



MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Gesundheitsbildung in der Schule:

Eine qualitative Studie zu Sichtweisen von Lehrpersonen der Unterrichtsfächer
Ernährung und Haushalt sowie Biologie und Umweltbildung in der
Sekundarstufe 1

verfasst von | submitted by

Heike Strasser BEd

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Education (MEd)

Wien | Vienna, 2025

Studienkennzahl lt. Studienblatt |
Degree programme code as it appears on the
student record sheet:

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Betreut von | Supervisor:

UA 199 502 513 02

Masterstudium Lehramt Sek (AB) Unterrichtsfach
Biologie und Umweltbildung Unterrichtsfach
Haushaltsökonomie und Ernährung

Assoz. Prof. Dr. paed. Claudia Maria Angele

Abstract (Deutsch)

Die vorliegende Masterarbeit zielt darauf ab, Sichtweisen von Fachlehrkräften der Unterrichtsgegenstände *Ernährung und Haushalt* sowie *Biologie und Umweltbildung* in der Sekundarstufe 1 zum Thema „Gesundheitsbildung in der Schule“ in Form einer empirisch-qualitativen Zugangsweise zu erheben. Das Hauptforschungsinteresse besteht darin, zu untersuchen, was Fachlehrpersonen der genannten Unterrichtsfächer unter Gesundheitsbildung in der Sekundarstufe 1 verstehen, wie sie Gesundheitsbildung in ihrem eigenen Fachunterricht umsetzen und in welcher Form Gesundheitsbildung in den übrigen Bereichen ihres Schulalltags noch integriert und umgesetzt wird. In einem ersten Schritt erfolgt zunächst eine theoretische Erarbeitung des zugrundeliegenden Themas durch eine systematische Literaturrecherche. Hierzu werden anhand theoriezentrierter Teilstudien Grundlagen und ausgewählte Konzepte von Gesundheit dargestellt sowie Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Schüler*innen in Österreich analysiert, als auch das eigentliche Hauptthema „Gesundheitsbildung in der Schule“ als Grundlage für den empirischen Teil der Arbeit theoretisch aufgearbeitet. In einem zweiten Schritt werden mit insgesamt elf Fachlehrkräften *halbstrukturierte, problemzentrierte Leitfadeninterviews* anhand eines selbstkonzipierten Interviewleitfadens in schriftlicher Form geführt. Die Basis der qualitativen Studie bilden empirische Teilstudien. Die Analyse und Auswertung der Daten erfolgt als *qualitative Inhaltsanalyse* nach Kuckartz & Rädiker (2024) unter Verwendung des Programms *MAXQDA 2024*. Dabei wird ein Kategoriensystem samt Codierleitfaden selbst entwickelt sowie eine Zusammenfassung der codierten Segmente in tabellarischer Form erstellt. Die Ergebnisse zeigen, dass das Thema Gesundheitsbildung bei den befragten Fachlehrkräften präsent ist und sie ein vielschichtiges Verständnis davon aufweisen. Damit verbunden scheint Gesundheitsbildung auch in der gelebten Schulpraxis sowohl im Fachunterricht, als auch im Schulalltag momentan eine bedeutende Rolle zu spielen und wird aus Sicht der Fachlehrkräfte bereits sowohl unterrichtlich als auch außerunterrichtlich auf unterschiedliche Weise umgesetzt und integriert. Überdies werden verschiedene zukünftige Integrationspotentiale aus Sicht der Fachlehrkräfte erkannt, womit ein Optimierungsbedarf für die schulische Umsetzung von Gesundheitsbildung, vor allem in den außerunterrichtlichen Bereichen, aufgezeigt wird. Insgesamt liefert die Studie aktuelle Erkenntnisse über sowie relevante Hinweise für die weitere künftige Implementierung von Gesundheitsbildung in der Schule und kann darüber hinaus als Anlass für weitere Forschungsanliegen auf diesem bedeutsamen Gebiet dienen.

