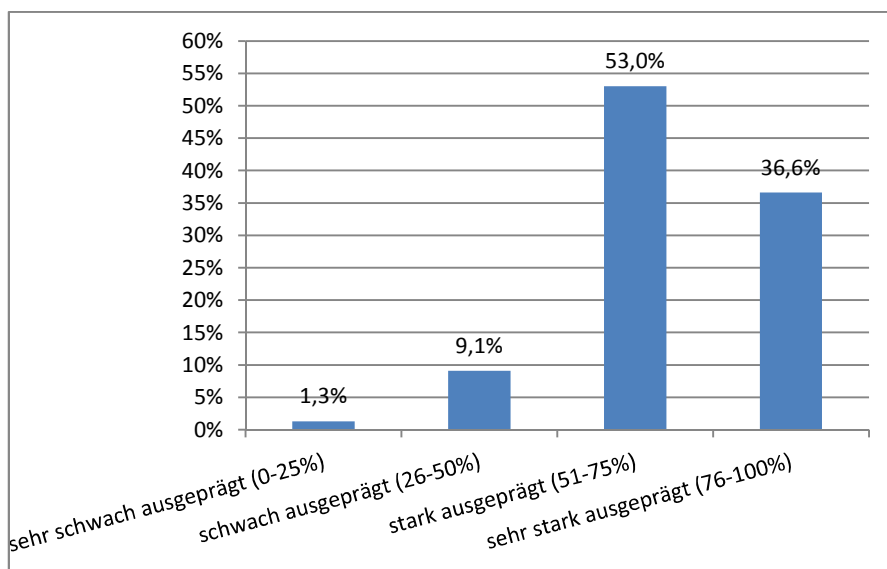


Abbildung 27: Gesamtindex spezifische Maßnahmen Alkohol

Der Genuss von alkoholischen Getränken ist in der Schule sowie bei Schulveranstaltungen in Österreich per Gesetz untersagt. Aus diesem Grund wurde im Fragebogen keine vorhandene Richtlinie abgefragt. Der größte Teil der österreichischen Schulen (94,8 %) überprüfen die Einhaltung dieser Regeln. 87,2 % der Schulen haben ein geregeltes Vorgehen, wie mit diesbezüglichen Regelverstößen umgegangen wird. Über den Umgang mit Regelverstößen informieren 88,2 % der Schulen Schüler/innen und Lehrer/innen sowie 74,8% der Schulen Eltern/Erziehungsberechtigte.

**Überprüfung der Einhaltung des Gesetzes; Umgang mit Regelverstößen; Weitergabe von Informationen**

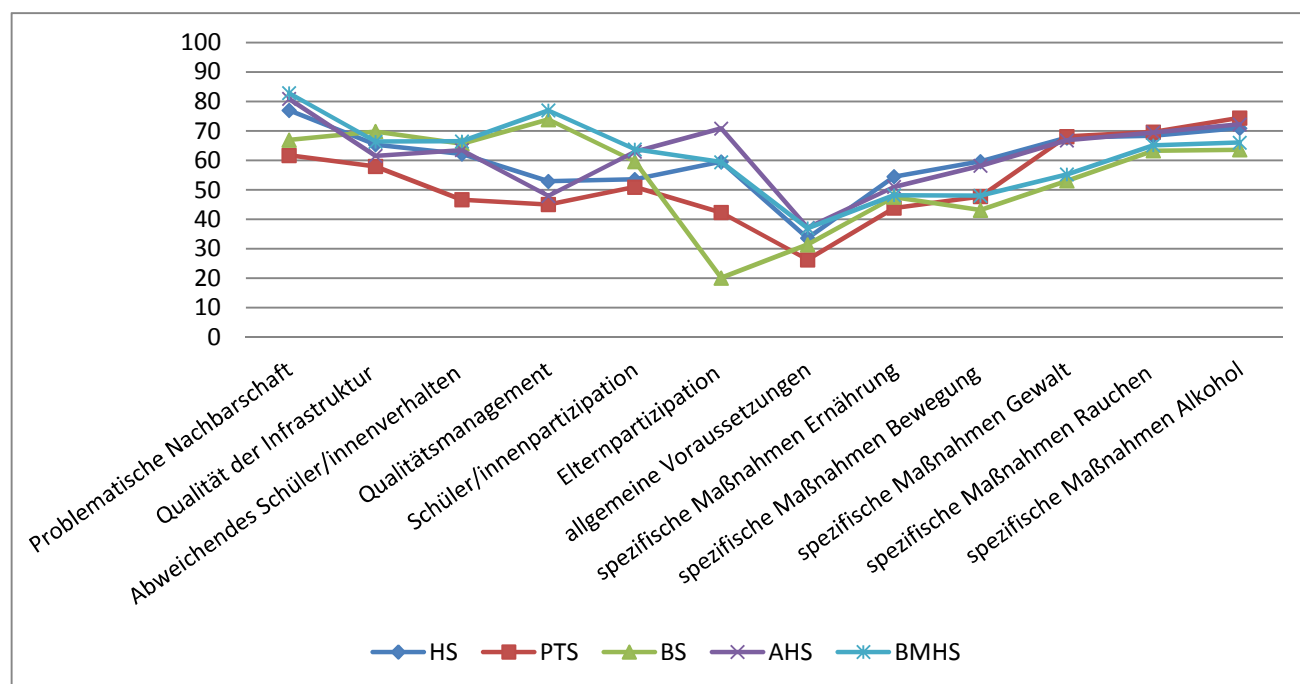
Maßnahmen zum Aufbau von Kompetenzen bei Schüler/inne/n zur Prävention von Suchtmittelmissbrauch werden routinemäßig in 32,1 % der Schulen durchgeführt. Hiervon nutzen nahezu drei Viertel externe Expert/inn/en und Dienstleister/innen bei der Entwicklung und Durchführung dieser Maßnahmen. 79,3 % der Schulen geben an, bei Problemen mit Suchtmittelmissbrauch externe Expert/inn/en heranzuziehen. Ein Fünftel der Schulen informiert zudem Eltern über die gesundheitlichen Folgen des Alkoholkonsums. Wie auch beim Rauchen, gibt es zum Thema Alkohol 13,1 % der befragten Schulen, die über ein Weiterbildungskonzept verfügt, das vorsieht, dass sich Mitarbeiter/innen im Bereich Alkoholprävention qualifizieren. 39,0 % geben an, dass zumindest ein/e Mitarbeiter/in über eine solche Qualifikation verfügt.

**Nutzung externer Expert/inn/en für Suchtmittelprävention; Information der Eltern; Weiterbildung**

## 7.2 Gibt es Unterschiede zwischen den Schultypen?

### Unterschiede zwischen den Schultypen der Sekundarstufe

Eine genauere Betrachtung verschiedener Schultypen, wie in Abbildung 28 ersichtlich, zeigt unterschiedliche Gewichtungen in den verschiedenen Dimensionen auf. Mit Hilfe einer ANOVA konnten die Unterschiede auf ihre Signifikanz hin überprüft werden. Lediglich bei der „Infrastruktur“, den »allgemeinen Voraussetzungen für Gesundheitsförderung« und den »spezifischen Maßnahmen im Bereich Rauchen« konnten keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Schultypen festgestellt werden.



(HS = Hauptschulen, PTS = Polytechnische Schulen, BS = Berufsschulen, AHS = allgemeinbildende höhere Schulen, BMHS = berufsbildende mittlere oder höhere Schulen)

Abbildung 28: Gesamtwerte - Schultypen im Vergleich<sup>3</sup>

### Hauptschulen mehr Elterteinbindung und mehr spezifische Maßnahmen zu Ernährung, Bewegung und Gewalt

Bei den **Hauptschulen** zeigt sich ein geringer ausgeprägtes »Qualitätsmanagement« (Cohen's  $d=0,24$ ) und weniger »Schüler/innenpartizipation« (Cohen's  $d=0,36$ ). Dafür binden sie die Eltern häufiger ein (Cohen's  $d=0,22$ ). In den »spezifischen Maßnahmen« zeigen Hauptschulen in den Bereichen Ernährung (Cohen's  $d=-0,27$ ), Bewegung (Cohen's  $d=-0,31$ ) und Gewalt (Cohen's  $d=-0,21$ ) überdurchschnittliche Werte.

<sup>3</sup> Im Anhang findet sich eine tabellarische Übersicht über die Schultypvergleiche.

Die **Polytechnischen Schulen** berichten die größten Probleme hinsichtlich »Nachbarschaft« (Cohen's  $d=0,65$ ), »Infrastruktur« (Cohen's  $d=0,36$ ), »Schüler/innenverhalten« (Cohen's  $d=1,00$ ) und »Qualitätsmanagement« (Cohen's  $d=0,55$ ). Polytechnische Schulen binden Schüler/innen (Cohen's  $d=0,64$ ) und Eltern (Cohen's  $d=0,63$ ) in einem geringeren Ausmaß ein. Die Themen Ernährung (Cohen's  $d=0,45$ ) und Bewegung (Cohen's  $d=0,46$ ) werden gegenüber den anderen Schultypen weniger oft aufgegriffen, während die Themen Gewalt (Cohen's  $d=-0,30$ ), Rauchen (Cohen's  $d=-0,11$ ) und Alkohol (Cohen's  $d=-0,30$ ), dem Alter der Schüler/innen entsprechend, zentrale Themengebiete sind.

In **Berufsschulen** zeigt sich ein hohes »Qualitätsmanagement« (Cohen's  $d=0,50$ ) und eine höhere Qualität der »Infrastruktur« (Cohen's  $d=-0,27$ ), aber wenig Einbindung von Eltern (Cohen's  $d=1,88$ ). »Spezifische Maßnahmen« sind nur in einem geringen Ausmaß vorhanden. So werden die Themen Bewegung (Cohen's  $d=0,59$ ), Gewalt (Cohen's  $d=0,54$ ), Rauchen (Cohen's  $d=0,28$ ) und Alkohol (Cohen's  $d=0,40$ ) eher selten aufgegriffen.

