



universität  
wien

# DISSERTATION / DOCTORAL THESIS

Titel der Dissertation / Title of the Doctoral Thesis

„Die Unterstützung von Gesundheitsförderung in österreichischen Schulen. Eine Analyse förderlicher und hinderlicher Faktoren.“

verfasst von / submitted by

Mag. Friedrich Teutsch

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of  
Doktor der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften (Dr.rer.soc.oec.)

Wien, 2017 / Vienna 2017

Studienkennzahl lt. Studienblatt /  
degree programme code as it appears on the student  
record sheet:

A 084 121

Dissertationsgebiet lt. Studienblatt /  
field of study as it appears on the student record sheet:

Soziologie (sozial und wirtschafts-  
wissenschaftlicher Studienzweig)

Betreut von / Supervisor:

Priv.Do. Dr. Karl Krajcic



Im Leben spielt sich ungefähr von allem, was der ausgebildete Geist gewohnt ist, das Gegenteil ab. Die natürlichen Unterschiede und Gemeinsamkeiten werden hier sehr hoch geschätzt; das Bestehende, mag es sein, wie es will, wird bis zu einem gewissen Grad als natürlich empfunden und nicht gern angetastet; die notwendig werdenden Veränderungen vollziehen sich nur zögernd und gleichsam in einem hin und her walzenden Vorgang.

- Robert Musil, *Der Mann ohne Eigenschaften*



## **Dank**

Ich danke meinem Betreuer Karl Krajic für seine Beratung und produktiven Gespräche. Stellvertretend für die FreundInnen, Familienmitglieder und ArbeitskollegInnen, die meinen Geist in den vergangenen Jahren auf Trab gehalten haben, danke ich Lisa Gugglberger, die die vorliegende Arbeit in vieler Hinsicht über die Rolle als Ko-Autorin hinaus unterstützt hat, sowie Doris Graß und Katja Gerstmann, deren Unterstützungsbereit- und Freundschaft den Weg zur Letztfassung erleichtert haben.



## **Inhalt**

Vorbemerkung.....	1
Einführung.....	3
Gesundheitsförderung.....	3
Das österreichische Schulsystem.....	9
Schulische Gesundheitsförderung in Österreich.....	13
Theoretische Konzepte.....	16
Die Organisation.....	16
Professionalismus.....	18
Aufbau der Dissertation.....	22
Fragestellungen.....	22
Methoden.....	24
Publikationen.....	30
Einleitung zur ersten Publikation.....	30
School health promotion providers' roles in practice and theory: results from a case study....	31
Überleitung zur zweiten Publikation.....	48
Motive in Schulen für die Einführung von Gesundheitsförderung – Ergebnisse einer österreichischen Fallstudie.....	51
Überleitung zur dritten Publikation.....	65
School development in Austria and implementation factors for health promotion.....	68
Überleitung zur vierten Publikation.....	87
Analysis of whole-school policy changes in Austrian schools.....	90
Abschließende Worte zur vierten Publikation.....	109
Diskussion.....	110
Strukturelle Rahmenbedingungen für schulische Gesundheitsförderung.....	111
Organisationale Bedingungen für schulische Gesundheitsförderung.....	115
Hindernisse für die Umsetzung.....	118
Externe Unterstützung.....	120
Conclusio.....	124
Literatur.....	128
Anhang I: Erklärung der AutorInnen der ersten Publikation.....	136
Anhang II: Erklärung der AutorInnen der vierten Publikation.....	137
Anhang III: Lebenslauf.....	138
Anhang IV: Abstract.....	140

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Übersicht über das österreichische Bildungssystem.....	11
---	----

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Auswahlkriterien für maximale Variation der Fallschulen (Artikel 1 und 2).....	25
---	----



## **Vorbemerkung**

Gesundheitsförderung hat in den letzten Jahren als Thema in österreichischen Schulen an Zuspruch gewonnen. Die theoretischen Ansprüche der Gesundheitsförderungsforschung ebenso wie praktische Erfahrungen lassen von schulweiten, settingorientierten Zugängen die besten Ergebnisse erwarten. Schulische Gesundheitsförderung findet in Österreich hingegen in erster Linie in Form von Einzelprojekten statt.

Für EntscheidungsträgerInnen in der Politik und an Schulen und nicht zuletzt für PraktikerInnen, die in der Entwicklung von Maßnahmen und Angeboten arbeiten, ist es wichtig, mehr über Implementationsschwierigkeiten, hinderliche Rahmenbedingungen und über die Beweggründe zu erfahren, die Schulen zur schulischen Gesundheitsförderung bewegen. Damit können Programme stärker auf die Erwartungen von Schulen abgestimmt werden – und so das Risiko verringern, dass zentrale Elemente nicht umgesetzt werden.

Die vorliegende kumulative Dissertation beinhaltet vier wissenschaftliche Publikationen, in denen der Autor Fragen zur Unterstützung von schulischer Gesundheitsförderung im österreichischen Schulsystem nachgeht. Besonders von Interesse sind dabei die Strukturen in den Schulen sowie im weiteren Bildungssystem, die die Implementation einer schulweiten Innovation wie Gesundheitsförderung unterstützen beziehungsweise behindern. Aus einer systemischen Perspektive heraus werden die Organisation Schule und die Rollen der Schulleitung sowie die der LehrerInnen analysiert und dargelegt, wo aktuell Unterstützungsleistungen ansetzen. Schulen werden dabei als geschlossene Systeme betrachtet, die von ihrer Umwelt zwar beeinflussbar sind, die diese jedoch immer in Bezug auf die eigenen Prozesse und Ziele interpretieren, wodurch der Einfluss der Umwelt immer begrenzt ist.

Die Implementierung von Gesundheitsförderung findet im Kontext eines fortschreitenden Reformprozesses des Bildungssystems statt, der den Schulen mehr Autonomie in Aussicht stellt. Ähnlich wie die in diesem Prozess implementierten Qualitätssicherungsmaßnahmen verlangen auch die gesundheitsförderlichen Unterstützungssysteme von den Schulen eine Anpassungsleistung an die eigenen Prozesse, wie etwa in Form von Projektmanagementinstrumenten.

Die Dissertation beginnt mit einer Einleitung über die Theorien der Gesundheitsförderung und im Speziellen der schulischen Gesundheitsförderung. In weiterer Folge werden die für die Analyse wichtigen Konzepte der Profession und der Organisation aufgearbeitet. Bevor die vier Artikel im Einzelnen – in der Reihenfolge ihres Erscheinens – dargestellt werden, wird ein Überblick über die jeweilige Herangehensweise, die Fragestellungen und verwendeten Methoden geboten. Im ersten Artikel wird anhand von drei niederösterreichischen Fallbeispielen zunächst das Verhältnis zwischen GesundheitsberaterInnen und den von ihnen betreuten Schulen analysiert. Im zweiten Artikel werden die zentralen Entscheidungsträger sowie ihre Erwartungen an die Gesundheitsförderung identifiziert. Anhand einer österreichweiten Stichprobe (n=556) werden im dritten Artikel die Effekte von Gesundheitsförderungsprogrammen im Rahmen nationaler Qualitätssicherungsmaßnahmen mit jenen verglichen, die Schulen in Kooperation mit regionalen Gesundheitsorganisationen implementieren. Im vierten und letzten Artikel wird schließlich anhand von zehn österreichischen Schulen aufgearbeitet, welche Faktoren insbesondere schulweite Innovation unterstützen beziehungsweise behindern. Die Ergebnisse werden gemeinsam diskutiert und die wichtigsten Schlüsse in einem abschließenden Kapitel zusammengefasst.

# Einführung

## Gesundheitsförderung

Der Begriff der Gesundheitsförderung bezieht sich auf Prinzipien, die in den 1980er Jahren im Rahmen der World Health Organization (WHO) festgelegt und seit dem immer wieder adaptiert wurden (St Leger 1997; World Health Organization 1986). Die Ottawa Charta aus dem Jahr 1986 formuliert, basierend auf den Prinzipien der Salutogenese, ein neues Verständnis von Gesundheit (Eriksson und Lindström 2008). Der salutogenetische Gesundheitsbegriff fokussiert auf individuelle und soziale Ressourcen und versteht Gesundheit als Spektrum (Antonovsky 1996). Im Gegensatz dazu steht das pathogenetische Gesundheitsverständnis, dessen Schwerpunkt auf Krankheit liegt. Pelikan beschreibt Gesundheit als das Zusammenwirken dieser beiden Konzepte, wobei die salutogenetische Gesundheit – die „positive Gesundheit“ – eine wichtige Ressource zur Vorbeugung und Bewältigung von Krankheit darstellt (Pelikan 2009). Gesundheit wirkt außerdem auf mehreren Ebenen und beeinflusst nicht nur Körper und Geist von Individuen sondern auch soziale Beziehungen, insofern definiert die WHO Gesundheit auch als „*a state of complete physical, mental and social well-being*“ (World Health Organization 1986, S. 5).

Besondere Aufmerksamkeit erhalten im Rahmen der Charta die Rahmenbedingungen, die die Gesundheit beeinflussen. Damit wird der Fokus vor allem auf jene sozialen Orte gelegt, innerhalb derer sich Menschen alltäglich bewegen und die das Potenzial besitzen, die Gesundheit von Einzelpersonen zu beeinflussen. In der Gesundheitsförderung werden solche Alltagsorte als *Settings* bezeichnet (Bloch et al 2014; Dooris 2009; Poland et al 2009). Der Begriff bezieht sich auf Organisationen wie Schulen, Krankenhäuser oder Gefängnisse, wird aber auch auf weniger scharf abgegrenzte Orte wie Gebietskörperschaften Städte oder Gemeinden bezogen (Pelikan 2007). Settingorientierte Gesundheitsförderung setzt sowohl bei einer Veränderung des Verhaltens von Individuen an, ist aber immer auch daran interessiert, die Rahmenbedingungen zu gestalten um langfristig zu einer Verbesserung der Gesundheit beizutragen. Insofern Gesundheitsförderung zum Ziel hat, die Selbststimmung über die eigene Gesundheit zu erhöhen, ist auch die aktive Teilnahme der Betroffenen an den Veränderungsprozessen ein Grundprinzip von settingorientierter Gesundheitsförderung (Marent 2011).

In ihrem Review zum Settingbegriff stellen Whitelaw und KollegInnen fest, dass spätestens seit den 1990er Jahren vermehrt soziologische sowie organisationstheoretische Konzepte genutzt werden, um die theoretische Basis der Gesundheitsförderung zu stärken. Darüber hinaus kommen sozialwissenschaftliche Theorien und Methoden auch in der Gesundheitsförderungsforschung zum Einsatz (Whitelaw et al 2001). Der gesellschaftstheoretisch begründete Settingbegriff stellt ein wichtiges theoretisches Fundament für die Gesundheitsförderung dar, aber auch in der Praxis ist der Ansatz mittlerweile weit verbreitet und wird in vielen unterschiedlichen Anwendungsfeldern – darunter auch im Bildungsbereich – herangezogen (Dadaczynski et al 2016).

Als curriculares Thema hat Gesundheit – in erster Linie in Form von Gesundheitserziehung – eine lange Geschichte im schulischen Kontext. Als Institution besitzt die Schule für Gesundheitsförderung einen hohen Stellenwert, weil Personen in einem kritischen Alter gut erreicht werden können: Die Pubertät ist eine Phase physiologischer, psychologischer und sozialer Veränderungen, die sich auf den Gesundheitsstatus der jungen Menschen auswirken (vgl. Ramelow et al 2015). Mit wachsender Selbstbestimmtheit nimmt die Notwendigkeit zu, für die eigene Gesundheit Verantwortung zu übernehmen. Die *Studie zum Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern (Health Behaviour in School-Aged Children: HBSC)* analysiert und dokumentiert national und international Umbrüche in Gesundheit und Gesundheitsverhalten in dieser Altersgruppe. Die jüngste Altersgruppe der 11-Jährigen weist dabei bei der überwiegenden Mehrzahl der gesammelten Indikatoren wünschenswertere Ergebnisse als die älteren Jahrgänge auf: So sinken Obst- und Gemüsekonsum wie auch die regelmäßige Bewegung zwischen den Alterskohorten der 11- und 17-Jährigen, während auf der anderen Seite das Risikoverhalten, wie etwa Alkohol- und Tabakkonsum zunimmt. Insgesamt wird auch die eigene Gesundheit von den Älteren schlechter eingeschätzt, und die Belastung durch körperliche und psychische Beschwerden sowie die allgemeine Lebenszufriedenheit liegen bei ihnen ebenfalls niedriger als bei den Jüngeren (Ramelow et al 2015).

Der Schule kommt aber auch als Organisation eine zentrale Rolle für die Gesundheit ihrer Mitglieder – der MitarbeiterInnen und nicht zuletzt der SchülerInnen – zu. Dies gilt insbesondere für den Schutz vor negativen Einflüssen, die teilweise im Rahmen ihrer

alltäglichen Abläufe erst ausgelöst werden (Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten 1997).

Nicht zuletzt aufgrund der hohen Anzahl an Maßnahmen, die im Rahmen schulischer Gesundheitsförderung entwickelt und angeboten werden, ist die Schule auch ein relativ gut, wenn auch vorwiegend international, untersuchtes Setting. Die Effektivität von Gesundheitsförderungsmaßnahmen in der Schule wird durch unterschiedliche internationale Studien gestützt (Mūkoma und Flisher 2004; Stewart-Brown 2006). In diesen werden einzelne Aspekte als förderlich oder hinderlich für den Erfolg einer Maßnahme identifiziert. So lässt sich empirisch vor allem der Erfolg von umfassenden, mehrere Ebenen einschließenden Ansätzen nachweisen, insbesondere von solchen, die die Zielgruppen in die Gestaltung der Maßnahmen einbinden. Außerdem wird die Bedeutung einer langen Laufzeit für den Erfolg betont. Bei der Gestaltung von schulweiten Ansätzen, die in der internationalen Terminologie als *Whole-School Approach* bezeichnet werden, sollen diese Aspekte beachtet werden, um innerhalb des Settings sowohl eine Veränderung von Strukturen als auch individuellem Verhalten zu erreichen (St Leger et al 2010).

Der Settingansatz in der Schule wurde auch von der WHO aufgegriffen und als Framework für die Health Promoting School (HPS) übernommen (St Leger et al 2010; World Health Organization 1998). Basierend auf dem Settingansatz wurden einige nationale und regionale Ansätze entwickelt, darunter das aus Deutschland stammende Konzept der „guten gesunden Schule“ (Paulus 2003; Paulus und Schumacher 2008) oder das österreichische Projekt „Gesunde Schule“ (Dür et al 2009). In Europa gibt es darüber hinaus das Netzwerk *Schools for Health in Europe* (SHE), in dem europäische Gesundheitsförderungsanbieter miteinander in Kontakt stehen und den Austausch pflegen (Buijs und Bowker 2010). Das SHE-Netzwerk fördert ebenfalls schulweite Maßnahmen, der *Whole-School Approach* wird als eine der fünf zentralen Säulen ihres *health promoting school* Konzepts gehandhabt (Schools for Health in Europe 2013).

Um die theoretischen Grundlagen der Gesundheitsförderung den Schulen und ihren AkteurInnen möglichst niederschwellig zu kommunizieren, wurden pragmatische Konzepte

entwickelt, die den Anliegen der Schulen entgegenkommen und verstärkt auf schulische Kernprozesse eingehen (St Leger et al 2010). Nichtsdestotrotz beschränkt sich Gesundheitsförderung an Schulen oft auf unzusammenhängende Einzelmaßnahmen, die den Schulalltag relativ wenig beeinflussen (Adamowitsch et al 2017; Boot et al 2010; Denman 1999; Kremser 2011).

Eine wichtige Unterscheidung, die Whitelaw und KollegInnen in diesem Zusammenhang treffen, ist jene zwischen „settingorientierter Gesundheitsförderung“ und „Gesundheitsförderung im Setting“ (Whitelaw et al 2001): Nicht selten ist es für eine Organisation wie die Schule einfacher, mehrere kleine Gesundheitsförderungsprojekte unter einem gemeinsamen Mantel zusammenzutragen, ohne diese inhaltlich aufeinander abzustimmen und auch auf den Austausch zwischen den ausführenden Personen keinen besonderen Wert zu legen. Die AutorInnen weisen darauf hin, dass einer solchen Zusammenführung verschiedener theoretischer Ansätze und praxisorientierter Projekte ein mangelndes Verständnis des Settingbegriffs zugrunde liegt:

*„...what can be called a ‘homogenization’ of practice, where sharply contrasting activities are inelegantly brought under a single settings banner, concealing discrepancies between respective elements as well as the potential interrelationship between them...“ (Whitelaw et al 2001, S. 341)*

In einem solchen Fall gehen zentrale Elemente eines Settingansatzes verloren, der nicht zuletzt auf der organisatorischen Ebene ansetzt: Innerhalb der Entscheidungsprozesse der Organisation soll Gesundheit als Wert und Orientierung verankert werden. Die settingorientierte Gesundheitsförderung fordert damit explizit Organisationsentwicklung im jeweiligen Setting, indem sie den Stellenwert der Rahmenbedingungen betont, anstatt sich auf das Ziel zu beschränken, individuelle Verhaltensveränderungen bewirken zu wollen (Dadaczynski et al 2016).

Detailliertes Wissen über einzelne Abläufe und Prozesse, die sich insbesondere bei der Implementierung von komplexen Interventionen in Schulen abspielen, ist nach wie vor nur ungenügend vorhanden. Auch über die Unterstützungsleistungen, die zum Teil von externen Organisationen angeboten werden, existiert noch wenig empirische Forschung, ist wenig

bekannt. Dazu zählen Fragen nach den spezifischen Vorstellungen, mit denen die unterstützenden Organisationen in den Schulen auftreten oder wie Abstimmungsprozesse zwischen Schulen und UnterstützerInnen ablaufen. Für die Umsetzung von theoriebasierten Gesundheitsförderungsmaßnahmen in die Praxis wird ein *implementation gap* beschrieben (Rowling und Samdal 2011), das heißt, eine Lücke zwischen den Plänen der EntwicklerInnen und der Art und Weise, wie Maßnahmen umgesetzt werden. Nachdem Zielsetzungen und Abläufe in Schulen in der Regel nicht mit den Vorstellungen der ProjektentwicklerInnen übereinstimmen, verschieben sich in der Praxis die Schwerpunkte der Maßnahmen entsprechend der Prioritäten der Einzelschule. Im Rahmen der Programme wird aber von der Einhaltung bestimmter, definierter Abläufe und Prinzipien ausgegangen und Abweichungen davon werden als eine Gefahr für die erfolgreiche Implementierung der Maßnahme gesehen. Ebenso wie in anderen Settings wird in Schulen Gesundheitsförderung hingegen zunächst meist als ein zusätzlicher Aufwand betrachtet, für den nur *neben* der Kernaufgaben, nämlich der Organisation des Lehr-Lern-Verhältnisses Platz ist und dessen Berücksichtigung im Schulalltag sich diesem Erfordernis unterzuordnen hat. Darüber hinaus haben zumindest österreichische Schulen in der Regel wenig Erfahrung mit der Implementierung schulweiter Veränderungsprozesse wie der Gesundheitsförderung. Diese Voraussetzungen gilt es bei der Entwicklung von Programmen und Maßnahmen für Schulen ebenso wie bei der Betreuung von Schulen durch die Unterstützungsorganisationen so gut wie möglich zu beachten, um den Schulen den Einstieg in die schulische Gesundheitsförderung zu erleichtern.

Das Ziel settingorientierter Gesundheitsförderung ist, wie bereits angesprochen, nicht auf die Veränderung von Verhaltensweisen individueller Personen innerhalb des konkreten Settings beschränkt, sondern zielt bereits in seiner theoretischen Konzeption darauf ab, Strukturen und Rahmenbedingungen zu verändern. Insbesondere bei der Gesundheitsförderung innerhalb von Organisationen spielt deshalb die Organisationsentwicklung eine zunehmend starke Rolle (Colquhoun 2005; Denman 1999). Entsprechende Theorien, auf die in der Gesundheitsförderungsforschung zurückgegriffen wird, helfen die Implementationsprozesse von geplanten Maßnahmen innerhalb von Organisationen zu beschreiben. Mit dem Begriff des *reflektierten Wandels* werden derartige geplante und gesteuerte Transformationen innerhalb von Organisationen von jenen Anpassungen unterschieden, mit denen Organisationen ständig auf Umwelteinflüsse reagieren (Heward et al 2007).

Für die erfolgreiche Implementierung settingorientierter Gesundheitsförderungsprogramme wurden von Deschesnes und KollegInnen (Deschesnes et al 2013) für Schulen vier Elemente identifiziert:

- Führung,
- Lernkultur,
- systemische Perspektive und
- integrative Verwaltungsstrukturen.

Die Rolle *Führung* ist für die Implementierung von Gesundheitsförderung insgesamt von hohem Stellenwert– vom ursprünglichen Entschluss zu (mehr) Gesundheitsförderung, über die Zuweisung von Ressourcen bis hin zur Auswahl von thematischen Schwerpunkten (Jourdan et al 2008). Noch wichtiger wird die Führungsrolle im Rahmen von Organisationsentwicklungsprozessen, wenn etwa gewohnte Kommunikationsstrukturen und Arbeitsvorgänge Platz für neue Abläufe machen müssen, insbesondere in großen Organisationen mit stark institutionalisierten Prozessen (Battilana et al 2010). Die Formulierung klarer Zielvorgaben, die Verständigung mit und Überzeugung von Schulpartnern – SchülerInnen, LehrerInnen und nicht-unterrichtendem Personal – sowie die Zusammenarbeit mit Betroffenen sind Aufgaben, die jede organisationale Veränderung begleiten müssen und die in aller Regel der Schulleitung zufallen.

Die Entwicklung einer *Lernkultur* bedeutet für Schulen, sich auf veränderte Anforderungen der Umwelt einzulassen und Raum für Reflexion und Diskussion zu schaffen. Die organisationalen Kosten von strukturellen Veränderungen und Anpassungen an Umweltforderungen (in Form von Zeit und Ressourcen) können dadurch gering gehalten werden, indem die Organisation derartige Herausforderungen regelmäßig reflektiert und sich ihnen konsequent stellt (Coppieters 2005; Deschesnes et al 2013). Durch die offene Thematisierung und die Schaffung von Raum für Partizipation und Kritik sinkt der Widerstand des Personals, der eine der bedeutendsten Risikoquellen für erfolgreiche Organisationsentwicklung ausmacht (Brohm 2004).

Die *systemische Perspektive* hilft dabei, die komplexen Anforderungen der jeweiligen Maßnahme in einem ebenfalls komplexen System zu verorten. Auch die Identifikation und

Anerkennung der Bedürfnisse des Systems sowie beschränkender Einflussfaktoren können durch eine systemische Perspektive erleichtert werden (Deschesnes et al 2013).

Schließlich bedarf es auch einer *Verwaltungsstruktur*, mittels derer den Organisationsmitgliedern wichtige Informationen, wie Ziele und konkrete Veränderungsschritte, erfolgreich kommuniziert werden. Dazu müssen teilweise erst neue Strukturen aufgebaut werden, die auch veränderte Formen von Kommunikation ermöglichen, etwa um Möglichkeiten zur Partizipation zu schaffen. Ein besonderes Ziel ist dabei, Unterstützung für Veränderungen unter den Organisationsmitgliedern zu stärken, um die Maßnahmen mit möglichst viel Legitimation auszustatten und so die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Implementation zu erhöhen (Brohm 2004; Deschesnes et al 2013).

## **Das österreichische Schulsystem**

Das österreichische Schulsystem ist seit Jahrzehnten ein Feld von Reformen und Innovationen. Die Debatten verlaufen dabei zwischen unterschiedlichen Zielsetzungen wie Elitenförderung und Chancengerechtigkeit, beschäftigen sich aber auch grundsätzlich mit den zentralen Aufgaben des öffentlichen Bildungs- und Ausbildungswesens. Am Ende einer Untersuchung des Bildungssystems anhand nationaler und internationaler Daten kommen Lassnigg und KollegInnen zu folgendem, einigermaßen ernüchterndem Schluss:

*„Die Analysen zur internen Effizienz des österreichischen Bildungswesens führen zu einem einigermaßen paradoxen Resultat, demzufolge [eines] der im Vergleich teuersten Schulsysteme, mit einem Anteil von etwa einem Drittel bis zur Hälfte sogar für die zahlende Stelle weitgehend intransparenter Ausgaben (LandeslehrerInnen), bestenfalls mittelmäßige Leistungen [erbringt].“* (Lassnigg et al 2007, S. 168)

Der von derartigen Diagnosen ausgehende Reformdruck auf die österreichische Bildungspolitik ist also insgesamt relativ hoch. Besonders die als mittelmäßig eingestuften Ergebnisse in den ersten internationalen Vergleichsstudien – zum Beispiel ab 1995 die *Trends in International Mathematics and Science Study* (TIMMS) sowie ab 2000 auch *Programme for International Student Assessment* (PISA) – haben in Österreich gewissermaßen einen Schock ausgelöst und das Bewusstsein für die Notwendigkeit von Veränderungen geweckt beziehungsweise gestärkt (Altrichter et al 2014). Seitdem wurden unterschiedliche

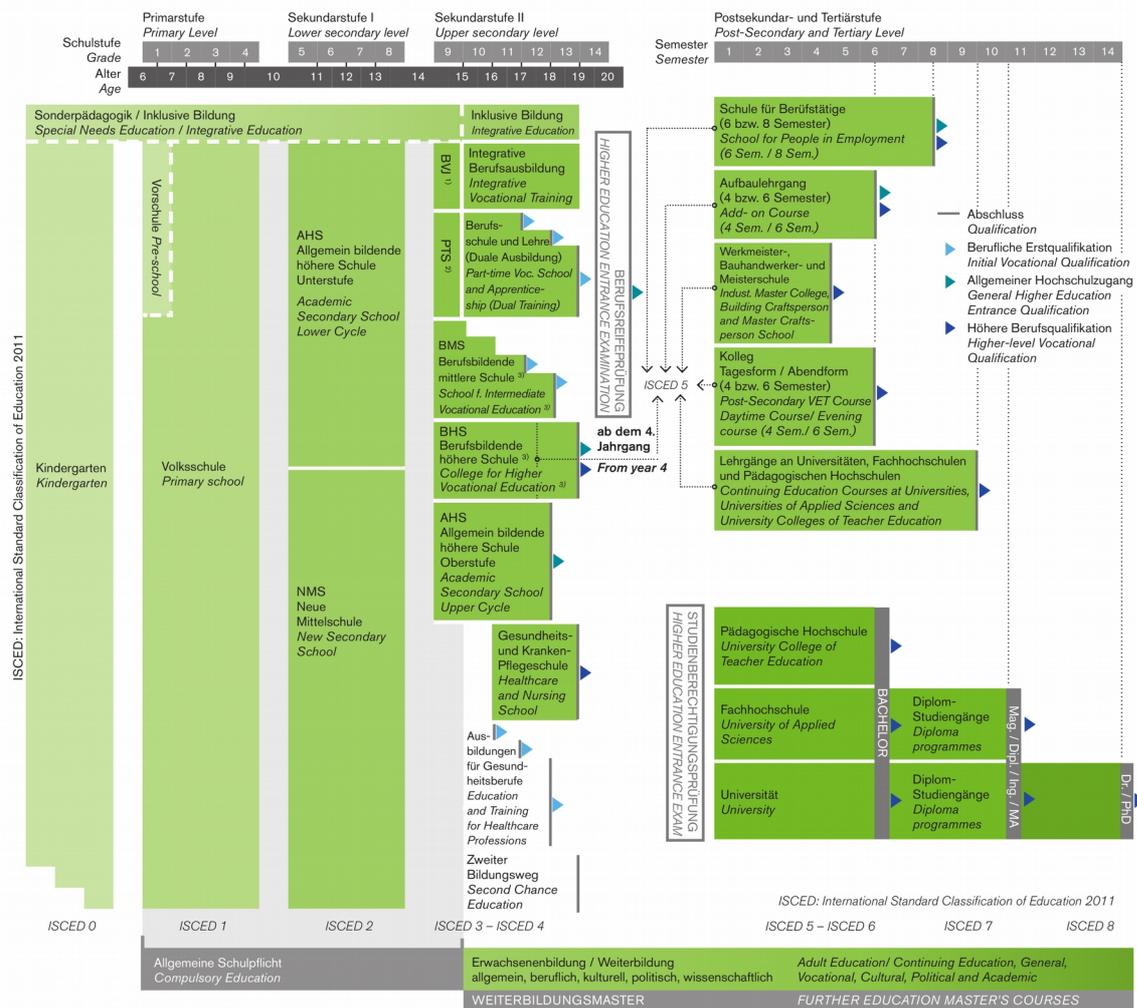
Veränderungen – darunter die sogenannte Neue Mittelschule sowie die Entwicklung und Einführung von Bildungsstandards und Qualitätssicherungssystemen – implementiert, mit denen mittelfristig die Bildungsleistungen und -chancen der österreichischen SchülerInnen gesteigert werden sollen (Altrichter und Rürup 2010; Eder et al 2015). Solche, oft weitreichende Reformen stellen Schulen laufend vor Herausforderungen und fordern von ihnen mitunter aufwändige Anpassungsleistungen. Indem dadurch beispielsweise der Einsatz von Instrumenten für Projektmanagement und Selbstevaluation an den Schulen verankert werden, sind diese Veränderungen im Setting Schule auch für die Gesundheitsförderung von Bedeutung.

Für das Verständnis von Abläufen innerhalb von Schulen, gilt es, sich einige grundlegende Strukturen des österreichischen Schulsystems zu vergegenwärtigen. Grundsätzlich sind die öffentlichen Schulen nach Pflicht- und weiterführenden Schulen sowie nach allgemein- und berufsbildenden Schulen gegliedert. Nach der vierjährigen Volksschule schließen die Sekundarstufen I und II an, die innerhalb von höheren Schulen wie Gymnasien (in verschiedenen Ausprägungen) oder Neuen Mittelschulen absolviert werden können. Die allgemeine Schulpflicht umfasst neun Jahre, die seit 2017 geltende Ausbildungspflicht gilt bis zum 18. Lebensjahr. In den Sekundarstufen I und II gibt es vielfältige Verzweigungen nach Schwerpunktsetzungen beziehungsweise Verschränkungen mit Berufsausbildungen und Lehren. Parallel dazu bestehen diverse Schulversuche und Modellschulen (Abbildung 1).

Im Schulsystem gibt es vier Entscheidungsebenen (Bund, Land, Gemeinde, Einzelschule), die für die Belange der Schulen zuständig sind – überdurchschnittlich viele im internationalen Vergleich (Altrichter et al 2016). In einer vergleichenden Analyse der PISA-Leserergebnisse aus dem Jahr 2003 im Kontext der jeweiligen nationalen strukturellen Rahmenbedingungen, zeigte sich, dass Länder, die wie Österreich viele Verwaltungsebenen besitzen, tendenziell eher mittelmäßige Ergebnisse produzierten (Schmid nach Lassnigg et al 2007). Lassnigg und KollegInnen befinden jedenfalls, dass *„das österreichische System nicht nur durch eine zu große Zahl von zuständigen Ebenen, sondern auch durch Überschneidungen und teilweise unklare Zuständigkeiten charakterisiert [ist], was jedenfalls ineffizient ist“* (Lassnigg et al 2007, S. 175).



# Das österreichische Bildungssystem The Austrian Education System



<sup>1)</sup> Berufsvorbereitungsjahr Preparation Year for Work  
<sup>2)</sup> Polytechnische Schule Pre-vocational School  
<sup>3)</sup> ab 10. Schulstufe: Semestergliederung from age 15: no grades, but semester structure

Quelle: BMB, Sektion II, 07/2017, vereinfachte Darstellung

Abbildung 1: Übersicht über das österreichische Bildungssystem

Tatsächlich wird auf der Ebene der Einzelschule traditionell relativ wenig entschieden und das österreichische Bildungssystem gilt deshalb insgesamt als zentralistisch. Seit mehreren Jahren existieren Bestrebungen, den einzelnen Schulen mehr Autonomie zu übertragen (Neumann und Seyfried 2002). In diesem Zusammenhang wurden den Schulen in den 1990ern zunächst neue und mehr Entscheidungsspielräume zugestanden, beispielsweise in Fragen der schulautonomen Curricula oder des Personaleinsatzes innerhalb der Einrichtungen. Später wurden diese Gestaltungsspielräume durch Evaluations- und Kontrollmaßnahmen ergänzt (Altrichter und Rürup 2010). In Fragen der Personalauswahl haben einzelne Schulen hingegen

weiterhin so gut wie keine Autonomie und auch der finanzielle Spielraum ist in der Regel sehr eingeschränkt.

Trotz solcher Transformationen stellen Altrichter und Rürup in ihrer Analyse der Schulautonomieentwicklung fest, dass – entgegen den damit verbundenen Hoffnungen – mit einer Ausweitung der schulischen Autonomie nicht automatisch auch eine Verbesserung der Lernerfolge der SchülerInnen zu erwarten ist; insbesondere nicht, solange die strukturellen Reformen der schulischen Systemsteuerung nicht auch durch Veränderungen in der Unterrichtsgestaltung begleitet werden. Die beiden AutorInnen kritisieren anhand ihrer Analyse der angewandten Schulautonomiemodelle, dass durch diese marktwirtschaftliche Strukturen im Bildungssystem gestärkt würden und herrschende Ungleichheiten zwischen Schulstandorten eher verstärkt würden (Altrichter und Rürup 2010).

Die aktuellen Reformen im österreichischen Bildungssystem betreffen die Etablierung von Qualitätssicherungsprogrammen, in deren Rahmen neue Kommunikationsstrukturen zwischen den Schulen und den darüber liegenden Hierarchieebenen hergestellt werden. Schulen werden dazu verpflichtet, thematische Schwerpunkte zu setzen, über die sie durch Projektpläne Rechenschaft ablegen. Für berufsbildende mittlere und höhere Schulen wurde 2004 die *Qualitätsinitiative Berufsbildung* (QIBB) implementiert (Bundesministerium für Unterricht Kunst und Kultur 2011). Für die anderen Schultypen folgte 2012 *Schulqualität Allgemeinbildung* (SQA) (Bundesministerium für Bildung und Frauen 2015). Diese Programme können ebenfalls als Teil der Anstrengungen des Ministeriums, Kontroll- und Steuerinstrumente auszubauen, gesehen werden. Dabei sind Schulen prinzipiell selbst für die Durchführung des jeweiligen Qualitätssicherungsprogramms verantwortlich und dazu angehalten, sich selbst diesbezüglich regelmäßig zu evaluieren (Specht und Sobanski 2012).

Das österreichische Schulsystem wurde in der Vergangenheit wiederholt für seine mangelnde soziale Durchlässigkeit kritisiert: Bildungsverläufe werden stark vom sozio-ökonomischen Hintergrund der SchülerInnen bestimmt, wichtigstes Merkmal ist der höchste Bildungsabschluss der Eltern (Oberwimmer et al 2016). Mit der Implementierung der Neuen Mittelschule wurde unter anderem versucht, Bildungsschranken abzubauen und den Einfluss des sozio-ökonomischen Hintergrunds auf die Bildungschancen zu reduzieren. Das Konzept

der Neuen Mittelschule enthält dazu einige strukturelle Veränderungen zu vorhergehenden Schultypen (beispielsweise Teamteaching und neue Formen der Leistungsbeurteilung). In der Evaluation der Neuen Mittelschule anhand einiger Modellschulen durch Eder und KollegInnen zeigte sich hingegen, dass die Reform zwar einige positive Effekte auf der Ebene des SchülerInnenverhaltens bewirkte, während im Zusammenhang mit den Leistungsergebnissen der SchülerInnen teilweise sogar negative Effekte festzustellen waren. Während die Hoffnungen mancher ProponentInnen damit gedämpft wurden, halten die AutorInnen jedoch fest, dass die einzelnen Maßnahmen in den Modellschulen nicht überall vollends implementiert worden waren (Eder et al 2015). Auch daran zeigt sich die Schwierigkeit, gezielte Veränderungen in einem komplexen System zu erwirken.