Abstract (English)

The aim of this master thesis is to evaluate views from teachers of the subjects “Ernährung und Haushalt” (≈ “nutrition and household”) and “biology” in secondary schools (in Austria = “Sekundarstufe 1”) on “Health education in school”. The main research interest is to examine the understanding of health education of the subject teachers, how they implement health nutrition in class and how health nutrition is implemented in everyday school life. Firstly, the theoretical part consists of a systematic literature research in order to answer theoretical research questions on basics of health as well as health and current health behavior of students in Austria and health education in school. This serves as solid basis for the second, empirical part of the thesis. The second part consists of an interview questionnaire in written form with a total amount of eleven subject teachers. The basis for the qualitative study are empirical research questions. The data analysis is conducted by means of a *qualitative content analysis* following Kuckartz and Rädiker (2024) and using the program *MAXQDA 2024*. In this context a self-developed coding system and coding guide as well as a summary of all coded segments in tabular form is developed. The results indicate that the topic “health education” is relevant to the participants and that they have a multi-layered understanding of the topic. In this context “health education” currently seems to be important at the examined school types in class as well as in everyday school life and is implemented in various ways in and outside of class. Furthermore, the study shows several potentials for future integration of “health education” in school, especially for everyday school life. Altogether the study provides current findings on health education in school and relevant insights on further future implementation of health education in school. In addition the study also provides reason for further research in the significant area of health education in school.

Abkürzungsverzeichnis

AGES	Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH
AHS	Allgemeinbildende höhere Schule
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMBWF	Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BMUK	Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.
EH	Ernährung und Haushalt
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
LP1-LP11	Lehrperson Eins bis Lehrperson Elf
MS	Mittelschule
ÖGE	Österreichische Gesellschaft für Ernährung
ÖPGK	Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz
Optimix	Optimierte Mischkost
Pos.	Position
SGE	Schweizerische Gesellschaft für Ernährung
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: "Das Ergänzungsverhältnis von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung" (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 148)	17
Abbildung 2: "Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum" (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 125)	28
Abbildung 3: Modell der Salutogenese („stark vereinfacht nach Antonovsky“, 1979, S. 184-185, zitiert nach Hurrelmann & Richter, 2013, S. 126).....	29
Abbildung 4: Modell der Gesundheitsdeterminanten (Dahlgren & Whitehead, 1991, zitiert nach Hurrelmann & Richter, 2022, o. S.)	32
Abbildung 5: Zwei Ansatzpunkte schulischer Gesundheitskompetenz (Malli & Zelinka-Roitner, 2020, S. 7).....	53
Abbildung 6: "Aspekte und Einflussfaktoren von Gesundheitsbildung" (Kracke & Sommer, 2022, o. S.)	57
Abbildung 7: Überblick Forschungsdesign - Methodische Vorgehensweise (eigene Darstellung mittels Word).....	77
Abbildung 8: Durchführung der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 132).....	83
Abbildung 9: Überblick Erstellung des Kategoriensystems - Teil 1 (eigene Darstellung mittels MAXQDA 2024).....	86
Abbildung 10: Überblick Erstellung des Kategoriensystems - Teil 2 (eigene Darstellung mittels MAXQDA 2024).....	87