**Allgemeinbildende höhere Schulen** verfügen über ein schlechteres »Qualitätsmanagement« (Cohen's  $d=0,46$ ), erzielen aber in der »Nachbarschaft« (Cohen's  $d=-0,19$ ), der Qualität der »Infrastruktur« (Cohen's  $d=-0,4$ ), der »Schüler/innenpartizipation« (Cohen's  $d=-0,29$ ) und »Elternpartizipation« (Cohen's  $d=-0,88$ ) gute Ergebnisse im Vergleich zu den anderen Schultypen der Sekundarstufe. Die »spezifischen Maßnahmen« zu den Themen Bewegung (Cohen's  $d=-0,25$ ), Gewalt (Cohen's  $d=-0,15$ ), Rauchen (Cohen's  $d=0,13$ ) und Alkohol (Cohen's  $d=-0,21$ ) sind in den AHS ebenfalls stärker vorhanden.

Die geringsten Probleme in der »Nachbarschaft« (Cohen's  $d=-0,32$ ) sowie beim »Schüler/innenverhalten« (Cohen's  $d=-0,26$ ) zeigen sich in **berufsbildenden mittleren oder höheren Schulen**. Diese binden Schüler/innen (Cohen's  $d=-0,36$ ) am häufigsten in schulische Belange ein und verfügen über das am besten ausgeprägte »Qualitätsmanagement« (Cohen's  $d=-0,76$ ). Die »spezifischen Maßnahmen« zu den einzelnen Themen sind im Vergleich zu anderen Schultypen aber weniger ausgeprägt (Ernährung: Cohen's  $d=0,12$ ; Bewegung: Cohen's  $d=0,41$ ; Gewalt: Cohen's  $d=0,40$ , Rauchen: Cohen's  $d=0,13$ ; Alkohol: Cohen's  $d=0,20$ ).

**Polytechnische Schulen mehr Probleme in Nachbarschaft, Infrastruktur und Schüler/innenverhalten; Maßnahmen gegen Gewalt, Rauchen und Alkohol stärker vorhanden**

**in Berufsschulen höheres Qualitätsmanagement, aber weniger spezifische Maßnahmen zur Gesundheitsförderung**

**an allgemeinbildenden höheren Schulen geringes Qualitätsmanagement, aber in allen anderen Bereichen gute Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung vorhanden**

**geringste Probleme in Nachbarschaft und Schüler/innenverhalten sowie stärkste Schüler/inneneinbindung in BMHS; spezifische Maßnahmen eher weniger vorhanden**

## 7.3 Wie wirken sich vorhandene Gesundheitsförderungs(GF)-Teams sowie gewidmete Lehrer/innenstunden und Budget für GF-Projekte auf die Rahmenbedingungen zur Gesundheitsförderung in Schulen aus?

**GF-Strukturen als Basis für Gesundheitsförderung**

Das folgende Kapitel untersucht den Einfluss verschiedener Rahmenbedingungen (vorhandenes GF-Team, gewidmete Lehrer/innenstunden und Budget für gesundheitsförderliche Projekte) auf das Vorhandensein anderer Rahmenbedingungen. Wie bereits in Kapitel 5.2 dargestellt, sind dies alleamt Indikatoren aus dem Bereich »allgemeine Voraussetzungen für Gesundheitsförderung« und stellen im Gesamtvergleich die am geringsten ausgeprägte Dimension dar. Allerdings gelten diese Rahmenbedingungen als wichtige Faktoren für eine erfolgreiche Implementierung der Gesundheitsförderung an Schulen.

**stärksten Einfluss auf die spezifischen Maßnahmen zu Ernährung, Bewegung, Gewalt, Rauchen und Alkohol**

Die Abbildungen 29 bis 31 zeigen die Unterschiede zwischen diesen vorhandenen und nicht vorhandenen Rahmenbedingungen aller Schulen auf. Am stärksten zeichnen sich die Einflüsse im Bereich der »allgemeinen Voraussetzungen für Gesundheitsförderung« und in den »spezifischen Maßnahmen zu den Themen Ernährung, Bewegung, Gewalt, Rauchen und Alkohol« ab.<sup>4</sup>

### 7.3.1 Vorhandenes Gesundheitsförderungsteam

**GF-Team in einem Viertel aller Schulen vorhanden**

Ein Viertel aller Schulleiter/innen gab an, an der Schule ein Gesundheitsförderungsteam zu haben. Wie Tabelle 6 zu entnehmen ist, finden sich GF-Teams am häufigsten in allgemeinbildenden höheren Schulen und am seltensten in Polytechnischen Schule.

**Tabelle 6: Häufigkeit von Gesundheitsförderungsteams**

	vorhandenes GF-Team
Allgemeinbildende höhere Schule	39,1 %
Berufsbildende mittlere oder höhere Schule	24,6 %
Berufsbildende Pflichtschule	21,6 %
Hauptschule	20,3 %
Polytechnische Schule	10,0 %

<sup>4</sup> Im Anhang sind die Ergebnisse tabellarisch aufgelistet.

Schulen, die über ein GF-Team verfügen, unterscheiden sich in den einzelnen Dimensionen gegenüber Schulen, die kein GF-Team eingerichtet haben. Grafisch wird der Vergleich zwischen beiden Gruppen in Abbildung 29 dargestellt.

### Unterschiede zwischen Schulen mit und ohne GF-Team

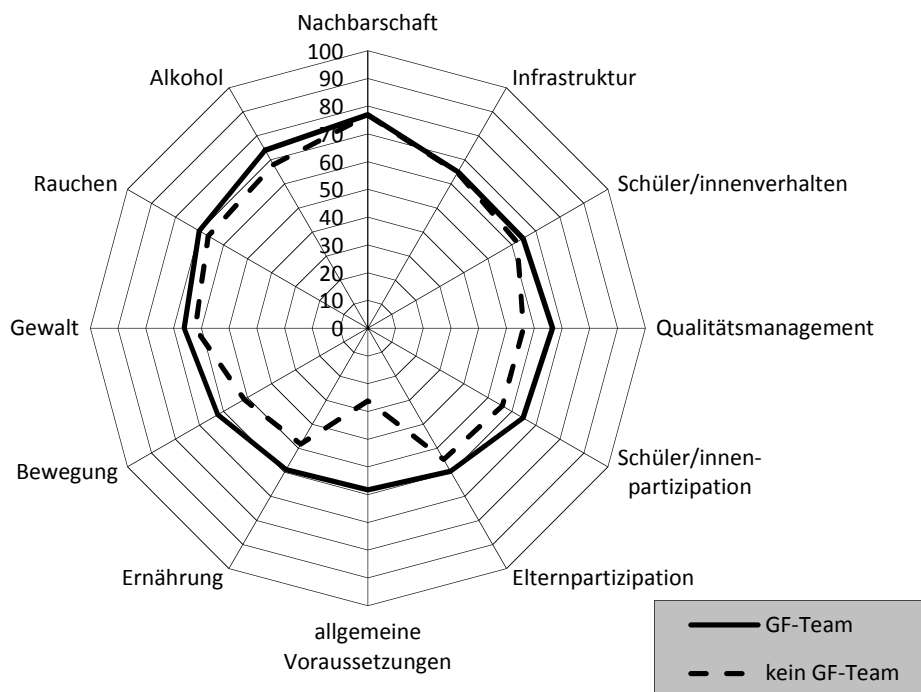


Abbildung 29: Vergleich zwischen den Durchschnittswerten von Schulen mit und ohne Gesundheitsförderungsteam

Der größte Unterschied ist dabei in den »allgemeinen Voraussetzungen für Gesundheitsförderung« (Cohen's  $d=1,68$ ) ersichtlich. So beschreiben Schulen mit GF-Teams etwa viel häufiger,

- Gesundheitsförderung im Schulleitbild verankert zu haben (Cohen's  $d=0,85$ );
- schriftlich festgehaltene Zielsetzungen für Gesundheitsförderung zu haben (Cohen's  $d=0,85$ ); oder
- einen konkreten Plan für die Umsetzung der Zielsetzungen zu haben (Cohen's  $d=0,93$ ).

Zudem scheint ein GF-Team auch auf das »Qualitätsmanagement« (Cohen's  $d=0,40$ ) sowie auf die »Schüler/innen/partizipation« (Cohen's  $d=0,64$ ) positiv zu wirken.

**GF-Teams günstig für den Einsatz von spezifischen Maßnahmen zu den Themen Ernährung, Bewegung und Alkohol**

In den »spezifischen Maßnahmen« zu den Themen Ernährung (Cohen's  $d=0,67$ ), Bewegung (Cohen's  $d=0,67$ ), und Alkohol (Cohen's  $d=0,40$ ) erreichen Schulen mit GF-Teams bessere Mittelwerte als die anderen Schulen. Hier zeigt sich zum Beispiel, dass Schulen mit GF-Teams häufiger

- gesundheitsförderliche Maßnahmen routinemäßig durchführen (z.B. im Bereich der Ernährung: Cohen's  $d=0,95$ ; Bewegung: Cohen's  $d=0,78$ ; Suchtmittelmissbrauch: Cohen's  $d=0,46$ ),
- schriftlich festgelegte Richtlinien haben (z.B. um den Konsum von gesunden Nahrungsmitteln zu erhöhen: Cohen's  $d=0,78$ ; bewegungsförderndes Umfeld: Cohen's  $d=0,59$ ), sowie
- Expert/inn/en heranziehen (Ernährung: Cohen's  $d=0,71$ ; Bewegung: Cohen's  $d=0,44$ ; Suchtmittelmissbrauch: Cohen's  $d=0,31$ ).

### 7.3.2 Vorhandenes Budget für Gesundheitsförderungsprojekte

26,2 % aller Schulen stehen finanzielle Mittel zur Durchführung gesundheitsförderlicher Maßnahmen zur Verfügung. Die meisten Mittel sind, wie in Tabelle 7 ersichtlich, in den allgemeinbildenden höheren Schulen und berufsbildenden mittleren oder höheren Schulen vorhanden.