## **Schulische Gesundheitsförderung in Österreich**

Im österreichischen Bildungssystem wurde Schulen Gesundheitsförderung im Jahr 2003 mit dem Grundsatzterlass für Gesundheitserziehung empfohlen (Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten 1997). Nicht zuletzt weil die Schulen bei der Etablierung der notwendigen Strukturen auf sich selbst gestellt sind, mangelt es jedoch in der Regel an der Umsetzung der im Erlass beschriebenen Konzepte. Innerhalb der bestehenden hierarchischen Strukturen wird es den Schulen teilweise „legitimatischer schwer [gemacht], sich aus einem Projekt herauszuhalten“ (Osrecki et al 2014, S. 328; siehe auch Teutsch 2016). Im Allgemeinen wird Gesundheitsförderung vor allem dann an einer Schule etabliert, wenn das Thema einzelnen Personen beziehungsweise der Schulgemeinschaft ein Anliegen ist. Nichtsdestotrotz wird auch dort, wo sie umgesetzt wird, Gesundheitsförderung üblicherweise nicht als Kernaufgabe wahrgenommen. Insbesondere LehrerInnen konzentrieren sich üblicherweise auf Lehr- und Lernprozesse und nehmen Gesundheitsförderung als eine zusätzliche Aufgabe wahr, die sie vor allem „freiwillig“ erfüllen (Adamowitsch et al 2017; Flaschberger et al 2013; Teutsch et al 2012).

Ähnliches gilt auch für SchulleiterInnen, die üblicherweise personell und finanziell verhältnismäßig wenig Spielraum haben und Gesundheitsförderung mit einer Vielzahl anderer Themen – beispielsweise politischer Bildung und Umweltschutz – abwägen müssen (Altrichter und Rürup 2010), die zudem oft hinter stärker zentral gesteuerten Schulentwicklungsprozessen wie der Einführung neuer Qualitätssicherungsmaßnahmen zurückstehen (vgl. Gugglberger und Dür 2011).

Derzeit gibt es also kein bundesweites Programm, mit dem die schulische Gesundheitsförderung einheitlich unterstützt wird. Nachdem ein 2007 gestarteter Pilotversuch für ein nationales Gesundheitsförderungsprogramm im Schulsetting nach zwei Jahren wieder eingestellt wurde, wird schulische Gesundheitsförderung in Österreich heute vor allem durch Organisationen auf Länderebene unterstützt. Auch diese Organisationen orientieren sich oft an den theoretischen Grundlagen des Settingansatzes, so etwa das Netzwerk *Service Stelle Schule* der Sozialversicherungen (Dür et al 2009; Gugglberger et al 2009). Organisationsstrukturen und Programme unterscheiden sich jedoch von Bundesland zu Bundesland mitunter stark (Gugglberger et al 2017). Viele Gesundheitsorganisationen stellen den Kontakt zu Schulen über BeraterInnen her, die einen persönlichen Kontakt mit den jeweiligen Partnerschulen aufrechterhalten. Die BeraterInnen können so vor Ort in den Schulen gemeinsam mit einer oder mehreren Ansprechpersonen die Implementierung eines Gesundheitsförderungsprogramms unterstützen. Während es auf Bundesebene de facto nur Empfehlungen zur Umsetzung von Gesundheitsförderung gibt, existieren auf Länderebene verschiedene Programme, die Schulen bei der Implementation unterstützen. Schulen entscheiden aber letztlich selbst, ob, wie und in welchem Rahmen sie Gesundheitsförderung betreiben und unterstützen (Teutsch et al 2012). Dadurch ist die schulische Gesundheitsförderung in Österreich in relativ kleine Einheiten fragmentiert, was bereits eine grundlegende Definition, aber auch allgemeine Betrachtungen erschwert.

Im österreichischen Modell der „Gesunden Schule“ (Gravogl et al 2010), an dem sich die Sozialversicherungen orientieren, wird zwischen sechs Interventionsbereichen der schulischen Gesundheitsförderung unterschieden: Ernährung, Bewegung, psychische Gesundheit, Suchtprävention, Lehren und Lernen sowie Schulentwicklung. In einer Studie des Ludwig Boltzmann Instituts Health Promotion Research (LBIHPR) gaben 99% der teilnehmenden SchulleiterInnen<sup>1</sup> an, dass an ihren Schulen Maßnahmen in zumindest einem dieser sechs Felder umgesetzt werden. Es wurde gefragt, ob diese als Einzelmaßnahmen, zum Beispiel auf Klassenebene, oder aber schulweit durchgeführt wurden. Vier der sechs Themenfelder werden jeweils in der Hälfte bis zu zwei Dritteln der Standorte als schulweite Maßnahmen umgesetzt (Teutsch et al 2015).

---

1 .Im Rahmen der Studie wurden im Frühjahr 2014 268 Volksschulen und 566 Sekundarschulen befragt (Teutsch et al 2015).

In der von Teutsch und KollegInnen durchgeführten Studie werden Gesundheitsförderungsmaßnahmen in fast der Hälfte der Schulen weitgehend ohne schulweite Koordination durchgeführt. Hingegen können Schulen mithilfe eines Netzwerks oder Programms dabei unterstützt werden, strukturiert vorzugehen und Maßnahmen koordiniert umzusetzen. Etwa ein Viertel der befragten Schulen gibt an, in einem Netzwerk Mitglied zu sein beziehungsweise an einem Programm teilzunehmen (Teutsch et al 2015) – wobei dieser Wert deutlich höher liegt als Schätzungen in früheren Erhebungen, die von 15% bis 20% ausgehen (Gugglberger et al 2009).

Die häufigste Zielgruppe von Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind SchülerInnen (vgl. Adamowitsch et al 2017), gut ein Fünftel der Aktivitäten richtet sich aber (auch) an LehrerInnen (Teutsch et al 2015). LehrerInnen sind in ihrem Arbeitsalltag regelmäßig starken psychischen Belastungen und einem hohen Risiko für die eigene Gesundheit ausgesetzt (Hofmann und Felder-Puig 2014; Mogg 2013), die zum Teil auch auf organisationale Faktoren im Kontext der Schule zurückzuführen sind (Griebler 2011). Insgesamt ist die Gesundheitsförderung sehr stark auf SchülerInnen ausgerichtet, wobei einige Gesundheitsorganisationen explizit (auch) die LehrerInnengesundheit thematisieren.

In jedem Fall stellt schulische Gesundheitsförderung ein Thema dar, das in den letzten Jahren an Stellenwert gewonnen hat. So haben im Jahr 2014 etwa zwei Drittel der Schulen angegeben, Gesundheit in ihrem Schulprofil festgehalten zu haben (Teutsch et al 2015); vier Jahre zuvor waren es noch weniger als die Hälfte. Auch die Zahl der Schulen, die als Teil eines Netzwerks oder eines Programms Gesundheitsförderung betreiben, steigt der Tendenz nach an (Teutsch et al 2015).

Trotz dieser Entwicklungen ist die Realität der Gesundheitsförderung in Schulen oftmals prekär. Die Themen Gesundheit und Gesundheitsförderung konkurrieren im Schulkontext mit anderen Themen um knappe Ressourcen (St Leger 2000). Und sowohl die Unterstützung mit finanziellen Mitteln als auch durch zusätzliche Planstunden ist in den vergangenen Jahren gesunken. Jeweils etwa ein Viertel der Schulen gab in der Erhebung von 2010 an, die Gesundheitsförderung auf zumindest eine der beiden Arten zu unterstützen; vier Jahre darauf waren die Zahlen auf 17% für finanzielle und auf 11% für personelle Unterstützung zurückgegangen (Teutsch et al 2015).

# Theoretische Konzepte

## Die Organisation

Settings lassen sich nach Pelikan danach unterscheiden, ob eine Organisation im Zentrum steht, in der wesentliche Entscheidungen getroffen werden (beispielsweise in Betrieben oder Schulen), oder aber eine Gebietskörperschaft, die zwar über Rahmenbedingungen entscheiden kann, innerhalb der aber relativ autonome Organisationen agieren (Pelikan 2007). Im Fall der schulischen Gesundheitsförderung steht mit der Einzelschule eine Organisation im Zentrum des Settings. Organisationen sind eine moderne Erscheinung. Mehr als das, stellen sie ein für moderne Gesellschaften prägendes Element dar. Max Weber, Talcott Parsons oder Niklas Luhmann stellten die Organisation in den Mittelpunkt ihrer Beschreibungen und Analysen der modernen Gesellschaft und betonen ihren Stellenwert (Preisendörfer 2005). Dass der „moderne“ Mensch von seiner Geburt an über die Bildung und oft auch die Berufstätigkeit bis hin zu seiner Bestattung mit einer Vielzahl von Organisationen in Kontakt kommt und von diesen gleichsam „verwaltet“ wird, ist zwar ein Bonmot, lenkt den Blick aber dennoch auf den Stellenwert, den Organisationen in unserer Gesellschaft einnehmen.

Allgemein lassen sich Organisationen als strukturierte soziale Gebilde beschreiben, die darauf ausgerichtet sind, einen bestimmten Zweck zu verfolgen. Etwas spezifischer definiert Luhmann Organisationen anhand von vier Merkmalen (vgl. Kühl 2011): Zunächst hat eine Organisation *Mitglieder*. Über deren Aufnahme und Ausschluss entscheidet die Organisation selbst. Damit grenzt sich die Organisation von ihrer Umwelt ab und schafft einen Raum beziehungsweise eine Gruppe von Menschen, für die die Regeln der Organisation gelten – wobei der Klientenstatus nicht in jedem Fall auf Freiwilligkeit basiert. Gleichermäßen stellt die Organisation keinen Anspruch darauf, über Personen außerhalb der Organisation zu verfügen. Ein weiteres Merkmal ist, dass Organisationen einen konkreten und klar definierten *Zweck* verfolgen. Sie sind *hierarchisch* strukturiert, das heißt, sie besitzen festgelegte Kommunikationswege zur Entscheidungsfindung. Mit dem Begriff Hierarchie werden zunächst zentralisierte Entscheidungen und die Möglichkeit, diese Entscheidungen entlang der organisationalen Ordnung durchzusetzen assoziiert, die jedoch oft auch durch dezentralisierte Entscheidungs- und Partizipationsprozesse ergänzt werden (Tacke 2004). Selbst wenn hierarchische Strukturen gegenüber partizipativen Prozessen konservativ und

mitunter veraltet wirken, ist Kühl der Ansicht, dass die Hierarchie ein zentrales Element von Organisationen bleibt:

*„Selbst für überzeugte Demokraten scheint der Spaß an der Demokratie aufzuhören, wenn es um die interne Strukturierung von Verwaltungen, Unternehmen, Kirchen oder Universitäten geht.“* (Kühl 2011, S. 20)

Schließlich gilt für Organisationen, dass sie in der Lage sind, *autonom zu entscheiden*. Dies bedeutet, dass die Organisation selbst über ihren Zweck und ihre internen Kommunikationsstrukturen entscheidet, ebenso wie darüber, welche Mitglieder sie aufnimmt und welche sie ausschließen möchte. Dabei ist auch die Selbstbestimmtheit einigen Einschränkungen unterworfen: Die Umwelt der Organisation nimmt durch Gesetze, Richtlinien oder wirtschaftliche Rahmenbedingungen Einfluss auf die Organisation. Eine gewisse Entscheidungsautonomie bleibt jedoch ein zentrales Merkmal einer jeden Organisation (Kühl 2011).

Die vier genannten Merkmale – Mitglieder, Zweckorientiertheit, Hierarchie und autonome Entscheidung – helfen, den Begriff der Organisation zu schärfen und von der breiten Alltagsdefinition zu differenzieren. Das Merkmal der autonomen Entscheidungskompetenz lässt sich auch in die Definition von Organisation als geschlossenem, *autopoietischem* System nach Luhmann übersetzen, in der sich Organisationen in ihrer Kommunikation ausschließlich auf sich selbst beziehen.

*„Luhmanns Beschränkung der Perspektive auf die Selbstreferenz lässt erkennen, dass der Fremdbezug in den Ereignissen des Systems keine definitive Berücksichtigung finden kann, da die Definition der Autopoiesis das verhindert: Das System konstruiert sich selbst, wobei Einflüsse aus der Umwelt natürlich gegeben sind.“* (Dieckmann 2004, S. 22).

Systeme sind außerdem als *operativ geschlossen* zu verstehen. Als autopoietische Systeme existieren Organisationen natürlich trotzdem innerhalb ihrer Umwelt, deren Einfluss mehr oder weniger stark auf die Organisation wirkt – sie sind *strukturell* an ihre Umwelt *gekoppelt*. Unterschiedliche Systeme haben nur begrenzt Zugang zueinander und sind nur teilweise dazu in der Lage, die Abläufe in anderen Systemen zu erfassen. Letzten Endes werden deshalb die Abläufe außerhalb des eigenen Systems immer durch die systemeigene Brille betrachtet.

Diese Sichtweise ist bedingt durch die Notwendigkeit von *Komplexitätsreduktion*: Nachdem jedes System innerhalb einer unübersichtlichen Umwelt existiert, muss es – den eigenen Bedürfnissen entsprechend – die Wahrnehmung der Wirklichkeit einschränken. Nachdem also jedes System per Definition gegenüber bestimmten Faktoren blind ist, sind Systeme „für einander nur über Ausschnitte zugänglich [...] strukturelle Kopplungen bleiben deshalb latent“ (Luhmann 2002, S. 27). Zugespitzt lässt sich sagen, dass Systeme in der Lage sind, einander zu irritieren, zu stimulieren und vielleicht grenzüberschreitende Kommunikation zu organisieren, nicht jedoch einander zu determinieren.

Um die Implementierung von Gesundheitsförderung zu untersuchen, wird auch international in den letzten Jahren häufig ein systemischer beziehungsweise systemtheoretischer Zugang genutzt (Colquhoun 2005; Keshavarz et al 2010; Kremser 2011; Pelikan 2007). Dadurch liegt die Perspektive auf den Prozessen und Strukturen innerhalb der Schulen. Die Systemtheorie liefert eine theoretische Perspektive, aus der heraus die systemimmanenten Entscheidungsprozesse zum Untersuchungsgegenstand gemacht werden können. Wie auch andere Organisationen folgen Schulen ihren eigenen Abläufen. Als operativ geschlossene Systeme sind Schulen zunächst bemüht, eigene Ziele zu erreichen (beispielsweise gute Lernerfolge, viele Abschlüsse oder geringe Abbruchquoten) und „können keine Elemente, keine unverarbeiteten Partikel aus der Umwelt importieren“ (Luhmann 2002, S. 22). Eine Idee wie Gesundheitsförderung, die von außen an die Schule herangetragen wird, hat zunächst nur die Möglichkeit, das System in seinen eigenen Abläufen zu *irritieren*:

„Es kann diese Einwirkungen nur aufnehmen, wenn es sie an den eigenen Operationen messen und sie von ihnen unterscheiden kann, wenn die Außeneinwirkung als Störung der eigenen Autopoeisis wahrgenommen wird“ (Dieckmann 2004, S. 28, Hervorhebung FT).

## **Professionalismus**

Eine zweite wichtige Perspektive für die Schule als Kontext für die Implementierung von Gesundheitsförderung ist das Konzept der *Profession*. Der Professionsbegriff wurde etwa zur Mitte des 20. Jahrhunderts in der Soziologie geprägt und unter anderem von Talcott Parsons verbreitet, der die Profession gewissermaßen als eine Alternative zur Organisation sah. Beide

Konzepte seien dazu im Stande, einen rationalen Rahmen für das sonst mitunter irrationale Handeln von privaten Individuen zu schaffen, indem „Organisation und Profession in dieser Perspektive die Angleichung der Rationalitätsniveaus von Individuum und Gesellschaft [befördern]“ (Kurtz 2004, S. 44). Die Profession setzt jedoch beim Wissen und der Verantwortung des Individuums an, die in der Rolle der Profession zum Tragen kommen.

Der Fokus auf das Wissen in der Definition der Profession wurde zuletzt um den Interaktionsaspekt ergänzt. In einer wissensbasierten Gesellschaft verliert die Definition des Professionsbegriffs an Schärfe, da sich die meisten Tätigkeiten auf berufsspezifisches Wissen beziehen, das den Berufstätigen Eigenständigkeit und Improvisation ermöglicht. Die KlientInnenorientierung ist insofern ein weiteres Spezifikum der Profession. Organisationen, die den Kontext für bestimmte Professionelle bilden, werden mitunter zwischen „*people processing*“, „*people sustaining*“ und „*people changing*“ unterschieden (Hasenfeld nach Klatetzki 2010, S. 10). Der von den LehrerInnen geleisteten Lehrtätigkeit und Erziehungsarbeit entsprechend, lässt sich die Schule als *people changing organisation* definieren.

Mit dem Begriff der Profession wird also die Rolle von Individuen beschrieben, deren Arbeit darin besteht, in persönlicher Kommunikation Probleme von KlientInnen zu lösen beziehungsweise KlientInnen dabei zu unterstützen, ihre Probleme zu lösen. Im Gegensatz zu anderen Tätigkeiten, ist die Arbeit der Professionellen nur schwer in technischen Abläufen zusammenzufassen, was bedeutet, dass sie ihre Tätigkeit aufgrund breiten Wissens mit besagten KlientInnen koordinieren und auf deren jeweilige Bedürfnisse abstimmen müssen. Der Begriff der Profession lässt sich anhand der folgenden Eigenschaften definieren (Kurtz 2004):

- die besondere Wissenslage: Das Wissen über die Situation ist nicht vollständig, die Professionellen gehen bei der Problemlösung forschend vor.
- KlientInnenorientierung: Die Arbeit von Professionellen besteht aus Kommunikation mit KlientInnen. Dabei handelt es sich jedoch nicht um eine gleichberechtigte Beziehung, sie verlangt von KlientInnen das Vertrauen, dass sich das Gegenüber wohlwollend und lösungsorientiert verhält.
- Ethik und Gemeinwohlorientierung: Durch ihre besondere Stellung sind Professionelle traditionell einer eigenen Professionsethik verpflichtet. Professionelle sind also auch in soziale Strukturen eingebettet, in denen ihre Rolle definiert wird. So beinhaltet beispielsweise der Eid des Hippokrates nicht nur Regeln im Umgang mit KlientInnen sondern auch gegenüber dem Berufsstand selbst. Die Lösung, die von Professionellen angeboten wird, muss gesellschaftlich auch anerkannt werden (siehe auch Stichweh 2005).

Aus der Perspektive der Systemtheorie lässt sich ergänzen, dass Professionelle traditionell eine besondere Rolle innerhalb von *Funktionssystemen* einnehmen. Funktionssysteme sind Teilsysteme der Gesellschaft, die sich evolutionär entwickelt haben und innerhalb der Gesellschaft exklusiv eine bestimmte Funktion übernehmen. Das Funktionssystem der Erziehung leistet etwa die Sozialisation und Qualifikation der Mitglieder der Gesellschaft durch Unterricht. Wie andere soziale Systeme sind auch Funktionssysteme zwar ihrer Umwelt gegenüber offen und operativ geschlossen. Alle Operationen innerhalb eines Funktionssystems beziehen sich jeweils auf die Unterscheidung eines binären Codes (Luhmann 1998). Im Funktionssystem der Krankenbehandlung wird dementsprechend zwischen krank/nicht krank unterschieden (Pelikan 2009), im dem der Erziehung zwischen wissend/unwissend sowie zwischen zur Bildung beitragend/nicht zur Bildung beitragend unterscheidet (D. Krause 2005). Innerhalb dieser Funktionssysteme nehmen die Professionellen insofern eine zentrale Position ein, als dass ihnen die Aufgabe der Unterscheidung des jeweiligen Code zugetragen ist: „Die Professionellen wie Ärzte, Rechtsanwälte, Seelsorger und Lehrer fungieren dabei als verberuflichte Leistungsrollen dieser Sozialsysteme“ (Kurtz 2004, S. 47).

Diese Feststellung ist für die Betrachtung des Bildungssystems insofern von Relevanz, als diese traditionelle Rolle der LehrerIn bisweilen als bedroht oder gar in Auflösung begriffen

beschrieben wird – was in ähnlicher Weise teilweise auch auf andere Professionen zutrifft. Einerseits stellen andere Berufsgruppen (beispielsweise aus der frühkindlichen Erziehung oder der Erwachsenenbildung) verstärkt Ansprüche auf Mitsprache im Erziehungs- und Bildungssystem: Bildung und Erziehung findet nicht mehr nur in der Schule statt. Dabei wird nicht die Kernaufgabe der LehrerInnen in Frage gestellt, es wird vielmehr das Monopol auf diese Tätigkeit, die Rolle der *Leitprofession* angegriffen (Kurtz 2004).

Gewissermaßen stellt der Professionsbegriff also ein Gegenstück zum Konzept der Organisation dar, insofern, als das Individuum Entscheidungen aufgrund der eigenen Kompetenz trifft, wobei die professionelle Kompetenz durch institutionalisierte Ausbildung und vermehrt auch durch professionelle Standards geregelt ist. Die professionelle Kompetenz erlaubt die individuelle Abschätzung der Situation und Abwägung der Handlungsmöglichkeiten anstatt sich primär an in der Organisation entschiedenen Regeln zu orientieren. Tatsächlich ist heute „auch die professionelle Arbeit von Organisationen abhängig“ (Kurtz 2004, S. 43), und Organisationen übernehmen die wichtige Aufgabe, die Arbeit der Professionellen zu entlasten. Die Organisation übernimmt Aufgaben der Verwaltung und des Managements und koordiniert Arbeitsteilung zwischen verschiedenen Professionellen. Sie strukturiert des Weiteren im Fall der Schule die zeitlichen Abläufe und erlaubt den Professionellen gegenüber den KlientInnen – also den SchülerInnen und teilweise den Familien – stärker als VertreterIn der Organisation und des Berufsstands anstatt als Individuum aufzutreten, wodurch sie auch vor dem direkten Zugriff der KlientInnen relativ geschützt werden.

# Aufbau der Dissertation

## Fragestellungen

Die vorliegende Dissertation beschäftigt sich mit der Implementierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung in österreichischen Schulen. Dabei wird insbesondere folgenden Fragen nachgegangen:

- Was sind die strukturellen Rahmenbedingungen an österreichischen Schulen, die die Implementierung von Gesundheitsförderung – insbesondere von komplexen Programmen – erleichtern oder behindern?
- Wie wird Gesundheitsförderung in den Schulen wahrgenommen? Wie ist der Implementationsprozess gestaltet?
- Welche Hindernisse werden auf Seite der Schulen – beispielsweise von den SchulleiterInnen als zentralen AkteurInnen – wahrgenommen und welche Strategien werden zu deren Überwindung erkannt und angewandt?
- Was für Unterstützung erhalten Schulen von wem?
- In welchen Bereichen bedürfen Schulen weiterer Unterstützung?

Das Format der kumulativen Dissertation bietet sich dazu an, für die einzelnen Beiträge unterschiedliche Unterfragen zu verfolgen. Gemeinsam sollen die Artikel dazu beitragen, die oben gestellten Fragen zu beleuchten. Die Publikationen werden im Hauptteil der Dissertation in chronologischer Reihenfolge dargestellt, wobei ihnen jeweils eine Einleitung vorgestellt ist und wichtige Punkte daraus nachbesprochen werden. In der folgenden Diskussion werden die oben angeführten Forschungsfragen über die Grenzen der jeweiligen Artikel hinweg behandelt. Abschließend werden in der Conclusio gemeinsame Rückschlüsse gezogen.

Der erste Artikel trägt den Titel „*School Health Promotion Providers' Roles in Practice and Theory: Results from a Case Study*“. Er wurde am 13. Mai 2013 im Journal *Health Policy* eingereicht, am 7. September 2014 zur Publikation akzeptiert und 2015 in Volume 119(1), Seiten 82-87 veröffentlicht. Er wurde gemeinsam mit zwei Ko-AutorInnen verfasst: Lisa Gugglberger und Wolfgang Dür. Der Beitrag untersucht die folgenden Fragestellungen:

- Welche Rolle übernehmen die BeraterInnen der Gesundheitsorganisationen im Kontext der Implementierung von Gesundheitsförderung im Schulsetting? Wie unterscheidet sich die Rolle von den in den Materialien der Organisationen festgelegten Beschreibungen?
- Welche Erwartungen werden auf beiden Seiten – den AkteurInnen in den Schulen und den BeraterInnen – an die Kooperation gestellt?
- Wie gestaltet sich die Beziehung zwischen beratenden Organisationen aus dem Bereich der schulischen Gesundheitsförderung und den beratenen Schulen?

Der deutschsprachige zweite Artikel wurde in Alleinautorschaft verfasst und von der Zeitschrift *Prävention und Gesundheitsförderung* im Mai 2015 in der Ausgabe 10(2) auf den Seiten 105-109 publiziert. Er trägt den Titel „*Motive in Schulen für die Einführung von Gesundheitsförderung – Ergebnisse einer österreichischen Fallstudie*“. Die Fragestellungen der Publikation lauten:

- Wer sind die zentralen AkteurInnen bei der Implementierung von Gesundheitsförderung an österreichischen Schulen?
- Welche Motive stehen dabei – neben der Steigerung von Gesundheit und Gesundheitskompetenz – im Vordergrund?
- Welches sind die Beweggründe für die EntscheidungsträgerInnen in den Schulen, sich für die Durchführung von Maßnahmen und Programmen einzusetzen?
- Welche Erwartungen werden von wem an die Gesundheitsförderung insgesamt geknüpft?

Der dritte Artikel wurde ebenfalls allein verfasst und am 24. Februar 2016 zur Veröffentlichung im *Journal of Public Health* akzeptiert, publiziert 2016 in Volume 24(4), Seiten 263-271. Unter dem Titel „*School Development in Austria and Implementation Factors for Health Promotion*“ werden Schulen, die Gesundheitsförderung im Rahmen schulischer Qualitätssicherungsprogramme implementieren, mit Schulen, die dazu die Unterstützung von Gesundheitsorganisationen in Anspruch nehmen, verglichen. In der Publikation wird den folgenden Fragestellungen nachgegangen:

- Wie unterscheiden sich Gesundheitsförderungsprogramme und die Gesundheitsförderung unterstützenden Strukturen je nachdem Form der Umsetzung?
- Gibt es in Schulen mit verschiedenen Formen der Umsetzung unterschiedliche Ausmaße an Interesse an und Unterstützung für Gesundheitsförderung?

Der vierte Artikel wurde am 27. Juni 2017 bei der Zeitschrift *Health Promotion International* eingereicht. Die vorliegende Fassung ist noch nicht zur Publikation angenommen, allerdings sind die Anmerkungen der zwei anonymen ReviewerInnen bereits darin umgesetzt. Er ist ebenfalls in Ko-Autorschaft mit Lisa Gugglberger verfasst und trägt den Titel „*Analysis of Whole-School Policy Changes in Austrian Schools*“. Der Beitrag verfolgt die folgenden Forschungsfragen:

- Mit welchen hinderlichen und förderlichen Faktoren sehen sich AkteurInnen in Schulen bei der Umsetzung von schulweiten Maßnahmen konfrontiert?
- Welche Strategien werden angewandt, um schulweite Maßnahmen zur Gesundheitsförderung erfolgreich umzusetzen?

## **Methoden**

Im Folgenden sollen die Methoden und das Vorgehen, die im Rahmen der Forschungsvorhaben der enthaltenen Artikel angewandt wurden, etwas ausführlicher dargestellt werden, als dies aufgrund von Platzbeschränkungen in den einzelnen Publikationen möglich war. Nachdem die Artikel verschiedenen Fragestellungen folgen, unterscheiden sich großteils auch die zugrundeliegenden Methoden.

Die erste Publikation zur Rolle der GesundheitsberaterInnen „*School Health Promotion Providers' Roles in Practice and Theory: Results from a Case Study*“ basiert auf einer explorativen Studie, die zwischen 2010 und 2014 vom Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research (LBIHPR) durchgeführt wurde. Die Untersuchung (Teutsch et al 2012) folgte einer Reihe von Fragestellungen: Aus welchen Beweggründen entschließen sich österreichische Schulen zu Gesundheitsförderung und wie laufen die Entscheidungsprozesse dazu ab? Welche Maßnahmen implementieren Schulen und wie entwickeln sich hierzu die

Auswahlprozesse? Welche Eigenschaften der Maßnahmen erleichtern oder erschweren die Implementierung? Welche Ressourcen benötigen die Schulen für die Umsetzung der beobachteten Maßnahmen?

Um diese Fragen zu klären, wurden drei niederösterreichische Schulen als Fallschulen ausgewählt (Yin 2009). Die Identifikation der Schulen erfolgte mithilfe der niederösterreichischen Gesundheitsorganisationen *Tut Gut!* und der *Service Stelle Schule der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse*, mit denen die Fallschulen jeweils zusammenarbeiteten (siehe Tabelle 1). Die Auswahl der Schulen folgte dem Prinzip der maximalen Variation (Ritchie und Lewis 2009) und wurde mithilfe des Landesschulrats und der regionalen Gesundheitsorganisationen anhand von drei Merkmalen getroffen: Implementationsstatus, Schultyp und Zusammenarbeit mit den Gesundheitsorganisationen. Das Gesundheitsförderungsprogramm von zwei der Schulen wurde aufgrund der ersten Interviews mit VertreterInnen der Gesundheitsorganisationen als im *Initial Implementation* Stadium befindlich identifiziert (Fixsen et al 2005), das heißt, dass sie eben erst mit der Implementierung von Gesundheitsförderung begonnen hatten. Das Programm der dritten Schule wurde hingegen als eines im *Full Implementation* Stadium identifiziert. Das bedeutet, dass Gesundheitsförderung bereits mit einer gewissen Nachhaltigkeit in der Schule implementiert worden war, Gesundheitsförderung bereits schulweit zum Repertoire gehörte und Fragen der Gesundheit mit Selbstverständlichkeit im Rahmen der Schulpolitik behandelt wurden. Des Weiteren wurde eine Unterscheidung nach Schultyp angestrebt, weshalb jeweils eine Volksschule, eine Hauptschule und eine allgemeinbildende höhere Schule aufgenommen wurden. Nachdem niederösterreichische Schulen je nach Schultyp in die Verantwortung der einen oder der anderen Gesundheitsorganisation fallen, war damit auch das dritte Kriterium erfüllt (Tabelle 1).

	Fallschule 1 bzw. A	Fallschule 2 bzw. B	Fallschule 3 bzw. C
Schultyp	Volksschule	Hauptschule	Allgemeinbildende höhere Schule
Gesundheitsorganisation	Gesunde Schule der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse	Tut gut! – Gesundes Niederösterreich	Tut gut! – Gesundes Niederösterreich
Implementierungsstatus (Fixsen et al 2005)	Initial Implementation	Initial Implementation	Full Implementation

Tabelle 1: Auswahlkriterien für maximale Variation der Fallschulen (Artikel 1 und 2)

Insgesamt wurden im Rahmen der Studie zwischen November 2010 und Jänner 2012 22 leitfadengestützte, halbstrukturierte Interviews (Flick et al 2008) und neun Gruppendiskussionen (Bohnsack 2008; Gugglberger et al 2013) an den drei Schulen geführt. Die Interviews wurden mit Einverständnis der InterviewpartnerInnen transkribiert. Je nachdem, welchen Fragestellungen in den jeweiligen Gesprächen nachgegangen wurde, unterschieden sich auch die Leitfäden dementsprechend voneinander. Für die erste Publikation wurden in den Transkripten Passagen zu den Gesundheitsdienstleistern identifiziert und jene Interviews, die solche enthielten, in die Analyse mit aufgenommen. So wurden Ausschnitte aus insgesamt sieben Interviews mit Schulpersonal (SchulleiterInnen, LehrerInnen) und aus vier Interviews mit Angestellten der Gesundheitsorganisationen gemeinsam mit fünf Dokumenten, in denen die Angebote der Dienstleister beschrieben wurden, in die Analyse aufgenommen. Die Daten wurden vom Autor nach themenanalytischen Prinzipien (Froschauer und Lueger 2003) analysiert. Die Analyse wurde mithilfe von ATLAS.ti 6 durchgeführt.

Die beiden Ko-AutorInnen waren ProjektleiterInnen der Originalstudie. Lisa Gugglberger war Dank ihrer ausgezeichneten Kenntnis der drei Fallschulen bei der Interpretation der Ergebnisse behilflich und unterstützte darüber hinaus auch bei der Strukturierung der Arbeit. Wolfgang Dür war beim Aufbau des Theorie-Abschnitts behilflich sowie bei der Gestaltung der Endfassung.

Die zweite Publikation *„Motive in Schulen für die Einführung von Gesundheitsförderung – Ergebnisse einer österreichischen Fallstudie“* schließt teilweise an die Ergebnisse der ersten an und widmete sich den Erwartungen der Schulpartner gegenüber den Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die an ihrer Schule durchgeführt wurden. Sie basiert auf denselben Daten, die im Zuge der Originalstudie erhoben wurden, auf denen auch die erste Publikation aufbaut. Für die zweite Publikation wurden die Transkripte der durchgeführten Interviews und Gruppendiskussionen nach relevanten Passagen durchsucht und all jene in die Analyse mit aufgenommen, in denen konkrete Gesundheitsförderungsmaßnahmen zur Sprache kamen. So wurden drei Interviews mit SchulleiterInnen, zwei Interviews mit den an den Schulen für die Implementierung verantwortlichen LehrerInnen („Gesundheitsbeauftragten“), zehn in der Gesundheitsförderung aktiven LehrerInnen, drei

MitarbeiterInnen der Dienstleisterorganisationen sowie zwei GemeindevertreterInnen (jeweils Schulerhalter der beiden Pflichtschulen) analysiert. Die Interviews dauerten im Durchschnitt etwa 45 Minuten. Auch diese Interviews wurden vom Autor einer Themenanalyse (Froschauer und Lueger 2003) unterzogen. Auch hier wurde computerunterstützt vorgegangen, wiederum erfolgte die Analyse mithilfe von ATLAS.ti 6.

Als einzige der vier hier zusammengefassten Publikationen, basiert der dritte Artikel *School Development in Austria and Implementation Factors for Health Promotion*“ auf der Analyse quantitativer Daten. Das LBIHPR führte im Frühjahr 2014 eine Erhebung durch, bei der Schulen zu aktuellen Themen der schulischen Gesundheitsförderung sowie den herrschenden Rahmenbedingungen befragt wurden. Die Ergebnisse der Studie sind ebenfalls publiziert (Teutsch et al 2015).

Zwischen April und Juni 2014 waren alle öffentlichen Schulen – anhand einer vom zuständigen Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur zur Verfügung gestellten Liste – per Email zur Teilnahme an der online durchgeführten Befragung eingeladen. Der Fragebogen wurde auf der Plattform 2ask.at gehostet. Alle Schulen, die bis Anfang Juni nicht teilgenommen hatten, wurden per Email ein zweites Mal um ihre Teilnahme gebeten. Von den 5479 eingeladenen Schulen füllten 835 den Onlinefragebogen aus. Die für die Publikation durchgeführten Analysen beschränkten sich auf Schulen der Sekundarstufe. Diese Einschränkung diente dazu, eine homogenere Gruppe zu schaffen. Damit ergab sich eine Teilnahmequote von 28,2% (556 von 2949 Schulen).

Die Untersuchung wurde vom Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur genehmigt und unterstützt. Im Rahmen der Erhebung wurden die Schulkennzahlen zur Kontrolle der Teilnahme gesammelt, jedoch vor Beginn der Analysen wieder aus dem Datensatz entfernt.

Die Fragebögen wurden zu 96,9% von SchulleiterInnen ausgefüllt, nur in einzelnen Fällen stammen die Antworten von StellvertreterInnen, SchulärztInnen oder von Gesundheitsbeauftragten der Schulen.