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	9
Teil A: Theoretischer Teil	14
1. Allgemeine Begriffsbestimmungen und Grundlagen	14
1.1 Gesundheit.....	14
1.2 (Krankheits-) Prävention vs. Gesundheitsförderung	16
1.2.1 (Krankheits-) Prävention	17
1.2.2 Gesundheitsförderung	19
1.3 Gesundheitsverhalten	22
2. Erklärungsansätze zu Gesundheit	24
2.1 Modell der Salutogenese nach Antonovsky (1979).....	24
2.1.1 Kohärenzgefühl	26
2.1.2 Gesundheits-Krankheits-Kontinuum	27
2.1.3 Stressoren und Spannungszustand	28
2.1.4 Generalisierte Widerstandsressourcen.....	28
2.1.5 Zusammenfassende Funktionsweise und Betrachtung des Salutogenesemodells nach Antonovsky (1979)	29
2.2 Modell der Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren & Whitehead (1991).....	30
3. Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Schüler*innen	35
3.1 Grundlegende Informationen und Besonderheiten im Kindes- und Jugendalter	36
3.2 Ernährung und Gesundheit.....	37
3.2.1 Bedeutung der Ernährung im Kindes- und Jugendalter	37
3.2.2 Ernährungsempfehlungen im Kindes- und Jugendalter	39
3.2.2.1 Bestandteile der Nahrung & nährstoffbasierte Empfehlungen für Energielieferanten.....	40
3.2.2.2 Österreichische Ernährungspyramide.....	41
3.2.2.3 Optimix (Optimierte Mischkost)	42
3.2.3 Ernährungsverhalten von Schüler*innen in Österreich	43
3.3. Bewegung und Gesundheit	44
3.3.1 Bedeutung von Bewegung im Kindes- und Jugendalter.....	44
3.3.2 Bewegungsempfehlungen im Kindes- und Jugendalter.....	45
3.3.3 Bewegungsverhalten von Schüler*innen in Österreich	45
3.4 Mentale Gesundheit.....	46
3.4.1 Bedeutung und Relevanz der mentalen Gesundheit im Kindes- und Jugendalter	46

3.4.2 Daten zur mentalen Gesundheit von Schüler*innen in Österreich	47
4. Gesundheitsbildung in der Schule	48
4.1 Zusammenhänge von Gesundheit und Bildung.....	48
4.2 Rechtliche Grundlagen	49
4.3 Gesundheitskompetenz (Health Literacy)	50
4.4 Daten zur Gesundheitskompetenz von Schüler*innen in Österreich	53
4.5 Gesundheitsbildung vs. Gesundheitserziehung	54
4.5.1 Gesundheitserziehung.....	55
4.5.2 Gesundheitsbildung.....	56
4.5.3 Grundsatzerlass Gesundheitserziehung (BMUK, 1997)	58
4.6 Umsetzung schulischer Gesundheitsbildung	59
4.7 Aktuelle Lehrpläne der Sekundarstufe 1	62
4.7.1 Ernährung und Haushalt.....	64
4.7.2 Biologie und Umweltbildung	66
4.8 Ausgewählte externe Organisationen & Angebote.....	67
5. Fazit Teil A: Beantwortung der theoriezentrierten Teilstudienfragen.....	70
Teil B: Empirischer Teil	75
6. Erkenntnisinteresse inkl. empirische Teilstudienfragen.....	75
7. Forschungsdesign	76
7.1 Zielgruppe & Stichprobe	77
7.2 Datenerhebung	78
7.2.1 Schriftliche halbstrukturierte, problemzentrierte Leitfadeninterviews.....	79
7.3 Datenaufbereitung	80
7.4 Datenauswertung	81
7.4.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz & Rädiker (2024)	81
7.4.2 Inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz & Rädiker (2024) ..	83
7.5 Gütekriterien qualitativer Forschung	88
8. Darstellung der Ergebnisse.....	91
8.1 Subjektive Assoziationen zu Gesundheitsbildung	92
8.2 Subjektives Verständnis von Gesundheitsbildung.....	94
8.3 Subjektives Verständnis von Gesundheitserziehung.....	95
8.4 Gemeinsamkeiten von Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung	96
8.5 Unterschiede von Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung	97
8.6 Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht	98
8.6.1 Individuelle Zielsetzungen.....	99