**ca. ein Viertel der Schulen stehen finanzielle Mittel zur Verfügung**

Tabelle 7: relative Häufigkeiten vorhandener Budgets für GF-Projekte

	vorhandenes GF-Budget
Allgemeinbildende höhere Schule	31,3 %
Berufsbildende mittlere oder höhere Schule	31,1 %
Hauptschule	26,8 %
Polytechnische Schule	20,0 %
Berufsbildende Pflichtschule	10,8 %

Vorhandenes Budget für Gesundheitsförderung wirkt, wie in Abbildung 30 dargestellt, zur Stärkung bestimmter Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung. In Schulen, in denen Geld für Gesundheitsförderung vorhanden ist, zeigen sich eine höhere Qualität der »Infrastruktur« (Cohen`s  $d=0,31$ ), eine stärkere »Schüler/innenpartizipation« (Cohen`s  $d=0,36$ ) und weniger Probleme beim »Schüler/innenverhalten« (Cohen`s  $d=0,302$ ).

**positiver Einfluss eines GF-Budgets**

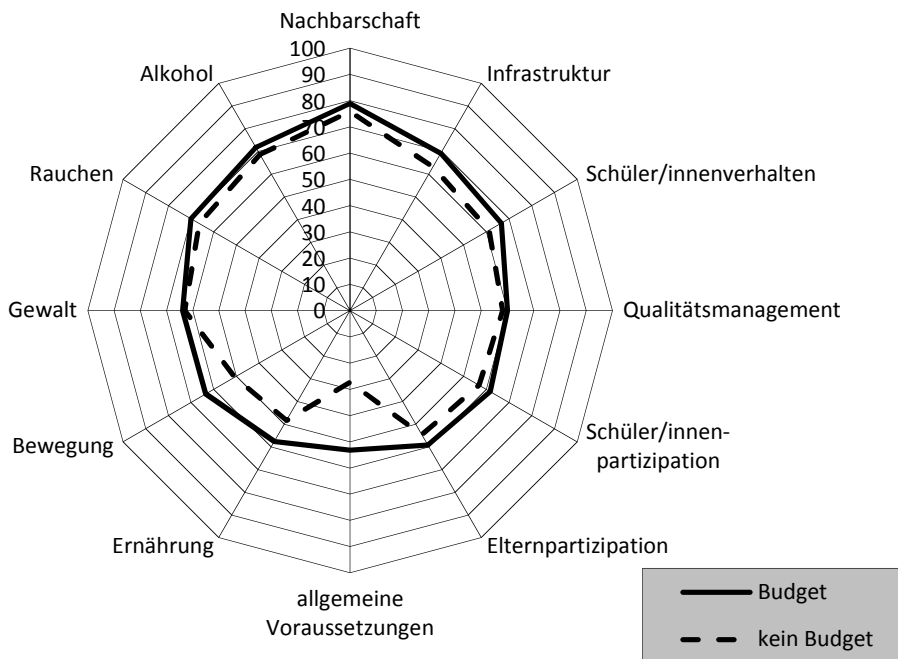


Abbildung 30: Vergleich zwischen den Durchschnittswerten der Schulen mit und ohne Budget für Gesundheitsförderung

**größte Unterschiede bei  
den allgemeinen  
gesundheitsförderlichen  
Strukturen**

Den größten Effekt scheint es aber in den »allgemeinen Voraussetzungen für Gesundheitsförderung« (Cohen's  $d=1,3$ ) zu geben. Schulen, denen ein Budget für GF-Maßnahmen zur Verfügung steht, haben häufiger

- Gesundheitsförderung im Schulleitbild verankert (Cohen's  $d=0,44$ ),
- Zielsetzungen für Gesundheitsförderung schriftlich festgehalten (Cohen's  $d=0,76$ ), sowie
- ein formal eingerichtetes GF-Team (Cohen's  $d=0,76$ ).

**Unterschiede auch bei  
den spezifischen  
Maßnahmen zu  
Ernährung und  
Bewegung**

Auch in den »spezifischen Maßnahmen« zu Ernährung und Bewegung (Cohen's  $d=0,60$  und  $0,81$ ) manifestieren sich deutliche Unterschiede in

- schriftlich festgelegten Richtlinien,
- routinemäßigen Maßnahmen, und dem
- Einbeziehen von Expert/inn/en.



### 7.3.3 Gewidmete Lehrer/innenstunden für Gesundheitsförderung

In 23,9 % aller Schulen stehen Lehrer/innenstunden für Gesundheitsförderung zur Verfügung. Zwischen den verschiedenen Schultypen variieren die Prozentwerte nur gering (Tabelle 8).

**in 23,9% der Schulen werden Lehrer/innenstunden für Gesundheitsförderung gewidmet**

Tabelle 8: Häufigkeiten gewidmeter Lehrer/innenstunden für Gesundheitsförderung

	zur Verfügung stehende Lehrer/innenstunden
Berufsbildende mittlere oder höhere Schule	29,5 %
Berufsbildende Pflichtschule	24,3 %
Allgemeinbildende höhere Schule	23,4 %
Hauptschule	22,0 %
Polytechnische Schule	20,0 %

Abbildung 31 stellt Schulen mit gewidmeten Lehrer/innenstunden für Gesundheitsförderung den Schulen ohne solche gegenüber. In vielen Bereichen wirken sich gewidmete Lehrer/innenstunden positiv auf das Vorhandensein von Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung aus.

**positiver Einfluss von gewidmeten Lehrer/innenstunden auf bestimmte Qualitätsbereiche**

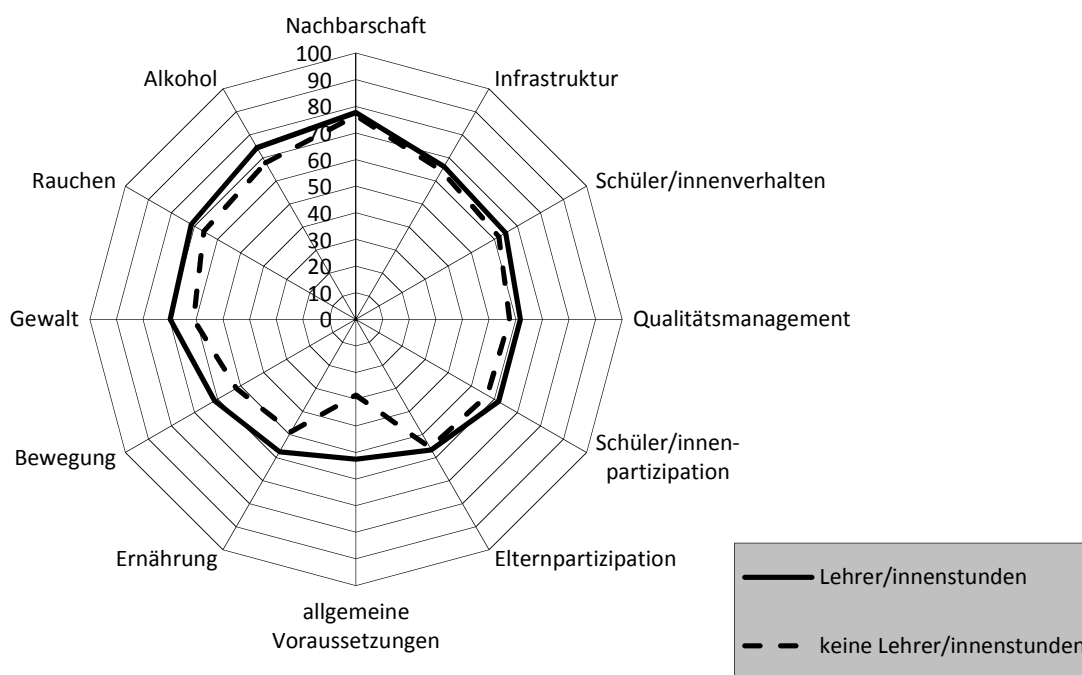


Abbildung 31: Vergleich von Schulen mit/ohne gewidmeten Lehrer/innenstunden für Gesundheitsförderung

**größter Unterschied in  
den allgemeinen  
gesundheitsförderlichen  
Strukturen**

Am stärksten ist dies im Bereich der »allgemeinen Voraussetzungen für Gesundheitsförderung« (Cohen's  $d=1,14$ ) erkennbar:

- Es haben weit mehr Schulen mit gewidmeten Lehrer/innenstunden Gesundheitsförderung im Schulleitbild verankert als Schulen ohne entsprechende Lehrer/innenstunden (Cohen's  $d=0,52$ ).
- Zielsetzungen für die Gesundheitsförderung sind in diesen Schulen häufiger schriftlich festgehalten (Cohen's  $d=0,51$ ).

**positive Auswirkung auf  
spezifische Maßnahmen  
zu einzelnen Themen**

In Bezug auf die »spezifischen Maßnahmen zu einzelnen Themen« schneiden Schulen mit gewidmeten Lehrer/innenstunden deutlich besser ab, und zwar bei Ernährung (Cohen's  $d=0,60$ ) Bewegung (Cohen's  $d=0,61$ ); Gewalt (Cohen's  $d=0,40$ ); Rauchen (Cohen's  $d=0,032$ ) und Alkohol (Cohen's  $d=0,48$ ). Es werden auch häufiger gesundheitsförderliche Maßnahmen routinemäßig durchgeführt, um bei Schüler/innen Kompetenzen bezüglich

- gesunder Ernährung (Cohen's  $d=0,56$ ),
- Bewegung (Cohen's  $d=0,57$ ),
- Gewalt (Cohen's  $d=0,47$ ) und
- Suchtmittelmissbrauch (Cohen's  $d=0,56$ )

aufzubauen.