Der Fragebogen umfasste insgesamt 39 Items. Für die der Publikation zugrundeliegenden Analysen wurden acht davon herangezogen. Sechs dieser Items dienten der Beurteilung der Qualität der jeweiligen Gesundheitsförderungsaktivitäten:

- Form der Implementierung
- Interesse der LehrerInnen an Gesundheitsförderung
- Beteiligung der LehrerInnen an der Gesundheitsförderung
- Strukturelle Investitionen in Gesundheitsförderung in Form zusätzlicher Gelder oder Lehreinheiten
- Schulweite Implementierung von Maßnahmen
- Existierende Gesundheitsförderungsmaßnahmen und -strukturen

Außerdem wurden zwei Items herangezogen, um Effekte der Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu beurteilen:

- Problematisches Verhalten der SchülerInnen und LehrerInnen
- Schulklima

Bei der Analyse ging es um einen Vergleich von vier Gruppen. Anhand von zwei Items wurden Schulen danach unterschieden, ob sie (1) Mitglied in einem regionalen Gesundheitsförderungsnetzwerk oder vergleichbaren Programm waren, ob sie (2) innerhalb eines nationalen Qualitätssicherungsprogramms (SQA, QIBB) ein Gesundheitsthema bearbeiteten, ob sie (3) beide oder (4) keine der beiden Unterstützungen in Anspruch nahmen.

Die Fragebogenprogrammierung, Datencleaning und Analysen wurden alle vom Autor durchgeführt. Die Analysen wurden mithilfe von SPSS 22.0 durchgeführt.

Die vierte Publikation zu Strategien zur Implementierung von schulweiten Maßnahmen „*Analysis of Whole-School Policy Changes in Austrian Schools*“ stellt ebenfalls eine Sekundäranalyse von Daten eines am LBIHPR durchgeführten Projekts zu herrschenden Zeitstrukturen an österreichischen Schulen dar (Flaschberger et al 2015). Das Ziel der Originalstudie war es, Good-Practice Modelle zur alternativen zeitlichen Gestaltung des Schultages zu identifizieren. Dazu wurden zehn Schulen in den Bundesländern Niederösterreich, Steiermark, Kärnten und Wien ausgewählt und insgesamt 19 Interviews mit SchulleiterInnen und LehrerInnen geführt. Alle Interviews wurden mit dem Einverständnis der jeweiligen InterviewpartnerInnen transkribiert. Die Interviews dauerten zwischen sieben und 82 Minuten, im Durchschnitt etwa eine halbe Stunde.

Im Zuge der Analysen für den Artikel wurden sämtliche Interviews einer neuerlichen Analyse unterzogen. Auch hier wurde nach den Prinzipien der Themenanalyse vorgegangen (Froschauer und Lueger 2003). Die Analyse wurde mit ATLAS.ti 7 durchgeführt. Darüber hinaus wurden im Rahmen dieses Prozesses Passagen identifiziert, die sich für eine tiefergehende Agency Analyse (Lucius-Hoene und Deppermann 2002) eigneten. Dabei werden anhand der Aussagen der AkteurInnen Rückschlüsse auf ihre jeweilige Handlungskompetenz und das Selbstvertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit gezogen. In einem zweiten Schritt wurden die betreffenden Abschnitte einer derartigen Analyse unterzogen.

Für die Interpretation der Ergebnisse wurden die Schulen anhand der in den Interviews dargestellten Veränderungen in drei Gruppen eingeteilt: (1) Schulen, an denen kleine oder optionale Maßnahmen gesetzt worden waren, (2) Schulen, an denen zwar schulweite Maßnahmen gesetzt worden waren, die aber nicht zwingenderweise Veränderungen in der Arbeitsweise des Schulpersonals nach sich zogen und (3) schließlich Schulen, deren komplexe Maßnahmen auch für alle LehrerInnen Umstellungen in ihren Arbeitsweisen bedeutete.

Ko-Autorin Lisa Gugglberger unterstützte die der zweiten Publikation zugrundeliegenden Analysen und half bei der Strukturierung und Überarbeitung des eingereichten Manuskripts.

# Publikationen

## Einleitung zur ersten Publikation

Der erste Artikel, der in dieser kumulativen Dissertation dargestellt wird, trägt den Titel *School Health Promotion Providers' Roles in Practice and Theory: Results from a Case Study* und wurde im September 2014 in *Health Policy* zur Publikation angenommen. Ausgangspunkt ist die Frage, wie die Kommunikation zwischen Schulen und den BeraterInnen der Gesundheitsorganisationen im Zuge der Implementierung von Gesundheitsförderung gestaltet ist. Wie in der Methodik beschrieben, basiert die Untersuchung auf einigen ausgewählten Daten, die im Zuge einer umfangreicheren Fallstudie in drei unterschiedlichen Schulen in Niederösterreich gesammelt wurden. Mit einer wesentlich breiteren Fragestellung verfolgte die Originalstudie die Absicht, eine Grundlage für das Verständnis von gesundheitsförderlichen Implementierungsvorgängen in österreichischen Schulen zu schaffen. Die Ergebnisse beschreiben schulische Gesundheitsförderung als ein äußerst vielfältiges, bisweilen unkoordiniertes Unterfangen (Teutsch et al 2012). Wie auch die internationalen Erfahrungen zeigen, wurden vor allem Einzelmaßnahmen auf Klassenebene durchgeführt, die unter einem gemeinsamen Schirm als Gesundheitsförderungsprogramm zusammengefasst wurden. Die mit der Auswahl der Fallschulen angestrebte maximale Variation (Ritchie und Lewis 2009) wurde erreicht. Einerseits wurde eine Schule untersucht (im Artikel Fallschule 2), deren Gesundheitsförderungsprogramm aufgrund von Personalwechseln kurz vor dem Aus stand. Mit der allgemeinbildenden höheren Schule (Fallschule 3), die bereits im Vorfeld als *Full Implementation* identifiziert worden war, war hingegen auch eine Schule im Sample enthalten, in der die Schulleitung Maßnahmen zur Organisationsentwicklung tatsächlich forciert vorantrieb und in der Gesundheitsförderung nicht nur die volle Unterstützung der Schulleitung besaß, sondern auch durch strukturelle Veränderungen in der Organisation umgesetzt wurde.

Parallel zur Arbeit am Projektbericht wurden die Analysen für die Publikation zur Kooperation zwischen den BeraterInnen und den SchulvertreterInnen durchgeführt, deren Ergebnisse in der folgenden, ersten Publikation dargestellt werden.

# School health promotion providers' roles in practice and theory: results from a case study

Teutsch, F., Gugglberger, L. & Dür, W. (2015).

Health Policy, 119 (1), 82–87. Elsevier Ireland Ltd.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.09.004>

## *Abstract*

### **Background**

Implementation is critical to the success of health promotion (HP) in schools, but little is known about how schools can best be assisted during this process. This article focuses on Austrian HP providers and aspects their roles incorporate.

### **Objective**

To investigate the providers' role in the practice of HP implementation and how it differs from its official description. On the basis of these findings, implications are suggested.

### **Methods**

The data were gathered within the framework of an explorative case study of complex SHP interventions. We draw on four interviews with SHP organisation staff, five documents from the providers' organisations and seven interviews with school staff from three schools.

### **Results**

In practice, providers took up different responsibilities, e.g., acting as emotional support to school staff and supporting the documentation of projects, guided more by the schools' needs than by the programmes they are helping to implement. Providers focused mostly on the implementation of single activities and did little to emphasise the necessity of organisational change.

### **Policy Implications**

Our findings suggest that providers' background in health should be complemented by a deeper understanding of the importance of organisational change to further support HP implementation.

## Keywords

Health Promotion; Schools; Healthcare Providers; Organisational Innovation

## *Introduction*

### **School Health Promotion**

In the late 1980s, the concept of *health promotion* (HP) was defined by the WHO as an effort to enable people to have better control over their own health, which includes their physical as well as their mental and social well-being [1]. Furthermore, the idea of the *settings-approach* was promoted by the WHO Ottawa Charter as a means of changing the conditions under which people live and, as such, it is still considered a successful way to implement HP [1–3]. Among the possible settings, e.g. cities, workplaces, hospitals etc., the school is regarded as one of the most important [2,4–6]. There is some evidence for the efficacy of HP programmes in schools [7], especially for the so-called *whole-school approach*, which advocates for school-wide interventions rather than class-based activities and aims to make health an integral part of school policies [7–10]. However, recent literature emphasises the need to shed more light on the actual implementation processes [4,11–15], as these and aspects of the setting itself are considered to have a great influence on the success of school health promotion (SHP) [16–18].

Commonly, schools do not have the skills and knowledge to implement HP themselves, but seek the help of specialised organisations, which offer programmes and guidelines to schools. These organisations often appoint experts with a background in HP, who work on-site within the setting [13]. To refer to them, we use the term *HP provider*, while the term *HP organisation* is used for the specialised organisation. These provide a framework of their approach to HP – in the form of a HP programme – which acts as a guideline for the schools as well as to the providers, who are supporting the schools in the implementation.

The providers' contribution to the success of SHP has been discussed in recent literature [12,19]. However, it has been noted that the providers' influence is rather limited [20], as there are generally limits to how well a setting, such as a school, can be influenced in how it implements an intervention such as HP: As sociological systems theory helps to clarify [21,22], an outside agency – a HP provider in this case – is merely able to stimulate the school, trying to point in a desired direction,

e.g., by providing a HP programme. But as complex adaptive systems, schools have to translate information from outside the system into their own codes and meanings in a process that cannot be controlled [16,23]. Interaction between the environment and the schools is difficult as there is a lack of understanding of the diversity and complexity of schools [23]. The question remains how schools can generally be best supported by outside agents in the implementation of SHP and therefore also, how schools are being supported at the moment.

## **Austria**

In Austria, no state-wide institution exists that helps schools with the implementation of SHP. While the national government does provide some incentives and guidelines, specific programmes are offered within the provinces [24,25]. At the provincial level, there are two main funding bodies for SHP: the provincial governments (or government agencies) and the provincial health insurers. These organisations' definitions of health promotion is in accordance with WHO principles [26,27]. It is estimated that 15-20% of Austrian schools are working with HP organisations [28]. In the province studied, there are only two different HP organisations, which are not in direct competition as they target different age groups. While the term HP programme can be used to describe a variety of interventions, both of the HP programmes of the participating HP organisations aim for a school-wide integration of HP as proposed by the whole-school approach. Meanwhile, their form of cooperation with schools differs.

## *Materials and methods*

### **Aim**

As we still have little knowledge of the best ways to support schools to become health promoting schools [20,29], this paper focuses on the role of HP providers, i.e. the individuals who support the schools. The research question for this article is therefore: How do the 'official' roles – as defined by the HP organisations' programmes – and the 'actual' roles of HP providers in practice differ from each other? In the conclusion, we formulate some suggestions on how HP providers' support might be improved.

The findings presented are derived from a larger case study, which was conducted in three Austrian schools [30]. The case study has proven to be a suitable design [31–33] for researching a complex intervention such as a whole-school approach. The larger study was designed as an exploratory, multiple-case-study and was focused on the implementation processes of SHP. Data from a wide range of sources was collected to devise a comprehensive picture of each of the school's organisational structures, their overall plans concerning HP as well as individual HP activities.

## **Sampling**

Three public schools were chosen for this study. Schools were selected by purposive sampling to achieve a maximum variation of three selection criteria [34]: (1) the school type (primary or secondary), (2) the HP organisation with which they collaborated, as well as (3) their implementation status (initial or full implementation). Fixsen and colleagues use the term *initial implementation* to describe a stage in which the school has begun to adopt a programme, but the organisational changes necessary to sustain it have yet to follow. The initial implementation stage is, therefore, a critical stage for the success of SHP programmes [13]. On the basis of these criteria, the two available HP organisations and the provincial school board were asked to suggest schools that could take part in the study. We arrived at the following three schools: a primary school (school 1) and a general secondary school for pupils between ages 10-14 (school 2), both with initial implementation status as well as an academic secondary school for pupils ages 10-18, a full implementation school (school 3). All three schools had been working with one of the HP organisations for at least a year when we first contacted them – school 1 with HP organisation A and schools 2 and 3 with HP organisation B.

The schools as well as the HP organisations and the providers participated voluntarily in the study. As an incentive to participate, the schools received their respective findings.

## **Data collection**

Data collection started in November 2010 and lasted until January 2012. A range of different qualitative and quantitative data was collected for the study, including questionnaires (for pupils, teachers and headteachers), interviews and group discussions with different individuals and groups (students, school staff, parents and

external staff), all of which were recorded and transcribed with the consent of the participants. Furthermore, we conducted non-participatory observations and collected documents, which described individual activities, schools' schedules and guidelines, both from the schools and the HP organisations.

For this article specifically, we concentrated on the data relevant for our research question: All transcripts have been reviewed for references to the HP providers and HP organisations. Based on this, we selected seven interviews with school staff, four interviews with staff of the HP organisations, including four HP providers and one programme director from organisation B, as well as five documents that describe the HP organisations' programmes. These documents were issued by the organisations themselves and included information on how to facilitate the implementation of SHP as well as promotion material targeted at schools. Some findings of the overall study have already been published elsewhere [35].

## **Data analysis**

The selected data were analysed via thematic analysis following the methodological approach of Froschauer and Lueger [36] – comparable e.g. to Braun and Clarke's method [37]. To determine the main themes in the transcribed interviews, the following four steps were applied:

1. Identification of topics present in the data
2. Coding the data
3. Collating codes, development of themes and subcategories
4. Summary and description of the themes' characteristics

## ***Results***

To describe our results, we first go into the role of the providers as they are framed by the HP organisations and their official documents. Second, we show how the HP providers developed their role in practice. In a third step, we point to some differences of the providers' role in theory and in practice.

### **Role of the providers as framed by the organisations**

Our study included two different HP organisations. According to their documents, both advocate a whole-school approach, aiming for a change of culture in the

schools towards an understanding of HP as a joint undertaking. The documents analysed described both programmes similarly as rather non-standardised approaches in which schools were encouraged to develop activities according to their own capacities and needs but aiming at a deep integration into the organisational structures as suggested in the whole-school approach. Both programmes expected providers to assist schools in becoming health promoting schools, to visit schools personally once or twice each semester, to act as contacts and to provide easily accessible counsel. Furthermore, providers were assigned to help organise, moderate and document meetings of the schools' HP teams – these consist ideally of different school users (teachers, students, non-teaching staff) who together plan the implementation of SHP. Their role, as described in the official documents, also included advising the schools on the development of an individual HP plan and deciding what activities to implement.

Furthermore, the analysis of the interviews showed that the organisations' different structures influenced the way the HP providers interacted with schools: While in both organisations each school was appointed to a provider, organisation A (working with school 1) had three staff members who shared the workload between them. Acting as providers in close contact with schools constituted only a part of their overall job, as they all worked in administration as well, e.g. processing the schools' project plans or financial support of schools. According to these providers, they regularly discussed the current situation in the different schools among themselves. Meanwhile, in organisation B (working with schools 2 and 3) the HP providers were independent contractors, who were appointed especially for the task of communicating the HP programme to the schools. They spent much of their working time on-site in the schools, while much of the administrative work, including the collection of the schools' data was done in a central office by a different staff. Working on their own, meeting other HP providers was usually not part of their job.

### **Active development of the role**

As the HP organisations merely provided a loose framework for the providers, we found they developed important aspects of their work according to the needs that arose in the schools and in reaction to the situation in the schools. HP providers from organisation A did this based also on their insight into data collected from the schools, e.g., project plans and status-quo surveys, while HP providers from

organisation B did this based on insights through their personal presence in schools alone.

Providers from organisation A seemed to be focused less on the individuality of schools and more on the guidelines provided by the HP programme, such as the development of an annual plan. They talked only little about their specific duties in the schools and the processes of adjusting to a particular school's situation. The fact that they were generally less present in the school is supported by the interviews with that particular school's staff who spoke of the whole HP organisation rather than of the providers. Providers from organisation B, on the other hand, seemed to develop a more individual approach for each school. One of the providers stressed how important it was to her to be able to approach schools without strong guidelines on how to implement SHP. She considered this to be the only way to do justice to the individualities of all the different schools she was cooperating with. The providers from organisation B – when asked to define their duties and responsibilities – would also often indicate that they were describing their personal views.

Even though their approaches to the schools were different, we found that the HP providers from both organisations generally had similar views on their work with schools. As we know from the interviews with different stakeholders, all three schools included in our study had been implementing HP activities even before they started the cooperation with the HP organisations. Providers from both organisations considered a central task of their role to be helping schools structure these already existing efforts towards becoming health promoting schools and to “convey to them again and again what [...] health promotion is all about” (provider from organisation B in school 3). Providers said that, in their experience, schools, when working by themselves, were rather uncoordinated and generated a multitude of activities. Therefore, the providers would help schools to focus on activities that they considered to be effective and of value for the school. They often supported already existing ideas and projects but tried to expand on specific HP aspects, e.g., proposing a participatory approach or including teachers as a target group, and also encouraged schools to include psychosocial aspects in their activities or to expand the schools' usual focus on nutrition and exercise.

In the data we collected from school staff, we found that providers seemed to encourage the schools' habit of focussing on the implementation of individual, often

unconnected, activities, and we found little emphasis on changes at an organisational level. Even in the school where implementation was most advanced, rather than encouraging a whole-school approach, the provider expressed the opinion that beyond the successful implementation of singular activities, there was little else the school could do to further improve its HP plan:

*But this more or less runs itself by now. With them it's not like you have to start from scratch every year: what are we actually going to do? But they already have so many projects which aren't actually projects anymore, but everyday school life, which is really the optimum, yep.*

*(Provider from organisation B in school 2)*

While some schools seemed to be quite determined and successful in their implementation of HP activities, providers were critical of the fact that many schools lacked the capacity or the tools to develop their HP plans systematically. Therefore they regarded the introduction of project management tools as important instruments for the facilitation of their programme:

*Well, here our duties are rather more to push them to abide by certain documentations or terms of reference. [...] It's simply to say: there are certain things that have to be documented [...], [and] that one urges them to adhere to these things, since schools like to work from a gut level and with those schools it is our duty to say that that part of it is a minimum requirement of project management.*

*(Provider from organisation A in school 1)*

Moreover, providers regarded schools as lacking altogether certain organisational structures which they deemed necessary for successful cooperation. For example, a provider from organisation A pointed out how schools usually did not plan ahead for more than a year, which was considered a necessity for SHP. Providers therefore tried to introduce administrative elements, which required schools to document HP activities or to fill in applications for subsidies. Accordingly, one of the schools' HP coordinators described how, by collaborating with the HP organisation, the school "is forced to establish a concept and especially also regularity". From the providers' point of view these administrative tasks were seen as a benefit, as they were supposed to make stakeholders more aware of the complexity of the HP programme.

Our analysis, on the other hand, suggests that in fact they posed a big challenge for the schools.

Providers also considered it important to establish a friendly relationship with their partners in the schools to facilitate cooperation. Furthermore, local HP coordinators often even seemed to rely on the emotional support from the providers. For example, one HP coordinator talked about the provider as if describing her therapist, pointing out that she would always offer “a sympathetic ear”. In a different school we found the informal part of the cooperation-relationship to be overly dominant. The provider was supporting the coordinator, whose ideas concerning SHP were met with opposition in her school.

*Then around January she would always write, like, what... how she's getting along and then [I had] to give a little encouragement.*

*(Provider from organisation B in school 3)*

Being isolated in her school as the main driving force behind HP, the coordinator found herself in a very stressful situation. The provider did not seem to be able to offer any relief, but, instead, encouraged the implementation of SHP without the involvement of other school staff.

## **The providers' role between theory and practice**

We noticed that HP providers were often very committed to the schools and their HP plans, but they also tried to establish good relations with the schools and to make concessions to the schools, when they felt this was necessary. Doing so often led to discrepancies between the official guidelines and the practice observed. This concerned even some points that were considered to be core elements of the respective programmes. For example, while both official programmes required the establishment of a HP team in each school, we did not find such a team in any of the three schools. Providers from organisation A swept possible concerns about this aside rather light-heartedly:

*A: That's more or less a requirement, but it is not really possible to monitor this when we close the agreement and thus it is not a criterion for exclusion.*

*B: No, it isn't.*

*A: If it turns out that actually mainly only one person does it in a small school then...*

*B: It's all water under the bridge.*

*(Providers from organisation A in school 1)*

Another example is that the whole-school approach did not seem to be a focus for the providers, even though the analysis of the documents suggested otherwise. We found that the official programmes promoted this approach but the providers' practice, such as elaborating on the existing activities, limited the possibilities for introducing a comprehensive approach.

Providers found themselves in the difficult position between the idea of being a guide for self-reliant schools in a complex process of change and the difficulties of everyday school life: We found that in schools 1 and 3, HP was the project of a few individuals, while cooperation structures were generally only marginally developed and teachers would try to avoid engagement in a common endeavour. The following section may be read as an insight into the dilemma that providers experienced:

*Well, I believe that we want to educate the schools to become more self-reliant. Now, "educate" is the wrong word, because we don't want that, well, or to want to guide, to want to conduct or to want to accompany [them].*

*(Provider from organisation B in school 2)*

## *Discussion*

We found that providers fulfilled many different tasks as part of their job and adopted different roles in their interaction with school staff, including those of a friend, a therapist or an administrative assistant. They did so in reaction to the schools' needs and expectations. While this seemed helpful for many of the stakeholders in SHP, this approach reduced the providers' influence on the on-going development processes. Furthermore, the support was very much dependent on the providers' individual skills and abilities. But providers failed to reach out to other teachers and expand the base for HP [see also 38].

Providers were generally not encouraging the whole-school approach, even though it is advocated by the HP organisations. The so-called *translation-gap*, which divides theory and practice of an intervention [39], was found, in our case, not only between schools and providers, but also between providers and their organisations. Key elements of the whole-school approach, i.e. changes in the organisational structure

[32] were neglected and neither schools nor providers seemed to be convinced that this would be a worthwhile effort.

Instead, providers encouraged the schools' tendency to implement HP on a project-by-project basis, as has been observed in other studies [40–42]. Schools would select those steps and concepts that fit in easily with their usual practice whilst abandoning those which did not. As in other countries, Austrian schools take part in HP programmes voluntarily, which might account for some of this lack of strong adherence to the concept [20].

There seemed to be an attitude amongst the providers that it would be more preferable for schools to provide a few scattered HP projects than none at all. Meanwhile, there is evidence from our data and from other studies [43–45] that HP activities might also show some unintended negative effects. In particular, teachers involved in their organisation and implementation can suffer from the additional stress. The providers in our study tended to overlook such problems.

The help of HP providers to support the implementation of a complex intervention in the school setting is a common approach, even though their limited influence is well understood [16,23]. Nevertheless, the HP providers represent an important link between HP organisations, HP programmes, and the schools; We have shown that because of the divergence of theory and practice, some HP providers may develop their role independently from – and even in contrast to – the programme they are representing and helping to implement.

## *Limitations*

The design of the case study, which included only three schools and four HP providers from two HP organisations, can be seen as a potential limitation for the findings of this paper. However, validity and, to some extent, generalisability, of the results were reached through thorough analysis and comparison between the cases. The following implications should nevertheless be considered with care in the knowledge that, for their further validation, more research is still needed. Another possible limitation results from the premise that the participating schools were not selected randomly but chosen by the HP organisations and school boards. As such, schools may have been selected for specific reasons, unknown to the researchers.

## *Conclusions*

The results of the study suggest a number of implications for practitioners and researchers.

While the whole-school approach is a promising approach for SHP, the schools observed in this study put the most effort into individual activities. Schools seem to need additional support in organisational development more than help in selecting suitable HP activities. However, the latter was what was more likely to be provided in all three cases. Providers who feel uncomfortable or unsure about how to provide support in this area will need specific support and training. If HP organisations consider organisational development as an integral part of their programme, they also consider strategically building capacity in this area to provide better support.

Even when designing HP programmes, the responsible organisations should consider whether their particular approach is compatible with the schools' needs and capabilities. Tying HP programmes more closely to the core processes of schools, may make it easier for providers to adhere to the details of the programme. Some schools would be helped by having a clearer vision of becoming a health promoting school or even an outline of specific steps to achieve that aim. A more systematic process could also be a relief to providers, as they might have to rely less on their individual skills and judgement.

While we observed that schools often outsourced challenging new tasks to the HP providers, it is advisable for them to help schools to focus on the capacities necessary to enable them to become more self-reliant and make SHP more sustainable.

Finally, for the researchers, the providers proved to be an interesting source of data and focus of research. In our case, the providers have been shown to have interesting insights into the implementation of SHP that complemented the overall picture. As people who have a unique view into the schools, they proved to be an important source of information, and should therefore be included in further research. Furthermore, additional research into the role of the providers and their organisations' philosophies of consultation is needed.

## *Acknowledgements*

The authors would like to thank Michaela Adamowitsch and Rosemarie Felder-Puig, who were involved in collecting and analysing the data for this paper. We would also like to thank the reviewers for their feedback and constructive suggestions. Furthermore, we would like to thank the staff of the HP organisations and the school staff for participating in the study.

## *Conflict of interest*

No conflict of interest.

## *References*

- [1] World Health Organization. Ottawa Charter 1986.
- [2] Dooris M. Expert voices for change: bridging the silos-towards healthy and sustainable settings for the 21st century. *Health & Place* 2013;20:39–50.
- [3] St Leger L. Health promoting settings: from Ottawa to Jakarta. *Health Promotion International* 1997;12:99–101.
- [4] Deschesnes M, Druin N, Yves C. Schools' absorptive capacity to innovate in health promotion. *Journal of Health Organization and Management* 2013;27:24–41.
- [5] Barnekow Rasmussen V. The European Network of Health Promoting schools – From Iceland to Kyrgyzstan. *Promotion & Education* 2005;12:169–72.
- [6] Whitelaw S, Baxendale A, Bryce C, MacHardy L, Young I, Witney E. “Settings” based health promotion: a review. *Health Promotion International* 2001;16:339–53.
- [7] Stewart-Brown S. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.
- [8] Rowling L, Samdal O. Filling the black box of implementation for health-promoting schools. *Health Education* 2011;111:347–62.

- [9] Dooris M. Joining up settings for health: a valuable investment for strategic partnerships? *Critical Public Health* 2004;14:49–61.
- [10] Deschesnes M, Martin C, Jomphe Hill A. Comprehensive approaches to school health promotion: how to achieve broader implementation? *Health Promotion International* 2003;18:387–96.
- [11] Weiner BJ, Lewis MA, Linnan LA. Using organization theory to understand the determinants of effective implementation of worksite health promotion programs. *Health Education Research* 2009;24:292–305.
- [12] Durlak J, DuPre EP. Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology* 2008;41:327–50.
- [13] Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. Implementation research: a synthesis of the literature. Tampa, Florida: Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, University of South Florida; 2005.
- [14] Dusenbury L, Brannigan R, Falco M, Hansen WB. A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research* 2003;18:237–56.
- [15] Denman S. Health promoting schools in England – A way forward in development. *Journal of Public Health Medicine* 1999;21:215–20.
- [16] Dür W. Applying system theory of organisational change to health promotion interventions in schools. In: Samdal O, Rowling L, editors. *The implementation of health promoting schools – Exploring the theories of what, why and how*, London and New York: Routledge Taylor & Francis Group; 2013, p. 34–50.
- [17] Samdal O, Rowling L. Theoretical and empirical base for implementation components of health-promoting schools. *Health Education* 2011;111:367–90.
- [18] Poland B, Krupa G, McCall D. Settings for health promotion: an analytic framework to guide intervention design and implementation. *Health Promotion Practice* 2009;10:505–16.
- [19] Wiggins M, Austerberry H, Ward H. Professional assistance in implementing school health policies. London: 2012.

- [20] Boot N, van Assema P, Hesdahl B, de Vries N. Professional assistance in implementing school health policies. *Health Education* 2010;110:294–308.
- [21] Naaldenberg J, Vaandrager L, Koelen M, Wagemakers A-M, Saan H, de Hoog K. Elaborating on systems thinking in health promotion practice. *Global Health Promotion* 2009;16:39–47.
- [22] Coppieters P. Turning schools into learning organizations. *European Journal of Teacher Education* 2005;28:129–39.
- [23] Keshavarz N, Nutbeam D, Rowling L, Khavarpour F. Schools as social complex adaptive systems: a new way to understand the challenges of introducing the health promoting schools concept. *Social Science & Medicine* 2010;70:1467–74.
- [24] Flaschberger E. Initial teacher education for school health promotion in Austria: does it support the implementation of the health-promoting school approach? *Health Education* 2013;113:216–31.
- [25] Gugglberger L. Support for health promoting schools: a typology of supporting strategies in Austrian provinces. *Health Promotion International* 2011;26:447–56.
- [26] Clift S, Jensen BB, editors. *The Health Promoting School: international advances in theory, evaluation and practice*. Copenhagen: Danish University of Education Press; 2005.
- [27] World Health Organization. *Health-Promoting Schools – A healthy setting for living, learning and working* 1998.
- [28] Gugglberger L, Flaschberger E, Felder-Puig R, Alfery C, Dür W. *Schulische Gesundheitsförderung in Österreich Liste der regionalen Gesundheitsförderungsinitiativen*. Vienna: Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research; 2009.
- [29] Gugglberger L, Dür W. Capacity building in and for health promoting schools: results from a qualitative study. *Health Policy* 2011;101:37–43.
- [30] Yin RK. *Case Study Research. Design and Methods*. California: Sage Publication; 2009.

- [31] Gleddie D. A journey into school health promotion: district implementation of the health promoting schools approach. *Health Promotion International* 2012;27:82–9.
- [32] Heward S, Hutchins C, Keleher H. Organizational change – Key to capacity building and effective health promotion. *Health Promotion International* 2007;22:170–8.
- [33] Inchley J, Currie C, Young I. Evaluating the health promoting school: a case study approach. *Health Education* 2000;100:200–6.
- [34] Ritchie J, Lewis J. *Qualitative research practice: a guide for social science students and researchers*. Reprinted. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications; 2009.
- [35] Teutsch F, Gugglberger L, Adamowitsch M, Felder-Puig R, Dür W. *Studie zur Implementierung von Gesundheitsförderung in österreichischen Schulen – Endbericht*. Vienna: 2012.
- [36] Froschauer U, Lueger M. *Das qualitative Interview – Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme*. Vienna: WUV Universitätsverlag; 2003.
- [37] Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 2008;3:37–41.
- [38] Bisset S, Daniel M, Potvin L. Exploring the intervention-context interface: a case from a school-based nutrition intervention. *American Journal of Evaluation* 2009;30:554–71.
- [39] Glasgow RE, Lichtenstein E, Marcus AC. Why don't we see more translation of health promotion research to practice? Rethinking the efficacy-to-effectiveness transition. *American Journal of Public Health* 2003;93:1261–7.
- [40] Boot NMWM, de Vries NK. Implementation of school health promotion: consequences for professional assistance. *Health Education* 2012;112:436–47.
- [41] Kremser W. Phases of school health promotion implementation through the lens of complexity theory: lessons learnt from an Austrian case study. *Health Promotion International* 2011;26:136–47.

- [42] Wyn J, Cahill H, Holdsworth R, Rowling L, Carson S. MindMatters, a whole-school approach promoting mental health and wellbeing. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2000;34:594–601.
- [43] Goebbels AFG, Lakerveld J, Ament AJH a, Bot SDM, Severens JL. Exploring non-health outcomes of health promotion: the perspective of participants in a lifestyle behaviour change intervention. *Health Policy* 2012;106:177–86.
- [44] Krølner R, Suldrup Jørgensen T, Aarestrup AK, Hjøllund Christiansen A, Christensen AM, Due P. The Boost study: design of a school- and community-based randomised trial to promote fruit and vegetable consumption among teenagers. *BMC Public Health* 2012;12:191.
- [45] Gugglberger L, Flaschberger E, Teutsch F. “Side effects” of health promotion: an example from Austrian schools. *Health Promotion International* 2014 (advance online publication). doi:10.1093/heapro/dau054

## Überleitung zur zweiten Publikation

In der ersten Publikation kommen einige zentrale Themen der drei folgenden Artikel bereits zur Sprache, insbesondere Schwierigkeiten der Schulen bei der Umsetzung schulweiter Ansätze. Insofern wird auch bereits die Vorherrschaft unkoordinierter Maßnahmen in den Schulen gezeigt, sowie die Abhängigkeit der gesetzten Maßnahmen von engagierten Einzelpersonen. Vor allem war dies der Fall, wenn die Schulleitung nicht die für eine schulweite Umsetzung notwendige Führungsrolle übernahm. Insofern zeigte sich auch die zentrale Rolle der schulischen EntscheidungsträgerInnen – im Gegensatz zu jener der VertreterInnen der Gesundheitsorganisationen – für eine erfolgreiche Umsetzung von Gesundheitsförderung. Im Rahmen der aufgearbeiteten Interaktionsmuster und dem dargestellten Rollenverständnis der GesundheitsberaterInnen zeigte sich, dass diese vor allem bereits existierende Maßnahmen an den Schulen unterstützten und keinen besonderen Wert auf die theoretischen Grundlagen des Programms legten:

*„Und ich weiß, es gibt so Muster, so quasi Musterimplementierungsprozesse für Gesunde Schulen [...] Mit meinen Schulen, bei denen ich bis jetzt war, habe den Eindruck, bei manchen kann man das machen und bei manchen kann man das überhaupt nicht machen. Weil es keinen Sinn hat, weil es nicht angenommen werden würde, weil es das ganze Thema nicht fördern würde, wenn man damit beginnt. Und so habe ich den Eindruck, dass das Allerwichtigste ist, dass man hinget und einmal schaut. [...] Aber nicht laut Plan [...], also so ein Prozess wie er im Buche steht.“*  
(BeraterIn Hauptschule, Niederösterreich)

Die interviewten BeraterInnen stellten wenig Anspruch auf organisatorische Veränderungen. Auch im Fall der *Full Implementation* Schule, die durchaus auch organisationale Anpassungen implementiert hatte, war die Haltung insgesamt eher passiv, die BeraterIn war mit der Leistung der Schule mehr als zufrieden und schien an weiteren Organisationsentwicklungsmaßnahmen gar nicht interessiert. Dort, wo von den Gesundheitsorganisationen neue Strukturen verlangt wurden, galten sie zuallererst der Kommunikation zwischen den Schulen und den Gesundheitsorganisationen in Form von Jahresplänen. Die BeraterInnen selbst hingegen bestanden auf „ein[em] Minimum an

Projektmanagement“ (BeraterInnen Volksschule), unabhängig davon, wie sinnvoll diese Unterstützung von den Schulen wahrgenommen wurde.

Die systemtheoretische Perspektive unterstreicht die Schwierigkeit, die die BeraterInnen haben, die Gesundheitsprogramme der Schulen (mit) zu gestalten. Gegenüber dem autonomen System Schule blieb den GesundheitsberaterInnen kaum eine andere Möglichkeit, als die ihre Kontakte in den Schulen kontinuierlich in die von ihnen angestrebte Richtung zu orientieren:

*„...also ich glaube, dass wir die Schulen in erster Linie zur Selbstständigkeit erziehen wollen, erziehen ist jetzt das falsche Wort, weil das wollen wir ja nicht, also oder führen wollen, geleiten wollen oder begleiten wollen...“*

(BeraterIn Allgemeinbildende Höhere Schule, Niederösterreich)

Das System der Einzelschule ist durch seine eigenen Abläufe definiert, seine eigenen Prioritäten und Wertvorstellungen. Die Gesundheitsorganisationen, die hier durch die BeraterInnen vertreten sind, bringen ihre eigenen Abläufe mit, die für die Schulen Herausforderungen darstellen, deren Überwindung nicht zwingenderweise im Interesse der Schule steht. Dies zeigt sich unter anderem daran, dass Schulen für die auszufüllenden Jahrespläne und Projektdokumentationen mitunter die Unterstützung der BeraterInnen benötigten.

Außerdem wird im Artikel festgestellt, dass die BeraterInnen wiederum ihre eigenen Rollen entwickeln und innerhalb der Beratungsorganisation ihre eigenen Vorgangsweisen und Prioritäten entwickeln. Insbesondere dort, wo die BeraterInnen verschiedener Schulen untereinander kaum Kontakt hatten, entwickelten sie individuelle Zugänge. Aber auch innerhalb der enger gestrickten Organisation A herrschte im Umgang mit den Schulen letztendlich Pragmatismus; auf die theoretische Basis des Gesunde-Schule Konzepts, mit dem Schulen auf dem Weg zu einer gesundheitsförderlichen Organisation unterstützt werden sollen, wurde zumindest teilweise zugunsten der vorgefundenen Strukturen und einer scheinbar produktiven Zusammenarbeit verzichtet. Nicht zuletzt stand bezüglich der hohen Ansprüche der beiden Gesundheitsorganisationen, die im Grunde einen *Whole-School Approach* anstreben, die eigene Planungs- und Verwaltungslogik im Weg. Durch Abwicklung von einzelnen Projekten im Rahmen von Jahresplänen wurden Strukturen gefördert, die

immer wieder Einzelprojekte hervorbrachten, ohne dass diese in eine schulweite Strategie eingebettet wären.