8.6.2 Zentrale Vermittlungsinhalte	100
8.6.3 Essentielle Themenbereiche	101
8.6.4 Individuelle inhaltliche Schwerpunktsetzungen.....	103
8.6.5 Unterschiede in EH und Biologie	104
8.6.6 Gemeinsamkeiten in EH und Biologie	105
8.7 Voraussetzungen für fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung	105
8.7.1 Bewusstseinsentwicklung.....	106
8.7.2 Fachliche Zusammenarbeit	106
8.7.3 Unterstützungsmaterialien	107
8.7.4 Fort-/Weiterbildungsmöglichkeiten.....	107
8.7.5 Projektgestaltung	108
8.8 Kenntnis schulexterner Organisationen und Angebote	108
8.9 Nutzung schulexterner Organisationen und Angebote	109
8.10 Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung	110
8.10.1 Verpflegungsmöglichkeiten.....	111
8.10.2 Bewegungsmöglichkeiten	111
8.10.3 Schulraumgestaltung.....	112
8.10.4 Schulklima	113
8.10.5 Verhalten im Schulalltag	113
8.10.6 Projekte, Exkursionen & Veranstaltungen	114
8.10.7 Angebote für mentale Gesundheit.....	114
8.11 Schulspezifische außerunterrichtliche Umsetzung von Gesundheitsbildung	114
8.11.1 Verpflegungsgestaltung.....	115
8.11.2 Pausengestaltung	116
8.11.3 Verhaltensregelungen	116
8.11.4 Projekte, Exkursionen & Veranstaltungen	116
8.11.5 Angebote für mentale Gesundheit.....	117
8.12 Schulspezifische unterrichtliche Integration von Gesundheitsbildung	118
8.12.1 Bewegungsintegration	118
8.12.2 Stundenplangestaltung	118
8.13 Künftige außerunterrichtliche Integrationspotentiale von Gesundheitsbildung	119
8.13.1 Verpflegungspotentiale.....	119
8.13.2 Bewegungspotentiale.....	120
8.13.3 Projekte, Exkursionen & Veranstaltungen	120
8.13.4 Schulgartennutzung	121

8.13.5 Außerschulische Vernetzungen.....	121
8.13.6 Elternzusammenarbeit.....	122
8.13.7 Mitgestaltungsmöglichkeiten für Schüler*innen	122
9. Diskussion der Ergebnisse	123
9.1 Empirische Teilstudienfrage 1.....	123
9.2 Empirische Teilstudienfrage 2.....	125
9.3 Empirische Teilstudienfrage 3.....	127
9.4 Empirische Teilstudienfrage 4.....	128
9.5 Empirische Teilstudienfrage 5.....	129
9.6 Empirische Teilstudienfrage 6.....	131
10. Kritische Methodendiskussion.....	134
11. Gesamtfazit und Ausblick.....	137
Literaturverzeichnis.....	140
Anhang	158
I. Interviewleitfaden: Schriftliches Interview	158
II. Codierleitfaden (eigene Entwicklung & Darstellung)	161
III. Tabelle: Zusammenfassung der codierten Segmente (eigene Entwicklung & Darstellung) ..	175
IV. Textdokumente der schriftlichen Interviews	225
Lehrperson 1.....	225
Lehrperson 2.....	227
Lehrperson 3.....	230
Lehrperson 4.....	233
Lehrperson 5.....	235
Lehrperson 6.....	238
Lehrperson 7.....	240
Lehrperson 8.....	244
Lehrperson 9.....	246
Lehrperson 10.....	248
Lehrperson 11.....	252

Einleitung

Ein bekanntes Sprichwort lautet: „*Die Gesundheit ist das höchste Gut des Menschen*“. Gesagt haben soll es einst Mark Twain und es verdeutlicht sehr gut den enormen Stellenwert, den Gesundheit im Leben eines jeden Menschen einnimmt. Trotz dieser hohen Bedeutung und der Allgegenwärtigkeit von Gesundheit findet sich in der Fachliteratur bislang keine universell gültige Definition des Gesundheitsbegriffs (Franzkowiak & Hurrelmann, 2022; Hurrelmann & Richter, 2013). Der WHO (1946) entsprechend wird *Gesundheit* als „[...] Zustand des völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ aufgefasst (WHO, 1946, S. 1; Übersetzung nach Hurrelmann & Richter, 2013, S. 117). Dabei handelt es sich gegenwärtig um eine der zentralsten sowie in der Literatur vielfach zitierten und diskutierten Gesundheitsdefinitionen (vgl. z.B. Franzkowiak & Hurrelmann, 2022; Hornberg, 2016; Hurrelmann & Richter, 2013). Wesentlich ist dabei, dass *Gesundheit* als ein Zusammenspiel aus voneinander abhängigen körperlichen, seelischen und sozialen Faktoren betrachtet wird, woraus eine interdisziplinäre Bedeutung hervorgeht (Franzkowiak & Hurrelmann, 2022; Hurrelmann & Richter, 2013).