## 8 Diskussion der Ergebnisse

Zur Verbesserung von Gesundheitszustand und –verhalten von Schüler/inne/n und Lehrkräften bietet es sich an, in koordinierter Weise Maßnahmen zu setzen, die auf die Gestaltung des Lebensraums Schule als Ganzes abzielen. Es zeigt sich an diversen empirischen Befunden, dass dieser Versuch lohnenswert ist: Die Ergebnisse des neuesten österreichischen Schülerberichts etwa zeigen, dass es einen Zusammenhang zwischen selbsteingeschätzter Gesundheit und Schulzufriedenheit gibt (Ramelow et al. 2012). Nach aktuellem Forschungsstand ist dies auch entscheidend für die Gesundheit der Lehrer/innen (Schaarschmidt, 2011, S. 158). Sie ist am besten, wo die sozialen Beziehungen an der Schule (mit Schüler/innen, Kolleg/inn/en usw.) als positiv empfunden werden. Aufgrund ähnlicher Erkenntnisse ist man mittlerweile in vielen Ländern dazu übergegangen, sich um die gesundheitsförderliche Gestaltung des Schulumfeldes zu bemühen, anstatt zu versuchen, mit rein verhaltensbezogenen Maßnahmen wie verstärkter Information über Gesundheitsthemen im Unterricht oder Ge- und Verboten Verbesserungen herbeizuführen. Programme und Strategien, die zu diesem Zweck entworfen wurden, werden *Whole School Approach* genannt (IUHPE, 2009). Der bekannteste unter ihnen ist der WHO-Ansatz *Health Promoting Schools* (HPS). Er enthält Zielsetzungen und beschreibt die für erfolgreiche Gesundheitsförderung notwendigen Rahmenbedingungen, von denen die meisten in der Schulleiter/innenbefragung abgefragt wurden.

Schulische Gesundheitsförderung ist in Österreich weitgehend regional organisiert. Wichtige Akteure und Akteurinnen schulischer Gesundheitsförderung sind vor allem die Landesschulräte bzw. der Stadtschulrat für Wien. Außerdem bieten die Service Stellen Schule von acht Gebietskrankenkassen verschiedene Leistungen zur Unterstützung bei der Umsetzung in den einzelnen Bundesländern an, z.B. Beratung bei der Planung, Prozessbegleitung oder die Vermittlung von Kontakten. Von einigen Gebietskrankenkassen wird auch eine Art Netzwerk koordiniert und betreut. Beispiele dafür wären das Wiener Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen (WieNGS) oder die „Gesundheitsförderung an Salzburgs Schulen“. 2007 bis 2009 wurde vom Ministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, vom Ministerium für Gesundheit und vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger die nationale Initiative „Gesunde Schule“ durchgeführt (Dür et al. 2009). Ziel dieses Projekts war, Entscheidungsgrundlagen für die inhaltliche Ausgestaltung einer nachhaltig wirksamen nationalen Gesamtstrategie zur Gesundheitsförderung an österreichischen Schulen zu erarbeiten. Es wurden Handlungsempfehlungen entwickelt, die mittel- und langfristig umgesetzt werden sollten, um das Thema „Gesunde Schule“ in Österreich zu verankern. Von Gugglberger et al. wurden im Jahr 2009 rund 850 Schulen (= ca. 15 % aller österreichischen Schulen) identifiziert, die mit Gesundheitsförderungsakteur/inn/en kooperieren. Gesundheitsförderung in Schulen kann prinzipiell als jede Maßnahme verstanden werden, die zur Verbesserung der Gesundheit aller beiträgt (St Ledger et al., 2009).

**Gestaltung des Lebensraums Schule zur Verbesserung des Gesundheitszustands von Schüler/inne/n und Lehrer/inne/n**

**schulische Gesundheitsförderung in Österreich weitgehend regional organisiert**

**Schulleiter/innen-  
befragung bietet  
Informationen über  
vorhandene  
Rahmenbedingungen für  
Gesundheitsförderung  
in Schulen**

Die Befragung der Schulleiter/innen im Rahmen der HBSC-Studie soll helfen, die Schule als Kontext für Gesundheit besser zu verstehen. Berücksichtigt werden dabei organisatorische, materielle und soziale Bereiche. So liefert der Schulleiter/innen-Fragebogen Basisinformationen über vorhandene Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung in Schulen. Die daraus gewonnenen Ergebnisse helfen den Status quo in österreichischen Schulen hinsichtlich gut etablierter bzw. fehlender Rahmenbedingungen zu erheben, um zukünftige Projekte auf die Schulen abstimmen zu können.

**etwa die Hälfte aller  
adressierten  
Schulleiter/innen hat  
teilgenommen**

Etwa die Hälfte der adressierten Schulleiter/innen hat an der Befragung teilgenommen. Dies ist eine akzeptable Rücklaufquote für eine schriftliche Befragung. Die Varianz der ermittelten Daten ist relativ hoch, womit ein *Non-response bias* (z.B. durch verstärkte Nichtteilnahme von sehr unzufriedenen Schulleiter/innen) relativ unwahrscheinlich ist. In Bezug auf die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf alle österreichischen Schulen sind allgemein höhere Schulen und berufsbildende mittlere und höhere Schulen etwas überrepräsentiert und Polytechnische Schulen etwas unterrepräsentiert. Daher dürfte es in Wirklichkeit doch etwas mehr Probleme in der Nachbarschaft, beim Schüler/innenverhalten und der Infrastruktur der Schulen geben. Alles in allem scheint die vorliegende Untersuchung aber ein gutes Gesamtbild für die vorhandenen Rahmenbedingungen an österreichischen Schulen abzugeben.

**in wenigen österrei-  
chischen Schulen sind  
gute  
Rahmenbedingungen für  
Gesundheitsförderung  
vorzufinden**

Der gesundheitsförderlichen Gestaltung des Schullebens wird in vielen Ländern eine wichtige Rolle beigemessen (IUHPE, 2009). In Österreich wurde bereits 1997 durch das Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten ein Grundsatzterlass zur Gesundheitserziehung herausgegeben (bmuk, 1997). Dennoch zeigen die vorliegenden Ergebnisse, dass nur in wenigen österreichischen Schulen gute Rahmenbedingungen für schulische Gesundheitsförderung vorzufinden sind. Andererseits wurden aber auch Schulen gefunden, die sehr ausgeprägte gesundheitsförderliche Strukturen aufweisen können.

**Polytechnische Schulen  
und Berufsschulen  
weisen allgemein  
schlechtere Rahmenbe-  
dingungen für Gesund-  
heitsförderung auf;  
allgemeinbildende  
höhere Schule zeigen  
Mängel im  
Qualitätsmanagement**

Es gibt einige Unterschiede zwischen den Schultypen, wobei hier vor allem die Polytechnischen Schulen und die Berufsschulen im Vergleich zu den anderen auffallen. Dies kann darin begründet sein, dass sich diese Schulen durch die Nähe zum Berufsleben nicht mehr veranlasst sehen, Gesundheitsförderung auf ihre Agenden zu schreiben. Es könnte aber auch auf die Schwierigkeit der Erreichbarkeit der Zielgruppen zurückzuführen sein (Schüler/innen von Polytechnischen- und Berufsschulen kommen in Österreich verstärkt aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status). Bei den allgemeinbildenden höheren Schulen fällt wiederum auf, dass sie im Vergleich zu den meisten anderen Schultypen schlechtere Rahmenbedingungen für Qualitätsmanagement aufweisen. Dies könnte vielleicht damit zu tun haben, dass allgemeinbildende höhere Schulen weniger Mühe haben, „attraktive“ Schüler/innen (=leistungsstarke mit gutem familiären Background) anzuziehen als etwa Hauptschulen (Eder & Altrichter, 2009) und sie sich deshalb auch nicht veranlasst sehen, verstärkt auf Qualitätsmanagement zu setzen. Ansonsten fallen keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Schultypen auf.

Ein Faktor für nachhaltige schulische Gesundheitsförderung umfasst die Gestaltung der physischen Umwelt (bmuk, 1997; WHO, 1996). Der Zustand des Schulgebäudes und die unmittelbare Nachbarschaft nehmen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden und weisen einen Zusammenhang mit den Lernleistungen auf (Uline & Tschannen-Moran, 2007; Wulf, 1999). Während die »Nachbarschaften« in Österreich durchaus positiv bewertet werden, was bedeutet, dass sich die Schulen in einem relativ problemlosen Umfeld befinden, lassen die Ergebnisse zur Qualität der Schulgebäude vermehrt auf Handlungsbedarf schließen. Wie auch im vorliegenden Bericht, konnte in einer rezenten Wiener Schulbefragung (Stadt Wien, 2009) gezeigt werden, dass nur ein geringer Prozentsatz der Lehrer/innen mit dem baulichen Zustand, der Raumsituation und der Ausstattung zufrieden sind. In der vorliegenden Schulleiter/innenbefragung berichten über 20 % von nicht den Bedürfnissen der Schüler/innen bzw. Lehrer/innen entsprechenden Unterrichtsräumlichkeiten, nicht optimalen Lichtverhältnissen und schlechten Zuständen von Ventilations- und Heizungsanlagen. Als ein weiteres großes Problem werden fehlende ergonomische Schulmöbel von fast der Hälfte der Schulleiter/innen genannt. Angepasste Schulmöbel können aber die Gefahr von Haltungsschäden bei Schüler/inne/n minimieren und die Muskulatur stärken. Zudem laden bewegliche Möbel Schüler/innen zu mehr Bewegung ein (Breithecker, 2005).

**Handlungsbedarf im Bereich der »schulischen Infrastruktur« (z.B. ergonomische Schulmöbel)**

Bewegung und bewegungsbezogener Unterricht beeinflussen das Lernverhalten positiv. Neben formalen Grundsätzen und der Bereitstellung von Bewegungsinfrastruktur haben sich konkretere Maßnahmen auch während unterrichtsfreier Perioden als effektiv erwiesen (Haug, 2009). Sie waren effektiver als z.B. eine hohe Zahl an Turnstunden im Stundenplan. Aus den vorliegenden Ergebnissen geht jedoch hervor, dass Bewegungsmöglichkeiten während eines Schultages (außerhalb der Sportstunden) in einem eher geringen Ausmaß stattfinden bzw. genutzt werden können. Positiv zeigt sich, dass im Rahmen des Sportunterrichts mehrheitlich Bewegungseinrichtungen im schulischen Umkreis genutzt werden.