Im Zentrum der zweiten Publikation *Motive in Schulen für die Einführung von Gesundheitsförderung – Ergebnisse einer österreichischen Fallstudie* steht die Frage nach den Beweggründen der schulischen AkteurInnen bei der Implementation von Gesundheitsförderung. Nachdem im ersten Artikel die Vielfalt der Gesundheitsförderungsmaßnahmen und die unterschiedlichen Erwartungen, die in den Fallschulen an diese geknüpft werden, dargestellt wurden, wird im zweiten Artikel insbesondere der Identifikation der EntscheidungsträgerInnen und deren Erwartungshaltungen nachgegangen.

Ausgangspunkt dafür ist die Überlegung, dass die Arbeit der BeraterInnen dadurch unterstützt werden würde, wenn sie über die Ziele, die in den Schulen mit der Implementierung verbunden werden, möglichst Bescheid wissen. Das Thema Gesundheit steht für Schulen nicht selbstverständlich mit den Kernprozessen in Zusammenhang und spielt deshalb mitunter eine geringe Rolle im Selbstverständnis der LehrerInnen oder der SchulleiterInnen. Hingegen ist es das Ziel der Gesundheitsorganisationen, die Schulen dafür zu interessieren, Gesundheit in die Prozesse der Schule zu integrieren. Insofern ist die erfolgreiche Implementierung nicht zuletzt davon abhängig, wie weit die Gesundheitsorganisationen den Erwartungshaltungen der schulischen EntscheidungsträgerInnen entgegenkommen können und wie sehr sich die Erwartungshaltungen letztlich verwirklichen lassen (Altrichter und Wiesinger 2005). Die Erwartungen zu identifizieren ist also für die Gesundheitsorganisationen beziehungsweise die BeraterInnen relevant, unabhängig davon, in welche Richtung sich Schulen bei der Implementierung von Gesundheitsförderung tatsächlich umsehen.

Die Analysen im Rahmen des zweiten Artikels greifen ebenfalls auf die Daten jener Studie zurück, die auch dem ersten Artikel zugrunde liegen, jedoch wurde aus den vorhandenen Interviews eine andere Auswahl getroffen. Auch wenn es sich um dieselben Fallschulen handelt, werden die Schulen im zweiten Beitrag als Fallschule A, B und C geführt. In der Diskussion werden sie weiterhin in derselben Reihenfolge als Fallschulen 1, 2, und 3 bezeichnet.

# Motive in Schulen für die Einführung von Gesundheitsförderung – Ergebnisse einer österreichischen Fallstudie

Teutsch, F. (2015).

Prävention und Gesundheitsförderung, 10 (2), 105–109. Springer.

<http://dx.doi.org/10.1007/s11553-015-0489-y>

## *Zusammenfassung*

### **Hintergrund**

Schulische Gesundheitsförderung hat zum Ziel, die am Schulleben beteiligten Personen in einem gesunden Lebensstil zu unterstützen. Die Beweggründe der wichtigsten Akteure hinsichtlich der Entscheidung für Gesundheitsförderung in Schulen sollen – als ein förderlicher Faktor für deren Gelingen – untersucht werden.

### **Material und Methoden**

Eine Fallstudie wurde an drei österreichischen Schulen durchgeführt. Für die vorliegenden Ergebnisse wurden insgesamt 20 qualitative Interviews themenanalytisch ausgewertet.

### **Ergebnisse**

Die Motive der Akteure an den drei Standorten unterscheiden sich stark voneinander und sind meist persönlich geprägt. Die Gesundheit der Schulpartner ist nur einer von mehreren Beweggründen, die gefunden werden konnten; daneben ist auch die Verbesserung der Außenwirkung der Schule oder die Unterstützung einer Veränderung der Organisation von Bedeutung.

### **Schlussfolgerung**

Eine intensive Auseinandersetzung mit den jeweiligen Motiven kann Anbietern und Beratern dabei helfen, einzelne Schulen besser zu unterstützen. Erweiterte Kompetenzen, etwa im Bereich Organisationsentwicklung, können weiters förderlich sein, um Schulen besser entgegenzukommen.

## **Schlüsselwörter**

Schulen; Gesundheitsförderung; Entscheidungsfindung in Organisationen; qualitative Forschung

## *Abstract*

### **Background**

In schools, it is health promotion's goal to support all the people engaged in school life in a healthy lifestyle. As one of the facilitating factors for such programmes, the motives of the main stakeholders in health promoting schools are investigated.

### **Data and methods**

Three Austrian schools took part in a case study. The presented findings are based on thematic analysis of 20 qualitative interviews.

### **Findings**

The stakeholders' motives differ strongly from each other and are often connected to their personal experience. The health of the members of the school community is only one among a number of reasons that were identified; the improvement of the school's public image or the support of changes in the organisational structure also of importance.

### **Conclusions**

The extensive examination of the motives in every case may help providers and advisors in supporting each school individually. Increased expertise in fields like organisational development may further facilitate the cooperation between providers and schools.

### **MeSH Keywords**

schools; health promotion; decision making, organizational; qualitative research

## *Einleitung*

Um die Gesundheit und Gesundheitskompetenz von Einzelpersonen zu stärken, empfiehlt die WHO Gesundheitsförderung (GF) im Rahmen von Settings [29]. Dabei werden die Rahmenbedingungen an Alltagsorten von Menschen gestaltet, um ihnen Möglichkeiten zu einer gesunden Lebensweise zu eröffnen [6]. Die Schule, als ein

Ort an dem insbesondere Kinder und Jugendliche gut erreicht werden können, stellt ein solches Setting dar. Programme, die die Gesundheit der Schulpartner fördern, konkurrieren jedoch mit anderen Aufgaben, für die Schulen Verantwortung tragen.

## *Hintergrund und Fragestellung*

Die Effektivität von Maßnahmen im Setting Schule wird durch internationale Studien belegt [19, 26]. GF wird in österreichischen Schulen meist nicht als eine Kernaufgabe wahrgenommen, und auch die Entscheidung dafür ist den Schulen selbst überlassen. Schulleiter<sup>2</sup> haben wenig finanziellen Spielraum, um derartige „zusätzliche“ Angebote zu unterstützen, und auch der Aufwand von Lehrern für GF kann nicht immer vergütet werden [11]. In der Praxis wird GF von Lehrern deshalb oft als eine Aufgabe wahrgenommen, für die sie ihre Freizeit investieren [1, 13].

Unterstützung bei der Umsetzung von GF erhalten österreichische Schulen von Organisationen auf Länderebene, die meist eng mit der jeweiligen Landesschulbehörde zusammenarbeiten [27]. Etwa 15-20% der österreichischen Schulen erhalten so Unterstützung bei der Programmentwicklung und -implementierung [12]. Das Angebot reicht dabei von klassenbasierten Einzelmaßnahmen bis hin zu schulweiten Programmen, bei denen die Gesundheit aller Schulpartner (Schüler, Lehrkräfte und nicht unterrichtendes Personal) ins Auge gefasst wird [25] – etwa in Form des österreichischen „Gesunde Schule“-Konzepts [7]. Dabei werden schulweite Veränderungen unter möglichst breiter Partizipation angestrebt. Derartige Programme erlauben eine breite Variation von Maßnahmen und verlangen üblicherweise eine relativ starke Anpassung an vorhandene Rahmenbedingungen sowie eine intensive Einbindung der Betroffenen [3].

Schulische GF ist im österreichischen Kontext bislang wenig erforscht. Zwar gibt es Hinweise aus der Literatur, welche Faktoren allgemein förderlich oder hinderlich sind [z.B. 11, 17, 24], aber dieses Wissen ist nicht immer auf die spezifische Situation übertragbar [9]. Gerade bei komplexen Interventionen kann es dazu kommen, dass im Zuge der Implementierung auf zentrale Elemente verzichtet wird; Oft geraten dabei gerade besonders förderliche Aspekte in den Hintergrund [5, 18]. Ein zentraler Punkt ist dabei der von den Entscheidungsträgern wahrgenommene Bedarf für eine

---

2 In diesem Text wird ausschließlich das männliche Genus verwendet, von dem nicht auf das Geschlecht der genannten Personen zu schließen ist. Ich bitte um Verständnis.

Maßnahme, also das Motiv, mit dem sie sich für eine bestimmte GF-Maßnahme entscheiden [3]. Insbesondere zu schulweiten GF-Programmen gibt es diesbezüglich wenig Wissen, auch wenn dieser Ansatz besonders empfohlen wird [25].

Der vorliegende Artikel behandelt dementsprechend die folgenden Fragestellungen: Wer sind die zentralen Akteure bei der Implementierung von GF an österreichischen Schulen? Welche Motive stehen dabei – insbesondere neben der Steigerung von Gesundheit und Gesundheitskompetenz – im Vordergrund?

## *Methoden*

Die hier zugrunde liegenden Daten wurden als Teil einer umfangreichen Fallstudie erhoben, die mit dem Ziel durchgeführt wurde, die Implementationspraxis komplexer GF-Programme in österreichischen Schulen detailliert zu erheben. Die Methode der Fallstudie ist eine in der GF-Forschung bewährte Methode [15, 23], die einerseits explorativ angewendet wird, aber auch, um die theoretischen Grundlagen der GF zu erweitern [30]. Die Daten wurden zwischen November 2010 und Januar 2012 in einem österreichischen Bundesland erhoben. Drei Schulen wurden anhand dreier Kriterien ausgewählt, mit dem Ziel, eine breite Variation zu erreichen [30]: Schultyp (Grundschule, Schule der Sekundarstufe I, allgemeinbildende höhere Schule), vorhandene Erfahrung mit schulischer GF (*full* bzw. *initial implementation*) [8] und mit welcher von zwei Beratungsorganisationen die Schule im Bereich GF kooperierte. Die beiden Organisationen waren bei der Auswahl der Schulen von maßgeblicher Bedeutung, da diesen die Einschätzung des zweiten Kriteriums – der vorhandenen Erfahrung – überlassen wurde.

An allen drei Standorten wurden Daten erhoben, die sowohl Einblick in die Prozesse der GF, als auch in jene der allgemeinen Organisation der Schulen ergeben. Die vorliegende Arbeit stützt sich auf einen Teil dieser Daten, nämlich auf Interviews mit:

- Schulleitern (n=3),
- Gesundheitsbeauftragten (GBA), meist Lehrer, die GF an der Schule koordinieren (n=2),
- Lehrern, die in der GF tätig sind (n=10),
- Mitarbeitern der zwei Beratungsorganisationen (n=3),
- Gemeindevertretern (n=2).

Die Interviews dauerten zwischen 15 und 95 Minuten (im Mittel etwa 45 Minuten) und wurden im Einverständnis mit den Gesprächspartnern aufgezeichnet und transkribiert. Für die vorliegende Fragestellung wurden die Interviews einer Themenanalyse unterzogen. Diese folgte den folgenden vier Schritten [10]:

1. Identifikation von Themen in den Interviewtranskripten durch sowohl deduktives wie induktives Vorgehen mit dem Ergebnis einer Liste vorhandener Themen;
2. Kodieren aller Daten anhand des entwickelten Kategoriensystems;
3. Zusammenfassung, Strukturierung und Ordnung dieser Themen;
4. Beschreibung der Themen

## *Ergebnisse*

Die GF-Programme der drei Fallschulen unterschieden sich deutlich voneinander. Anders als in Studien mit vergleichbarer Fragestellung [4, 20, 22, 28] handelt es sich bei den untersuchten Programmen um sehr umfassende Ansätze, die sich an dem „Gesunde Schule“-Konzept und damit an schulweiten Veränderungen orientieren [7]. Dabei werden die Schulen von Mitarbeitern der Beratungsorganisationen im persönlichen Kontakt organisatorisch und finanziell unterstützt. An keinem der drei Standorte existierte ein Programm, das ähnlich linear entwickelt und implementiert wurde, wie das in bestehenden Implementierungsmodellen angenommen wird [vgl. 8]: Zumeist wurden kleine Einzelmaßnahmen eingeführt, die selten aufeinander abgestimmt waren [1].

Die befragten Personen waren überwiegend persönlich in GF involviert und beschrieben ihr Engagement oft anhand biographischer Details: Vor allem bei den Lehrern, die selbst Maßnahmen anboten, war das persönliche Interesse am Thema Gesundheit oder an der Auseinandersetzung mit den Schülern deutlich. Auch bei den Schulleitern waren für die Entscheidung oft biographische Aspekte von Bedeutung sowie persönliche Netzwerke, über die sie Maßnahmen angeboten bekamen.

Die Verbesserung der Gesundheit – v.a. jene der Schüler – erwies sich an allen drei Standorten als ein wichtiges Motiv für die Einführung von GF-Maßnahmen. Dabei war das Verständnis von Gesundheit bei den einzelnen Interviewpartnern durchaus unterschiedlich und reichte von der Behandlung oder Prävention physiologischer Defizite bis zur Steigerung der Gesundheitskompetenz [vgl. 21].

Schule A ist eine Grundschule mit knapp 250 Schülern im Alter von sechs bis zehn Jahren. Die Schule kooperierte seit einem Jahr mit einer GF-Organisation; Die prominentesten GF-Maßnahmen hatten jedoch bereits eine längere Geschichte. Die Kooperation wurde zunächst v.a. aus finanziellen Gründen eingegangen.

Als die zentrale Figur im GF-Programm wurde der Schulleiter identifiziert, der die Koordination und vor allem die Akquise der meisten Projekte übernommen hatte. Der Schulleiter drückte im Gespräch wiederholt aus, dass er die Gesundheit der Schüler auch als Grundlage für das Gelingen der Lernprozesse sehe. Er beschrieb die Förderung der Schülersgesundheit so – zumindest indirekt – als eine zentrale Aufgabe der Schule.

*Weil wir an der Schule schon vor zwölf oder 15 Jahren draufgekommen sind, dass die Bewegung als Grundlage für die geistige Ausbildung der Kinder [wichtig ist]. (Schulleitung Schule A)*

Darüber hinaus stellte sich die Gemeinde als ein weiterer wichtiger Akteur dar: Die betreffende Schule liegt in einer Kleinstadt, die – in Kooperation mit dem Bundesland – als „Gesunde Gemeinde“ zertifiziert wurde. Die Gemeinde ist die Erhalterin der betreffenden Schule und nahm die Schule – als Bestandteil des Gemeindeprogramms– stark in die Verantwortung.

*Wir fördern Vereine, versuchen das auch zu verknüpfen mit den Schulen, das heißt, die Vereine können auch im Umfeld der Schule akquirieren, sie haben am Nachmittag Einrichtungen zur Verfügung, Sportplätze, Turnsäle und gleichzeitig haben wir natürlich auch versucht, dann Programme zu fahren – und jetzt kommen wir eigentlich zu dem Punkt – wo wir ganz konkret mit der Schule gemeinsam etwas tun, dass wir organisatorisch, zum Teil auch sogar finanziell unterstützen, im Bereich Sport und Gesundheitsförderung.*

*(Gemeindevertreter Schule A)*

*Aber das passiert halt dann, ja, weil die Gemeinde das möchte. Also der Impuls kommt halt dann... vom Schulerhalter ist das gewünscht und dann macht man das halt, nicht? (Schulleiter Schule A)*

Aus Sicht der Schulleitung bestand in diesem Hierarchieverhältnis also auch eine Verantwortung nach „oben“, die in Form vielfältiger und v.a. öffentlichkeitswirksamer, jedoch weitgehend unkoordinierter Maßnahmen wahrgenommen wurde. Dabei

fanden in der Schule in erster Linie Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit der Schüler statt, Lehrer wurden als eigene Zielgruppe nicht einbezogen.

Immer wieder betonten die Interviewpartner die konzentrationssteigernde Wirkung der Maßnahmen und ausgleichende Aspekte für besonders „bewegungshungrige“ Schüler. Sie wurden von den Anbietern also auch als förderlich für die körperliche und geistige Entwicklung der Schüler betrachtet und nicht zuletzt als unterstützend für die alltägliche Arbeit der Lehrer gesehen.

Schule B ist eine Schule der Sekundarstufe I mit etwa 250 Schülern im Alter von zehn bis 14 Jahren. In diesem Fall war der GBA, ein Sportlehrer, die zentrale Person im GF-Programm, dessen Engagement zur Kooperation mit der Beratungsorganisation und in Folge auch zur Implementierung einzelner Maßnahmen geführt hatte. Hingegen war er mit seiner Idee relativ isoliert und erhielt weder von anderen Lehrern noch von der Schulleitung maßgebliche Unterstützung. Das zentrale Motiv für die Einführung eines GF-Programms war das persönliche Interesse des Lehrers, „brachliegende Ressourcen“ der Schüler in Projektarbeit zu nutzen. Der GBA betrachtete diese Aktivierung der Schüler als Teil seiner beruflichen Aufgaben und bezeichnete Entwicklungen in dem Bereich wiederholt als Erfolg.

*Ich habe gestern wieder etwas gehabt, da kommt [ein Schüler] und sagt, [irgendein Lehrer] hat [ihm] einen [MP3-Player] weggenommen, darf [er] das überhaupt. Und ich habe mich richtig gefreut, weil ich mir gedacht habe, ja, ist gut nachzufragen, ja, weil alles ist auch nicht erlaubt und möglich. (GBA Schule B)*

Aus diesem Motiv entsprang v.a. die Maßnahme des „Schülerparlaments“, einer Versammlung, in der Schüler schulweite Themen diskutieren und eine gemeinsame Position dazu entwickeln konnten.

Als weiteren Grund für die Einführung von Maßnahmen nannte der GBA auch Defizite in der Gesundheitskompetenz seiner Schüler. Um diesen entgegenzuwirken, ließ er sich eine Reihe von kleinen Maßnahmen einfallen, die er auf Klassenebene durchführte.

Der Schulleiter unterstützte das GF-Programm. Dabei stand aber nicht die Gesundheit als besonders wichtiges Thema im Mittelpunkt, sondern v.a. die Idee,

dass in einer modernen Schule einzelne Lehrer eine aktivere Rolle einzunehmen hätten, die über den „Dienst nach Vorschrift“ hinausginge.

*Also Schule müsste in Zukunft noch viel mehr Gemeinschaftssinn entwickeln, die Bereitschaft, den anderen zu unterstützen, die Bereitschaft zu helfen, eigene Ideen zu entwickeln, zu tragen, mitzutragen, sich zu engagieren. [...] Schule ist ein so ein weites Feld, da kann man nicht nur stundenweise das abarbeiten, was man in einem anderen Job macht. (Schulleiter Schule B)*

Nachdem das GF-Programm nur wenig Zuspruch und Unterstützung erfuhr, wurde gegen Ende des Erhebungszeitraums klar, dass das Programm mit der anstehenden Pensionierung des Schulleiters und der fortwährenden Isolation des GBA eingestellt werden würde.

Die Schule C ist eine allgemeinbildende höhere Schule mit fast 1000 Schülern im Alter zwischen zehn und 18 Jahren. Als Motiv für die Zusammenarbeit mit einer Beratungsorganisation konnte in diesem Fall v.a. die Möglichkeit der Vernetzung mit Verantwortlichen auf Länderebene gelten; weder die finanzielle noch die organisatorische Unterstützung wurde in der Schule C stark beansprucht. Von Seiten der Beratungsorganisation wurde sie sogar als eine Art „Vorzeigeschule“ geführt, die keinerlei weiterer Unterstützung bedürfe.

*Und [der Schulleiter] natürlich, aufgrund [seiner] Vergangenheit oder [seiner] Ausbildung und [seiner] sportlichen Herkunft, also Gesundheitsförderung, das macht [er] mit dem linken, kleinen Zeh. (Mitarbeiter Beratungsorganisation Schule C)*

Tatsächlich waren an diesem Standort mehrere Aspekte eines in vieler Hinsicht fortgeschrittenen GF-Programms festzustellen: Insbesondere bemerkenswert war der explizite Anspruch, in die Organisationsstrukturen einzugreifen und sie gesundheitsförderlich zu gestalten. Die maßgebende Position an dieser Schule war in der Person des Schulleiters zu finden, der für die Initialzündung und auch für viele einzelne Ideen verantwortlich war. Anders als an den anderen Standorten stand hier ein größeres Budget zur freien Verfügung, mit dessen Hilfe die Schulleitung einzelne Maßnahmen auch finanziell unterstützte.

Ein wichtiges Motiv für den Schulleiter war es, einen Standortvorteil zu entwickeln: Mit Eingriffen in die Organisationsstrukturen, die eine aktivere Zusammenarbeit der

Lehrer unterstützen sollten und einer Vielzahl unterschiedlicher Maßnahmen, war es gelungen, die Schüleranzahl zu erhöhen.

*Vor sechs, sieben Jahren, wie ich gekommen bin, [haben wir] einen sehr schlechten Zulauf gehabt [...]. Und das ist wirklich innerhalb von einem Jahr, kann man fast sagen, gekippt: Also dass wir [dann] einen enormen Zuspruch gehabt haben, [dass die] Neuanmeldungen sich dann wirklich sich fast verdoppelt haben. (Schulleiter Schule C)*

Der Schulleiter erwies sich als sehr kompetitiv und verglich die eigene Schule anhand statistischer Vergleichszahlen wiederholt mit anderen. Dabei war nicht nur die Gesundheit der Schüler von besonderer Bedeutung – auch die Gesundheit der Lehrer wurde wiederholt als zentrale Dimension einer funktionierenden Schule genannt.

*Und das Wichtigste, das ist schon ein gutes Zeichen, dass wir uns auch durchgesetzt haben, dass auch die Lehrer als wichtiger Bestandteil der Schule akzeptiert werden und dass auch die Lehrgesundheit als wichtiger Bestandteil akzeptiert wird. (Schulleiter Schule C)*

Neben diesem vergleichsweise außergewöhnlichen Fokus auf die Lehrgesundheit zeigte sich der Einfluss auf die Organisationsstrukturen v.a. darin, dass Lehrer in Planungsprozesse eingebunden wurden, etwa durch die Einführung von Themenarbeitsgruppen oder Etablierung einer weiteren Verwaltungsebene zwischen Schulleitung und Lehrern. Auch wenn diese Maßnahmen nicht dezidiert als GF-Maßnahmen etabliert wurden, unterstützten sie die Entwicklung und Einführung von GF insgesamt.

## *Diskussion*

„Gesundheit“ als ein Motiv für die Einführung von GF ist in den Interviews immer wieder zur Sprache gekommen. Dabei wurde insbesondere die Schülersgesundheit oft auch als ein Kernanliegen der Schule beschrieben und in Zusammenhang mit Lehr- und Lernerfolgen gestellt.

Als ein wichtiges Motiv konnte in zwei der drei Fälle der Wunsch festgestellt werden, Veränderungen in der Organisationsstruktur zu implementieren. Jene Personen, die diese Perspektive einnahmen, hatten vor ihrer Tätigkeit in der Schule außerschulische Arbeitserfahrungen gemacht und beide formulierten ein Verständnis

innerschulischer Arbeit, das eine stärkere Kooperation im Lehrkörper, aber auch eine intensivere Einbeziehung von Schülern in die Schulpolitik verlangte.

Die Verankerung von GF innerhalb der Organisation wirkt der Gefahr entgegen, dass der Fortbestand des Programms zu stark von einzelnen Personen abhängig bleibt. Nicht zuletzt deshalb ist die gesundheitsförderliche Veränderung von Organisationsstrukturen eine zentrale Forderung für die langfristige Implementierung von GF, stellt aber betroffene Organisationen auch vor große Herausforderungen, wenn die bestehende Organisationskultur und Normen tiefgreifenden Veränderungen grundsätzlich widerstreben [14]. Dass GF tatsächlich auch als treibende Kraft hinter einer erwünschten Entwicklung in diese Richtung wahrgenommen wurde, spricht auch dafür, dass hier das Ideal schulweiter Veränderungen Teil der Strategie war.

Darüber hinaus stellte die Außenwirkung an allen drei Standorten ein wichtiges Motiv dar. Auch dieser Beweggrund ist aus der Literatur bekannt [18]: Insbesondere die Schulleiter sahen in der GF eine Möglichkeit, den eigenen Standort auszuzeichnen und sich mit dem Thema – im wörtlichen Sinne – zu profilieren. Gerade durch die seit den 1990er Jahren in Österreich intensivierte Diskussion um verstärkte Schulautonomie sind Schulen heute stärker als zuvor einer Konkurrenzsituation ausgesetzt, in der sie etwa ein eigenes Schulprofil zu entwickeln gefordert sind, um bei potentiellen Schülern bzw. deren Familien Interesse zu wecken [2]. Für Schule C scheint diese Erwartung auch bereits aufgegangen zu sein.

Als weiterer wichtiger Aspekt, der quer zu den bisher genannten Motiven steht, wurde das persönliche Interesse der beteiligten Personen identifiziert: Egal ob es sich um wahrgenommene gesundheitliche Defizite bei Schülern oder um den Wunsch, die Schule als einen Ort zu gestalten, an dem sich die Schulpartner gerne aufhalten, handelte: Das persönliche Engagement der Interviewpartner wurde meist deutlich. Wenngleich das allein kein Garant für nachhaltige und effektive GF ist, kann diese Haltung auf jeden Fall eine wichtige Ressource darstellen [11, 16].

Insgesamt spricht die unterschiedliche Herangehensweise der einzelnen Fallschulen dafür, dass Schulen individuelle Zugänge entwickeln und dass andere Standorte sich von den hier diskutierten unterscheiden werden.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse müssen jedoch einige Einschränkungen beachtet werden. Aufgrund des methodologischen Zugangs können die dargestellten Ergebnisse nicht in gleicher Weise verallgemeinert werden, wie dies auf Basis einer

repräsentativen Zufallsstichprobe möglich wäre. Eine weitere Limitation stellt die Tatsache dar, dass die Daten retrospektiv erhoben wurden, d.h. die Motive zur Entscheidung für GF wurden aus der Vergangenheit rekonstruiert; Es ist möglich, dass eine Begleitung der Schulen von Beginn an andere Ergebnisse geliefert hätte. Darüber hinaus konnten aus Platzgründen nur die wichtigsten Dimensionen dargestellt werden.

## *Fazit für die Praxis*

Für Schulen ist GF ein Thema, das über die gesundheitlichen Aspekte hinausgeht: Auch Themen wie Außenwirkung oder Organisationsentwicklung sind Beweggründe für Schulen, GF zu implementieren. Eine intensive Auseinandersetzung mit den Schulen als Grundlage für die Beratung kann bei der Erfüllung dieser Erwartungen hilfreich sein und so entscheidend zum langfristigen Erfolg komplexer Interventionen beitragen. Gerade bei der Begleitung von Schulen, die sich für umfassende, schulweite Programme entschlossen haben, ist Beratern zu empfehlen, sich auf vielfältige Motive einzulassen. Insofern ist Praktikern auch zu raten, Qualifikationen in diesen Bereichen zu entwickeln bzw. Kooperationen mit entsprechenden Experten einzugehen.

## *Danksagung*

Ich danke den Interviewpartnern und Interviewpartnerinnen, mit deren Unterstützung diese Erhebung durchgeführt wurde. Ich danke darüber hinaus Edith Flaschberger und Lisa Gugglberger sowie den Vertretern des soQua Lehrgangs, namentlich Joseph Hochgerner für ihre Beratung für diesen Artikel. Schließlich möchte ich beiden Reviewern für ihre wertvollen Anmerkungen im Reviewprozess danken.

## *Interessenskonflikt*

Der Autor erklärt, dass kein Interessenskonflikt vorliegt.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

## Literatur

1. Adamowitsch M, Gugglberger L, Dür W (2014) Implementation practices in school health promotion: findings from an Austrian multiple-case study. *Health Promot Int.* Advance online publication. doi: 10.1093/heapro/dau018
2. Altrichter H, Rürup M (2010) Schulautonomie und die Folgen. In: Altrichter H, Maag Merki K (Hrsg.) *Handbuch neue Steuerung im Schulsystem*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 111–144
3. Altrichter H, Wiesinger S (2005) *Implementation von Schulinnovationen – Aktuelle Hoffnungen und Forschungswissen*. Johannes Kepler Universität, Linz
4. Bessems KMHH, Van Assema P, Paulussen TWGM, de Vries NK (2011) Evaluation of an adoption strategy for a healthy diet programme for lower vocational schools. *Health Educ Res* 26:89–105.
5. Boot N, van Assema P, Hesdahl B, de Vries N (2010) Professional assistance in implementing school health policies. *Health Educ* 110:294–308.
6. Dooris M (2009) Holistic and sustainable health improvement: the contribution of the settings-based approach to health promotion. *Perspect Public Health* 129:29–36.
7. Dür W, Gerhartl M, delle Grazie J, Hofmann W, Redl S, Spitzbart S, Wilkens E (2009) *Projekt Gesunde Schule Abschlussbericht 2009*. Ludwig Boltzmann Insitut Health Promotion Research, Wien
8. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F (2005) *Implementation research: a synthesis of the literature*. Louis de la Parte Florida Mental Health Insitute, University of South Florida, Tampa, Florida
9. Flaschberger E, Dür W (2008) *Literaturstudie: Förderliche und hinderliche Faktoren in der schulischen Gesundheitsförderung*. Ludwig Boltzmann Insitut Health Promotion Research, Wien
10. Froschauer U, Lueger M (2003) *Das qualitative Interview – Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme*. WUV Universitätsverlag, Wien
11. Gugglberger L, Dür W (2011) Capacity building in and for health promoting schools: results from a qualitative study. *Health Policy* 101:37–43.

12. Gugglberger L, Flaschberger E, Felder-Puig R, Alfery C, Dür W (2009) Schulische Gesundheitsförderung in Österreich – Liste der regionalen Gesundheitsförderungsinitiativen. Ludwig Boltzmann Insitut Health Promotion Research, Wien
13. Gugglberger L, Flaschberger E, Teutsch F (2014) “Side effects” of health promotion: an example from Austrian schools. Health Promot Int. Advance online publication. doi: 10.1093/heapro/dau054
14. Heward S, Hutchins C, Keleher H (2007) Organizational change – Key to capacity building and effective health promotion. Health Promot Int 22:170–8.
15. Inchley J, Currie C, Young I (2000) Evaluating the health promoting school: a case study approach. Health Educ 100:200–206.
16. Jourdan D, Stirling J, Mannix McNamara P, Pommier J (2011) The influence of professional factors in determining primary school teachers’ commitment to health promotion. Health Promot Int 26:302–10.
17. Jourdan D, Samdal O, Diagne F, Carvalho GS (2008) The future of health promotion in schools goes through the strengthening of teacher training at a global level. Promot Educ 15:36–8.
18. Kremser W (2011) Phases of school health promotion implementation through the lens of complexity theory: lessons learnt from an Austrian case study. Health Promot Int 26:136–47.
19. Mūkoma W, Flisher AJ (2004) Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies. Health Promot Int 19:357–68.
20. Noonan RK, Emshoff JG, Mooss A, Armstrong M, Weinberg J, Ball B (2009) Adoption, adaptation, and fidelity of implementation of sexual violence prevention programs. Health Promot Pract 10:59S–70S.
21. Paakkari L, Paakkari O (2012) Health literacy as a learning outcome in schools. Health Educ 112:133–152.
22. Pankratz M, Hallfors D, Cho H (2002) Measuring perceptions of innovation adoption: the diffusion of a federal drug prevention policy. Health Educ Res 17:315–26.

23. Rowling L, Samdal O (2011) Filling the black box of implementation for health-promoting schools. *Health Educ* 111:347–362.
24. St Leger L (1997) Health promoting settings: from Ottawa to Jakarta. *Health Promot Int* 12:99–101.
25. St Leger L, Young I, Blanchard C, Perry M (2010) Promoting health in schools – From evidence to action. International Union for Health and Education, Saint Denis Cedex
26. Stewart-Brown S (2006) What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?. WHO Regional Office for Europe, Kopenhagen
27. Unterweger K, Griebler R, Ramelow D, Hofmann F, Griebler U, Dür W, Felder-Puig R (2012) Rahmenbedingungen für schulische Gesundheitsförderung an Österreichs Schulen. Ergebnisse der Schulleiter/innenbefragung 2010. Ludwig Boltzmann Insitut Health Promotion Research, Wien
28. Wiefferink CH, Poelman J, Linthorst M, Vanwesenbeeck I, van Wijngaarden JCM, Paulussen TGW (2005) Outcomes of a systematically designed strategy for the implementation of sex education in Dutch secondary schools. *Health Educ Res* 20:323–33.
29. World Health Organization (1986) Ottawa Charter. Genf
30. Yin RK (2009) Case Study Research. Design and Methods (4 Auflage). Sage Publication, New York, London

## Überleitung zur dritten Publikation

Im Rahmen der zweiten Publikation wurden die EntscheidungsträgerInnen in den Schulen identifiziert und die Vielfalt ihrer Motive für die Einführung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen betrachtet. Ähnlich wie bei der Implementierung von anderen Schulentwicklungsmaßnahmen nahmen die Schulleitungen eine Art *Gatekeeper*-Funktion ein (Altrichter et al 2016): Die Verantwortung darüber, ob Gesundheitsförderung von der Schule als Ziel übernommen wird und als Teil des Schulalltags integriert wird, lag bei den Schulleitungen. In der Fallschule 3 wurde das durch die Initiativen der Schulleitung deutlich. In Fallschule 2 hingegen wurde der Stellenwert der Schulleitung durch das Scheitern der Implementierung sichtbar. Hier war es eine LehrerIn, die das Thema ursprünglich in der Schule aufbrachte und die Schulleitung unterstützte dieses Engagement prinzipiell. In Anbetracht des von der SchulleiterIn erwarteten Widerstands des LehrerInnenkollegiums reagierte die Schulleitung jedoch zurückhaltend gegenüber der Idee einer tiefgreifenden Umsetzung oder eines Eingriffs in die aktuellen Strukturen.

*„Und da hat schon der Herr Direktor ein bisschen geblockt, weil er gesagt hat, das schaffen wir nicht, ja. [...] Er hat da schon den besseren Blick natürlich auf diese Kollegen. Er hat einfach gesagt, da beißen wir auf Granit, das schaffen wir nicht, ja. [...] Und vielleicht wollte er auch nicht, dass wir da zu sehr aneckt [sic!] dann und womöglich ins Fettnäpfchen tritt. War wahrscheinlich eine weise Entscheidung.“*  
(GesundheitsbeauftragteR Hauptschule, Niederösterreich)

Auch wenn im Artikel für diese Beobachtung kein Platz gewesen ist, soll hier dennoch ergänzt werden, dass die Initiative in den Fallschulen 2 und 3 von Personen ausging, die zuvor in einem nicht-schulischen Kontext gearbeitet hatten. Die Kultur im Umgang miteinander und die Möglichkeiten zur strukturellen Veränderung – die Veränderungskultur – werden von der Organisation geprägt und beeinflussen somit auch die Vorstellungen der LehrerInnen und anderer Schulpartner. Durch ihre beruflichen Erfahrungen außerhalb schulischer Kontexte schienen die zwei InitiatorInnen die Organisationsstrukturen der Schule als maßgeblicher für ihren Beruf einzuschätzen, als das jene KollegInnen taten, die stets nur im LehrerInnenberuf gearbeitet hatten. Während die Person in der Rolle der Schulleitung eher in der Lage war, die

Strukturen nach ihrer Vorstellung zu transformieren, scheiterte die andere Person in der Rolle der LehrerIn mit den ihr vorschwebenden Veränderungen.

Die zweite Forschungsfrage der Publikation zielt auf die Identifikation von Motiven für die Einführung von Gesundheitsförderung ab. Insbesondere von Interesse waren dabei jene Beweggründe, die über die intuitive Annahme (beziehungsweise das Ziel der unterstützenden Gesundheitsorganisationen) hinausgingen, es solle die Gesundheit der Schulpartner (SchülerInnen, LehrerInnen und nicht-unterrichtendes Personal) gefördert werden. Bereits im ersten Artikel wurde die Vielfalt von Erwartungshaltungen angerissen und festgestellt, wie wichtig die Identifikation der mit der Gesundheitsförderung verknüpften Erwartungen ist, um die Schulen erfolgreich im Implementierungsprozess unterstützen zu können.