Insbesondere im Kindes- und Jugendalter kommt der Gesundheit eine essentielle Bedeutung zu, etwa für die Gewährleistung einer entsprechenden Leistungsfähigkeit und Lebensqualität (Griebler et al., 2016). Darüber hinaus spielt Gesundheit in jungen Jahren gemäß aktueller Datenlage jedoch auch eine wichtige Rolle als wesentliche Determinante für die gesundheitliche Verfassung des gesamten weiteren Lebens (Bengough et al., 2024). Somit sind Kindheit und Jugend „von entscheidender Relevanz für eine frühzeitig erlernbare gesunde Lebensweise, die der Gesunderhaltung und der Krankheitsprävention dient“ (Lang, 2016, S. 49). Um mithilfe des Verhaltens einen positiven Einfluss auf die Gesundheit zu nehmen, werden unter anderem die Bereiche Ernährung und Bewegung als wesentlich betrachtet (Fuchs, 2012). Zudem sind auch konkrete Verhaltensmaßnahmen betreffend den psychischen Bereich bedeutsam, um die Gesundheit zu stärken (Fuchs, 2012).

Aktuellen Daten der Statistik Austria aus dem Jahr 2024 zufolge machen Personen unter 20 Jahren knapp ein Fünftel der österreichischen Bevölkerung aus (Statistik Austria, 2024-a). Dabei ist positiv zu bemerken, dass sie laut der *Gesundheitsziele Österreich* jene Bevölkerungsgruppe mit der besten Gesundheit sind (BMGF, 2017, S. 32). Demgegenüber konnte in der jüngeren Vergangenheit unter Kindern und Jugendlichen allerdings eine Zunahme bestimmter Krankheiten wie zum Beispiel Adipositas oder Diabetes sowie Beeinträchtigungen und Erkrankungen im psychischen Bereich beobachtet werden (Bengough et al., 2024; Griebler et al., 2016). Gleichzeitig konnte im Rahmen der *WHO-HBSC-Studie 2021/22*, die umfassend aktuelle Daten zur Gesundheit und dem

Gesundheitsverhalten von Schüler*innen in Österreich liefert, unter anderem festgestellt werden, dass nur etwa 35 Prozent der Schülerinnen und nur ein Viertel der Schüler zumindest einmal am Tag sowohl Obst als auch Gemüse essen (Felder-Puig et al., 2023, S. 40), womit ein Großteil der Schüler*innen ausgehend von den aktuell gültigen „neuen Österreichischen Empfehlungen“ (BMSGPK, 2024, o. S.) von fünf Portionen Obst und Gemüse täglich deutlich zu wenig dieser Lebensmittelgruppen konsumiert. Auch Studienergebnisse zum Bewegungspensum der Schüler*innen zeigen Verbesserungspotential: So bewegen sich laut Felder-Puig et al. (2023, S. 34) Schülerinnen aller teilgenommenen Altersstufen im Durchschnitt fast vier Tage wöchentlich für zumindest eine Stunde, für Schüler liegt der Wert mit viereinhalb Tagen nur geringfügig höher, womit das empfohlene Mindestpensum an Bewegung für Kinder und Jugendliche von einer Stunde pro Tag (Bauer et al., 2020, S. 48) oftmals nicht erfüllt wird. Überdies zeigen aktuelle Daten betreffend den Bereich der mentalen Gesundheit wenig Erfreuliches: Gut ein Fünftel der Schülerinnen und ein Zehntel der Schüler sind laut Felder-Puig et al. (2023, S. 6) „möglicherweise an einer depressiven Verstimmung oder Depression“ erkrankt. In diesem Kontext wesentlich ist, dass das Lebensumfeld und damit die Schule eine Einflussgröße auf die mentale Gesundheit darstellt (Bilz, 2023; WHO, 2019).