**wenig Bewegungsmöglichkeiten außerhalb des Sportunterrichtes**

Zusätzlich unterstützt auch die ernährungsbezogene Infrastruktur das Gesundheitsverhalten von Schüler/inne/n und Lehrer/inne/n. Laut Vereecken et al. (2005) begünstigen die Einschränkung des Verkaufs von Süßigkeiten und Softdrinks (in Schulbuffets und Automaten) oder auch das Anbieten von Menüs anstelle von à la carte Angeboten in der Schulverpflegung eine gesündere Ernährung. Aufklärungsmaßnahmen und Informationskampagnen zeigen hingegen weniger Erfolg. In Österreich haben den vorliegenden Ergebnissen zufolge einige Schulen bereits ein gesundheitsförderliches Ernährungsangebot, jedoch berichtet ca. die Hälfte der teilnehmenden Schulleiter/innen vom Verkauf fettreicher Speisen bzw. Süßigkeiten.

**Einschränkung des Verkaufs von Süßigkeiten und fettreicher Speisen**

**Probleme im Bereich  
»abweichendes Schüler  
/innenverhalten«  
(Mobbing, Unpünktlich-  
keit); Vielzahl an  
Initiativen, um Gewalt  
an Schulen zu  
reduzieren; diese sollten  
aber noch ausgebaut  
bzw. qualitativ  
verbessert werden**

Eine weitere wichtige Rolle in der schulischen Gesundheitsförderung spielen soziale Rahmenbedingungen. Die Ergebnisse zeigen, dass die befragten Schulleiter/innen durchaus einige Probleme in diesem Bereich sehen. »Abweichendes Schüler/innenverhalten« wird zum Beispiel von einem Viertel der Schulen (26,1 %) als ein mäßiges oder großes Problem eingestuft. Am häufigsten werden hier Mobbing, Unpünktlichkeit der Schüler/innen, Schulschwänzen und mutwillige Beschädigung von Schuleigentum genannt. Um das soziale Klima in der Klasse bzw. in der Schule zu verbessern, sowie physische oder psychische Gewaltanwendung und Aggressionsbereitschaft zu reduzieren, wurde in Österreich bereits eine Vielzahl von Initiativen gestartet. So wurde beispielsweise 2007 der nationale Strategieplan „Weiße Feder – Gemeinsam gegen Gewalt“<sup>5</sup> zur Gewaltprävention an Kindergärten und Schulen im Auftrag des Bundesministeriums für Unterricht, Kunst und Kultur erarbeitet (Spiel & Strohmeier 2007). Teil dieses Plans ist auch die Umsetzung von evidenzbasierten Präventionsprogrammen, wie etwa das Programm „WiSK“<sup>6</sup>, das Programm „Faustlos“<sup>7</sup> oder die Theaterinitiative „Macht | schule | theater“<sup>8</sup>. Ebenfalls als sehr wichtig in der Gewaltprävention wird der Einsatz der Peer-Mediation an den Schulen (ebenfalls Teil der Initiative „Weiße Feder“) gesehen, welche zur konstruktiven Konfliktbewältigung zwischen Gleichaltrigen beitragen soll. Die Initiativen zur Prävention von Gewalt an Österreichs Schulen sind wichtig und sollten noch weiter ausgebaut bzw. qualitativ verbessert werden. Denn nicht nur die vorliegenden Ergebnisse, sondern auch internationale Studien zeigen, dass an österreichischen Schulen diesbezüglich weiterer Handlungsbedarf besteht, da Österreich im internationalen Vergleich ein eher hohes Maß an Gewalt (Mobbing/Bullying) unter den Schüler/inne/n aufweist (Currie et al. 2008). Um Schulverweigerung und Schulabsentismus zu reduzieren, wurde außerdem das zweijährige Pilotprojekt „Schulsozialarbeit in Österreich“<sup>9</sup> gestartet. Unterstützt wird diese Initiative vom Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur sowie dem Europäischen Sozialfonds.

**Partizipation von  
Schüler/innen hat Aus-  
wirkung auf Wohl-  
befinden; Schüler/-  
innenpartizipation ist  
bei Planung/  
Organisation von  
Schulveranstaltungen  
groß, aber gering bei  
Unterrichtsgestaltung**

Zu den sozialen Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung können auch die Möglichkeiten zur Partizipation der Schüler/innen und Eltern gezählt werden. Es erweist sich als sehr wichtig, die Zielgruppen, an die sich schulische Gesundheitsförderung richtet, verstärkt in Projekte (Planung und Umsetzung) einzubinden (Dooris et al., 2007; Inchley et al., 2006). Partizipation beim Lernen führt zu mehr Wohlbefinden, aber auch zu mehr Verantwortungsübernahme für das eigene Lernen bei den Schüler/inne/n (Engels et al. 2004) und ist deswegen von besonderer Bedeutung. Die Analysen haben gezeigt, dass die Partizipation der Schüler/innen insgesamt eher groß ist, vor allem in Bezug auf die Planung und Organisation von Schulveranstaltungen, bei der Erarbeitung von Richtlinien und Regeln sowie der Gestaltung der Schule bzw. der Schulräume. Wenig Einbindung der Schüler/innen findet allerdings bei der Unterrichtsgestaltung statt, was als nachteilig an-

<sup>5</sup> <http://www.gemeinsam-gegen-gewalt.at/>

<sup>6</sup> <http://www.univie.ac.at/wisk.psychologie/>

<sup>7</sup> <http://www.gemeinsam-gegen-gewalt.at/resources/files/154/programme-faustlos.pdf>

<sup>8</sup> <http://www.machtschuletheater.at/>

<sup>9</sup> <http://www.bmukk.gv.at/schulen/pwi/pa/schulsozialarbeit.xml>

zusehen ist. Die Schüler/innen würden durch verstärkte Einbindung nämlich ein besseres Verständnis und Bewusstsein für Lernprozesse entwickeln, Lernen als ernste Angelegenheit sehen, in der Entwicklung metakognitiver Fähigkeiten gefördert werden, mehr Selbstbewusstsein entwickeln und dadurch eine Fachsprache für das eigene Leben erwerben (Flutter & Rudduck, 2004).

Ebenso findet die Mitgestaltung des Unterrichts auch durch die Eltern nur selten statt. In der vorliegenden Studie zeigt sich, dass Eltern eher selten (maximal in 25% der Schulen) über die Wichtigkeit der Themen informiert werden. Eine regelmäßige Kommunikation mit den Eltern bildet jedoch einen wichtigen Grundstein für eine erfolgreiche Umsetzung. Die Einbeziehung der Eltern erweist sich unter Umständen als eher schwierig (Inchley et al. 2006). Spezielle Treffen, Präsentationen, Newsletter oder Informationen zu den einzelnen Themen könnten hier Abhilfe schaffen.

Für eine hochwertige Gesundheitsförderung ist auch die Einbindung externer Expert/inn/en wichtig. Es hat sich gezeigt, dass externe Expert/inn/en vor allem im Projektprozess eine wichtige Rolle spielen (Inchley et al. 2006). In den Bereichen »Suchtmittel« und »Gewalt« zeigen die vorliegenden Ergebnisse, dass bereits mehrheitlich externe Expert/inn/en bei der Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen herangezogen werden. Anders ist dies in den Bereichen »Ernährung« und »Bewegung«, wo in weniger als der Hälfte Expert/inn/en zu Rate gezogen werden.

In einer derzeit laufenden Studie des Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research (Projektleiterin: Dr. Lisa Gugglberger) zeigt sich, dass ein wichtiger Grund für Schulen eine Kooperation mit externen Dienstleister/innen einzugehen, häufig die finanzielle Unterstützung ist. Schulen wählen also weniger das Programm bzw. das spezifische gesundheitsförderliche Angebot der externen Dienstleister/innen, als die finanzielle Unterstützung, die sie dadurch bekommen. Das bedeutet, dass Schulen für die Umsetzung von Gesundheitsförderung auf Unterstützung von außen und Bereitstellung von Ressourcen (Lehrer/innenstunden, Budget) angewiesen sind.

Dass gewidmete Lehrer/innenstunden und ein vorhandenes Budget günstig für schulische Gesundheitsförderung sind, hat unsere Untersuchung gezeigt. Allerdings manifestiert sich dies hauptsächlich in bürokratischen Prozessen, wie der Verankerung im Schulleitbild, der formalen Einrichtung von Gesundheitsförderungsteams oder der Festlegung von schriftlichen Richtlinien.

Vorhandene Richtlinien erhöhen das Bewusstsein und das Outcome von Gesundheitsförderung (Leatherdate, 2010; Maes et al., 2003; Vereecken et al., 2005). Richtlinien zur routinemäßigen Behandlung der verschiedenen Themen sind den Ergebnissen zu folgen selten schriftlich, in den meisten Fällen informell festgehalten. Hier zeigen sich auch Schwerpunkte eher in Richtung »Rauchen« und »Gewalt« als bei »Bewegung« und »Ernährung«. Stark vertreten sind Regeln, die das Rauchen für Schüler/innen verbieten und Gewalt/Mobbing/Diskriminierung und Belastung reduzieren.

**auch Eltern eher selten in Unterrichtsgestaltung mit eingebunden**

**externe Expert/inn/en am häufigsten für die Bereiche »Suchtmittel« und »Gewalt« engagiert**

**Gründe für das Einbeziehen von externen Dienstleister/innen liegen eher in der finanziellen Unterstützung als im Programm selbst**

**gewidmete Lehrer/innenstunden und Budget günstig für schulische Gesundheitsförderung**

**Richtlinien können Bewusstsein erhöhen, sind aber in österreichischen Schulen selten schriftlich festgehalten**

**im Schulalltag integrierte gesundheitsförderliche Maßnahmen sind effektiver als Einzelinitiativen**

Routine und Konsistenz bilden die Grundlagen für Nachhaltigkeit und Effektivität von Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Daher sollten diese eher in den Schulalltag integriert werden und weniger die Form von Einzelinterventionen annehmen (Inchley et al., 2006; Stewart-Brown, 2006; Tang et al., 2008). So konnte zum Beispiel Haug (2009) aufzeigen, dass verhaltensorientierte Einzelmaßnahmen, die nur auf Wissensvermittlung und Information der Schüler abzielen, weniger effektiv sind.