So wurde unter anderem festgestellt, dass in den untersuchten Fallschulen die Außenwirkung der Maßnahmen eine wichtige Rolle spielte. In Fallschule 1 war die Schule beispielsweise in das Gesundheitsförderungsprojekt der Gemeinde eingebunden, in dem sich die Schule mit den gesetzten Maßnahmen auch innerhalb einer weiteren politischen Strategie einordnete (vgl. Osrecki et al 2014). In Fallschule 3 wurde das Gesundheitsförderungsprogramm hingegen auch als Beitrag zur Öffentlichkeitsarbeit betrachtet und half der Schule dabei, sinkenden SchülerInnenzahlen entgegenzuwirken.

In der dritten Publikation *School Development in Austria and Implementation Factors for Health Promotion* wird die Frage, wie Schulen effektiv bei der Einführung und Umsetzung von Gesundheitsförderung unterstützt werden können, von einer Makroebene aus betrachtet, indem ein weitreichenderer Blick auf die schulische Gesundheitsförderung in Österreich geworfen wird. Sie stützt sich dazu auf Daten einer österreichweiten Befragung von SchulleiterInnen (Teutsch et al 2015). Gesundheitsförderung wird an der Mehrzahl der österreichischen Schulen auf die eine oder andere Weise betrieben – die Vielfalt der Gesundheitsförderungsprogramme wurde in den ersten zwei Publikationen bereits im vergleichsweise engen Rahmen eines einzelnen Bundeslandes deutlich (vgl. Adamowitsch et al 2017). Im dritten Artikel werden deshalb insbesondere die Strukturen betrachtet, die die Implementierung von schulweiter Gesundheitsförderung unterstützen, ohne besonders zwischen den unterschiedlichen Maßnahmen zu differenzieren. In der Analyse wurden anhand

unterschiedlicher Unterstützungssysteme vier Gruppen gebildet. Im Gegensatz zu der in den ersten beiden Artikel untersuchten Unterstützung durch Gesundheitsorganisationen auf Landesebene gibt es seit einigen Jahren für Schulen zusätzlich die Möglichkeit, Gesundheitsthemen im Rahmen von nationalen Qualitätssicherungsprogrammen zu behandeln – nämlich in den in der Einleitung erörterten Programmen Schulqualität Allgemeinbildung (SQA) und Qualitätsinitiative Berufsbildung (QIBB). Im Rahmen der regionalen Unterstützung wurde gezeigt, dass einige zentrale Punkte der umfassenden Gesundheitsförderungsprogramme im Zuge der Implementierung auf der Strecke bleiben. Deshalb war der Vergleich mit einer distanzierteren Unterstützung von Interesse. Nicht zuletzt kann die Gesundheitsförderung im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen auch als *verpflichtender* gelten, während die Teilnahme an einem regionalen Netzwerk oder Programm im Gegensatz dazu in der Regel auf freiwilliger Basis geschieht und die Nichterfüllung der Bedingungen nicht notwendigerweise Konsequenzen nach sich zieht, wie bereits in den ersten Artikeln gezeigt wurde:

*„Gesundheitsförderungsteam und eine Gesundheitsförderungs Koordinatorin [...] das gehört zur Pflicht dazu, wobei das in dem Sinn nicht wirklich von uns überprüft werden kann, [...] das ist halt mehr oder weniger eine Vorgabe, aber das kann man zum Abschluss der Vereinbarung nicht wirklich kontrollieren und merkt man dann oft in der konkreten Praxis– Und ist jetzt dann kein Ausschlusskriterium.“*

(BeraterIn Volksschule Niederösterreich)

# School development in Austria and implementation factors for health promotion

Teutsch, F. (2016).

Journal of Public Health, 24 (4), 263–271. Journal of Public Health.

<http://dx.doi.org/10.1007/s10389-016-0721-z>

## *Abstract:*

**Aim:** This paper investigates the associations between different approaches to the implementation of health promotion and existing structures that facilitate long term implementation.

**Subject and Methods:** This paper draws on data collected in a survey amongst heads of Austrian secondary schools. For analyses, four groups of schools were differentiated: 1) schools that implement health promotion voluntarily with the help of specialised organisations, 2) schools that implement health promotion as part of their obligatory school development programme, 3) schools that use a combined approach, and 4) for comparison schools that use neither of these strategies. The groups are compared according to a number of indicators for a supportive HP programme.

**Results:** The first three groups show more desirable characteristics in regards to aspects that facilitate the implementation of health promotion (e.g. high teacher support) than the comparison group. The best conditions are found in schools that use a combined approach. Hardly any differences are observed between the groups on the level of the outcomes of health promotion activities.

**Conclusion:** The findings are discussed in the context of change management and the differences between programmed and participatory strategies of implementation. Some of the presented differences can be explained via this approach and hold valuable conclusions for policy makers and practitioners.

**Keywords:** Health Promotion, Schools, Organizational Innovation; Public Health, Surveys and Questionnaires

## *Introduction*

Health promotion (HP) is a concept that aims to “[enable] people to increase control over, and to improve, their health” (World Health Organization 1986, p.5) advocated by World Health Organisation since the 1980s. It emphasises the focus on health instead of illness as well as the idea of influencing settings, i.e., places and communities and the conditions under which people live and work therein (St Leger 1997). The implementation of HP has been studied in a number of settings and schools have been shown to be amongst the most promising (Mūkoma and Flisher 2004; Stewart-Brown 2006). With the aim to consider health as an integral factor of all decisions that are being taken, the whole-school approach is a very comprehensive concept (St Leger et al. 2010) that has also been shown to yield good results (Stewart-Brown 2006; Wicklander 2006; Rowe and Stewart 2009). To facilitate the implementation of complex HP interventions in organisations, the use of planning tools and the consideration of change management processes have been advised (Heward et al. 2007; St Leger et al. 2010).

In order to implement HP in Austrian schools, a pilot programme advocating a whole-school approach was initiated in 2007, supported by the Ministry of Health, the Ministry of Education and the Main Association of Austrian Social Security Institutions (Dür et al. 2009; see also Flaschberger et al. 2012). There was no national follow-up project and today HP programmes are delivered at a regional level only. The notion of HP is still supported by national politics, however programmes are organised and funded by either the regional government or the regional health insurance providers (Gugglberger 2011). Participation is voluntary for schools. The programmes have different foci but many follow the pilot project in advocating comprehensive change. In this form of HP schools are often confronted with some hindering developments, e.g., lacking support among the teachers or the tendency to focus on individual HP projects (Kremser 2011; Adamowitsch et al. 2014). While about a fifth of secondary schools nationwide is cooperating with one of these specialised organisations (Teutsch et al. 2015b), only a few are likely to commit to changes at an organisational level (Teutsch et al. 2015a).

The Austrian educational system has been challenged to change not only in the field of HP. On a structural level it has been described as expensive while only delivering mid-range results. Moreover, with its four levels of administrative hierarchy the

educational system is considered to be relatively complex (Lassnigg et al. 2007; Specht and Sobanski 2012). Similar to other European countries, there have been a number of reforms in Austria in reaction to the first cross-country comparative studies in the field of education (Altrichter et al. 2014). Recent developments include attempts to give schools more autonomy and the introduction of new concepts, e.g., team teaching or the development of national educational standards (Herzog-Punzenberger et al. 2013; Gössinger 2014).

One major reform was the recent introduction of compulsory school development (SD) programmes, which have been developed in close connection with a national quality framework (Altrichter and Kanape-Willingshofer 2012; Specht and Sobanski 2012; Herzog-Punzenberger et al. 2013). A programme for vocational schools was implemented in 2004 (General Directorate for Vocational Education and Training Adult Education and School Sports [Federal Ministry of Education and Women's Affairs] 2015) and a similar programme for all other school types was rolled out eight years later (Federal Ministry of Education and Women's Affairs 2013). These programmes are intended to stimulate new ways of working, as suggested in school improvement literature, e.g., following a SD plan or forming new ways of cooperation between school users (Hopkins and Levin 2000). They aim to increase the quality of teaching and learning by implementing new forms of internal and external communication and by introducing managerial planning techniques (General Directorate for Vocational Education and Training Adult Education and School Sports [Federal Ministry of Education and Women's Affairs] 2015). In both programmes schools must include a thematic focus of their own choosing, regarding an area which they aim to develop (Federal Ministry of Education and Women's Affairs 2013; General Directorate for Vocational Education and Training Adult Education and School Sports [Federal Ministry of Education and Women's Affairs] 2015). The data presented in this paper demonstrates that, these SD programmes have been recognised as a facilitator for the implementation of school-wide HP by both HP providers and some schools themselves.

This paper draws on data obtained from a survey amongst school heads of Austrian secondary schools to study the associations between different implementation approaches and well-known HP indicators (Teutsch et al. 2015b). Schools that implement HP with the help of specialised organisations, those that have chosen a

health-related focus in their SD programme, and schools without such support were investigated. A number of variables at the HP programme level as well as indicators for the success of school-wide HP programmes were analysed in regards to strengths and weaknesses of the different approaches.

## Design and procedure

The data were collected in course of a survey to investigate the preconditions and practice of school HP in Austria. All 2949 regular secondary schools nationwide were contacted and invited to participate via e-mail. The questionnaire was delivered via the online-survey platform 2ask.at.

The data on 556 schools were collected between April and June 2014. The participation rate was 28.2%. Subsequently, the data was anonymised and analysed using SPSS 22.0. A p-value of  $\leq .05$  was the criterion for statistical significance.

The questionnaire consisted of 39 items. In 96.9% of all cases, school heads answered the questions. Only in a few cases deputy school heads or HP spokespeople filled out the questionnaire.

## Investigated groups

The participating schools were classified into four different groups: Group 1 consisted of schools taking part in a HP programme or participated in a HP network, i.e., schools that received support from a specialised organisation in their implementation of HP. Group 2 comprised schools that had opted for a health-related topic as part of their mandatory SD programme. Group 3 included schools which implemented both approaches. Schools which did neither functioned as a comparison group. Table 1 displays selected characteristics of the sample.

	total	comparison group	group 1	group 2	group 3
description of support structures		<i>no support</i>	<i>specialised HP organisation</i>	<i>SD programme</i>	<i>both HP organisation and SD programme</i>
n	556	312	47	125	72
mean number of students (std)	304.05(266.483)	306.46(280.021)	286.68(249.243)	326.50(266.469)	267.48(212.187)
mean number of teachers (std)	37.08(33.485)	36.24(29.974)	34.45(24.919)	42.07(46.657)	33.92(24.373)
percentage of vocational schools	26.10%	19.60%	12.8% <sup>3</sup>	43.2% <sup>C,3</sup>	33.3% <sup>C,1,2</sup>

Table 1: sample characteristics<sup>3</sup>

<sup>3</sup> The superscript C on a bold figure indicates a difference ( $p \leq .05$ ) to the comparison group, a superscript numeral (1, 2, 3) on an italic figure a difference to the according group.

The only differences between the four groups were found regarding the school type. The percentage of vocational schools corresponds to that in the population and it is likely that their disproportional distribution to programme types does as well. A preliminary analysis which controlled for this phenomenon showed the same trends as presented in this paper.

## **HP Indicators**

### *Type of HP implementation*

Participants were asked which of four strategies of implementation best described their school's HP programme. The typology was adapted from Röthlin and colleagues, and Johnson and Baum, who developed it primarily for the analysis of health promoting hospitals (Johnson and Baum 2001; Röthlin et al. 2015). The four types consist of (i) "occasional HP projects", (ii) "regular projects and/or organisation-wide programmes led by individuals", (iii) "co-ordination of all HP activities by a HP team" and (iv) "systematic integration of HP into processes of school development and/or quality management". Each of the four strategies each have their own strengths and weaknesses. They can be viewed as an ordinal scale in terms of long-term implementation of HP, with type i being the least supportive and type iv the most supportive strategy (Röthlin et al. 2015).

### *Teachers' interest in HP and contribution to it*

Implementation of any new concept requires the support of the members of the target organisation (Weiner et al. 2009), especially in the case of teachers who work relatively autonomously in schools (Mintzberg 1979; Heward et al. 2007). To get an idea of the support that HP receives in the respective school, participants were asked to rate their respective school's teachers' interest in HP activities on a four item scale: "very interested", "rather interested", "rather not interested", "not at all interested". Participants were also asked to estimate the number of teachers contributing to HP activities at their school. Using this number and the total number of teachers the percentage of teachers who are involved in HP activities was calculated. Since studies have shown that having a group of people responsible for HP works as a facilitating factor (Bond et al. 2001; Leurs et al. 2005; Gugglberger and Dür 2011), the survey also examined whether or not the school had specially appointed a HP team.

## Investments in HP

Participants were asked whether or not the school had dedicated additional funds and staff to HP. Both have been shown to work as supporting factors for a HP programme (St Leger 1998; Lister-Sharp et al. 1999; Gugglberger and Dür 2011). Specially appointed staff may even be more supportive than monetary resources, as has been shown in in hospitals (Röthlin et al. 2015).

## *School-wide implementation of HP activities*

HP activities were investigated in seven categories according to the Austrian “Healthy School” (*Gesunde Schule*) concept (Gravogl et al. 2010): nutrition, physical activity, addiction prevention, psychosocial health, school environment, learning and teaching, and school development. For each of the seven categories, participants were asked whether or not they had implemented at least one school-wide activity within the present year.

## *Existing HP structures and programmes*

The questionnaire included a list of 20 health promoting structures and programmes. The list comprised items such as “no vending machines selling soft drinks”, “burn-out prevention for teachers”, or “guidelines for the assessment of student performance”. Participants responded whether these existed in their school on a yes-or-no scale. For the analysis, two subgroups for the five most and the five least commonly stated items from the list were also created.

## *Issues in students’ and teachers’ behaviour*

To investigate the extent of problematic and aggravating behaviour by students and teachers alike, participants were questioned regarding 13 common issues, e.g., “bullying”, “teachers’ misconduct”, “absenteeism”. These were based on a questionnaire which is used alongside the Health Behaviour of School-Aged Children (HBSC) study to investigate school environment (Currie et al. 2009). The participants were asked to rate whether each of the statements represented a “big problem”, a “small problem” or “no problem at all”. For the analysis, the scale was consolidated into an index ( $\alpha=.78$ ), ranging from 1 point (least desirable) to 3 points (most desirable).

## Social climate

The social climate in a school is an important predictor of school satisfaction and an indicator for social capital in a school (Samdal et al. 1998; Vieno et al. 2005). As such, it is a critical outcome variable for school-wide HP implementation. It is also in itself a facilitating factor for HP implementation as a good (i.e., open and democratic) social climate increases the chance of successful implementation of long-term changes (Weiner et al. 2009; Bessems et al. 2011). Moreover, positive social climate has a positive impact on psychosocial health (de Róiste et al. 2012). Participants were asked how they would judge the social climate between students, between teachers, and in general among all school users (including parents) on an 11-point scale from “very bad” (0) to “very good” (10).

## Results

### Type of HP implementation

Two thirds of the schools in the comparison group implemented only occasional HP projects (type i). About a quarter of all schools were implementing HP according to strategy type ii with the only difference between groups 2 and 3 in this category. The co-ordination of all HP activities via a team (type iii) was especially popular in groups 1 and 3 while the systematic integration of HP into SD processes or quality management was least common in group 1. However, more than half of the schools with a combined approach were using this strategy (table 2).

Table 2: Implementation types

	total		comparison group		group 1			group 2			group 3		
	percentage	percentage	percentage	percentage	percentage	OR	CI (.95)	percentage	OR	CI (.95)	percentage	OR	CI (.95)
<b>type i:</b> occasional HP projects	49.20%	69.00%	32.6% <sup>c3</sup>	0.423	.111–.422		33.1% <sup>c3</sup>	0.348	.141–.348		8.6% <sup>c1z2</sup>	0.101	.017–.100
<b>type ii:</b> regular projects and/or organisation-wide programmes led by individuals	24.80%	25.00%	30.40%	2.599	.662–2.598		28.2% <sup>3</sup>	1.896	.734–1.895		14.3% <sup>2</sup>	1.029	.243–1.028
<b>type iii:</b> co-ordination of all HP activities by a HP team	6.90%	1.10%	21.7% <sup>c2</sup>	98.973	6.839–98.973		4.8% <sup>c1z3</sup>	19.362	1.171–19.361		24.3% <sup>c2</sup>	106.128	8.505–106.128
<b>type iv:</b> systematic integration of HP into processes of SD and/or quality management	19.10%	4.90%	15.2% <sup>c2z3</sup>	9.108	1.315–9.107		33.9% <sup>c1z3</sup>	18.986	5.139–18.986		52.9% <sup>c2z3</sup>	44.129	10.595–44.128

## Teachers' involvement in HP

HP in Austrian schools usually relies heavily on the support of teachers. Thus, HP implementation is facilitated by a high interest of the teachers in the topic. While schools in both groups 1 and 2 show higher teacher interest than the comparison

group, the highest rates were found in schools from group 3. While a third of school heads from the comparison group responded that teachers at their school were “rather not” or “not at all interested” in HP, this rate is at 16% in group 2, at 10.6% in group 1 and at only 2.8% in group 3.

Similar results were observed for the percentage of active teachers: Groups 1, 2 and 3 showed a higher mean percentage than the comparison group (33.3%; std=23.221). Schools using a combined approach had a higher mean (51.8%; std=28.254) than schools in group 2 (41.7%; std=28.133). However, due to the small sample size, there was no difference to the mean in group 1 (41.8%; std=26.832). Schools with the support of a HP organisation were by far more likely to also have a HP

Table 3: HP indicators

	total		group 1				group 2				group 3			
	percentage	comparison group	percentage	OR	CI (.95)	percentage	OR	CI (.95)	percentage	OR	CI (.95)	percentage	OR	CI (.95)
HP Team	36.50%	16.00%	72.3% <sup>c2a</sup>	27.794	6.757-27.793	44.0% <sup>c1a3</sup>	6.554	2.586-6.554	88.9% <sup>c2a3</sup>	92.81	18.934-92.810			
investments: staff	11.20%	5.20%	23.4% <sup>c</sup>	12.856	2.385-12.856	18.4% <sup>c</sup>	8.041	2.077-8.041	17.1% <sup>c</sup>	8.344	1.685-8.344			
investments: funds	14.00%	6.90%	27.7% <sup>c</sup>	11.294	2.384-11.294	16.1% <sup>c3</sup>	5.011	1.359-5.010	36.4% <sup>c2</sup>	15.144	3.971-15.144			
nutrition	47.50%	33.30%	63.8% <sup>c3</sup>	3.529	1.861-6.692	56.0% <sup>c3</sup>	2.545	1.665-3.891	83.3% <sup>c1a2</sup>	10	5.153-19.405			
physical activity	57.00%	46.80%	63.8% <sup>c</sup>	2.006	1.063-3.786	70.4% <sup>c</sup>	2.704	1.735-4.214	73.6% <sup>c</sup>	3.172	1.794-5.604			
addiction prevention	41.20%	36.50%	44.70%	2.606	.755-2.606	52.0% <sup>c</sup>	1.882	1.236-2.863	40.30%	1.171	1.236-2.863			
psychosocial health	16.70%	11.90%	19.10%	3.932	.788-3.931	23.2% <sup>c</sup>	3.848	1.31-3.848	25.0% <sup>c</sup>	4.672	1.313-4.671			
school environment	16.00%	11.20%	25.5% <sup>c</sup>	5.71	1.289-5.709	21.6% <sup>c</sup>	3.788	1.255-3.788	20.8% <sup>c</sup>	4.065	1.067-4.064			
learning and teaching	54.50%	49.70%	40.4% <sup>a3</sup>	1.282	.368-1.282	64.8% <sup>c1</sup>	2.863	1.214-2.863	66.7% <sup>c1</sup>	3.469	1.183-3.469			
school development	63.30%	55.80%	57.4% <sup>3</sup>	1.99	.576-1.990	72.8% <sup>c</sup>	3.339	1.349-3.338	83.3% <sup>c1</sup>	7.663	2.051-7.663			

team (72.3%) than schools in the comparison group (16%) as well as those in group 2 (44%). But there was also a combinatory effect in those schools that used a combined approach: The presence of an HP team was found in 88.9% of schools in group 3 (table 3).

### *Investments in HP*

Austrian schools have little scope for the investment of additional resources. However, schools in groups 1, 2 and 3 were more likely to invest additional funds and assign additional staff hours to HP than those in the comparison group. The investment of additional funds was more likely only in schools from groups 1 and 3 (table 3).

### *School-wide implementation of HP activities*

The implementation of HP activities was wide-spread in the schools and 88.3% of all the schools in the sample were implementing at least some HP activity on a school-wide level. Compared to schools without HP implementation, schools in group 1 differed in only three areas (nutrition, physical activity, school environment) while schools in group 2 differed in all seven areas and schools in group 3 in six. Only in group 2 activities in the field of addiction prevention were more often implemented than in the comparison group. More schools in group 3 were implementing activities in the field of nutrition than in all three other groups (table 3).

### *Existing HP structures and programmes*

The groups were compared according to a list of 20 HP structures and programmes. Groups 1, 2 and 3 implemented a higher mean number of activities than the comparison group. The mean of group 2 was also lower than that of group 3. In addition, the prevalence of the five most often and the five least often implemented activities was analysed: Regarding the most common items, only schools with a combined approach showed a higher mean than the comparison group. Pertaining to the five least often implemented items, all three groups showed a higher mean than the comparison group. Again, there was a significant difference between the means of groups 2 and group 3 (table 4).

	total	comparison group	group 1	group 2	group 3
mean of total 20 (std)	11.77(3.050)	11.09(3.008)	<b>12.45<sup>c</sup></b> (2.940)	<b>12.31<sup>c:3</sup></b> (2.677)	<b>13.33<sup>c:2</sup></b> (3.108)
mean of 5 most implemented (std)	4.11(1.033)	4.02(1.082)	<b>4.34<sup>c</sup></b> (.815)	4.14(1.022)	<b>4.29<sup>c</sup></b> (.926)
mean of 5 least implemented (std)	1.72(1.195)	1.41(1.110)	<b>2.17<sup>c</sup></b> (1.129)	<b>1.96<sup>c:3</sup></b> (1.146)	<b>2.32<sup>c:2</sup></b> (1.276)

Table 4: existing structures and programmes

A more detailed analysis showed that schools in both group 1 and group 2 were more likely to have implemented four of the 20 activities than the comparison group. Three of the four activities, viz. options for teachers to buy food, physical activities outside p.e. classes, and common guidelines for the assessment of student performance were common to groups 1 and 2. Furthermore, schools with a health-related SD programme were more likely to offer coaching programmes for teachers, while those cooperating with a HP organisation were more likely to offer balanced food options. A clear combined effect can be seen, as schools in group 3 were more likely to have implemented activities in half of the 20 categories in contrast to the comparison group.

### *Issues in students' and teachers' behaviour*

There were hardly any differences between the groups according to the index of school users' behaviour. Only schools that cooperated with a HP organisation showed a more favourable outcome (mean=2.52; std=.284) than the comparison group (mean=2.41; std=.314). Schools in both groups 2 (mean=2.47; std=.276) and 3 (mean=2.46; std=.288) showed similar results to the comparison group.

### *Social climate*

There were no significant differences in social climate between any of the four groups. The mean social climate between students was described at 2.34 (std=1.548), between teachers at 1.8 (std=1.673) and between all school users at 2.18 (std=1.531).

## *Discussion*

The results support the findings of other contemporary HP literature on how schools profit from outside support when implementing HP and also provide interesting insights for policy makers. Schools which received support from a HP organisation, implemented HP via SD, or implemented HP using a combinatory approach, showed

better outcomes than schools in the comparison group. It is likely that this is not purely an effect of the received support because better conditions may be expected even prior to adopting a HP programme, e.g., a broader acceptance of HP values within the schools. Schools may also acquire the help of a support organisation as part of their ongoing HP programme. However, the significant differences between the groups, including especially strong effects in schools with a combined approach, may suggest a direct influence of the three approaches on the presented HP indicators.

Some of the associations between existing structures and the HP indicators may be explained by closely examining the demands of the approach chosen by the respective schools: In many of the available programmes, establishing an HP team is an important prerequisite (Teutsch et al. 2015a) which explains the high prevalence of HP teams in schools from group 1. The supporting organisations also help in the acquisition of additional resources for HP or even provide them themselves (Teutsch et al. 2015a). Furthermore, there was a tendency for schools in group 1 to focus on more “traditional” themes of HP such as nutrition, physical activity, and school environment. This might be contributed to the influence of the HP organisations, which often propose a focus on what they believe to be more “accessible” topics (e.g., nutrition and physical activity) to facilitate school-wide implementation of a certain theme, as has been observed elsewhere (Adamowitsch et al. 2014). Schools implementing HP as part of SD processes (group 2), on the other hand, seemed to decide in favour of a wider, less focused assortment of HP activities. They were also more likely to connect HP to learning and teaching. Which may be attributed to the overall focus of the SD programmes to improve the conditions for teaching and learning (Federal Ministry of Education and Women’s Affairs 2013; General Directorate for Vocational Education and Training Adult Education and School Sports [Federal Ministry of Education and Women’s Affairs] 2015).

The findings also demonstrate that the most desirable structures and conditions are to be found in schools with a combination of the two approaches (group 3). In some ways the two approaches might complement each other because of their different contents. Furthermore, some of the combinatory effects can be possibly explained by the difference between the bottom-up and top-down approach (Russ 2008; Kuipers et al. 2014). The voluntary decisions that lead to cooperation with a HP organisation

ideally allow all school users to participate and the approach generally relies on their active participation. As schools are usually not obliged to participate in the programme and if support for the HP programme wanes, some or all HP activities may easily be discontinued without further consequences (Teutsch et al. 2015a). As such, this approach can be considered to be a bottom up strategy. The SD programmes on the other hand resemble a programmatic approach steered by the Ministry of Education which demands regular reports on development and progress. While the choice to adopt a health-related topic is still a decision made by the particular school, there is a demand from a hierarchically higher level to engage in planning and to follow a certain development plan over a number of years. It can therefore be argued that this is a more top-down approach. While many HP programmes are based on the voluntary commitment of the schools, more top-down approaches have also shown to be successful in implementing school HP (Gugglberger and Inchley 2012).

Facilitating and hindering factors of both the bottom-up and top-down approaches to change management have been discussed in literature (Russ 2008). Combined approaches have also been suggested, to compensate for some of the hindering characteristics of each of the strategies (Ryan et al. 2008). In Austria, teachers traditionally enjoy a high degree of autonomy in the classroom (Fend 2008), and school heads are often recruited from the teaching staff and their duties are often focused on administrative tasks (Fend 2008). Only in few cases will the school head be in a position of strong leadership which would facilitate organisational change (Heward et al. 2007). But an implementation as part of the programmatic SD processes may compensate for the relative absence of leadership and might even explain the high support for HP among teachers regardless of the presence of transformational leadership (van der Voet 2014).

The findings of this paper present an opportunity for political stakeholders: The provision of the necessary tools and methods in combination with the requirement to plan and report may not only facilitate implementation of certain activities, it may also help to establish support among the teachers, creating the basis for organisational change. A clear mandate in favour of HP from within the hierarchy may aid in the establishment of structures which support its implementation and might also be able to compensate for the lack of transformational leadership capacities among the

present school heads. Such a strong political mandate might also be beneficial for the supporting organisations, as it can help to give HP a better position within the school and become more than the pet project of a small group of teachers, while the organisations' unique knowledge of HP processes would allow them to continue their role in shaping implementation processes. To compensate for the absence of such a mandate, the supporting organisations may themselves want to develop strategies to demand more commitment within the schools.

The comparison of the four groups nevertheless mostly showed differences on the level of the HP programme. There were hardly any differences to be found on either the level of experienced problems or the social climate within the schools. Results of HP programmes – especially in terms of improvements in infrastructure and school climate – can be expected to depend on long-term implementation (Wells et al. 2003; Fixsen et al. 2005; Stewart-Brown 2006; Inchley et al. 2007). The sampled schools have been implementing HP for different lengths of time, many of them only for a few years. A preliminary analysis of schools which had been implementing HP for five years or longer, indeed showed more favourable results in regards to social climate and issues in students' and teachers' behaviour.

For researchers, a number of crucial points within the findings show the need for further research: Even though the findings show that schools that are not part of networks or programmes are also successful in establishing HP structures and activities, little is known about how they implement HP. The facilitating influence of support organisations especially on the processes of adoption and early implementation are not very well studied. More investigation into the influences of emergent versus planned approaches in the field of HP implementation also seems necessary.

## **Limitations**

This is a secondary analysis; the data was not specifically collected to investigate the research questions posed in this article. For most of the questions, participants were asked about existing structures and programmes available at their school, but in other cases they were asked to judge and/or quantify more complex realities. Thus their responses also depended on their ability to assess these factors and respond within the given categories.

There was a disproportional distribution of vocational schools between the investigated groups which may be expected to be the case in the population as well. Preliminary analyses that controlled for this distribution nevertheless showed the same trends as presented in this paper, with only a few differences. Some of these differences could be attributed to the existing conditions in vocational schools: They are often larger in size and the role of the teacher is organised slightly differently which may explain some of the variance in the teacher-focused HP. They are also frequented by older students which might have influenced the relatively low prevalence of activities that aim to influence students' behaviour. Vocational schools in groups 2 and 3 will also have had eight more years of experience with SD than schools of other types.

## *Conflict of interest*

None declared.

## *Acknowledgments*

The author would like to thank all the participants for their time and interest in the study. Furthermore my thank goes to Rosemarie Felder-Puig for the support in conducting of the study, Lukas Baumann, Simone Grandy, Gunter Maier for their ideas, Kristin Ganahl and Sandra Peer for their support in the analyses, as well as Lisa Gugglberger and Almas Merchant for their help in the final preparation of the manuscript.

## *References*

- Adamowitsch M, Gugglberger L, Dür W (2014) Implementation practices in school health promotion: findings from an Austrian multiple-case study. *Health Promot Int.* doi: 10.1093/heapro/dau018
- Altrichter H, Heinrich M, Soukup-Altrichter K (2014) School decentralization as a process of differentiation, hierarchization and selection. *J Educ Policy* 29:675–699. doi: 10.1080/02680939.2013.873954
- Altrichter H, Kanape-Willingshofer A (2012) Bildungsstandards und externe Überprüfung von Schülerkompetenzen: Mögliche Beiträge externer Messungen

zur Erreichung der Qualitätsziele der Schule. In: Herzog-Punzenberger B (ed) Bildungsbericht 2012. Leykam, Graz, pp 355–394

Bessems KMHH, Van Assema P, Paulussen TWGM, de Vries NK (2011) Evaluation of an adoption strategy for a healthy diet programme for lower vocational schools. *Health Educ Res* 26:89–105. doi: 10.1093/her/cyq075

Bond L, Glover S, Godfrey C, Butler H, Patton GC (2001) Building capacity for system-level change in schools: lessons from the Gatehouse Project. *Health Educ Behav* 28:368–383. doi: 10.1177/109019810102800310

Currie C, Griebler R, Inchley J, Theunissen A, Molcho M, Samdal O, Dür W (2009) Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study protocol: background, methodology and mandatory items for the 2009/10 survey. CAHRU&LBIHPR, Edinburgh&Vienna

de Róiste A, Kelly C, Molcho M, Gavin A, Gabhainn SN (2012) Is school participation good for children? Associations with health and wellbeing. *Health Educ* 112:88–104. doi: 10.1108/09654281211203394

Dür W, Gerhartl M, delle Grazie J, Spitzbart S, Wilkens E, Redl S, Hofmann W (2009) Projekt Gesunde Schule Abschlussbericht 2009. BMUKK, Vienna

Federal Ministry of Education and Women's Affairs (2013) SQA – Schulqualität Allgemeinbildung: Richtlinien für das Schuljahr 2013/14 (Rundschreiben Nr.: 14/2013). BMBF, Vienna

Fend H (2008) Schule gestalten. Systemsteuerung, Schulentwicklung und Unterrichtsqualität. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F (2005) Implementation research: a synthesis of the literature. Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, University of South Florida, Tampa, Florida

Flaschberger E, Nitsch M, Waldherr K (2012) Implementing school health promotion in Austria: Experiences from a pilot training course. *Health Promot Pract* 13:364–9. doi: 10.1177/1524839910386908

General Directorate for Vocational Education and Training Adult Education and School Sports [Federal Ministry of Education and Women's Affairs] (2015) VET

schools and colleges in Austria. General Directorate for Vocational Education and Training, Adult Education and School Sports (BMBF), Vienna

Gössinger P (2014) Professionelle Teamarbeit in der Neuen Mittelschule. Open Online J Res Educ 72–89.

Gravogl B, Rauch J, Schaffer C-M, Sebinger S, Spitzbart S, Wögerbauer E (2010) Gesundheit macht Schule! Und alle machen mit. HVB, Vienna

Gugglberger L (2011) Support for health promoting schools: a typology of supporting strategies in Austrian provinces. Health Promot Int 26:447–56. doi: 10.1093/heapro/dar009

Gugglberger L, Dür W (2011) Capacity building in and for health promoting schools: results from a qualitative study. Health Policy (New York) 101:37–43. doi: 10.1016/j.healthpol.2010.08.019

Gugglberger L, Inchley J (2012) Phases of health promotion implementation into the Scottish school system. Health Promot Int. doi: 10.1093/heapro/das061

Herzog-Punzenberger B, Brunefort M, Lassnigg L (2013) National education report Austria 2012. Indicators and topics: An overview. Leykam, Graz

Heward S, Hutchins C, Keleher H (2007) Organizational change – Key to capacity building and effective health promotion. Health Promot Int 22:170–8. doi: 10.1093/heapro/dam011

Hopkins D, Levin B (2000) Government policy and school development. Sch Leadersh Manag 20:15–30. doi: 10.1080/13632430068851

Inchley J, Muldoon J, Currie C (2007) Becoming a health promoting school: evaluating the process of effective implementation in Scotland. Health Promot Int 22:65–71. doi: 10.1093/heapro/dal059

Johnson A, Baum F (2001) Health promoting hospitals: a typology of different organizational approaches to health promotion. Health Promot Int 16:281–7.

Kremser W (2011) Phases of school health promotion implementation through the lens of complexity theory: lessons learnt from an Austrian case study. Health Promot Int 26:136–47. doi: 10.1093/heapro/daq063

- Kuipers BS, Higgs M, Kickert W, Tummers L, Grandia J, van der Voet J (2014) The management of change in public organizations: a literature review. *Public Adm* 92:1–20. doi: 10.1111/padm.12040
- Lassnigg L, Felderer B, Paterson I, Kuschej H, Graf N (2007) *Ökonomische Bewertung der Struktur und Effizienz des österreichischen Bildungswesens und seiner Verwaltung*. IHS, Vienna
- Leurs MTW, Schaalma HP, Jansen MWJ, Mur-Veeman IM, St Leger LH, de Vries N (2005) Development of a collaborative model to improve school health promotion in The Netherlands. *Health Promot Int* 20:296–305. doi: 10.1093/heapro/dai004
- Lister-Sharp DJ, Chapman S, Stewart-Brown S, Sowden AJ (1999) Health promoting schools and health promotion in schools: two systematic reviews.
- Mintzberg H (1979) *The structuring of organizations: a synthesis of the research*. Prentice-Hall, Inc., Upper-Saddle Hall, NJ
- Mūkoma W, Flisher AJ (2004) Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies. *Health Promot Int* 19:357–68. doi: 10.1093/heapro/dah309
- Röthlin F, Schmied H, Dietscher C (2015) Organizational capacities for health promotion implementation: results from an international hospital study. *Health Promot Int* 30:369–379. doi: 10.1093/heapro/dat048
- Rowe F, Stewart D (2009) Promoting connectedness through whole-school approaches: a qualitative study. *Health Educ* 109:396–413. doi: 10.1108/09654280910984816
- Russ TL (2008) Communicating change: a review and critical analysis of programmatic and participatory implementation approaches. *J Chang Manag* 8:199–211. doi: 10.1080/14697010802594604
- Ryan N, Williams T, Charles M, Waterhouse J (2008) Top-down organizational change in an Australian government agency. *Int J Public Sect Manag* 21:26–44. doi: 10.1108/09513550810846096
- Samdal O, Nutbeam D, Wold B, Kannas L (1998) Achieving health and educational goals through schools – A study of the importance of the school climate and the

students' satisfaction with school. *Health Educ Res* 13:383–397. doi:  
10.1093/her/13.3.383

Specht W, Sobanski F (2012) OECD review on evaluation and assessment frameworks for improving school outcomes: country background report for Austria. BMUKK, Vienna

St Leger L (1997) Health promoting settings: from Ottawa to Jakarta. *Health Promot Int* 12:99–101.