Im Allgemeinen wird der Bildung an sich eine wesentliche Bedeutung als ein bestimmender Faktor der Gesundheit zugeschrieben (WHO, 2015). So wird in der Literatur etwa die einflussreiche Wirkung von Bildung auf verschiedene gesundheitsrelevante Komponenten, darunter „Ernährung“, „Bewegung“ oder „Wohlbefinden“ hervorgehoben (Hascher & Winkler-Ebner, 2010, S. 38). Historisch betrachtet zeigt sich zudem, dass das Thema Gesundheit im Schulbereich bereits seit langer Zeit präsent ist (Marchwacka, 2016). Der in dieser Arbeit zentrale Begriff der *Gesundheitsbildung* umfasst dabei im Allgemeinen Lernvorgänge, die ermöglichen sollen, zielgerichtet auf gesundheitsrelevante Faktoren einwirken zu können (Kracke & Sommer, 2022). Die *Selbstbestimmung* nimmt dabei eine entscheidende Rolle ein, wobei mithilfe der Vermittlung sogenannter *Gesundheitskompetenzen* erreicht werden soll, selbständige Entscheidungen über alltägliche Handlungen mit Blick auf mögliche gesundheitsrelevante Konsequenzen treffen zu können, um dabei möglichst gesundheitsbewahrend agieren zu können (Kracke & Sommer, 2022). Aktuellen Erhebungen zufolge scheint die Gesundheitskompetenz von Österreichs Schüler*innen optimierungsbedürftig (vgl. Felder-Puig et al., 2023). Gegenwärtig von besonderer Relevanz ist das Inkrafttreten neuer Lehrpläne für die Sekundarstufe 1, die ab dem Schuljahr 2023/24 für die beiden Schultypen AHS-Unterstufe und Mittelschule gelten (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 7; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 3). Darin festgelegt ist „Gesundheitsförderung“ als ein zentraler, fächerübergreifender Themenbereich (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 13; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 6), der die beiden Unterrichtsfächer „Biologie und Umweltbildung“ (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 21; BMBWF;

Lehrplan MS, i.d.g.F. S. 13) sowie „Ernährung und Haushalt“ (BMBWF; Lehrplan MS, i.d.g.F. S. 13) explizit für dessen Umsetzung anführt. Zentral ist das Erlangen verschiedener „[f]ächerübergreifende[r] Kompetenzen“ (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 13; BMBWF; Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 6), wobei ein grundlegendes Ziel von *Gesundheitsförderung* der Erwerb von „Gesundheitskompetenz“ darstellt (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 20; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 12). Als von essentieller Bedeutung wird dabei die Lebenswelt Schule betrachtet, deren Gestaltung als „ein sicherer und gesundheitsfördernder Ort“ sichergestellt werden soll (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 20; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 12). Dementsprechend gilt es, zwei wesentliche Bereiche zu beachten: Einerseits das „Lernen über Gesundheit“ in den jeweiligen Unterrichtsgegenständen, andererseits das „Lernen durch Gesundheit“ (Angele et al., 2021, S. 107), womit das „Lernen im Setting Schule“ gemeint ist (Angele et al., 2021, S. 84).