**Kenntnis aller Lehrer/innen über Gesundheitsförderung essentiell; meist sind es aber nur einzelne Lehrer/innen**

In der Umsetzung der gesundheitsförderlichen Maßnahmen spielt die Kenntnis der Lehrer/innen eine wichtige Rolle (Stoll, 2009). Die vorliegenden Ergebnisse verdeutlichen, dass in den einzelnen Themenbereichen Schulen nur selten über ein Weiterbildungskonzept verfügen, sondern eher einzelne Lehrer/innen sich in den verschiedenen Bereichen qualifizieren. Es entsteht dadurch ein Einzelkämpfertum und eine umfassende Implementierung in den Schulalltag ist nur begrenzt möglich, da nicht das ganze Lehrer/innenkollegium über die Vorteile und Nutzen einer Maßnahme Bescheid weiß.

**Qualitätsmanagement als Unterstützung für Gesundheitsförderung**

Qualitätsmanagement hilft, die Leistungen des Schulsystems zu steigern (Eder & Altrichter, 2009). In fast zwei Drittel der Schulen gibt es eine Arbeitsgruppe, die sich mit Schulqualität beschäftigt, routinemäßige Maßnahmen zur Qualitätssicherung finden aber seltener statt.

**in weiteren Analysen werden Daten der Schulleiter/innenbefragung mit Daten der Schüler/innen und Lehrer/innen verknüpft**

Der vorliegende Bericht gibt Entscheidungsträger/innen und Interessierten einen ersten Überblick darüber, wie weit es in Österreich bereits gelungen ist, die für Gesundheitsförderung notwendigen Rahmenbedingungen zu implementieren und Elemente des *Whole Schools Approach* (HPS) an den Schulen einzuführen. Diese Bemühungen sollten sicherlich fortgesetzt werden. Denn es gibt gute Evaluationsstudien, die zum Schluss kommen, dass hauptsächlich jene GF-Programme zu realen gesundheitlichen Verbesserungen führen, die auf Veränderung des Schulumfelds ausgerichtet sind, Familien und andere außerschulische Akteure effizient einbeziehen, sowie multifaktoriell ausgerichtet, intensiv und von langer Dauer sind und somit maßgeblichen Grundprinzipien des HPS-Ansatzes folgen (Stewart-Brown et al., 2006). Für die Dauerhaftigkeit dieses Erfolgs wären insbesondere allgemeine Voraussetzungen der Gesundheitsförderung (Kap. 7.1.7) wichtig, z.B. ein schriftliches Leitbild, das Ziele, Umsetzungspläne und Rollenverteilungen klar festlegt, oder die Existenz eines GF-Teams, dessen Mitglieder auch Eigenverantwortlichkeiten haben, etwa betreffend der Entscheidungsfreiheit über finanzielle Ressourcen (Inchley et al., 2006). Ein Urteil darüber, ob die bisher in Österreich geschaffenen gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen ebenfalls bereits zu gesundheitlichen Verbesserungen geführt haben, lässt sich aufgrund der Ergebnisse in diesem Bericht noch nicht fällen. Eine der für die Jahre 2012 und 2013 geplanten Analysen des Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research, in der Daten über gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen mit Gesundheitsdaten von Schüler/innen und Lehrer/innen zusammengeführt werden, sollte darüber jedoch erste wichtige Aufschlüsse ermöglichen.



## Literaturverzeichnis

- bmuk (1997). Grundsatzterlass Gesundheitserziehung. Wien: REMAprint.
- Breithecker, D. (2005). Arbeitsplatz Schule. Wie sieht das Klassenzimmer der Zukunft aus? Vierjährige Pilotstudie zur bewegungsergonomischen Arbeitsplatzgestaltung und zur bewegungsgeleiteten Unterrichtsmethoden für Schülerinnen und Schüler im Grundschulalter. [UL=http://www.vs-moebel.de/fileadmin/vsdocs/Schule\\_pdfs/BAG-Endbericht\\_k\\_D.pdf](http://www.vs-moebel.de/fileadmin/vsdocs/Schule_pdfs/BAG-Endbericht_k_D.pdf) (Zugriff am 23.11.2011).
- Centers for Disease Control and Prevention (1997). Guidelines for school health programs to promote lifelong healthy eating.
- Centers for Disease Control and Prevention (1996). Physical activity and health: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
- Chomitz, V.R., Slining, M.M., McGowan, R.J., Mitchell, S.E., Dawson, G.F. & Hacker, K.A.(2009). Is there a relationship between physical fitness and academic achievement? Positive results from public school children in the northeastern United States. *J Sch Health*, 79, 30-37.
- Cox, R.G., Zhang, L., Johnson, W.D. & Bender, D.R. (2007). Academic performance and substance use: findings from a state survey of public high school students. *J Sch Health*, 77, 109-115.
- Currie, C. (Ed.) (2008). Inequalities in young people's health. HBS international report from the 2005/2006 Survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- DeVoe, J.F., Peter, K., Kaufman, P., Ruddy, S.A., Miller, A.K., Planty, M.,... & Rand, M.R. (2002). Indicators of school crime and safety. U.S. Department of Education and Justice. NCES 2003-009/NCJ 196753 Washington, DC.
- Ding, W., Lehrer, S., Rosenquist, N J. & Audrain-MCGovern, J. (2006). The Impact of Poor Health on Education: New Evidence Using Genetic Markers. Kingston, Ontario, Canada: Department of Economics Queen's University.
- Dooris, M. (2005). Healthy settings: challenges to generating evidence of effectiveness. *Health Promotion International*, 21 (1), 55-65.
- Dooris, M., Poland, B., Koble, L., Leeuw, E., McCall, D. & Wharf-Higgins, J. (2007). Healthy Settings. Building evidence for the effectiveness of wholes system health promotion – challenges and future directions. In D. V. McQueen & C. M. Jones. *Global perspectives on health promotion effectiveness*. Atlanta: Springer.
- Dür, W. (2008). Gesundheitsförderung in der Schule. Empowerment als systemtheoretisches Konzept und seine empirische Umsetzung. Bern: Verlag Hans Huber.
- Dür, W., Gerhartl, M., delle Grazie, J., Hofmann, W., Redl, S., Spitzbart, S. & Wilkens E. (2009). 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). Gesundheit und Schule - Schule und Gesundheit. In: G. Knapp, K. Lauerer, (Eds.), Schule und Soziale Arbeit. Zur Reform der öffentlichen Erziehung und Bildung in Österreich (pp.546-567). Klagenfurt: Hermagoras.
- Eder F. & Altrichter H. (2009): Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung im österreichischen Schulwesen: Bilanz aus 15 Jahren Diskussion und Entwicklungsperspektiven für die Zukunft. In: Nationaler Bildungsbericht Österreich, Band 2, Fokussierte Analysen bildungspolitischer Schwerpunktthemen. Wien: Leykam, 305-322.
- Engels, N., Aelterman, A., Van Petegem, K.& Schepens, A. (2004): Factors which influence the well-being of pupils in Flemish secondary schools. *Educational Studies*, 30 (2), 127-143
- Filozof, E.M., Albertin, H.K., Jones, C.R., et al., (1998) Relationship of adolescent self-esteem to selected academic variables. *J Sch Health*, 68, 68-72.
- Florence, M.D., Asbridge, M. & Veugelers, P.J. (2008). Diet quality and academic performance. *J Sch Health*, 78, 209-215.
- Flutter, J. & Rudduck, J. (2004): Consulting Pupils. What's in it for schools? Abingdon and New York: Routledge
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C. .E., Graczyk, P. A. & Zins, J .E. (2005). The Study of Implementation in School-Based preventive interventions: Theory, research and practice. *Promotion of Mental Health and Prevention of Mental and Behavioral Disorders (Vol3)*. Rockville, M.D.: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Griebler, R. & Dür, W. (2007). Bewegte Jugend? HBSC-Studie zu Bewegung und Gesundheit. *Bewegungserziehung*, Jahrgang 61 (1), 27-29.
- Griebler, R., Dür, W. & Kremser, W. (2009). Schulqualität, Schulerfolg und Gesundheit. Ergebnisse aus der österreichischen HBSC-Studie. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 34 (2), 79-88.
- Griebler, R. & Hojni, M. (2011). Dokumentation zum 8. Österreichischen HBSC Survey 2009/2010. LBIHPR Forschungsbericht.
- Gugglberger, L., Flaschberger, E., Felder-Puig, R., Alfery, C. & Dür, W. (2009). Schulische Gesundheitsförderung in Österreich, Liste der regionalen Gesundheitsförderungsinitiativen. Wien: BMUKK.
- Haug, E., Torsheim, T. & Samdal, O. (2008). Physical environmental characteristics and individual interests as correlates of physical activity in Norwegian secondary schools: The health behaviour in school-aged children study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5(47).
- Haug, E., Torsheim, T. & Samdal, O. (2009). Local school policies increase physical activity in Norwegian secondary schools. *Health Promotion International*, 25, 63-72.
- Inchley, J., Muldoon, J. & Currie, C. (2006). Becoming a health promoting school: evaluating the process of effective implementation in Scotland. *Health Promotion International*, 22, 65-71.
- IUHPE (2009). Achieving health promoting schools: guidelines for promoting health in schools. Saint-Denis Cedex.