St Leger L (1998) Australian teachers' understandings of the health promoting school concept and the implications for the development of school health. *Health Promot Int* 13:223–235. doi: 10.1093/heapro/13.3.223

St Leger L, Young I, Blanchard C, Perry M (2010) Promoting health in schools – From evidence to action. IUHPE, Saint Denis Cedex

Stewart-Brown S (2006) What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

Teutsch F, Gugglberger L, DürW(2015a) School health promotion providers' roles in practice and theory: results from a case study. *Health Policy (NewYork)* 119:82–87. doi:10.1016/j.healthpol.2014.09.004

Teutsch F, Hofmann F, Felder-Puig R (2015b) Kontext und Praxis schulischer Gesundheitsförderung. Ergebnisse der österreichischen Schulleiter/innenbefragung 2014 (LBIHPR Forschungsbericht). LBIHPR, Vienna

van der Voet J (2014) The effectiveness and specificity of change management in a public organization: transformational leadership and a bureaucratic organizational structure. *Eur Manag J* 32:373–382. doi:  
10.1016/j.emj.2013.10.001

Vieno A, Perkins DD, Smith TM, Santinello M (2005) Democratic school climate and sense of community in school: a multilevel analysis. *Am J Community Psychol* 36:327–41. doi: 10.1007/s10464-005-8629-8

- Weiner BJ, Lewis MA, Linnan LA (2009) Using organization theory to understand the determinants of effective implementation of worksite health promotion programs. *Health Educ Res* 24:292–305. doi: 10.1093/her/cyn019
- Wells J, Barlow J, Stewart-Brown S (2003) A systematic review of universal approaches to mental health promotion in schools. *Health Educ* 103:197–220. doi: 10.1108/09654280310485546
- Wicklender MK (2006) Implementing and evaluating the national healthy school program in England. *J Sch Nurs* 22:250–258.
- World Health Organization (1986) *Ottawa Charter*. WHO, Geneva

## Überleitung zur vierten Publikation

Die Ergebnisse des dritten Artikels sind hinsichtlich der darin gestellten Frage nach effektiver Unterstützung nachhaltiger Implementationsstrukturen in vieler Hinsicht aufschlussreich: Es wird gezeigt, dass unterschiedliche Formen von Unterstützung mit unterschiedlichen Strukturen innerhalb der Schulen assoziiert werden können. Die Richtung des Zusammenhangs konnte anhand der verwendeten Methodik nicht bestimmt werden: Wählen Schulen mit bestimmten Strukturen bestimmte Unterstützungsprogramme aus oder beeinflussen die Unterstützungsprogramme Schulen in eine bestimmte Richtung? Allerdings erlaubt die weitere Analyse die Schlussfolgerung, dass es zumindest teilweise die Unterstützungsprogramme sind, die auf die Strukturen wirken. Dadurch, dass jene Schulen am ehesten wünschenswert, im Sinne wirksamer Umsetzungsstrukturen besaßen, die beide Formen von Unterstützung erhielten, also sowohl Teil von Gesundheitsförderungsnetzwerken waren als auch Gesundheitsförderung als Teil der Qualitätssicherungsmaßnahmen betrieben. Auch die Interpretation einiger Analyseergebnisse unterstreicht diese Hypothese, wenn beispielsweise in Schulen, die mit Gesundheitsorganisationen zusammenarbeiten, öfter Gesundheitsteams zu finden waren, die Verantwortung über die Implementierung übernommen hatten. Diese Gesundheitsteams stellen in der Theorie der meisten Gesundheitsschule Konzepte einen zentralen Bestandteil dar und werden dementsprechend von Gesundheitsorganisationen – die sich wiederum in der Regel auf derartige Konzepte stützen – auch in ihren Anforderungen propagiert. (Wenngleich in der ersten Publikation gezeigt wurde, dass Gesundheitsorganisationen nicht notwendigerweise darauf bestehen, dass derartige Strukturen tatsächlich implementiert werden.)

Die Umwelt beeinflusst also zumindest gewisse formale Strukturen innerhalb von Schulen, die strukturelle Kopplung an das weitere Bildungssystem liefert dabei teilweise bessere Ergebnisse oder führt zumindest zu – im Sinne der theoretischen Basis der Gesundheitsförderung – wünschenswerteren Strukturen.

Effekte der Unterstützungssysteme auf die erhobenen Outcomevariablen wie das Schulklima oder SchülerInnenverhalten wurden im analysierten Datensatz hingegen keine gefunden. In dieser Hinsicht muss sicherlich davon ausgegangen werden, dass andere Variablen einen stärkeren Einfluss auf Gesundheitsergebnisse besitzen, beispielsweise die Laufzeit oder nicht

zuletzt Zielsetzungen der implementierten Maßnahmen. Allgemein wird davon ausgegangen, dass insbesondere bei komplexen Interventionen mit kurzfristigen Effekten nicht zu rechnen ist, sondern vielmehr von einer Laufzeit von bis zu fünf Jahren auszugehen ist, bevor die Veränderungen sichtbar werden (Fixsen et al 2005). Bei einer explorativen Analyse der Berufsschulen, die bereits seit zehn Jahren QIBB implementierten, zeigten sich hingegen auch stärkere Effekte im Rahmen der Outcomevariablen.

Die dritte Publikation sticht durch ihre Methodik aus den hier zusammengefassten Artikeln heraus: als einzige enthält sie eine quantitative Analyse eines repräsentativen Datensatzes. Dabei soll an dieser Stelle eine allgemeine Einschränkung für die wissenschaftliche Untersuchung von österreichischen Schulen aufgezeigt werden. Im Allgemeinen ist hier mit einigen Zugangsschwierigkeiten zum Feld zu rechnen, die sich teilweise aus den in der Einleitung zusammengefassten Strukturen im österreichischen Bildungssystem sowie der relativen Unabhängigkeit der LehrerInnen erklären lassen: Die Stellung der Schule in der hierarchischen Struktur des österreichischen Bildungssystem erschwert zusätzlich den Zugang, nachdem die Entscheidung, WissenschaftlerInnen Zutritt in die Schulen zu gewähren, nicht auf der Ebene der Schule, sondern auf Ebene der Landesschulräte getroffen wird. Diese stehen wiederum in einem politischen Spannungsfeld mit dem zuständigen Ministerium. Zusätzlich gilt, dass LehrerInnen in ihrer traditionellen Rolle nicht gewohnt sind, den Blick auf den Unterricht zuzulassen (Fend 2008; Mintzberg 1992). Gemeinsam erschweren diese – größtenteils dem Schutz der SchülerInnen und LehrerInnen geltenden und damit durchaus nachvollziehbaren Argumente – sowohl persönliche Erhebungen als auch die Befragung repräsentativer Samples. Bei dem Versuch einer Fragebogenerhebung führen diese Strukturen dazu, dass mit Selbstselektion der Teilnahmeschulen zu rechnen ist.

Eine weitere Einschränkung der für die dritte Publikation erhobenen Daten ist, dass die Befragung unter SchulleiterInnen stattgefunden hat und nur unzureichende Indikatoren existieren, um auf dieser Ebene verlässlich Wirkungen von Gesundheitsförderungsprogrammen zu erheben. Organisationsstrukturen sind für SchulleiterInnen leichter zu identifizieren als beispielsweise das soziale Klima zwischen SchülerInnen. Diese Einschränkung ist hier insofern für die Outcomevariablen zu ziehen.

Bei den zu erwartenden Effekten von Gesundheitsförderungsprogrammen muss also nach wie vor stark auf die Ergebnisse anderer Untersuchungen zurückgegriffen werden, wie etwa auf die Arbeiten von Mūkoma und Flisher (2004), Stewart-Brown (2006) oder zuletzt von Langford und KollegInnen (2015). Eine Eigenschaft erfolgreicher Maßnahmen ist die Gestaltung als schulweites Programm, als *Whole-School Approach*. Der vierte Artikel *Analysis of Whole-School Policy Changes in Austrian Schools* geht der Frage nach, wie österreichische Schulen schulweite Maßnahmen implementieren, mit welchen Hindernissen sich AkteurInnen bei derartigen Programmen konfrontiert sehen und mit welchen Strategien die EntscheidungsträgerInnen die Implementierung unterstützen. Der Zugang zur Praxis komplexer Programme ist allerdings schon dadurch erschwert, dass solche insgesamt nur selten umgesetzt werden – sowohl international als auch auf nationaler Ebene. Auf der Suche nach Fällen wurde eine Gruppe von Schulen ausgewählt, die Veränderungen an ihren Zeitstrukturen vorgenommen hatten, beispielsweise Unterrichtseinheiten zusammengelegt oder Beginnzeiten geändert haben. Auch wenn derartige Programme oft gesundheitsförderliche Aspekte aufweisen, handelt es sich dabei insgesamt um ein intersektionales Thema (Flaschberger et al 2015). In den untersuchten Schulen wurden die Veränderungen ebenfalls oft mit Argumenten zur Steigerung des Wohlbefindens und der SchülerInnengesundheit in Zusammenhang gebracht. Oft wurde mit den Maßnahmen aber auch auf eine Verbesserung der Lernleistung oder einer Erleichterung des schulischen Arbeitsalltags abgezielt.

Bei der Untersuchung handelt es sich um eine themenanalytische Auswertung nach Froschauer und Lueger (Froschauer und Lueger 2003) von 19 Interviews mit LehrerInnen und SchulleiterInnen aus zehn österreichischen Schulen, an denen in den vergangenen Jahren Maßnahmen zur Um- und Neugestaltung der Zeitstrukturen stattgefunden hatten. Die Daten wurden im Rahmen einer Studie des LBIHPR zur Aufarbeitung des Status-Quo und zur Identifikation von Best-Practice Modellen bezüglich gesundheitsförderlicher Zeitstrukturen an österreichischen Schulen zwischen Oktober 2014 und Jänner 2015 erhoben. Zum Zeitpunkt des Abschlusses der vorliegenden Dissertation durchlief der Artikel den Reviewprozess bei *Health Promotion International*. Die vorliegende Fassung wurde bereits anhand der Kommentare der anonymen ReviewerInnen überarbeitet.

# **Analysis of whole-school policy changes in Austrian schools**

Friedrich Teutsch, Lisa Gugglberger

Eingereicht bei *Health Promotion International* (27. Juni 2017)

## *Summary*

Health Policies with school-wide effects have been shown to improve the health of students and school staff, but in practice, Austrian schools struggle with this approach. Ten Austrian schools which had recently adopted new time structure policies were investigated. On the basis of nineteen interviews with school staff, we used thematic analysis to identify facilitating and hindering factors for the implementation processes. Furthermore, agency analysis was applied, in which the interviewees' use of language was interpreted to estimate their perception of their own agency in the context of policy change. We found that in schools where policy changes had been implemented successfully, staff was convinced of the benefits. In successful schools, time structures were understood to directly influence learning and teaching processes. A strong feeling of agency was found in staff members of schools where school-wide implementation had been successful. On the other hand, schools were confronted with hindering factors similar to those known from the implementation of other health policies. The results are discussed in the light of current implementation practices, and conclusions for practitioners are drawn.

## *Introduction*

A person's health is influenced not only by biological preconditions and their lifestyle but also by factors determined by their environment; organisational, as well as social, factors may facilitate people's ability to make healthy choices and may affect people's health directly (Antonovsky, 1996; McLeroy et al., 1988; Sallis et al., 2008). In recognition of this, the World Health Organization has devised their concept of Health Promotion, which aims to provide people with the abilities and possibilities to influence the determinants of their own health to control and improve it (Eriksson &

Lindström, 2008; Porter, 2007; World Health Organization, 1986). At the centre of these processes stand “settings” – organisational and social spaces that control their own determinants of health (Dooris, 2013; Whitelaw et al., 2001), e.g., cities, workplaces or hospitals (Pelikan et al., 2001; Röthlin et al., 2015). Schools have also been identified as an effective setting, not the least because of the chance to help children and adolescents to build a strong foundation for their health later in life (Langford et al., 2015). Interventions have been shown to improve the health and well-being of both students and school staff (C. P. Bonell et al., 2013; St Leger et al., 2007). To follow a setting-based approach, schools are required to implement health policies on the systems level to facilitate the transformation of organisational structures to change how people interact with each other (Deschesnes et al., 2013; Rowling & Samdal, 2011). Health policies that address structures and conditions play an important role in the implementation of health promotion (Hawe & Potvin, 2009). In practice, changing the conditions within a setting have been shown to be an element of effective health promotion (Mūkoma & Flisher, 2004; Stewart-Brown, 2006).

In Austria, public schools are not required to follow a national health promotion curriculum, but most schools implement health-promoting activities out of their own accord (Adamowitsch et al., 2017; Teutsch, 2016). Support on a regional level is usually available from specialised organisations; about one fifth of schools are part of such a health promotion network or programme (Teutsch et al., 2015). The Austrian healthy school concept includes policies and activities in six different thematic areas, e.g., teaching and learning, psycho-social health or nutrition and emphasises school development as the basis of successful health promotion (Gravogl et al., 2010). While organisations promote the implementation of policies with school-wide effects, in practice, they are the exception (Adamowitsch et al., 2017; Kremser, 2011). Some specific conditions of the Austrian educational system might further impede their implementation, e.g., the wide-spread absence of all-day schools or the complex system of political hierarchy (Herzog-Punzenberger et al., 2013).

The aim of this study is to investigate how the implementation of setting-based school-wide health policy can be facilitated under the present circumstances. We investigated changes in time structures (e.g., changes in a school's schedule, starting

times, lengths of lessons or intervals) which may not only support the health and well-being of school-staff and students (Keller et al., 2017; Reynolds et al., 2014; Wahlstrom et al., 2014), and will often require school-wide implementation. As such, they provide examples of school-wide policy implementation, experiences which can provide ideas and strategies for the implementation of setting-based health-promoting policies.

## *Research questions and methodology*

Our investigation was guided by the following questions:

- Which strategies do schools adopt for successful implementation of school-wide health policies?
- Which elements may be identified as hindering factors for the implementation of school-wide health policies?
- Which arguments are used to reinforce the importance of or devalue the ideas that support such changes?
- Do stakeholders perceive themselves as active agents, able to promote and implement school-wide health policies?

The investigation was informed by data which were collected as part of a study on alternative time structures in Austrian schools. Nineteen interviews were conducted with staff from ten different schools in four (of nine) Austrian provinces. The schools were selected purposefully via theoretical sampling to reflect a variety of measures concerning changes to the time structures, as well as school types, but not on the basis of their previous experience with health promotion (Ritchie & Lewis, 2009). Guided interviews were conducted with school heads and teachers; in one case, an additional school coordinator and the head of the connected boarding school were also present. The interviews had a mean duration of just over 30 minutes, with some more than twice this long. The data were collected in between the end of October 2014 and January 2015. All interviews were transcribed verbatim.

The data were analysed via thematic analysis (Braun & Clarke, 2008; Froschauer & Lueger, 2003), following a four-step process:

- Identification of topics present in the data
- Coding the data
- Collating codes, development of themes and subcategories
- Summary and description of the themes' characteristics

The selected schools had implemented some variation to the traditional time structures, on the basis of which they were divided into three groups, as described in Table 1. Schools in Group I had kept most of the traditional time structures and had implemented only minor changes, e.g., switching off the bell or varying the length of intervals. In this group, changes in the way teachers conducted their classes were not required. Schools in Group II had implemented more complex changes but left a lot of choice to staff about how to adapt to those changes. Thus, changes to the way classes were taught were optional to teachers. Finally, schools in Group III had implemented school-wide policy changes that were part of a larger package of innovations, including new ways of teaching and learning.

Name	Description	Schools' IDs
Group I	Simple policy changes	#2, #3, #5, #6
Group II	Group I + voluntary participation in complex policy changes	#1, #7, #9
Group III	Group II + compulsory complex policy changes	#4, #8, #10

Table 1: Description of groups

The thematic analysis resulted in four general themes, according to our research questions. For each, numerous subcategories were identified: *Implementation strategies* included ways and techniques that were employed to facilitate the implementation of whatever changes. Furthermore, we collated elements that were described as obstructing and delaying implementation as *hindering factors*. Finally, we analysed the staff's *arguments* both *in favour of* and *against policy changes*. We defined these as points made not necessarily based on context of the current policy changes or even personal experience but general ideas and opinions.

The importance of leadership and decision-making has been noted by implementation research in the field of health promotion (Whitelaw et al 2001). For a better understanding of the staff's ability to make decisions about changes in the organisational structures of their schools we used agency analysis to assess the participants' perceptions of how active and capable they are in relation to changing school policies. Agency analysis focuses on how the narrator linguistically constructs

their scope of action and initiative for action regarding specific events (Lucius-Hoene & Deppermann, 2002). Thus, agency analysis reveals where the narrator perceives that decisions are being made. Different forms of agency can be identified during analysis depending on the narrator's attribution. For this study we differentiate between *anonymous agency*, when an anonymous power is perceived to be in control, and *personal agency*, when "we" or "I" are perceived as acting out of their own accord (Kruse, 2011). Agency analysis was applied to the opening question of each interview, in which interviewees were asked to describe any changes to the traditional time structures they had made at their school. Furthermore, relevant sections in which interviewees talked how changes had come to be, how decisions regarding time structures had been made or why no changes had been made, were also analysed.

## *Findings*

### **Implementation strategies**

Staff emphasised the importance of a slow and cautious approach to the implementation of policy changes. Many schools had adopted a system that was at first only introduced for a limited period of time or one that was flexible enough to give teachers a choice of different measures from which they could pick and choose to suit their ideas.

The data also show that schools often implemented changes in their time structures in combination with wider policy changes within the schools (e.g., of the system of subjects or teaching methods). In general, the new time structures were often seen as part of wider innovations and of a modernisation of teaching standards.

*"Well, I think, you can't wish for a modern school and then the methods and the surroundings stem from ancient history. That has to develop hand in hand. You can't just say all the subjects are changing all the time. [...] For a modern school, for contemporary education, everything else has to change, too."*

(teacher, #3)

Many schools also had some sort of external support to facilitate the implementation processes. This strategy was found more prevalent in schools from Groups II and III,

which had successfully implemented policy changes that also directly affected how teaching and learning progressed.

Another important theme was the availability of supporting communication structures. Half of the schools employed new communication strategies to facilitate the changes. Some school heads invited teachers to join the group which helped in development of new policies others conducted surveys among the students to include their opinions in the decision-making process. Staff also expressed the importance of communication in general to facilitate changes to the deeply rooted structures and processes prevalent in the individual school.

The analysis of agency showed staff in schools that had successfully implemented new school policies spoke confidently about their role in the implementation process. Staff in schools where time structures had been changed used a lot of personal agency in their speech, i.e., they spoke of a “we”, used active verbs and described what they had actively done:

*“Yes, we have changed [the afternoon sessions]. It used to end at four o’clock sharp [...] We have changed it, right, we handle it with more flexibility.”*

(teacher, #8)

In contrast, staff in schools without successful implementation of policy changes would often use a generalising pronoun (“one”) when speaking of changes. Furthermore, rules and regulations were rather perceived in the sense of anonymous agency, attributed to an anonymous entity, difficult to address and to overcome.

I don’t think one could change that autonomously. [...] There are certain rules here with us, for example, main subjects always only until twelve o’clock, so, within the first four classes and no double lessons, even though it would be possible. That means main subjects on at least four days. These requirements exist.

(teacher, #7)

## **Hindering factors**

The analysis showed a number of different themes that hindered the implementation of health policies in schools. Most importantly, school staff felt restricted by external guidelines and rules. While this was a very common theme within the schools, none of the three school heads from Group III approached it as a hindering factor. They

managed to cope with external regulations by reframing the changes in time structures as part of their duties.

*“I believe that in educational matters, decisions must be left to the teaching body.”*

(school head, #8)

While the structures were still perceived as rigid and restrictive, this technique empowered the stakeholders to overcome them. Developing the responsibility for more aspects of school life seemed in this case an integral step to develop the agency for the implementation of school-wide policy changes.

Current organisational structures were also identified as a hindering factor. Again, this theme was more often addressed in schools that had not successfully implemented school-wide health policies, while in some cases, both teachers and school heads perceived the way their schools were organised as hindering to changes. This included criticism on the traditional role of teachers as fairly independent actors or the lack of a multi-level hierarchy (Fend, 2008).

Space was universally perceived as a restricting factor: schools were usually built specifically for traditional front-of-class teaching, lacking communal spaces. Such restrictions by the architecture and the layout of the school building were often seen as a major hindrance for the implementation of health policies. Especially staff, who spoke of the requirements of new and more progressive teaching methods, emphasised this.

*“It’s a whole different thing in a school in [an old part of town] where the school was probably built in 1890. Where you might get rooms seven meters high, but the hallways look more like in a ministry or a prison than like a school. And that’s difficult.”*

(school head, #4)

Further hindering factors were the lack of resources or people opposing the proposed changes: teachers, students and school heads, as well as third parties (e.g., families, school maintenance) were all described as having boycotted the implementation in one case or another because of their own interests. Finally, poor communication was also identified as a hindering factor, especially in schools from Group I.

## **Arguments for and against policy changes**

An important argument in favour of the policy changes was that they facilitated learning and teaching. This was used to reinforce the importance of very different policies: One teacher was of the opinion that longer lessons supported social coherence in class which would facilitate learning outcomes, in another case it was the fact that school started at a later hour that would make students more alert. Teaching and learning are a school's central functions, and arguing that certain policies would improve these functions helps to legitimise them in the school context (Altrichter et al., 2014; Fixsen et al., 2005).

Students' well-being was another important theme. The changes were often not implemented specifically in the context of health promotion and the increase of well-being was perceived as an additional bonus. For example, students were expected to feel more relaxed when they would start school at a later time in the morning and less stressed in an all-day school. Naturally, this would vary with the respective policy changes, but traditional structures were often perceived as a negative influence on students' well-being. The policies were perceived as a means to adjust the structures to better reflect the needs of the students. A similar argument was also made about the teachers' well-being: the newly adapted time structures would be more convenient for teachers and would facilitate their work. Staff often referred to new forms of teaching as dependent on new time structures and the implementation of certain policy changes was perceived as a step towards new and innovative teaching methods.

Analysis also showed organisational procedures as a theme, as new time structures were often perceived to support organisational processes, i.e., making administration easier or allowing for more flexibility at work. In some schools the staff was of the opinion that the old time structures had been a big hindrance to teaching and learning, underlining the necessity of the new policy.

Another repeated theme was the argument that the new policies would give the school a unique selling point in the competition with other schools. Staff argued that policy that allowed teachers and students to spend more time together in longer classes would foster a better sense of community that they would otherwise not be

able to achieve. This last argument was especially important in the three schools from Group III.

Finally, for some of the staff, more personal motivations were identified as the driving force behind their engagement:

*“We have got a lot of idealists and the system depends on them, I have to say. Without those idealists who have a sense of mission as educators and love working with students and that’s an important duty to them, fulfilling because they love doing it...”*

(teacher, #5)

In general, arguments against the time structures were less prevalent than those in favour. One of the school heads expressed the idea that a negative perspective on policy changes might also help to reassure the status quo against change, building on the focal quote:

*“Those who want find ways, those who don't find reasons.”*

(school head, #4)

Staff felt overwhelmed by the idea of confronting rules and regulations in the process of implementation and prevented schools from engaging in the implementation of school-wide policy. The conditions in the educational system were not perceived as supporting organisational change. Related to the respective hindering factors, this argument generalised bureaucratic hindrances, space restrictions and incompatibility with the school's duties.

Other themes that emerged during analysis were that there was no benefit for staff or students to be expected by the new policies. Teachers stated for example, that longer classes were too exhausting or that their daily routines were being disrupted by the changes. Similarly, it was argued that some measures would be hard on the students and that they would have trouble keeping up their attention in longer or later classes. These were arguments primarily reported by teachers, whereas school heads seldom expressed such worries.

Other arguments related more specifically to negative effects on teaching and learning processes. Negative expectations were not very common, but they were more likely to be reported by schools from Groups I and II, which had kept more traditional time structures.

In relation to the other arguments against policy changes, agency analysis showed that regarding staff from schools that had not implemented any changes or that had not actively contributed to changes, their personal agency used in their descriptions was more likely to be restricted. Here, mostly anonymous agency was identified – i.e., descriptions about the structural framework and about (non-specified) powers that left no room for action. In the following quote, this can again be seen in the use of “one” as a generalising personal pronoun. The use of the more autonomous “we” would have been a sign of a more personal concern.

*“Well, one is also very restricted regarding the rooms, right? So, that is also something that has to be fully considered, therefore one just doesn’t have any real possibilities, right.”*

(school head, #3)

## *Discussion*

The analysis of the stakeholders' arguments shows that they see many potential benefits in the adaptation of time structures and similar policy changes. Arguments in favour consider benefits for health and well-being for both students and teachers. Softer factors, like the connection between well-being and the facilitation of learning, were also addressed, which participants also had experienced first-hand. This understanding of the connection between a healthy setting, well-being and academic achievements has been identified as a facilitator to the implementation of health promotion policy (McIsaac et al., 2013; St Leger et al., 2007). Policy that is perceived as directly influencing the school's core processes is likely to be more readily adopted, especially if it is mostly teachers who advance it (Jourdan et al., 2016; Viig & Wold, 2005).

In this investigation we analysed the perspectives of school staff on school-wide health policies that had been implemented in their schools. Within the organisational structures of schools the policies were perceived as an intersectional topic, with many effects on individuals and the organisation itself. Nevertheless, time structures are an important aspect of adolescent health (Boergers et al., 2014; Paiva et al., 2015). School-wide health policies that address structures are an important instrument to influence health behaviour and increase health for students and staff

alike (C. Bonell et al., 2013; Hung et al., 2014). The importance of changes to the school environment and the processes is also emphasised by the WHO's Health Promoting School Framework (Langford et al., 2015).

We found that the schools had to cope with difficulties similar to those which have been identified as hindering to the implementation of health policies: the necessity to co-ordinate policy changes with existing structures while coping with a minimum of resources makes such changes difficult (Gugglberger & Dür, 2011), as well as the restricting architecture in schools, a majority of which were built before 1975 (Teutsch et al., 2015). Another major factor is the lack of a clear mandate to consider the health of students, teachers and other school partners in decision-making (Adamowitsch et al., 2017). The results of the agency analysis support the idea that some school heads perceive themselves as administrators with a very limited area of responsibility (Fend, 2008). The relative lack of leadership makes the implementation of school-wide health policies – which has to coordinate changes in organisational structures – especially difficult (Deschesnes et al., 2013). Furthermore, the lack of a clear political mandate impairs the implementation of school-wide policy in a system where teachers are paid to teach and must perceive their participation in change processes as their leisure time (Adamowitsch et al., 2017).

The most important strategies to facilitate policy changes focused on including the stakeholders within the school in policy planning and implementation. Resistance from staff is known to be one of the most common hindering factors (Joffres et al., 2004; Kuipers et al., 2014), and approaches that allow school users to participate in the development and implementation of policy changes have long been suggested as a facilitating factor (Clift & Jensen, 2005; Griebler et al., 2014; Rosas, 2017). While they have been identified as a facilitating factor (Denman, 1999; Deschesnes et al., 2013), many Austrian schools lack well developed communication structures that support policy implementation. The implementation of such structures is therefore a necessary step to prepare schools for the implementation of setting-based health promotion. Furthermore, it has been noted that especially policies with school-wide effects rely heavily on the integration into existing structures and the support of teachers (Flaschberger, 2013; Jourdan et al., 2016). As such, it is worth noticing that

in one case, the policy changes were deliberately framed as an educational decision and as such falls into the school heads' autonomy (Altrichter et al., 2014).

The analysis of the stakeholders' arguments shows that health and well-being of students and school staff is an important argument that is used to emphasise the importance of policies, even if they are implemented in a different context. Furthermore, school staff was likely to draw the connection between well-being and the facilitation of learning. The relationship between a health promoting school, well-being and academic achievements has been identified as a facilitator to the implementation of health policy (McIsaac et al., 2013; St Leger et al., 2007), even though the evidence does not support the idea that learning outcomes can be increased by improving health and health behaviour (Littlecott, 2016). Nevertheless, policy that is perceived as directly influencing the school's core processes is likely to be more readily adopted, especially if it is mostly teachers who advance it (Jourdan et al., 2016; Viig & Wold, 2005).

Finally, the analysis gives evidence to the importance of a learning culture to the implementation of setting-based policy (Deschesnes et al., 2013). Schools which had implemented policy changes that influenced the organisational level were shown to have much more positive perceptions on policy changes. Meanwhile, Group I schools with less ambitious changes, more arguments against such changes prevailed, which might be seen as a sign of resistance to change within the organisation (Kuipers et al., 2014).

## *Conclusions and Implications*

Schools have to develop their own ways to implement policy changes, and standardised support structures are often not effective. It is mostly up to the abilities of individual school heads how well – if at all – health- policies are being implemented, and the choice of policy is also up to the individual stakeholders and their literacy in this area. Therefore, if the benefits of health policy are to be received by all students and school staff, political stakeholders will have to give health promotion a stronger mandate to engage teachers and school heads. The Austrian government has recently implemented measures to develop quality management structures in schools, which facilitate change processes. But health promotion

competes with other topics for attention and for resources. A stronger mandate might also mean to address the hindering factors in organisational structures of schools and the wider educational system. In this complex hierarchical system, school heads are likely to perceive themselves as administrators rather than as decision makers and have little incentive to develop the organisational capacities necessary for school-wide health promotion. Instead of supporting the implementation of school-wide policies, rules and regulations are barriers to innovation.

A successful strategy for school-heads was to put the policies into the context of the school's core processes of teaching and learning. It is a strong argument for health promotion that can also be used by practitioners and health professionals if they can show that their policies improve health and well-being of school staff and students, but are also able to improve the students' academic successes. However, this relationship cannot be taken for granted and more research is needed to identify factors of health policy that are able to improve learning outcomes. When applicable, this argument may help to provide the support within the school setting, where decisions are taken on the basis of how they influence learning outcomes.

## *Strengths and Limitations*

This paper provides an exploratory view on implementation process of whole-school approaches. It focuses on an intersectional topic with strong ties to health promotion to provide examples of the implementation of school-wide health policies into practice. The investigation is a secondary analysis of data which were collected in a different project. The data were sampled purposefully by the original researchers to represent a wide variation of policies; as such, the findings must be interpreted as a unique view into a complex system.

## *Acknowledgements*

The authors would like to thank the participants for their contributions and Edith Flaschberger, Rosemarie Felder-Puig and Simone Grandy for the collection of the data as well as the two anonymous reviewers for their comments.

## Literature

- Adamowitsch, M, Gugglberger, L, Dür, W. (2017) Implementation practices in school health promotion: findings from an Austrian multiple-case study. *Health promotion international*, 32, 218–230. doi: 10.1093/heapro/dau018.
- Altrichter, H, Heinrich, M, Soukup-Altrichter, K. (2014): School decentralization as a process of differentiation, hierarchization and selection. *Journal of Education Policy*, 29 (5), 675–699. doi:10.1080/02680939.2013.873954.
- Antonovsky, A. (1996): The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11 (1), 11–18. doi:10.1093/heapro/11.1.11.
- Boergers, J, Gable, CJ, Owens, JA. (2014): Later school start time is associated with improved sleep and daytime functioning in adolescents. *Journal of developmental and behavioral pediatrics : JDBP*, 35 (1), 11–7. doi:10.1097/DBP.0000000000000018.
- Bonell, C, Parry, W, Wells, H, Jamal, F, Fletcher, A, Harden, A, Thomas, J, Campbell, R, Petticrew, M, Murphy, S, Whitehead, M, Moore, L. (2013): The effects of the school environment on student health: a systematic review of multi-level studies. *Health & place*, 21, 180–91. Elsevier. doi:10.1016/j.healthplace.2012.12.001.
- Bonell, CP, Fletcher, A, Jamal, F, Wells, H, Harden, A, Murphy, S, Thomas, J. (2013): Theories of how the school environment impacts on student health: systematic review and synthesis. *Health & place*, 24, 242–9. Elsevier. doi:10.1016/j.healthplace.2013.09.014.
- Braun, V, Clarke, V. (2008): Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (August 2012), 37–41.
- Clift, S, Jensen, BB (Hrsg.). (2005): *The Health Promoting School: international advances in theory, evaluation and practice*. Copenhagen: Danish University of Education Press.
- Denman, S. (1999): Health promoting schools in England – A way forward in development. *Journal of public health medicine*, 21 (2), 215–20.

- Deschesnes, M, Druin, N, Yves, C. (2013): Schools' absorptive capacity to innovate in health promotion. *Journal of Health Organization and Management*, 27 (1), 24–41. doi:10.1108/14777261311311780.
- Dooris, M. (2013): Expert voices for change: bridging the silos – Towards healthy and sustainable settings for the 21st century. *Health & place*, 20, 39–50. Elsevier. doi:10.1016/j.healthplace.2012.11.009.
- Eriksson, M, Lindström, B. (2008): A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health promotion international*, 23 (2), 190–9. doi:10.1093/heapro/dan014.
- Fend, H. (2008): *Schule gestalten. Systemsteuerung, Schulentwicklung und Unterrichtsqualität*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Fixsen, DL, Naoom, SF, Blase, KA, Friedman, RM, Wallace, F. (2005): *Implementation research: a synthesis of the literature*. Tampa, Florida: Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, University of South Florida.
- Flaschberger, E. (2013): Initial teacher education for school health promotion in Austria: does it support the implementation of the health-promoting school approach? *Health Education*, 113 (3), 216–231. doi:10.1108/09654281311309846.
- Froschauer, U, Lueger, M. (2003): *Das qualitative Interview – Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme*. Vienna: WUV Universitätsverlag.
- Gravogl, B, Rauch, J, Schaffer, C-M, Sebinger, S, Spitzbart, S, Wögerbauer, E. (2010): *Gesundheit macht Schule! Und alle machen mit*. Vienna: HVB.
- Griebler, U, Rojatz, D, Simovska, V, Forster, R. (2014): Effects of student participation in school health promotion: a systematic review. *Health promotion international*, (January 2014), 1–12. doi:10.1093/heapro/dat090.
- Gugglberger, L, Dür, W. (2011): Capacity building in and for health promoting schools: results from a qualitative study. *Health policy*, 101 (1), 37–43. Elsevier Ireland Ltd. doi:10.1016/j.healthpol.2010.08.019.