Aufgrund der dargestellten Aspekte zeigt sich, dass das bedeutsame Thema der schulischen Gesundheitsbildung momentan insbesondere Fachlehrkräfte der Sekundarstufe 1 betrifft und ihnen eine tragende Rolle bei der Umsetzung dieser Thematik zukommt. Infolgedessen besteht das Hauptziel der Arbeit darin, Sichtweisen von Fachlehrkräften der Unterrichtsfächer *Ernährung und Haushalt* sowie *Biologie und Umweltbildung* in der Sekundarstufe 1 zum Thema Gesundheitsbildung in der Schule zu erheben. Die zugrundliegende Hauptforschungsfragestellung der Arbeit lautet:

„Was verstehen Fachlehrpersonen der Unterrichtsfächer Biologie und Umweltbildung sowie Ernährung und Haushalt unter Gesundheitsbildung in der Sekundarstufe 1, wie setzen sie diese Gesundheitsbildung im eigenen Fachunterricht um und in welcher Form wird Gesundheitsbildung in übrigen Bereichen des Schulalltags sonst noch integriert und umgesetzt?“

Vor diesem Hintergrund zielt die Arbeit in einem ersten Schritt darauf ab, die Bedeutung von Gesundheit und damit verbundenen Aspekten darzustellen sowie darauf folgend bedeutende Aspekte rund um das Thema Gesundheitsbildung in der Schule in Österreich theoretisch zu erläutern. Damit liegt der Fokus zunächst auf der Beantwortung der nachstehenden theoriezentrierten Teilstudienfragen:

- *Wie definieren sich die Begriffe Gesundheit, Gesundheitsförderung und (Krankheits-) Prävention, welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede bestehen, und was bedeutet der Begriff Gesundheitsverhalten?*

- Was beschreiben das „Modell der Salutogenese“ nach Antonovsky (1979) und das „Modell der Gesundheitsdeterminanten“ nach Dahlgren & Whitehead (1991), welche Aspekte sind dabei jeweils umfasst?
- Wie gestaltet sich das gegenwärtige Gesundheitsverhalten von Schüler*innen in Österreich, wie ist der Status Quo im Vergleich zu offiziellen Empfehlungen?
- Was unterscheidet Gesundheitsbildung von Gesundheitserziehung?

In welche Bereiche gliedert sich Gesundheitsbildung in der Schule, in welchen Kontexten spielt Gesundheitsbildung eine Rolle und welche Ziele werden (grundsätzlich) verfolgt in den beiden Unterrichtsfächern Ernährung und Haushalt sowie Biologie und Umweltbildung?

Nachdem eine fundierte theoretische Aufbereitung des Themas als wichtige Basis dargestellt ist, zielt die Arbeit in einem zweiten Schritt auf die Erforschung von Sichtweisen ausgewählter Fachlehrkräfte der genannten Unterrichtsgegenstände in der Sekundarstufe 1 ab. Hierzu sollen folgende empirische Teilstudienfragen beantwortet werden:

- Was verstehen die befragten Lehrpersonen unter Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung in der Schule, welche wesentlichen Unterschiede und Gemeinsamkeiten sehen die befragten Lehrpersonen zwischen diesen beiden Begriffen?
- Wie setzen Lehrpersonen der Unterrichtsfächer Ernährung und Haushalt sowie Biologie und Umweltbildung Gesundheitsbildung in ihrem Fachunterricht jeweils um?
- Welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten zeigen sich in den beiden Unterrichtsfächern Ernährung und Haushalt sowie Biologie und Umweltbildung in Bezug auf Gesundheitsbildung aus Sicht der befragten Lehrpersonen, die beide genannten Fachgegenstände unterrichten?
- Welche Voraussetzungen sehen die befragten Lehrpersonen für die Umsetzung von Gesundheitsbildung als übergreifendes Thema im Unterricht verschiedener Fächer als erforderlich an?
- Welche Bereiche in der Lebenswelt Schule sind aus Sicht der befragten Lehrpersonen essentiell, um Gesundheitsbildung außerhalb des Fachunterrichts, also im Schulalltag, zu realisieren?
- In welcher Weise sehen die befragten Lehrpersonen Gesundheitsbildung in der Lebenswelt Schule, also außerhalb des Fachunterrichts, gegenwärtig umgesetzt? Welche künftigen Möglichkeiten sehen sie?