- Kantomaa, M.T., Tammelin, T.H., Demakakos, P., Ebeling, H.E. & Taanila, A.M. (2010). Physical activity, emotional and behavioural problems, maternal education and self-reported educational performance of adolescents, *Health Education Research*, 25, 2, 368-379.
- Kremser, W., Felder-Puig, R., Flaschberger, E., Gugglberger, L. & Dür, W. (2010). Die Rolle der Gesundheitsförderung bei der Entwicklung des Schulsystems. Wien: LBIHPR. (Working Paper LBIHPR. 3.)
- Leatherdate, S. (2010). The association between overweight and school policies on physical activity: a multilevel analysis among elementary school youth in the PLAY-On study. *Health Education Research*, 25 (6), 1061-1073.
- Maes, L. & Lievens, J. (2003). Can the school make a difference? A multilevel analysis of adolescent risk and health behaviour. *Social Science & Medicine*, 56(3), 517-529.
- Moon, A. M., Mullee, M. A., Rogers, L., Thompson, R. L., Spüeller, V. & Roderick, P. (1999). Helping schools to become health promoting environments – an evaluation of the Westsex healthy schools award, *Health Promotion International*, 14 (2), 111-122.
- Mukoma, W. & Flisher, A. J. (2004): Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies, *Health Promotion International*, 19 (3), 357-368.
- Murray, N. G., Low, B. J., Hollis, C., Cross, A. W. & Davis, S. M. (2007). Coordinated school health programs and academic achievement: a systematic review of the literature. *J Sch Health*, 77, 589-600
- Neill, J. (2008). Why use effect sizes instead of significance testing in Program evaluation? [Url=http://wilderdom.com/research/effectsizes.html](http://wilderdom.com/research/effectsizes.html) (Zugriff am 08.02.2011).
- Ramelow, D., Griebler, R., Hofmann, F., Unterweger, K., Mager, U., Felder-Puig, R. & Dür, W. (2012): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen: Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010*. Wien: bmg & bmu:kk (in Druck).
- Rovner, A. J., Nansel, T. R., Wang, J., Ronald J. & Iannotti R. J. (2010). Food sold in school vending machines is associated with overall student dietary intake. *Journal of adolescent health*, 48, 13-19.
- Ravens-Sieberer, U., Freeman, J., Kokonyei, G., Thomas, C.S. & Erhart, M. (2009). School as a determinant for health outcomes – a structural equation model analysis, *Health Education*, 109 (4), 342-256.
- Sallis, J. & Owen, N. (1999). *Physical activity and behavioural medicine*. Thousand Oaks, CA, Sage.
- Samdal, O., Wold, B., Klepp, K.I & Kannas, L. (2000). Students' perception of school and their smoking and alcohol use: a cross-national study, *Addiction Research*, 8 (2), 141-167.
- Schaarschmidt, U. (2011). Die Förderung der psychischen Gesundheit von Lehrerinnen und Lehrern – eine dringliche Aufgabe. In: W. Dür & R. Felder-Puig (Hrsg.): *Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Schätzer, M., (2010). *Gesund essen an Wiener Schulen. Ein Projekt zur Verhaltens- und Verhältnisprävention*“ Vortrag im Rahmen eines Vernetzungsworkshops am Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research, Wien, 30.06.2010.

- Shendell, D. G., Barnett, C. & Boese, S. (2004). Science-based recommendations to prevent or reduce potential exposures to biological, chemical, and physical agents in schools. Healthy Schools Network.
- Spiel, C. & Strohmeier, D. (2007). Generalstrategie zur Gewaltprävention an österreichischen Schulen und Kindergärten „Gemeinsam gegen Gewalt“. Wien: BMUKK.
- Stadt Wien (2009). Wiens größte Schulbefragung Gesamtbericht. Eltern und Erziehungsberechtigte, Lehrerinnen und Lehrer, Schülerinnen und Schüler, Volksschülerinnen und -schüler (1.-3. Klasse). Wien: TrendCom Consulting Ges.m.b.H.
- Stewart-Brown, S. (2006). What is the evidence on school health promotion in improving school health or preventing disease and specifically what is the effectiveness of the health promoting schools approach?
- St Leger, L. (1999) The opportunities and effectiveness of the health promoting primary school in improving child health: a review of the claims and evidence. *Health Education Research* 14(1), 51-69.
- Stoll, L. (2009). Capacity building for school improvement or creating capacity for learning? A changing landscape, *J Educ Change*, 10, 115-127.
- Story, M., Kaphingst, K. M. & Robinson-O'Brien, R. (2008). Creating healthy food and eating environments: Policy and environmental approaches. *Annual Review of Public Health*, 29, 253-272.
- Tang, K., Nutbeam, D., Aldinger, C., St Leger, L. Bundy, D., Hoffmann, M., .... & Heckert, K. (2008). Schools for health, education and development: a call for action, *Health Promotion International*, 24 (1) 68-77.
- Thompson, D.R., Iachan, R., Overpeck, M., Ross, J.G. & Gross, L.A. (2006). School connectedness in the health behaviour in school-aged children study: the role of student, school, and school neighbourhood characteristics, *Journal of School Health*, 76, 7, 379-386.
- Uline, C. & Tschannen-Moran, M. (2008). *The walls speak: the interplay of quality facilities, school climate, and student achievement*. *Journal of Educational Administration*, 46, 55-73.
- Vereecken, C. A., Bobelijn, K. & Maes, L. (2005). School food policy at primary and secondary schools in Belgium-Flanders: does it influence young people's food habits? *European Journal of Clinical Nutrition*, 59, 271-277.
- WHO (1996). Health-promoting schools Regional guidelines development of health-promoting schools – a framework for action.
- WHO (1997). Promoting health through schools. Report of a WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion. *WHO Technical Report Series*, 870, 1-93.
- Wulf, M. (1999). Is your school suffering from sick building syndrome? *New Developments*, 5, 1.
- Wold, B., Torsheim, T., Currie, C. & Roberts, C. (2004). National and school policies on restrictions of teacher smoking: a multilevel analysis of student exposure to teacher smoking in seven European countries. *Health Education Research*, 19 (3), 217-226.

# Tabellenband

Tabelle 9: tabellarische Übersicht der durchschnittlichen Gesamtwerte, Schwellenwerte und Werte nach Schultypen

	Gesamt			Schwellenwerte			HS			PTS			BS			AHS			BMHS		
	N	MW	SD	N	MW	SD	N	MW	SD	N	MW	SD	N	MW	SD	N	MW	SD	N	MW	SD
Nachbarschaft	305	76,72	21,28	60,00	100,00	0,00	123	76,96	20,69	20	61,67	25,42	37	66,89	21,47	64	80,86	21,60	61	82,79	16,16
Infrastruktur	305	64,78	19,57	32,00	96,30	3,39	123	65,31	21,07	20	57,96	20,12	37	69,77	18,73	64	61,52	15,36	61	66,36	20,18
Schüler/innen- verhalten	303	62,71	17,55	42,00	87,70	4,50	123	62,20	18,93	20	46,67	15,27	37	65,65	18,88	63	63,49	14,83	60	66,46	14,26
Qualitäts- management	301	58,69	26,28	33,00	100,0	0,00	121	52,89	25,02	20	45,00	21,86	37	73,87	24,47	63	47,88	22,60	60	76,94	21,06
Schüler/innen- partizipation	302	58,13	14,96	31,00	83,39	5,26	121	53,52	14,94	20	50,94	11,24	37	59,65	13,85	63	62,93	14,18	61	63,74	14,01
Elternpartizipation	302	55,88	21,30	33,00	86,02	4,65	121	59,50	14,83	20	42,31	20,23	37	20,10	16,11	63	70,83	12,69	61	59,41	16,08
allgemeine Voraus- setzungen für GF	299	34,26	23,27	32,00	79,13	7,02	120	33,61	22,62	20	26,29	21,56	37	31,40	24,23	62	37,14	23,41	60	37,00	24,21
sM Ernährung	300	50,91	16,34	33,00	77,18	5,17	120	54,47	14,89	20	43,83	15,48	37	47,53	18,39	63	50,99	14,24	60	48,17	18,77
sM Bewegung	300	54,17	17,56	28,00	84,06	4,61	120	59,65	15,24	20	47,72	13,16	37	43,10	20,35	63	58,17	15,84	60	47,99	17,70
sM Gewalt	298	63,18	20,11	27,00	96,00	3,21	120	67,65	18,85	18	68,11	13,17	37	43,10	17,26	63	66,77	21,15	60	55,22	20,66
sM Rauchen	298	67,37	16,14	43,00	90,21	4,53	120	68,33	16,49	18	69,60	20,89	37	43,10	13,90	63	69,46	14,94	60	65,13	16,19
sM Alkohol	298	69,53	15,64	39,00	91,59	4,31	120	70,95	15,42	18	74,42	18,02	37	43,10	15,91	63	72,24	14,50	60	66,02	15,16

n = Stichprobe; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; GF = Gesundheitsförderung; sM = spezifische Maßnahmen; HS = Hauptschule; PTS = Polytechnische Schule; BS = Berufsschule; AHS = allgemeinbildende höhere Schule; BMHS = berufsbildende mittlere oder höhere Schule

Tabelle 10: tabellarische Übersicht der durchschnittlichen Gesamtwerte nach Bundesländern

	Burgenland			Kärnten			Niederösterreich			Oberösterreich			Salzburg		
	N	MW	SD	N	MW	SD	N	MW	SD	N	MW	SD	N	MW	SD
<b>Nachbarschaft</b>	28	86,01	14,17	24	83,33	17,72	55	79,85	22,03	53	78,14	19,21	17	73,53	21,09
<b>Infrastruktur</b>	28	60,85	15,00	24	55,09	22,44	55	66,26	19,93	53	64,29	19,71	17	71,24	21,05
<b>Schüler/innen- verhalten</b>	28	66,52	17,59	24	60,59	16,39	55	67,05	15,70	53	64,31	17,95	16	54,69	17,34
<b>Qualitäts- management</b>	27	70,68	23,04	24	63,54	26,79	55	59,55	26,23	53	57,70	26,80	16	53,13	24,88
<b>Schüler/innen- partizipation</b>	27	61,37	11,90	24	60,02	13,06	55	57,63	14,33	53	56,67	16,51	16	57,19	15,86
<b>Elternpartizipation</b>	27	64,91	15,17	24	54,64	24,74	55	53,27	20,30	53	53,23	24,39	16	53,75	25,42
<b>allgemeine Voraus- setzungen für GF</b>	26	38,01	23,43	24	34,39	18,65	55	33,25	25,14	52	32,64	22,91	16	34,73	25,54
<b>sM Ernährung</b>	26	51,75	15,37	24	55,21	14,44	55	47,05	18,45	53	51,20	15,93	16	51,58	15,81
<b>sM Bewegung</b>	26	55,50	15,63	24	54,10	20,30	55	56,16	17,85	53	52,17	16,82	16	52,71	18,85
<b>sM Gewalt</b>	25	65,00	21,35	24	65,63	23,86	55	62,69	18,05	52	54,77	19,81	16	63,77	22,26
<b>sM Rauchen</b>	25	66,74	12,90	24	72,84	14,98	55	66,84	15,20	52	63,36	16,86	16	72,05	19,47
<b>sM Alkohol</b>	25	71,38	12,95	24	72,22	14,85	55	70,45	13,33	52	65,89	17,25	16	69,53	22,80

n = Stichprobe; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; GF = Gesundheitsförderung; sM = spezifische Maßnahmen;