- Have, P, Potvin, L. (2009): What is population health intervention research? *Canadian journal of public health. Revue canadienne de santé publique*, 100 (1), Suppl I8-14.
- Herzog-Punzenberger, B, Brunefort, M, Lassnigg, L. (2013): *National education report Austria 2012. Indicators and topics: An overview*. Graz: Leykam.
- Hung, TTM, Chiang, VCL, Dawson, A, Lee, RLT. (2014): Understanding of factors that enable health promoters in implementing health-promoting schools: a systematic review and narrative synthesis of qualitative evidence. *PloS one*, 9 (9), e108284. doi:10.1371/journal.pone.0108284.
- Joffres, C, Heath, S, Farquharson, J, Barkhouse, K, Hood, R, Latter, C, MacLean, DR. (2004): Defining and operationalizing capacity for heart health promotion in Nova Scotia, Canada. *Health Promotion International*, 19 (1), 39–49. doi:10.1093/heapro/dah106.
- Jourdan, D, Simar, C, Deasy, C, Carvalho, GS, Mannix McNamara, P. (2016): School health promotion and teacher professional identity. *Health Education*, 116 (2), 106–122. doi:10.1108/HE-07-2014-0078.
- Keller, PS, Gilbert, LR, Haak, EA, Bi, S, Smith, OA. (2017): Earlier school start times are associated with higher rates of behavioral problems in elementary schools. *Sleep Health*, 1–6. National Sleep Foundation. doi:10.1016/j.sleh.2017.01.004.
- Kremser, W. (2011): Phases of school health promotion implementation through the lens of complexity theory: lessons learnt from an Austrian case study. *Health promotion international*, 26 (2), 136–47. doi:10.1093/heapro/daq063.
- Kruse, J. (2011): *Reader „Einführung in die qualitative Interviewforschung“*. Freiburg: Institute of Sociology. Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.
- Kuipers, BS, Higgs, M, Kickert, W, Tummers, L, Grandia, J, van der Voet, J. (2014): The management of change in public organizations: a literature review. *Public Administration*, 92 (1), 1–20. doi:10.1111/padm.12040.
- Langford, R, Bonell, C, Jones, H, Pouliou, T, Murphy, S, Waters, E, Komro, K, Gibbs, L, Magnus, D, Campbell, R. (2015): The World Health Organization's Health

- Promoting Schools framework: A Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 15 (1), 130. doi:10.1186/s12889-015-1360-y.
- Littlecott, HJ. (2016): *From complex interventions to complex systems: towards a better understanding of school health improvement*. Cardiff University.
- Lucius-Hoene, G, Deppermann, A. (2002): *Rekonstruktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews*. Opladen: Leske+Budrich.
- McIsaac, J-LD, Read, K, Veugelers, PJ, Kirk, SFL. (2013): Culture matters: a case of school health promotion in Canada. *Health promotion international*, (August 2013), 207–217. doi:10.1093/heapro/dat055.
- McLeroy, KR, Bibeau, D, Steckler, A, Glanz, K. (1988): Ecological Perspective on Promotion Programs. *Health Education Quarterly*, 15 (4), 351–377. doi:10.1177/109019818801500401.
- Mūkoma, W, Flisher, AJ. (2004): Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies. *Health promotion international*, 19 (3), 357–68. doi:10.1093/heapro/dah309.
- Paiva, T, Gaspar, T, Matos, MG. (2015): Sleep deprivation in adolescents: correlations with health complaints and health-related quality of life. *Sleep Medicine*, 16 (4), 521–527. doi:10.1016/j.sleep.2014.10.010.
- Pelikan, JM, Krajic, K, Dietscher, C. (2001): The health promoting hospital (HPH): Concept and development. *Patient Education and Counseling*, 45, 239–243. doi:10.1016/S0738-3991(01)00187-2.
- Porter, C. (2007): Ottawa to Bangkok: changing health promotion discourse. *Health promotion international*, 22 (1), 72–79. doi:10.1093/heapro/dal037.
- Reynolds, AJ, Richardson, BA, Hayakawa, M, Lease, EM, Warner-Richter, M, Englund, MM, Ou, S-R, Sullivan, M. (2014): Association of a full-day vs part-day preschool intervention with school readiness, attendance, and parent involvement. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 312 (20), 2126–2134. doi:10.1001/jama.2014.15376.

- Ritchie, J, Lewis, J. (2009): *Qualitative research practice: a guide for social science students and researchers. Reprinted*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
- Rosas, SR. (2017): Systems thinking and complexity: considerations for health promoting schools. *Health promotion international*, 32, 301–311. doi:10.1093/heapro/dav109.
- Röthlin, F, Schmied, H, Dietscher, C. (2015): Organizational capacities for health promotion implementation: results from an international hospital study. *Health Promotion International*, 30 (2), 369–379. doi:10.1093/heapro/dat048.
- Rowling, L, Samdal, O. (2011): Filling the black box of implementation for health-promoting schools. *Health Education*, 111 (5), 347–362. doi:10.1108/096542811111161202.
- Sallis, JF, Owen, N, Fisher, EB. (2008): Ecological models of health behavior. In: K. Glanz, B.K. Rimer & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education. Theory, research and practice* (S. 465–485). San Francisco: Jossey-Bass. A Wiley Imprint.
- St Leger, L, Kolbe, L, Lee, A, McCall, DS, Young, IM. (2007): School health promotion. Achievements, challenges and priorities. *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness* (pp. 107–124). New York: Springer Science and Business Media, LLC. doi:10.1007/978-0-387-70974-1.
- Stewart-Brown, S. (2006): *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Teutsch, F. (2016): School development in Austria and implementation factors for health promotion. *Journal of Public Health*, 24 (4), 263–271. *Journal of Public Health*. doi:10.1007/s10389-016-0721-z.
- Teutsch, F, Hofmann, F, Felder-Puig, R. (2015): *Kontext und Praxis schulischer Gesundheitsförderung. Ergebnisse der österreichischen*

*Schulleiter/innenbefragung 2014 (LBIHPR Forschungsbericht)*. Vienna:  
LBIHPR.

Viig, NG, Wold, B. (2005): Facilitating teachers' participation in school based health promotion – A qualitative study. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 49 (1), 83–109. doi:10.1080/0031383042000302146.

Wahlstrom, KL, Dretzke, BJ, Gordon, MF, Peterson, K, Edwards, K, Gdula, J. (2014): Examining the Impact of Later High School Start Times on the Health and Academic Performance of High School Students: A Multi-Site Study, 72.

Whitelaw, S, Baxendale, A, Bryce, C, MacHardy, L, Young, I, Witney, E. (2001): „Settings“ based health promotion: a review. *Health promotion international*, 16 (4), 339–53.

World Health Organization. (1986): *Ottawa Charter*. Geneva: WHO.

## **Abschließende Worte zur vierten Publikation**

In der vierten Publikation konnte gezeigt werden, welche Umstände es Schulen erleichtern, auch schulweit gesundheitsförderliche Veränderungen umzusetzen. Der Glaube an die eigene Handlungsfähigkeit (*Agency*) (vgl. Lucius-Hoene und Deppermann 2002) und die Bereitschaft auf Seiten der EntscheidungsträgerInnen, sich gegen ungünstige Rahmenbedingungen durchzusetzen, waren dabei Voraussetzung:

*„Wer will, findet Wege, wer nicht will, findet Gründe.“*

(SchulleiterIn BHAK, Wien)

In einigen Fällen gelang es, Fragen der Programmimplementierung so in den Schulkontext zu übersetzen, dass Entscheidungen am Standort legitim wurden. Die Maßnahmen wurden Teil der Kernaufgaben der Schule und konnten auf Unterstützung durch die Schulpartner und Ressourcen wie etwa Arbeitszeit zurückgreifen. Darüber hinaus emanzipierte sich die Schule so von den informellen Regeln des Bildungssystems, von dem sich andere SchulleiterInnen – auch im Rahmen der vorliegenden Daten – mehr oder weniger stark eingeschränkt fühlten.

Auf der anderen Seite empfanden viele SchulleiterInnen ihren Handlungsspielraum als eingeschränkt, während im Gegensatz dazu in anderen Fällen die Strukturen einen erweiterten Handlungsspielraum durchaus ermöglichten. Im Projektbericht zur Studie, auf deren Daten der vierte Artikel aufbaut, ist diesbezüglich festgehalten, dass die Unklarheit, wo bestimmte Entscheidungskompetenzen zu verorten sind, bei den EntscheidungsträgerInnen in den Schulen teilweise Unsicherheit bewirkte (Flaschberger et al 2015), die sich negativ auf ihre Handlungsfähigkeit auswirkte. Zumindest teilweise ist diese Unübersichtlichkeit der Kompetenzen wohl auf die Vielzahl der Verwaltungsebenen im österreichischen Bildungssystem zurückzuführen, insbesondere da zwischen diesen bei gewissen Themen unklare Zuständigkeiten sowie Doppelverantwortungen existieren (Lassnigg et al 2007).

## **Diskussion**

Die vorliegende Dissertation geht von der Frage aus, wie Schulen effektiv dabei unterstützt werden können, Gesundheitsförderung zu implementieren. Insbesondere liegt der Fokus dabei auf settingorientierter Gesundheitsförderung, also auf umfassenden Ansätzen, die versuchen, die Verhältnisse, in denen sich Individuen bewegen, zu verändern. Die Erkenntnisse der Gesundheitsförderungsforschung unterstützen den von der WHO postulierten Settingzugang sowohl allgemein (Mittelmark et al 2012) als auch im speziellen Schulkontext. Mithilfe umfassender Konzepte wie der Health Promoting School kann die Gesundheit von SchülerInnen und anderen Schulpartnern nachhaltig positiv beeinflusst werden (Langford et al 2015).

Die Erkenntnisse der Gesundheitsförderungsforschung betonen, wie wichtig die lokalen Rahmenbedingungen sind. Hawe und KollegInnen unterstreichen außerdem den Stellenwert der theoretischen Grundlagen bei umfassenden Programmen, indem sie die Orientierung an den theoretischen Prinzipien im Zuge der Implementierung von settingorientierten Programmen über die Einhaltung geplanter Abläufe stellen (Hawe et al 2009). Damit wird auch die Notwendigkeit der Anpassung von Maßnahmen an das Setting und den Kontext betont.

In der ersten Publikation wurde betrachtet, wie Schulen auf den Input der Gesundheitsorganisationen reagieren und wie sich die Kommunikation zwischen der Schule und den Organisationen entwickelt. In der zweiten Publikation wurden die Erwartungshaltungen untersucht, die Schulen mit Gesundheitsförderung verbinden. In diesen beiden Artikeln wird also die Frage gestellt, wie die Kommunikation zwischen Umwelt und Einzelschule abläuft. Dabei wird die Diskrepanz beschrieben, die sich aus den teilweise unterschiedlichen Zielsetzungen und Abläufen der beiden Systeme Schule und der Gesundheitsorganisation ergibt.

Der dritte Artikel betrachtete das System der Einzelschule und wie dieses in Bezug auf Gesundheitsförderung strukturell an seine Umwelt gekoppelt ist: Mit welchen strukturellen Änderungen reagieren Schulen auf die Anforderungen der Politik und mit welchen auf die administrativen Anforderungen der Gesundheitsorganisationen? In der dritten Publikation

stehen Strukturen im Mittelpunkt, die eine schulweite Implementierung erleichtern, unabhängig von den spezifischen Ausformungen der Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

Im vierten Artikel wurden schließlich die Fragen gestellt, wie Schulen komplexe Programme umsetzen und wodurch sich die EntscheidungsträgerInnen vor Ort im Zuge derartiger Organisationsentwicklungsprozesse eingeschränkt beziehungsweise unterstützt sehen.

Die abschließende Diskussion konzentriert sich auf die folgenden Leitfragen:

- Was sind die strukturellen Rahmenbedingungen an österreichischen Schulen, die die Implementierung von Gesundheitsförderung – insbesondere von komplexen, schulweiten Programmen – erleichtern oder behindern?
- Wie wird Gesundheitsförderung in den Schulen wahrgenommen? Wie ist der Implementationsprozess gestaltet?
- Welche Schranken werden auf Seite der Schulen – beispielsweise von den SchulleiterInnen als zentralen AkteurInnen – wahrgenommen und welche Strategien werden zu deren Überwindung erkannt und angewandt?
- Was für Unterstützung erhalten Schulen und von wem? In welchen Bereichen bedürfen Schulen eventuell weiterer Unterstützung?

## **Strukturelle Rahmenbedingungen für schulische Gesundheitsförderung**

Innerhalb des österreichischen Bildungssystems ist – im Gegensatz zur weitreichenderen Gesundheitsförderung – zumindest die Gesundheitserziehung als Aufgabe der Schulen klar festgehalten: Im Schulorganisationsgesetz wird als ein Ziel der Schule definiert, SchülerInnen zu „gesunden und gesundheitsbewussten [...] Gliedern der Gesellschaft“ (§2 Abs.1 SOG) heranzubilden. Darüber sind Schulen seit 1997 sogar dazu angehalten, Gesundheitsförderung umzusetzen (Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten 1997). Als überfachliches Thema konkurriert die Gesundheit jedoch mit elf anderen Unterrichtsprinzipien, wie zum Beispiel der „Erziehung zur Gleichstellung von Männern und Frauen“, „Interkulturellem Lernen“ oder „Wirtschaftserziehung und Verbraucherbildung“ um Ressourcen und Aufmerksamkeit. Eder und Hofmann stellen fest, dass die Vermittlung

solcher überfachlichen Kompetenzen stark vom jeweiligen Schulstandort abhängig ist, was unter anderem daran liegt, dass sich „[i]n den relevanten Schuldokumenten [...] ein elaboriertes System überfachlicher Kompetenzen [zeigt], das mit dem Unterrichtssystem in der Praxis nicht ausreichend verknüpft und bei den Lehrpersonen weitgehend unbekannt ist“ (Eder und Hofmann 2012, S. 96).

In zwei Dritteln der Schulen ist Gesundheit jedoch im Schulprofil verankert und mehr als ein Viertel der Schulen gibt an, dass Gesundheitsförderung ihnen auch einen Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen Schulen verschafft (Teutsch et al 2015). Das Bewusstsein für den Stellenwert von Gesundheit in einer Organisation wie der Schule, in der Menschen miteinander arbeiten, hat in den letzten Jahren zugenommen. Aber während in Schulen selbst ein wachsendes Interesse in diese Richtung existiert, besteht im Rahmen der nationalen Bildungspolitik nur ein vergleichsweise schwaches Mandat für die Gesundheitsförderung.

Schulen sind aber auch Teil des hierarchischen Bildungssystems und die Ergebnisse der dritten Publikation lassen darauf schließen, dass ein dementsprechender Auftrag durch das zuständige Ministerium die Strukturen für Gesundheitsförderung verbessern und letztlich zu mehr Gesundheit der Schulpartner führen würde. International gibt es entsprechende Erfahrungen beispielsweise aus Schottland (Gugglberger und Inchley 2012). Tatsächlich war in den Ergebnissen der dritten Publikation die Unterstützung der Gesundheitsförderung durch die LehrerInnen dort größer, wo Gesundheit als Teil der zentralistischen Qualitätssicherungsprogramme thematisiert wurde. Möglicherweise ist diese Zustimmung der Tatsache zuzuschreiben, dass Gesundheitsförderung in diesen Schulen weniger als eine zusätzliche oder freiwillige Maßnahme sondern als Teil der verpflichtenden Aufgaben empfunden wird. Dass sich zumindest einige LehrerInnen von zusätzlicher Arbeit abgrenzen, die nicht im Rahmen ihrer dienstlichen Verpflichtungen festgehalten sind, wurde auch in Fallschule 2 der ersten Publikation gezeigt: Das Interesse an Gesundheitsförderungsmaßnahmen blieb dort auf eine LehrerIn beschränkt und sie fanden auch von Seiten der Schulleitung kaum Unterstützung.

Wie anhand der Ergebnisse der vier Publikationen unterstrichen wird, sind Schulen komplexe soziale Organisationen, die bürokratisch und hierarchisch aufgebaut sind: In den qualitativen Analysen werden die SchulleiterInnen durchwegs als zentrale Akteure identifiziert, sie sind EntscheidungsträgerInnen, GatekeeperInnen und im besten Fall maßgebliche FördererInnen der jeweiligen Maßnahmen. Die erfolgreiche Implementierung ist weitgehend abhängig von ihrer Unterstützung. Bereits im ersten Artikel erscheint das Scheitern beziehungsweise der Erfolg der Gesundheitsförderungsprogramme in den Fallschulen 2 und 3 maßgeblich mit der jeweiligen Haltung der SchulleiterInnen zusammenzuhängen. Auch in der Analyse der Daten der vierten Publikation spiegelt sich die zentrale Rolle der Schulleitung wider: Es bedarf einer gewissen Führungskompetenz der Schulleitung und nicht zuletzt der Selbstwahrnehmung der eigenen Handlungsfähigkeit, um Maßnahmen erfolgreich umzusetzen, insbesondere dann, wenn dabei in die Arbeitsprozesse der LehrerInnen eingegriffen wird. In Schulen, die erfolgreich schulweite Veränderungen umgesetzt hatten, waren auch die Schulpartner Veränderungen gegenüber insgesamt aufgeschlossener:

*„Sonst würde ich sagen, es läuft im Wesentlichen ganz gut, wir sind natürlich immer in der Qualitätssicherung drinnen. [...] Um zu schauen, wie entwickelt sich das offene Lernen, weil das wird ja in jedem Team dann nach einer gewissen Zeit leicht verändert. Und das ist durchaus gut, ja, so Mutationen. Aber irgendwann sollte man schauen, ob die Mutationen noch am Konzept hängen oder warum sie stattfinden und ob man gewisse Dinge wieder zurückführen soll, ob man Gemeinsamkeiten schaffen soll. [...] Also das ist eine permanente Arbeit der Qualitätssicherung und auch zu schauen, wie gewisse Dinge, aber ich glaube, im Wesentlichen funktioniert es sehr gut.“*

(Schulleitung Neue Mittelschule, Steiermark)

An diesem Zitat lässt sich auch erkennen, dass an der Schule im Zuge des Implementationsprozesses neue Kommunikations- und Reflexionsstrukturen eingeführt wurden, mit denen langfristig die Veränderungskultur an der Schule beeinflusst wurde. Im Gegensatz zu den Qualitätssicherungsmaßnahmen, die vor allem den Gesundheitsorganisationen zur Prozessdokumentation dienen, wie im ersten Artikel diskutiert wurde, hatte sich hier eine Schule Qualitätssicherungsmaßnahmen angeeignet, um selbstständig weiterhin Anpassungsprozesse durchzuführen.

An Schulen sind derartige Strukturen zur internen Kommunikation und organisationalen Reflexion in der Regel – wenn überhaupt – nur schwach entwickelt. Die Führungsrolle, die strukturellen Veränderungen anzuleiten, liegt innerhalb der schulischen Hierarchie bei der Schulleitung. Die Unterstützung der LehrerInnen spielt aber ebenfalls eine kritische Rolle im Implementationsprozess von Gesundheitsförderungsmaßnahmen (Jourdan et al 2016). Die hier zusammengefassten Beiträge zeigen dementsprechend, dass unter den richtigen Rahmenbedingungen auch komplexe Gesundheitsförderungsmaßnahmen in die Praxis umgesetzt werden. In jenen Einzelschulen, die erfolgreich Gesundheitsförderung implementierten, gelang dies mithilfe entsprechender Kommunikationsstrukturen. Für die Umsetzung von Organisationsentwicklungsmaßnahmen muss die Schulleitung wiederum nicht nur persönlich von den jeweiligen Zielen – etwa jenen der Gesundheitsförderung – überzeugt sein, sondern auch bereit, den Gestaltungsspielraum der Leitungsfunktion auszuschöpfen beziehungsweise dementsprechend weitreichend zu definieren (Deschesnes et al 2013).

In der aktuellen Lage, wird die Leitungsfunktion innerhalb der Schule dadurch zusätzlich geschwächt, dass die Umwelt in Form des Bildungssystems keine klare Struktur aufweist. Aktuelle Reformprozesse haben zum Ziel die Kommunikationsstrukturen innerhalb des hierarchischen Bildungssystems zu definieren und die Autonomie der der Einzelschule und der Rolle der Schulleitung zu stärken. Diese Veränderungen kommen auch der Implementation von Gesundheitsförderung entgegen. Indem der Schulleitung mehr Kompetenzen zuerkannt werden, wird ihre Rolle zumindest formal gestärkt. Auch die Einführung von Bildungsstandards und Qualitätssicherungsmaßnahmen, sind Teil des Prozess, Schulen mehr Planungs- und Handlungsspielraum freizustellen (Altrichter und Rürup 2010). Diese Prozesse bedienen sich eines ähnlichen Instrumentariums an Planungs- und Evaluationstechniken, wie sie im Zuge der Implementierung von Gesundheitsförderungsprogrammen eingesetzt werden und weisen damit ebenfalls potentielle Synergien mit diesen auf. Insgesamt entstehen durch aktuelle bildungspolitischen Maßnahmen also auch Möglichkeiten für die Implementierung von Gesundheitsförderung.

Dabei ist auch die Ausweitung der Schulautonomie kritisch zu betrachten; So sehen Altrichter und Rürup beispielsweise, dass durch diesen Prozess Marktlogiken im Bildungssystem

gestärkt würden, die bereits progressiven Schulstandorten eher bevorzugen und bereits herausgeforderte Schulen noch stärker belasten würden (Altrichter und Rürup 2010).

## **Organisationale Bedingungen für schulische Gesundheitsförderung**

Innerhalb der Organisation Schule werden Entscheidungen zunächst dahingehend getroffen, welcher Einfluss auf den Lernerfolg durch sie zu erwarten ist. Gesundheitsförderung wird damit zunächst als etwas Fremdes wahrgenommen. Es gibt zwar durchaus Hinweise darauf, dass ein Zusammenhang zwischen Gesundheit und Bildungserfolgen besteht und ein Einfluss auf Bildungserfolge wird auch von Gesundheitsförderungsprogrammen postuliert (z.B. St Leger et al 2010). Dieser mag für einige spezifische Programme durchaus zutreffen, ein allgemeiner Zusammenhang zwischen Gesundheit und Lernerfolgen lässt sich jedoch nicht nachweisen (vgl. Littlecott 2016). Die Implementation von Maßnahmen kann allerdings dadurch unterstützt werden, dass die Gesundheitsförderung in den Kontext der Bildung – das heißt der Praxis des Lehrens und Lernens – gestellt wird. Von EntscheidungsträgerInnen wird dieser Zusammenhang in der Praxis immer wieder hergestellt und dient nicht zuletzt oft als Begründung, warum gesundheitsfördernde Maßnahmen gesetzt werden. Das folgende Zitat bezieht sich auf Änderungen der zeitlichen Strukturen, stellt aber ein gutes Beispiel für die Aneignung eines Themas im Schulkontext dar:

*„Das ist eine schulautonome Entscheidung [...]. Ich finde, dass pädagogische Entscheidungen dem Lehrkörper überlassen sein müssen. [...] Alles, was wir machen, müssen wir argumentieren können und das können wir auch und soweit sehe ich dem gelassen entgegen.“*

(SchulleiterIn Volksschule, Kärnten)

Es sind insbesondere die interviewten SchulleiterInnen, die eine organisationale Perspektive einnehmen und die eine solche Verbindung zwischen Gesundheit und akademischen Erfolgen herstellen. Die Annahme, dass gesunde Kinder und Jugendliche bessere Lernleistungen erbringen, wurde auch in der untersuchten Volksschule der zweiten Publikation wiederholt.

SchulleiterInnen sehen in der Gesundheitsförderung auch ein Alleinstellungsmerkmal und die Möglichkeit, ihre Schule durch eine derartige Spezialisierung positiv gegenüber anderen hervorzuheben. Wie die weiterführenden Analysen der Daten der dritten Publikation zeigen, beziehen sich mittlerweile etwa zwei Drittel der Schulen in ihrem Schulprofil auf Gesundheit. Dass dies mehr als nur ein Lippenbekenntnis darstellt, zeigt sich auch darin, dass der Gesundheitsbezug im Schulprofil ein aussagekräftiger Indikator für eine höhere Qualität des jeweiligen Gesundheitsförderungsprogramms ist (Teutsch et al 2015).

Österreichweit werden mittlerweile an vielen Schulen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung umgesetzt, wobei das Thema Gesundheit oft aus persönlichem Interesse vorangetrieben wird. Das war im Fall der SchulleiterIn von Fallschule 3 zu beobachten, deren außerschulische Berufserfahrungen mit als ausschlaggebend für das Interesse und die Kompetenz genannt wurden, mit denen sie sich für Gesundheitsförderung engagierte. Zwei Drittel der von Teutsch und KollegInnen befragten SchulleiterInnen nennen das persönliche Interesse als einen Grund für die Mitgliedschaft ihrer Schule in einem Netzwerk oder die Teilnahme an einem Gesundheitsförderungsprogramm (Teutsch et al 2015). Nur die Gesundheit der SchülerInnen und LehrerInnen wurde jeweils häufiger genannt.

Während von den SchulleiterInnen oft aus der organisationalen Perspektive argumentiert wurde, unterstreichen die qualitativen Arbeiten den Stellenwert des persönlichen Interesses gerade bei LehrerInnen. Als Professionelle stellt die Organisationstruktur der Einzelschule für sie den Kontext dar, in dem sie ihrer Arbeit nachgehen und der ihnen Rückhalt und Sicherheit bietet (Kurtz 2004). Die Schule strukturiert die Tätigkeit der LehrerInnen (zum Beispiel durch Zeitstrukturen), in ihrer tatsächlichen Lehrtätigkeit sind sie auf ihr professionelles Wissen angewiesen. Die Arbeit der LehrerInnen findet dabei größtenteils hinter verschlossenen Türen statt (Fend 2008). Dabei bringen sie ihre persönlichen Überlegungen und ihre individuellen Vorlieben, Interessen und Fähigkeiten mit in den Unterricht ein und wenden auch eigene Methoden an, wenn sie beispielsweise Gesundheitsförderung als Teil ihres Erziehungsauftrags betrachten. Als InterviewpartnerInnen lassen LehrerInnen oft auch durchblicken, dass sie ihre persönliche Meinung vertreten, wenn sie über den Stellenwert schulischer Gesundheitsförderung sprechen.

*„Ich finde es halt wesentlich wichtiger zu wissen, was mit mir und meinem Körper passiert, als zu wissen welche, aus welchen Teilen besteht die Pflanze oder die Blume. Wenn ich das wissen will, kann ich eh nachschauen. Aber wirklich einmal einen Puls zu spüren und zu merken, ich gehe da die fünf Treppen hinauf und das verändert sich, fände ich eigentlich wichtiger.“ (LehrerIn Hauptschule, Niederösterreich)*

*„Weil ich kann, wenn ich noch so viel extra Zusatzsportstunden, ich meine, sicher, das ist natürlich auch etwas ganz Tolles und was Wichtiges, aber die Kommunikation, das körperliche, soziale und emotionale Wohlbefinden ist – meiner Ansicht nach – der Grundstock für jegliches Wohlbefinden.“ (LehrerIn Volksschule, Niederösterreich)*

LehrerInnen spielen eine Schlüsselrolle im Funktionssystem Bildung, das heißt, dass sie für Lehr- und Bildungsarbeit verantwortlich sind. Die Thematisierung von Gesundheit ist nicht selbstverständlich Teil der LehrerInnenrolle. Innerhalb der untersuchten Schulen wird das Engagement für Gesundheitsförderung oft in den Kontext einer „privaten“ und „freiwilligen“ Tätigkeit gestellt. Hingegen lassen die Ergebnisse des dritten Artikels darauf schließen, dass der Kontext der Qualitätssicherungsmaßnahmen einen Rahmen für Gesundheitsförderung schafft, in dem diese – durch den Auftrag, ein frei zu wählendes Thema zu behandeln – im beruflichen Kontext legitimiert wird.

Andererseits sehen sich Schulen mit hohen Erwartungen der Gesamtgesellschaft konfrontiert, mit Erwartungen, die die Aufgaben der Schule auf neue Themenfelder ausweiten (Kurtz 2004). Dieser wachsende Druck wird auch innerhalb der Schulen stark wahrgenommen. Deren Strukturen sind jedoch nicht uneingeschränkt geeignet, um den zunehmenden Ansprüchen gerecht zu werden. Selbst kurz vor der Pensionierung stehend, spricht eine Schulleitung in diesem Kontext von der „Freiwilligkeit“, mit der in Schulen den steigenden Erwartungen nachgekommen wird:

*„Also Schule müsste in Zukunft noch viel mehr Gemeinschaftssinn entwickeln, die Bereitschaft, den anderen zu unterstützen, die Bereitschaft zu helfen, eigene Ideen zu entwickeln, zu tragen, mitzutragen, sich zu engagieren. Und wenn da gewisse Rahmenbedingungen nicht verbessert werden und nur Dienst nach Vorschrift passiert oder eigentlich all das, was mehr Engagement bedeutet, nicht in anderer Weise*

*honoriert wird, das muss nicht der Euro sein, das kann auch etwas anderes sein, dann kann sich Schule, die auf so viel Ehrenamtlichkeit oder Freiwilligkeit passiert, nicht weiterentwickeln. Schule ist ein so ein weites Feld, da kann man nicht nur stundenweise das abarbeiten, was man in einem anderen Job macht. Da steckt mehr dahinter.“*

(SchulleiterIn Hauptschule, Niederösterreich)

## **Hindernisse für die Umsetzung**

Strukturelle Veränderungen in Schulen sind ohne Zweifel nicht einfach umzusetzen, in einigen der betrachteten Schulen begründet die Schulleitung ihre passive Haltung mit erwartbaren Widerständen. Anhand der bisherigen Analysen können einige Faktoren identifiziert werden, die Hindernisse darstellen können.

Der hohe Stellenwert der Schulleitung im Rahmen von Organisationsentwicklungsprozessen wurde bereits identifiziert. Die Führungsrolle muss mit der notwendigen Entscheidungskompetenz ausgestattet sein, Ziele festlegen und gegebenenfalls neue Prozesse etablieren können, um diese zu verfolgen und umzusetzen. Tatsächlich sind SchulleiterInnen in österreichischen Schulen hingegen oft mit Verwaltungstätigkeiten ausgelastet (Hartmann und Schratz 2010). Auch aus der Perspektive der Professionstheorie beziehungsweise der Profibürokratie nach Mintzberg handelt die Schulleitung aus einer vergleichsweise schwachen Position, aus der heraus sie den weitgehend unabhängigen LehrerInnen wenig entgegensetzen kann, wenn sich diese gegen den Einfluss der Organisation auf ihre Arbeit wehren (Mintzberg 1992). Insofern ist es nicht erstaunlich zu sehen, dass viele schulische Maßnahmen gar nicht in die Organisationsstrukturen eingreifen und den Schulalltag kaum beeinflussen (Adamowitsch et al 2017; vgl. Kremser 2011).

SchulleiterInnen fühlten sich teilweise nicht nur nicht in der Lage, Entscheidungen zur schulweiten Veränderungen zu treffen, sie sahen Organisationsentwicklung auch nicht als ihre Aufgabe an. Schließlich berichten auch jene SchulleiterInnen, die erfolgreich settingorientierte Gesundheitsförderung implementierten, davon, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen nicht besonders unterstützend waren. Einige berichteten von persönlichen Kontakten zu den SchulinspektorInnen oder innerhalb der Gemeinde, auf deren

Unterstützung beziehungsweise Nachsicht sie in der Umsetzung gewisser Maßnahmen angewiesen waren:

*„Wir haben da Inspektoren, die uns da sehr, sehr unterstützen, was das betrifft. Das ist unser Riesenvorteil. Die Behörde selber, kommt mir so vor, sieht ja eigentlich das gar nicht gern, wenn sich so irgendwo die Schule ein bisschen selbständig macht.“*

(SchulleiterIn Neue Mittelschule, Niederösterreich)

Insgesamt scheinen die Rahmenbedingungen, die das weitere Schulsystem vorgibt, lokale Organisationsentwicklungsprozesse nicht besonders zu unterstützen. Eigeninitiativen der Schulleitungen in Form von Schulentwicklungsmaßnahmen werden nicht ohne Weiteres unterstützt. Wie im obenstehenden Zitat deutlich wird, können derartige Barrieren zumindest in Einzelfällen mithilfe persönlicher Kontakte überwunden werden. Die Verantwortung liegt allerdings bei der Schulleitung, die die Eigeninitiative aufbringen muss, sich mit den zuständigen Behörden auseinanderzusetzen. Dadurch, dass die hierarchischen Kompetenzen und bei welchen Stellen diese jeweils liegen für die SchulleiterInnen nicht immer ohne Weiteres nachvollziehbar sind, stellt ein Vorhaben wie Organisationsentwicklung eine große Herausforderung für SchulleiterInnen dar.

*„Das ist manchmal gar nicht so leicht zu durchschauen. [...] Wird ein Bundesschule so wie wir saniert, muss das vom Bund ausgehen mit aller Schwierigkeit, dass das nicht über das Unterrichtsministerium ausschließlich geht, sondern dass damit auch die Bundesimmobiliengesellschaft als Träger des Baus oder als als Besitzer der Immobilie– Also falsch: als Verwalter der Immobilie mit ins Boot geholt werden muss und noch um noch größere Schwierigkeiten zu haben die Einrichtung kriegen wir vom Landesschulratsbereich. [...] Es braucht einige Zeit um sich in den Kompetenzen zu orientieren.“*

(SchulleiterIn AHS, Niederösterreich)

Schließlich gibt es auch innerhalb der LehrerInnenschaft Widerstand gegen Veränderung. LehrerInnen sind als Professionelle in ihrer alltäglichen Arbeit weitgehend unabhängig von der Organisation Schule. LehrerInnen erwarten dementsprechend von den bürokratischen Schulstrukturen eher Entlastung ihrer professionellen Arbeit (Mintzberg 1992). Insofern sind

LehrerInnen – denen dadurch, dass sie die ihre eigene Arbeitsweise an allfällige Veränderungen innerhalb der Schulstrukturen anpassen müssen, zusätzliche Belastungen entstehen – immer eine Quelle des Widerstands gegen Schulentwicklungsmaßnahmen (Brohm 2004).

Tatsächlich wurde der Widerstand der LehrerInnen in den hier untersuchten Programmen vergleichsweise selten als Hindernis genannt. In den ersten Publikationen hatte das Gesundheitsförderungsprogramm in zwei Fallschulen die Mehrheit der LehrerInnen hinter sich. Und auch in der vierten Publikation wurden gesetzliche Bestimmungen, enge Handlungsspielräume und die aktuellen Kooperationsstrukturen innerhalb der Schulen häufiger als Hindernisse wahrgenommen als der Widerstand durch die Schulpartner.

Im Gegensatz zu den einzelnen LehrerInnen wurden also eher die Organisationsstrukturen als hinderlich wahrgenommen. Schulen besitzen traditionell kaum Strukturen, über die Veränderungen diskutiert, kommuniziert oder implementiert werden können. Wie auch von Deschesnes und KollegInnen festgehalten wurde, sind integrative Verwaltungsstrukturen, über die Pläne und Projekte kommuniziert werden können, ein wichtiges Element für die Implementierung von settingorientierter Gesundheitsförderung (Deschesnes et al 2013), ohne die Maßnahmen auf Schulebene kaum umzusetzen sind. In den hier untersuchten Schulen, in denen Gesundheitsförderung in diesem Sinne erfolgreich war, wurde der Stellenwert von Kommunikation und Kooperation betont. Teilweise gelang es den SchulleiterInnen in den diesen Schulen, derartige Strukturen zu entwickeln:

*„Reden, reden, reden. Ich glaube einfach, dass die Führungsrolle, die man in Schulen hat, ganz viel mit Kommunikation zu tun hat und ja und sich einfach Räume zu schaffen, wo solche Prozesse auch möglich sind.“*

(SchulleiterIn Volksschule, Wien)

## **Externe Unterstützung**

Auch wenn Schulen in vieler Hinsicht von ihrer Umwelt beeinflusst werden, sind Schulen als Organisationen geschlossen. Ein wichtiges Ergebnis des dritten Artikels ist, dass die externe Unterstützung der Schulen auch Veränderungen bewirkt. Die Gesundheitsorganisationen waren in der Lage, Schulen zumindest hinsichtlich bestimmter Strukturen in eine spezifische

Richtung zu beeinflussen. Etwas einfacher hatten es die zentralistischen Qualitätssicherungssysteme, die im Rahmen bereits bestehender Hierarchien von den Schulen gewisse Veränderungen verlangten. Durch die Koppelung an das weitere Bildungssystem folgten Schulen den Vorgaben.

Im Allgemeinen waren sich die BeraterInnen der Gesundheitsorganisationen weitgehend bewusst, dass ihr Einfluss auf innerschulische Entscheidungsprozesse gering ist. Die BeraterInnen erschienen in den Analysen des ersten Artikels dementsprechend zurückhaltend, sowohl bei der Planung von Maßnahmen als auch bei der Einhaltung von Rahmenbedingungen. Während die Unterstützung der Gesundheitsorganisationen die Etablierung von neuen Strukturen und schulweite Transformationsprozesse vorsah, entwickelten die BeraterInnen in der Praxis eine pragmatischere Rolle, aus der heraus sie existierende Strukturen unterstützten und sich mit ausbleibenden Entwicklungen innerhalb der Schulen abfanden.

Gesundheitsförderung muss, um langfristig in einer Schule implementiert zu werden, Teil der Entscheidungsstrukturen der Organisation werden. Solange sie eine externe Idee bleibt, die von außen an die Schulen herangetragen wird, bleibt sie ein Add-On, das mit Abschluss des aktuellen Projekts immer riskiert, wieder vergessen zu werden.

Für Ihre Unterstützung verlangten die Gesundheitsorganisationen von den Schulen einige strukturelle Anpassungen. Wie auch im Rahmen der zentralistischen Qualitätssicherungsmaßnahmen SQA und QIBB müssen Schulen Jahrespläne entwerfen und Maßnahmen protokollieren. Was für die Gesundheitsorganisationen – die ihren Hintergrund bei den Sozialversicherungen oder den Landesregierungen haben – vermutlich selbstverständliche Verwaltungsmaßnahmen sind, stellte für die Schulen mitunter große Herausforderungen dar, wie im ersten Beitrag festgestellt wurde.

Auch wenn die Verwendung von Projektmanagementwerkzeugen (wie etwa Entwicklungspläne oder bestimmten Formen der Zielformulierung) in der Literatur empfohlen wird, um Schulen dabei zu helfen, ihre Organisationsentwicklung zu strukturieren, lassen die Ergebnisse der Fallschulen daran zweifeln, wie sehr diese Instrumente diesen Zweck erfüllen.

In der Praxis schienen sie vor allem die Arbeit der Gesundheitsorganisationen zu protokollieren und diesen die Kommunikation mit den Schulen zu erleichtern:

*„Und zum Beispiel, jetzt ganz aktuell, jetzt wird das alles auf online umgestellt, früher war es eine Zettelwirtschaft. [...] Man hat so Formulare ausgefüllt, hinauf geschickt, Stempel, Chef unterschreiben, hin und her.“*

(GesundheitsbeauftragteR AHS, Niederösterreich)

Durch die Planung und Durchführung von einzelnen Projekten an den Schulen wird darüber hinaus von den Gesundheitsorganisationen mitunter ein Denkschema gefördert, das settingorientierter Gesundheitsförderung zuwider läuft. Die von den Organisationen angestrebten systemweiten Veränderungen lassen sich innerhalb der durch die Dokumentationsinstrumente vorgegebenen Struktur kaum verfolgen, welche allerdings durch die Accountabilitylogik der Strukturen der Gesundheitsorganisationen verlangt zu werden scheinen.

In jedem Fall stellten diese für die Schulen neuen und ungewohnten Prozesse der Planung und Protokollierung eher ein Hindernis für die Umsetzung von settingorientierter Gesundheitsförderung dar. Angesichts der großflächigen Implementation derartiger Projektmanagementinstrumente im Zuge der aktuellen Schulautonomiereformen, besteht weiterer Forschungsbedarf, um zu klären, wie sehr Schulen vom Einsatz derartiger Methoden tatsächlich profitieren. Die allgemeine Verbreitung von Managementprozessen in Schulen führt auf jeden Fall dazu, dass LehrerInnen weniger mit Unterrichts-, Vor- und Nachbereitungstätigkeiten beschäftigt sind und vermehrt Planungs-, Dokumentations- und Verwaltungstätigkeiten übernehmen müssen (Tacke 2005). Für die Erfüllung dieser Aufgaben ist weder professionelles Wissen noch die KlientInneninteraktion notwendig. Insofern verlieren LehrerInnen dadurch teilweise ihren Status als Professionelle.

Die in der dritten Publikation betrachteten Qualitätssicherungsmaßnahmen SQA und QIBB unterstützen Gesundheitsförderung vor allem dadurch, dass sie einen Raum für eine schulweite Behandlung von überfachlichen Themen wie Gesundheitsförderung eröffnen. Dadurch erhielten Schulentwicklungsprozesse im Rahmen des hierarchischen Schulsystems eine neue Legitimation, die eine wichtige Unterstützungsleistung für die Implementierung von

Maßnahmen darstellt. Der im Rahmen der Qualitätssicherungsprogramme klar definierte Auftrag, mehrjährige Projektschwerpunkte festzulegen (Bundesministerium für Bildung und Frauen 2015; Bundesministerium für Unterricht Kunst und Kultur 2011), half dabei, Strukturen für Gesundheitsförderung zu etablieren, wie die Analysen des dritten Artikels zeigen. Dabei waren in den Schulen, die Gesundheit über QIBB beziehungsweise über SQA behandeln, vergleichsweise gute Ergebnisse zu finden, nicht zuletzt die Unterstützung durch die LehrerInnen betreffend.

## Conclusio

Im Rahmen der Diskussion wurde gezeigt, dass die Art und Weise, in der Schulen momentan bei der Einführung und Umsetzung von Gesundheitsförderung unterstützt werden, die Schulen zumindest teilweise dahingehend zu beeinflussen vermag, dass sie Konzepten der Gesundheitsförderung verwenden. Gleichzeitig schafft der Versuch, in Schulen neue Prozesse zu implementieren auch neue Probleme, die mit den organisationalen Strukturen der Schule und des weiteren Bildungssystems zusammenhängen. Tatsächlich scheinen einige Voraussetzungen dafür, dass in Schulen effektiv settingorientierte Gesundheitsförderung implementiert wird, nicht gegeben zu sein. Für die Organisation Schule stellt Gesundheit einen abstrakten Wert dar, an dem sie sich nur teilweise orientiert, und der nicht zuletzt in der Kommunikation mit der Umwelt einen hohen Stellenwert besitzt – weshalb der Begriff auch in den öffentlichen Schulprofilen auftaucht. Mit der strategischen Verankerung werden in Schulen Aspekte der Repräsentation und Positionierung gegenüber der Umwelt verbunden. Insofern erschöpft sich Gesundheitsförderung teilweise in öffentlichkeitswirksamen Einzelprojekten, die kaum Einfluss auf die bestehenden Strukturen und Prozesse nehmen.

Für die Umsetzung von schulweiten Entwicklungsprozessen in Richtung Gesundheitsförderung ist nicht zuletzt die Haltung der Schulleitung von besonderer Bedeutung. Es bedarf ihres persönlichen Interesses und Engagements, um sich über die Regeln des weiteren Bildungssystems hinweg- und gegenüber den traditionellen Organisationsstrukturen und nicht zuletzt der bestehenden Organisationskultur innerhalb der eigenen Schule durchzusetzen. Die Etablierung von schulweiten Kommunikations- und Kooperationsstrukturen in der Schule ist ebenfalls ein wichtiger Faktor für die mit einem *Whole-School Approach* verbundenen Organisationsentwicklungsprozesse und hängt selbst deutlich vom Interesse und den Fähigkeiten der Schulleitung ab.

Gesundheit im Sinne von Gesundheitsförderung ist in den Strukturen der Einzelschulen in der Regel nicht stark verankert, wodurch gesundheitsförderliche Aktivitäten von LehrerInnen als „freiwillige“ Arbeitsleistung wahrgenommen werden. Für die erfolgreiche Integration von settingorientierter Gesundheitsförderung stellt es ein nicht zu unterschätzendes Hindernis dar, dass innerhalb der schulischen Strukturen dieses extracurriculare Engagement der LehrerInnen derzeit nur schwer zu würdigen ist. Aus der Perspektive der Professionstheorie

treten die LehrerInnen stark als Individuen auf, die sich im Unterricht auf ihr persönliches Wissen berufen. Im Zuge des Lehrens ist es also nachvollziehbar, dass sie Gesundheit in der Klasse thematisieren und in den Unterricht einfließen lassen – wenn sie daran ein persönliches Interesse haben.

Aktuelle Reformen im Bildungssystem zielen darauf ab, LehrerInnen verstärkt Rechenschaft für ihre Arbeit abzuverlangen und den Einfluss der Organisation Schule gegenüber der Tätigkeit der LehrerInnen zu stärken. Derartige Reformen gehen mit einem Wandel – stellenweise auch einer Zunahme – der Aufgaben von LehrerInnen einher, haben jedoch auch das Potenzial für Synergien mit der Gesundheitsförderung. Nachdem Gesundheitsorganisationen mit ähnlichen Methoden der Dokumentation und Evaluation ihrer Tätigkeiten arbeiten, können diese davon profitieren, dass ein derartiges Instrumentarium über das Bildungssystem in den Schulen implementiert wird. Inwiefern diese Projektmanagementwerkzeuge überhaupt Schulentwicklungsprozesse unterstützen, ist jedoch weitgehend unklar. Der Einfluss der jüngsten Reformvorhaben auf die Implementierung von schulischer Gesundheitsförderung wird erst mit fortschreitender Umsetzung der bildungspolitischen Veränderungen analysiert werden können. Gleichzeitig wirft dies die Frage auf, welchen Einfluss die fortlaufenden Reformen der Schulorganisation auf die Vermittlung von überfachlichen Kompetenzen wie die Gesundheit nehmen.

Die Implementierung von settingorientierter Gesundheitsförderung im Kontext österreichischer Schulen stellt sich aufgrund der dargestellten Rahmenbedingungen also durchaus schwierig dar. Die Gesundheitsförderungsorganisationen beschränken sich in der Praxis auf die Unterstützung und Förderung von Einzelmaßnahmen – deren Wirkung teilweise zu bezweifeln ist. Die Ziele der Gesundheitsorganisationen werden von den BeraterInnen in der Praxis dem Handlungsspielraum der jeweiligen Schule angepasst, da sie als Außenstehende Gesundheitsförderung nur im Rahmen der bestehenden schulischen Strukturen unterstützen können. Die BeraterInnen werden Schulen in der Regel dort unterstützen, wo diese von selbst tätig werden. Die Gesundheitsorganisationen können in den Schulen begrenzt das Bewusstsein für Gesundheit fördern, auf die Strukturen der Schulen haben sie keinen direkten Einfluss. Der Anspruch der settingorientierten Gesundheitsförderung kann von ihnen zwar postuliert werden, wird aber in der Praxis von den für sie tätigen BeraterInnen kaum vertreten. Die Qualitätssicherungsmaßnahmen des

Bildungssystems, die direkt auf die Ziele und Prozesse der Einzelschulen einwirken, beweisen hier dementsprechend stärkeren Einfluss auf die Strukturen.

Im Schulsystem konkurriert die Gesundheitsförderung mit anderen überfachlichen Aufgaben um Aufmerksamkeit und Ressourcen, während die Umsetzung von schulweiten Maßnahmen mit ähnlichen Schwierigkeiten – etwa betreffend die Rolle der Schulleitung oder das Defizit an Kommunikationsstrukturen in den Einzelschulen – konfrontiert ist. Gesundheit wird in den Schulen kaum als eine persönliche Ressource verstanden, deren Umgang gelernt und geübt werden muss. Die fortschreitenden Reformprozesse des Schulsystems können die Chancen für Gesundheitsförderung verbessern, aber auch den Widerstand gegen Managementperspektiven und -werkzeuge erhöhen. Nachdem es ihnen insgesamt an Einfluss fehlt, sind sie darüber hinaus aber nicht in der Lage, die notwendigen Organisationsentwicklungsprozesse in Schulen zu fördern, geschweige denn zu initiieren. Gesundheitsorganisationen beschränken sich also der Aufnahmefähigkeit der Schulen entsprechend und passen ihre Programme großzügig den jeweiligen Bedingungen an. Zumindest in dieser Hinsicht sollten sich Gesundheitsorganisationen verstärkt auf ihre theoretischen und wissenschaftlichen Grundlagen berufen, um sich und Schulen vor willkürlichen Projekten zu bewahren. Die nachhaltige Implementation von settingorientierten Ansätzen hängt derzeit jedoch in erster Linie von den individuellen Ressourcen der Einzelschulen und dem persönlichen Interesse der Schulpartner ab.

Insgesamt muss anhand der kumulierten Arbeiten kritisch hinterfragt werden, ob österreichische Schulen als Setting in dem Maße überhaupt für den *Whole-School Approach* der Gesundheitsförderung geeignet sind, wie es in den theoretischen Ansätzen für die Schule angenommen wird. Strukturell scheint es in österreichischen Schulen sowohl an einer mit den erforderlichen Entscheidungs- und Handlungsspielräumen ausgestatteten Leitungsrolle als auch an den notwendigen Kommunikations- und Kooperationsstrukturen zu mangeln. Settingorientierte Gesundheitsförderung gelingt in der österreichischen Praxis eher dann, wenn die Schulleitung sich – über ihre im Bildungssystem definierte Rolle hinaus – aufgrund persönlicher Kompetenz und mithilfe persönlicher Unterstützung der zuständigen BehördenvertreterInnen über hinderliche Rahmenbedingungen hinwegsetzt, um eine

schulweite Implementation zu erreichen. Eine allgemeine schulweite Implementierung ist österreichweit innerhalb des derzeitigen Kontexts jedenfalls unwahrscheinlich.

Insofern wäre für eine effiziente Unterstützung eine Entscheidung innerhalb des weiteren Bildungssystems zugunsten von schulischer Gesundheitsförderung notwendig, um dieser die notwendigen Ressourcen und Handlungsspielräume zuzuerkennen. Die erfolgreiche Implementierung in vielen Schulen, die Gesundheit als ein Thema der Qualitätssicherungsmaßnahmen behandeln, lässt – ebenso wie internationale Beispiele – darauf schließen, dass ein derartiger Ansatz Erfolg versprechen würde. Wenn die politischen EntscheidungsträgerInnen Gesundheit in Schulen effektiv fördern wollen, so könnten sie mit einem klaren Auftrag diesen Prozess unterstützen.

Allerdings stellt sich in letzter Konsequenz auch die Frage, wie hilfreich jene Instrumente zur Dokumentation und Accountability, die im Zuge der derzeitigen Reformen in Schulen implementiert werden, tatsächlich für Schulentwicklungsprozesse sind. Für die Gesundheitsförderung können Ansätze, die bei der Rolle und dem Selbstverständnis der professionell agierenden LehrerInnen ansetzen, möglicherweise eine Alternative darstellen.

## Literatur

- Adamowitsch, M., Gugglberger, L., & Dür, W. (2017). Implementation practices in school health promotion: findings from an Austrian multiple-case study. *Health promotion international*, 32, 218–230. doi:10.1093/heapro/dau018
- Altrichter, H., Brauckmann, S., Lassnigg, L., Moosbrugger, R., & Gartmann, G. B. (2016). Schulautonomie oder die Verteilung von Entscheidungsrechten und Verantwortung im Schulsystem. In M. Brunefort, F. Eder, K. Krainer, C. Schreiner, A. Seel, & C. Spiel (Hrsg.), *Nationaler Bildungsbericht Österreich 2015, Band 2* (S. 263–304). Graz: Leykam.
- Altrichter, H., Heinrich, M., & Soukup-Altrichter, K. (2014). School decentralization as a process of differentiation, hierarchization and selection. *Journal of Education Policy*, 29(5), 675–699. doi:10.1080/02680939.2013.873954
- Altrichter, H., & Rürup, M. (2010). Schulautonomie und die Folgen. In H. Altrichter & K. Maag Merki (Hrsg.), *Handbuch Neue Steuerung im Schulsystem* (S. 111–144). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Altrichter, H., & Wiesinger, S. (2005). Implementation von Schulinnovationen – Aktuelle Hoffnungen und Forschungswissen. *journal für schulentwicklung*, 9(4), 28–36.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18. doi:10.1093/heapro/11.1.11
- Battilana, J., Gilmartin, M., Sengul, M., Pache, A. C., & Alexander, J. a. (2010). Leadership competencies for implementing planned organizational change. *Leadership Quarterly*, 21(3), 422–438. doi:10.1016/j.leaqua.2010.03.007
- Bloch, P., Toft, U., Reinbach, H., Clausen, L., Mikkelsen, B., Poulsen, K., & Jensen, B. (2014). Revitalizing the setting approach: supersettings for sustainable impact in community health promotion. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 11(1), 118. doi:10.1186/s12966-014-0118-8
- Bohnsack, R. (2008). *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden*. Opladen: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Boot, N., van Assema, P., Hesdahl, B., & de Vries, N. (2010). Professional assistance in implementing school health policies. *Health Education*, 110(4), 294–308. doi:10.1108/09654281011052646
- Brohm, M. (2004). Management des Wandels. Die Theorie des Change Managements und die schulpolitische Praxis. In W. Böttcher & E. Terhart (Hrsg.), *Organisationstheorie in pädagogischen Feldern* (S. 173–190). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

- Buijs, G., & Bowker, S. (2010). Working with schools. In E. Waters, B. A. Swinburn, J. C. Seidell, & R. Uauy (Hrsg.), *Preventing childhood obesity* (S. 263–268). Blackwell Publishing.
- Bundesministerium für Bildung und Frauen. (2015). Rundschreiben Nr.: 13/2015. SQA - Schulqualität Allgemeinbildung: Richtlinien für das Schuljahr 2015/16. Wien: Bundesministerium für Bildung und Frauen.
- Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur. (2011). *Berufsbildende Schulen in Österreich*. Wien: Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur.
- Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten. (1997). Grundsatzlerlass Gesundheitserziehung. Wien: Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten.
- Colquhoun, D. (2005). Complexity and health promotion. In S. Clift & B. B. Jensen (Hrsg.), *The health promoting school: international advances in theory, evaluation and practice2* (S. 41–54). Kopenhagen: Danish University of Education Press.
- Coppieters, P. (2005). Turning schools into learning organizations. *European Journal of Teacher Education*, 28(2), 129–139. doi:10.1080/02619760500093131
- Dadaczynski, K., Baumgarten, K., & Hartmann, T. (2016). Settingbasierte Gesundheitsförderung und Prävention. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 11(4), 214–221. doi:10.1007/s11553-016-0562-1
- Denman, S. (1999). Health promoting schools in England – A way forward in development. *Journal of public health medicine*, 21(2), 215–20.
- Deschesnes, M., Druin, N., & Yves, C. (2013). Schools' absorptive capacity to innovate in health promotion. *Journal of Health Organization and Management*, 27(1), 24–41. doi:10.1108/14777261311311780
- Dieckmann, J. (2004). *Luhmann-Lehrbuch*. Paderborn: Wilhelm Fink Verlag GmbH & Co KG.
- Dooris, M. (2009). Holistic and sustainable health improvement: the contribution of the settings-based approach to health promotion. *Perspectives in Public Health*, 129(1), 29–36. doi:10.1177/1757913908098881
- Dür, W., Gerhartl, M., delle Grazie, J., Spitzbart, S., Wilkens, E., Redl, S., & Hofmann, W. (2009). *Projekt Gesunde Schule Abschlussbericht 2009*. Wien: Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur.
- Eder, F., Altrichter, H., Hofmann, F., & Weber, C. (2015). *Evaluation der Neuen Mittelschule (NMS). Befunde aus den Anfangskohorten*. Salzburg und Linz: Universität Salzburg, Johannes Kepler Universität Linz und Pädagogische Hochschule Oberösterreich.

- Eder, F., & Hofmann, F. (2012). Überfachliche Kompetenzen in der österreichischen Schule: Bestandsaufnahme, Implikationen, Entwicklungsperspektiven. In *Nationaler Bildungsbericht Österreich 2012, Band 2* (S. 71–110).
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health promotion international, 23*(2), 190–9. doi:10.1093/heapro/dan014
- Fend, H. (2008). *Schule gestalten. Systemsteuerung, Schulentwicklung und Unterrichtsqualität*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: a synthesis of the literature*. Tampa, Florida: Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, University of South Florida.
- Flaschberger, E., Grandy, S., Hofmann, F., Lehner, L., Teutsch, F., Vogl, S., & Felder-Puig, R. (2015). *Die zeitliche Gestaltung des Schulalltags*. Wien: Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research.
- Flaschberger, E., Gugglberger, L., & Dietscher, C. (2013). Learning in networks: Individual teacher learning versus organizational learning in a regional health-promoting schools network. *Health Education Research, 28*(6), 993–1003. doi:10.1093/her/cyt079
- Flick, U., Kardoff, E. von, & Steinke, I. (2008). *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*. (U. Flick, E. von Kardoff, & I. Steinke, Hrsg.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Froschauer, U., & Lueger, M. (2003). *Das qualitative Interview – Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme*. Wien: WUV Universitätsverlag.
- Gravogl, B., Rauch, J., Schaffer, C.-M., Sebinger, S., Spitzbart, S., & Wögerbauer, E. (2010). *Gesundheit macht Schule! Und alle machen mit*. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- Griebler, R. (2011). Wie gesund sind Österreichs Sekundarschullehrer? *Prävention und Gesundheitsförderung, 7*(1), 67–72. doi:10.1007/s11553-011-0321-2
- Gugglberger, L., Adamowitsch, M., Teutsch, F., Felder-Puig, R., & Dür, W. (2013). The use of group discussions to learn about organisational characteristics of schools. *International Journal of Social Research Methodology, 18*(2), 127–143. doi:10.1080/13645579.2013.860746
- Gugglberger, L., & Dür, W. (2011). Capacity building in and for health promoting schools: results from a qualitative study. *Health policy, 101*(1), 37–43. doi:10.1016/j.healthpol.2010.08.019

- Gugglberger, L., Flaschberger, E., Felder-Puig, R., Alfery, C., & Dür, W. (2009). *Schulische Gesundheitsförderung in Österreich – Liste der regionalen Gesundheitsförderungsinitiativen*. Wien: Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research.
- Gugglberger, L., & Inchley, J. (2012). Phases of health promotion implementation into the Scottish school system. *Health promotion international*. doi:10.1093/heapro/das061
- Gugglberger, L., Teutsch, F., & Maier, G. (2017). *Evaluation der Service Stellen Schule der GKK und der Angebote der AUVA, BVA und SVB. Endbericht*. Wien: Institut für Gesundheitsförderung und Prävention.
- Hartmann, M., & Schratz, M. (2010). Schulleitung als Agentin des Wandels in der autonomen Schulentwicklung. In *TALIS 2008: Schule als Lernumfeld und Arbeitsplatz. Vertiefende Analysen aus der österreichischen Perspektive* (S. 111–125). Salzburg: Zentrum für Bildungsmonitoring & Bildungsstandards.
- Hawe, P., Shiell, A., & Riley, T. (2009). Theorising interventions as events in systems. *American Journal of Community Psychology*, 43(3), 267–276. doi:10.1007/s10464-009-9229-9
- Heward, S., Hutchins, C., & Keleher, H. (2007). Organizational change – Key to capacity building and effective health promotion. *Health promotion international*, 22(2), 170–8. doi:10.1093/heapro/dam011
- Hofmann, F., & Felder-Puig, R. (2014). Lehrergesundheit in verschiedenen Schultypen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 9, 274–280. doi:10.1007/s11553-014-0460-3
- Jourdan, D., Samdal, O., Diagne, F., & Carvalho, G. S. (2008). The future of health promotion in schools goes through the strengthening of teacher training at a global level. *Promotion & education*, 15(3), 36–8. doi:10.1177/1025382308095657
- Jourdan, D., Simar, C., Deasy, C., Carvalho, G. S., & Mannix McNamara, P. (2016). School health promotion and teacher professional identity. *Health Education*, 116(2), 106–122. doi:10.1108/HE-07-2014-0078
- Keshavarz, N., Nutbeam, D., Rowling, L., & Khavarpour, F. (2010). Schools as social complex adaptive systems: a new way to understand the challenges of introducing the health promoting schools concept. *Social science & medicine*, 70(10), 1467–1474. doi:10.1016/j.socscimed.2010.01.034
- Klatetzki, T. (2010). Zur Einführung: Soziale Personenorganisationen als Typus. In T. Klatetzki (Hrsg.), *Soziale personenbezogene Dienstleistungsorganisationen. Soziologische Perspektiven*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Krause, D. (2005). *Luhmann-Lexikon: eine Einführung in das Gesamtwerk von Niklas Luhmann*. Stuttgart: Lucius & Lucius.

- Kremser, W. (2011). Phases of school health promotion implementation through the lens of complexity theory: lessons learnt from an Austrian case study. *Health promotion international*, 26(2), 136–47. doi:10.1093/heapro/daq063
- Kühl, S. (2011). *Organisationen. Eine sehr kurze Einführung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kurtz, T. (2004). Organisation und Profession im Erziehungssystem. In W. Böttcher & E. Terhart (Hrsg.), *Organisationstheorie in pädagogischen Feldern* (S. 43–53). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Langford, R., Bonell, C., Jones, H., Pouliou, T., Murphy, S., Waters, E., et al. (2015). The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: A Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 15(1), 130. doi:10.1186/s12889-015-1360-y
- Lassnigg, L., Felderer, B., Paterson, I., Kuschej, H., & Graf, N. (2007). *Ökonomische Bewertung der Struktur und Effizienz des österreichischen Bildungswesens und seiner Verwaltung*. Wien: IHS.
- Littlecott, H. J. (2016). *From complex interventions to complex systems: towards a better understanding of school health improvement*. Cardiff University.
- Lucius-Hoene, G., & Deppermann, A. (2002). *Rekonstruktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews*. Opladen: Leske+Budrich.
- Luhmann, N. (1998). *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag.
- Luhmann, N. (2002). *Das Erziehungssystem der Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag.
- Marent, B. (2011). Partizipation als Strategie der Bewältigung der Unwahrscheinlichkeit von Kommunikation: Das Beispiel der Gesundheitsförderung. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 36(1), 48–64. doi:10.1007/s11614-011-0022-2
- Mintzberg, H. (1992). *Die Mintzberg-Struktur: Organisation effektiver gestalten*. Landsberg/Lech: verlag moderne industrie AG & Co.
- Mittelmark, M. B., Wold, B., & Samdal, O. (2012). The ecology of health promotion. In B. Wold & O. Samdal (Hrsg.), *An ecological perspective on health promotion systems, settings and social processes* (S. 85–89). Sharjah: Bentham Science. doi:10.2174/97816080534141120101
- Mogg, C. (2013). *Arbeitssituation und -zufriedenheit von LehrerInnen: Von der Berufung zum Burnout. Eine soziologische Untersuchung der Einflussfaktoren*. Universität Wien.
- Mūkoma, W., & Flisher, A. J. (2004). Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies. *Health promotion international*, 19(3), 357–68. doi:10.1093/heapro/dah309

- Neumann, G., & Seyfried, C. (2002). From a centralized to an autonomous schools system: a case of Austria. *Metodika*, 3(1996), 11–32.
- Oberwimmer, K., Bruneforth, M., Siegle, T., Vogtenhuber, S., Lassnigg, L., Schmich, J., et al. (2016). Output – Ergebnisse des Schulsystems. In M. Brunefort, L. Lassnigg, S. Vogtenhuber, C. Schreiner, & S. Breit (Hrsg.), *Nationaler Bildungsbericht Österreich 2015 - Band 1*. Graz: Leykam.
- Osrecki, F., Denk, E., & Dür, W. (2014). Steuerung und Autonomie – Bedingungen und Nebenfolgen gelingender Gesundheitsförderung an österreichischen Volksschulen – eine Fallstudie. *Zeitschrift für Bildungsforschung*, 4, 317–333. doi:10.1007/s35834-014-0113-9
- Paulus, P. (2003). Schulische Gesundheitsförderung – vom Kopf auf die Füße gestellt. Von der Gesundheitsfördernden Schule zur guten gesunden Schule. In K. Aregger & U. P. Lattmann (Hrsg.), *Gesundheitsfördernde Schule: Eine Utopie? Kozepte, Praxisbeispiele, Perspektiven* (S. 93–114). Luzern: Sauerländer.
- Paulus, P., & Schumacher, L. (2008). Gute gesunde Schule - Lehrgesundheit als zentrale Ressource. In A. Krause, H. Schüpbach, E. Ulich, & M. Wülser (Hrsg.), *Arbeitsort Schule* (S. 135–158). Gabler. doi:10.1007/978-3-8349-9551-3\_5
- Pelikan, J. M. (2007). Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Ein systemtheoretischer Lösungszugang. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2(2), 74–81. doi:10.1007/s11553-007-0058-0
- Pelikan, J. M. (2009). Ausdifferenzierung von spezifischen Funktionssystemen für Krankenbehandlung und Gesundheitsförderung oder: Leben wir in der „Gesundheitsgesellschaft“? *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 34(2), 28–47. doi:10.1007/s11614-009-0011-x
- Poland, B., Krupa, G., & McCall, D. (2009). Settings for health promotion: an analytic framework to guide intervention design and implementation. *Health promotion practice*, 10(4), 505–516. doi:10.1177/1524839909341025
- Preisendörfer, P. (2005). *Organisationssoziologie. Grundlagen, Theorien und Problemstellungen*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ramelow, D., Teutsch, F., Hofmann, F., & Felder-Puig, R. (2015). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern: Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Ritchie, J., & Lewis, J. (2009). *Qualitative research practice: a guide for social science students and researchers. Reprinted*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.

- Rowling, L., & Samdal, O. (2011). Filling the black box of implementation for health-promoting schools. *Health Education, 111*(5), 347–362.  
doi:10.1108/09654281111161202
- Schools for Health in Europe. (2013). *State of the art: health promoting schools in Europe. Acting for better schools, leading to better lives.* Utrecht.
- Specht, W., & Sobanski, F. (2012). *OECD review on evaluation and assessment frameworks for improving school outcomes: country background report for Austria.* Wien: Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur.
- St Leger, L. (1997). Health promoting settings: from Ottawa to Jakarta. *Health Promotion International, 12*(2), 99–101.
- St Leger, L. (2000). Reducing the barriers to the expansion of health-promoting schools by focusing on teachers. *Health Education, 100*(2), 81–87.  
doi:10.1108/09654280010312469
- St Leger, L., Young, I., Blanchard, C., & Perry, M. (2010). *Promoting health in schools – From evidence to action.* Saint Denis Cedex: International Union for Health Promotion and Education.
- Stewart-Brown, S. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* Kopenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Stichweh, R. (2005). Wissen und die Professionen in einer Organisationsgesellschaft. In T. Klatetzki & V. Tacke (Hrsg.), *Organisation und Profession* (S. 31–44). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Tacke, V. (2004). Organisation im Kontext der Erziehung. In W. Böttcher & E. Terhart (Hrsg.), *Organisationstheorie in pädagogischen Feldern* (S. 19–42). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Tacke, V. (2005). Schulreform als aktive Deprofessionalisierung? Zur Semantik der Lernenden Organisation im Kontext der Erziehung. In T. Klatetzki & V. Tacke (Hrsg.), *Organisation und Profession* (S. 165–198). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Teutsch, F. (2016). School development in Austria and implementation factors for health promotion. *Journal of Public Health, 24*(4), 263–271. doi:10.1007/s10389-016-0721-z
- Teutsch, F., Gugglberger, L., Adamowitsch, M., Felder-Puig, R., & Dür, W. (2012). *Studie zur Implementierung von Gesundheitsförderung in österreichischen Schulen. LBIHPR Endbericht.* Wien: Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research.

- Teutsch, F., Hofmann, F., & Felder-Puig, R. (2015). *Kontext und Praxis schulischer Gesundheitsförderung. Ergebnisse der österreichischen Schulleiter/innenbefragung 2014. LBIHPR Forschungsbericht*. Wien: Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research.
- Whitelaw, S., Baxendale, A., Bryce, C., MacHardy, L., Young, I., & Witney, E. (2001). „Settings“ based health promotion: a review. *Health promotion international*, 16(4), 339–53.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter*. Genf: World Health Organization.
- World Health Organization. (1998). *Health-Promoting Schools – A healthy setting for living, learning and working*. Genf: World Health Organization.
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research. Design and Methods*. New York London: Sage Publication.

# Anhang I: Erklärung der AutorInnen der ersten Publikation

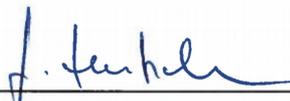
## Erklärung der Autor/inn/en

Titel: *School health promotion providers' roles in practice and theory*

Erschienen in der Zeitschrift Health Policy (<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.09.004>)

Friedrich Teutsch war als Hauptautor dieses Artikels für die Erstellung des Konzepts, die Sammlung und Analyse der Daten, das Schreiben des Manuskripts sowie die Einarbeitung der Kommentare der anonymen Gutachter/innen im Peer-Review zuständig.

Lisa Gugglberger hat Friedrich Teutsch bei der Erstellung des Konzepts und der Interpretation der Ergebnisse unterstützt und wiederholt Feedback auf das Manuskript gegeben. Wolfgang Dür was als sgn. Senior Author bei diesem Publikationsprojekt beteiligt: er hat die Erstellung des Konzepts betreut und Feedback auf das Manuskript gegeben.

Wien, 28.4.2016   
Ort, Datum Mag. Friedrich Teutsch

Wien, 28.4.2016   
Ort, Datum Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Lisa Gugglberger

Wien, 19.4.2016   
Ort, Datum Priv. Doz. Mag. Dr. Wolfgang Dür

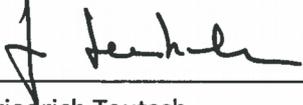
# Anhang II: Erklärung der AutorInnen der vierten Publikation

## Erklärung der Autor/inn/en

Titel: *Analysis of whole-school policy changes in Austrian schools*  
Eingereicht in der Zeitschrift Health Promotion International

Friedrich Teutsch war als Hauptautor dieses Artikels für die Erstellung des Konzepts, die Sammlung und Analyse der Daten und das Schreiben des Manuskripts zuständig.

Lisa Gugglberger hat Friedrich Teutsch bei der Erstellung des Konzepts und der Interpretation der Ergebnisse unterstützt und wiederholt Feedback auf das Manuskript gegeben.

Wien .8.8.17   
Ort, Datum Mag. Friedrich Teutsch

Wien, 8.8.2017   
Ort, Datum Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Lisa Gugglberger

## **Anhang III: Lebenslauf**



## Anhang IV: Abstract

Gesundheitsförderung zielt darauf ab, Menschen selbstbestimmten Umgang mit der eigenen Gesundheit zu ermöglichen. Um Individuen bei der Entwicklung und Erhaltung ihrer Gesundheit zu unterstützen, sollen einerseits Wissen und Fähigkeiten geschult werden, andererseits sollen auch die jeweiligen Rahmenbedingungen so gestaltet werden, dass sie die Gesundheit der Individuen unterstützen. Ein wichtiges Setting für Gesundheitsförderung ist die Schule. An der Mehrzahl der österreichischen Schulen werden Maßnahmen gesetzt, um die Gesundheit der SchülerInnen, LehrerInnen und anderen Personals zu unterstützen. In der Regel handelt es sich dabei um vereinzelte Projekte, schulweite Umsetzung im Sinne des von der World Health Organization empfohlenen Settingansatzes ist die Ausnahme.

Die vorliegende Dissertation geht der Frage nach, welche Faktoren Schulen dabei unterstützen, Gesundheitsförderung effektiv zu implementieren. Dabei wird die Organisation Schule unter systemischen Prinzipien betrachtet, um die Schwierigkeiten bei der Etablierung von gesundheitsförderlichen Konzepten in von Schulen zu identifizieren. In Anbetracht des Professionellen-Status des LehrerInnenberufs werden die Abwesenheit von förderlichen Kommunikationsstrukturen in den Schulen sowie der Widerstand gegen die Systemveränderung zur Stärkung organisationaler Strukturen beleuchtet. Als Hindernisse für die Implementierung schulweiter Ansätze werden die oft als administrativ wahrgenommene Rolle der Schulleitung sowie ihre mangelnde Handlungskompetenz innerhalb eines komplexen Schulsystems identifiziert. Effektive Implementierung settingorientierter Gesundheitsförderung ist in österreichischen Schulen maßgeblich von der Unterstützung durch das weitere Bildungssystem abhängig, deren Strukturen eine derartige Umsetzung derzeit nur bedingt zulassen.

Health promotion is a concept that aims to enable people to take control over their own health. It targets the knowledge and abilities of individuals but also emphasises the importance of developing the conditions surrounding those individuals in their everyday life, as to enable them to make healthy choices for themselves. Schools provide an important setting for health promotion. Most Austrian schools are putting policies and activities into practice to support the health of students, teachers and other school users. Meanwhile, implementation in accordance with the setting-approach – as suggested by the World Health Organization – is the exception.

This thesis investigates the factors which support schools in the process of implementing health promotion effectively. The perspective on the school as an organisational system provides a framework to identify some of the difficulties met by schools during the implementation of health promotion, such as the lack of supporting communication structures. The perspective on teachers as professionals helps to explain their resistance against system change to strengthen organisational structures. The administrative role of Austrian school heads and their lack of agency within a complex system of education are identified as hindering factors for the implementation of school-wide approaches. Effective implementation of health promotion depends very much on the support of the wider educational system, which at present are identified as more of a hindrance.