	Steiermark			Tirol			Vorarlberg			Wien		
	N	MW	SD	N	MW	SD	N	MW	SD	N	MW	SD
<b>Nachbarschaft</b>	40	33,33	19,00	22	73,11	23,42	28	70,54	24,79	37	62,61	21,48
<b>Infrastruktur</b>	40	33,33	17,35	22	70,88	16,89	28	71,69	20,61	37	57,56	18,80
<b>Schüler/innen- verhalten</b>	40	33,33	15,03	21	64,48	17,71	28	63,10	18,13	37	50,68	17,69
<b>Qualitäts- management</b>	40	8,33	25,91	20	51,25	20,82	28	55,36	32,33	37	58,33	25,76
<b>Schüler/innen- partizipation</b>	40	31,67	13,47	21	49,09	14,13	28	57,62	18,36	37	61,57	14,72
<b>Elternpartizipation</b>	40	0,00	22,16	21	46,01	14,26	28	54,20	17,98	37	62,33	19,61
<b>allgemeine Voraus- setzungen für GF</b>	40	1,52	28,52	20	29,64	16,02	28	35,83	20,51	37	30,39	21,76
<b>sM Ernährung</b>	40	10,31	18,25	20	52,96	16,95	28	54,11	15,98	37	48,87	13,24
<b>sM Bewegung</b>	40	37,50	14,70	20	50,43	24,43	28	50,50	18,21	37	52,84	14,74
<b>sM Gewalt</b>	40	16,67	21,61	20	64,63	18,39	28	59,42	18,18	37	72,12	16,65
<b>sM Rauchen</b>	40	34,72	16,45	20	68,13	20,77	28	65,63	16,25	37	68,09	14,51
<b>sM Alkohol</b>	40	36,46	13,63	20	74,53	14,88	28	65,22	16,77	37	69,57	16,57

n = Stichprobe; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; GF = Gesundheitsförderung; sM = spezifische Maßnahmen;

Tabelle 11: Effektstärke - Vergleich von Sekundarstufen

		Nachbarschaft	Infrastruktur	Schüler/innen- verhalten	Qualitäts- management	Schüler/innen- partizipation	Elternpartizipation	allgemeine Voraus- setzungen für GF	sM Ernährung	sM Bewegung	sM Gewalt	sM Rauchen	sM Alkohol
HS	N	123	123	123	121	121	121	120	120,0	120	120	120	120
	MW	76,96	65,31	62,20	52,89	53,52	59,50	33,61	54,47	59,65	67,65	68,33	70,95
	SD	20,69	21,07	18,93	25,02	14,94	14,83	22,62	14,89	15,24	18,85	16,49	15,42
	Cohen`s d	<b>0,00</b>	<b>-0,05</b>	<b>0,00</b>	<b>0,24</b>	<b>0,36</b>	<b>-0,22</b>	<b>0,04</b>	<b>-0,27</b>	<b>-0,31</b>	<b>-0,21</b>	<b>-0,06</b>	<b>-0,07</b>
PTS	N	20	20	20	20	20	20	20	20,0	20	18	18	18
	MW	61,67	57,96	46,67	45,00	50,94	42,31	26,29	43,83	47,72	68,11	69,6	74,42
	SD	25,42	20,12	15,27	21,86	11,24	20,23	21,56	15,48	13,16	13,17	20,89	18,02
	Cohen`s d	<b>0,65</b>	<b>0,36</b>	<b>1,00</b>	<b>0,55</b>	<b>0,64</b>	<b>0,63</b>	<b>0,36</b>	<b>0,45</b>	<b>0,46</b>	<b>0,30</b>	<b>-0,11</b>	<b>-0,30</b>
BS	N	37	37	37	37	37	37	37	37,0	37	37	37	37
	MW	66,89	69,77	65,65	73,87	59,65	20,10	31,40	47,53	43,10	53,05	63,29	63,60
	SD	21,47	18,73	18,88	24,47	13,85	16,11	24,23	18,39	20,35	17,26	13,90	15,91
	Cohen`s d	<b>0,48</b>	<b>-0,27</b>	<b>-0,17</b>	<b>-0,50</b>	<b>-0,07</b>	<b>1,88</b>	<b>0,13</b>	<b>0,18</b>	<b>0,59</b>	<b>0,54</b>	<b>0,27</b>	<b>0,40</b>
AHS	N	64	64	63	63	63	63,0	62	63	63	63	63	63
	MW	80,86	61,52	63,49	47,88	62,93	70,83	37,14	50,99	58,17	66,77	69,46	72,24
	SD	21,60	15,36	14,83	22,60	14,18	12,69	23,41	14,24	15,84	21,15	14,94	14,50
	Cohen`s d	<b>-0,19</b>	<b>0,18</b>	<b>-0,06</b>	<b>0,46</b>	<b>-0,29</b>	<b>-0,88</b>	<b>-0,13</b>	<b>0,00</b>	<b>-0,25</b>	<b>-0,15</b>	<b>-0,13</b>	<b>-0,21</b>
BMHS	N	61	61	60	60	61	61	60	60	60	60	60	60
	MW	82,79	66,36	66,46	76,94	63,74	59,41	37,00	48,17	47,99	55,22	65,13	66,02
	SD	16,16	20,18	14,26	21,06	14,01	16,08	24,21	18,77	17,70	20,66	16,19	15,16
	Cohen`s d	<b>-0,32</b>	<b>-0,10</b>	<b>-0,26</b>	<b>-0,76</b>	<b>-0,36</b>	<b>-0,21</b>	<b>-0,13</b>	<b>0,12</b>	<b>0,41</b>	<b>0,40</b>	<b>0,13</b>	<b>0,20</b>

n = Stichprobe; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; GF = Gesundheitsförderung; sM = spezifische Maßnahmen; HS = Hauptschule; PTS = Polytechnische Schule; BS = Berufsschule; AHS = allgemeinbildende höhere Schule; BMHS = berufsbildende mittlere oder höhere Schule; Cohens`d: ab 2 kleiner; 0,5 mittlerer; 0,8 größer; 1,3 sehr großer Unterschied



Tabelle 12: Effektstärke - Vergleich vorhandener Rahmenbedingungen

			Nachbarschaft	Infrastruktur	Schüler/innen- verhalten	Qualitäts- management	Schüler/innen- partizipation	Elternpartizipation	allgemeine Voraus- setzungen für GF	sM Ernährung	sM Bewegung	sM Gewalt	sM Rauchen	sM Alkohol	
vorhandenes Budget für GF - Maßnahmen/ Aktivitäten	ja	N	80	80	80	80	80	80	80	80	80	79	79	79	
		MW	78,96	69,17	66,56	60,00	61,73	59,20	53,23	57,75	63,57	63,76	70,00	71,88	
		SD	19,58	20,28	15,25	25,41	14,61	17,83	21,16	15,68	15,13	21,24	14,45	14,10	
	nein	N	225	225	223	221	222	222	219	220	220	219	219	219	219
		MW	75,93	63,23	61,32	58,22	56,83	54,68	27,33	48,43	50,76	62,97	66,43	68,68	
		SD	21,84	19,12	18,13	26,63	14,91	22,33	19,95	15,90	17,15	19,74	16,64	16,11	
	Cohen's d			0,15	0,31	0,30	0,08	0,36	0,25	1,30	0,60	0,81	0,05	0,27	0,20
	zur Verfügung stehen- den Lehrerstunden	ja	N	73	73	73	73	73	73	72	73	73	73	73	73
			MW	77,63	66,16	64,90	61,76	61,90	56,63	52,51	57,46	61,35	69,85	71,47	74,43
SD			19,64	21,48	16,68	26,16	14,12	22,81	22,88	15,81	16,05	21,18	15,53	14,46	
nein		N	232	232	230	228	229	229	227	227	227	225	225	225	
		MW	76,44	64,35	62,01	57,71	56,93	55,64	28,47	48,81	51,86	61,01	66,05	67,94	
		SD	21,80	18,96	17,79	26,30	15,05	20,84	20,25	15,98	17,43	19,31	16,15	15,71	
Cohen's d			0,05	0,10	0,12	0,15	0,35	0,05	1,14	0,60	0,61	0,40	0,32	0,48	
vorhandenes Gesund- heitsförerungsteam		ja	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75	74	74	74
			MW	76,89	65,04	64,61	66,56	64,61	59,62	58,22	58,86	62,38	66,19	70,19	74,01
	SD		22,33	19,75	16,14	24,02	14,82	21,17	21,27	15,35	17,45	21,64	16,85	15,38	
	nein	N	230	230	228	226	227	227	224	225	225	224	224	224	
		MW	76,67	64,70	62,08	56,08	55,99	54,65	26,24	48,27	51,43	62,18	66,44	68,04	
		SD	20,98	19,56	17,98	26,53	14,41	21,24	17,77	15,83	16,76	19,53	15,83	15,48	
	Cohen's d			0,00	0,05	0,12	0,40	0,64	0,24	1,68	0,67	0,67	0,20	0,26	0,40

n = Stichprobe; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; GF = Gesundheitsförderung; sM = spezifische Maßnahmen; Cohens' d: ab 2 kleiner; 0,5 mittlerer; 0,8 größer; 1,3 sehr großer Unterschied