Der Aufbau der Arbeit gliedert sich dementsprechend in zwei Hauptteile: Erstens den theoretischen Teil (= Teil A), der auf die Beantwortung der theoriebasierten Fragen abzielt, sowie zweitens den empirischen Teil (= Teil B), dem die erläuterten empirischen Teilstudienfragen zu Grunde liegen. Im

Rahmen des ersten Abschnitts erfolgt zunächst eine Erarbeitung allgemeiner Begriffsbestimmungen und Grundlagen zu Gesundheit (siehe Kapitel 1) sowie eine Betrachtung ausgewählter Erklärungsansätze zu Gesundheit (siehe Kapitel 2). Darauffolgend wird die Gesundheit und das gegenwärtige Gesundheitsverhalten von Schüler*innen in den Blick genommen, wobei der Fokus auf die Bereiche Ernährung, Bewegung und mentale Gesundheit gelegt wird (siehe Kapitel 3). Danach widmet sich Kapitel 4 schließlich dem eigentlichen Hauptthema der Arbeit, der Gesundheitsbildung in der Schule, und setzt sich dabei ausführlich mit Zusammenhängen von Gesundheit und Bildung, ausgewählten im Schulkontext relevanten rechtlichen Grundlagen sowie der Umsetzung von Gesundheitsbildung auseinander. Ebenso wird dabei auf Aspekte betreffend der Gesundheitskompetenz eingegangen. Einen weiteren Schwerpunkt des Kapitels stellt die Analyse relevanter Stellen des aktuellen Lehrplans der Sekundarstufe 1 dar, da dieser ein verbindliches Grundlagendokument für Lehrkräfte darstellt. Abschließend erfolgt ein kurzer Einblick in ausgewählte externe Organisationen und Angebote zum Thema Gesundheit, die Lehrkräfte in ihren Unterricht miteinbeziehen können und damit in Hinblick auf die Realisierung von Gesundheitsbildung relevant erscheinen.

Vor diesem Hintergrund erfolgt im zweiten Abschnitt der Arbeit, dem empirischen Teil (= Teil B), die Erforschung von Sichtweisen ausgewählter Fachlehrkräfte zum Thema Gesundheitsbildung in der Schule. Diese Forschungsarbeit wird als empirisch qualitative Zugangsweise durchgeführt und mittels schriftlicher Leitfadeninterviews (für eine genaue Erklärung der Interviewmethode siehe Kapitel 7.2) realisiert. Nach Vorstellung des grundlegenden Erkenntnisinteresses (siehe Kapitel 6) wird auf das Forschungsdesign einschließlich der hierbei zentralen Schritte *Datenerhebung*, *Datenaufbereitung* und *Datenauswertung* näher eingegangen (siehe Kapitel 7). Im Zentrum steht dabei die Arbeit mit dem Programm *MAXQDA 2024* sowie die *qualitative Inhaltsanalyse* nach Kuckartz & Rädiker (2024), nach der die erhobenen Daten analysiert werden sollen. In Kapitel 8 erfolgt eine ausführliche Darstellung der gewonnenen Ergebnisse. Daran anschließend erfolgt die zusammenfassende Ergebnisdiskussion, bei der die Erkenntnisse aus Theorie und Empirie miteinander in Verbindung gesetzt werden sollen (siehe Kapitel 9). Außerdem erfolgt im Rahmen der darauffolgenden kritischen Methodendiskussion rückblickend eine kritische Auseinandersetzung und Reflexion der gewählten Forschungsmethoden (siehe Kapitel 10). Ein Gesamtfazit samt Ausblick im Zuge von Kapitel 11 schließt die Arbeit schließlich ab und soll dabei wertvolle Hinweise auf mögliche zukünftige Forschungsinteressen im Kontext von Gesundheitsbildung in der Schule geben.

Die Zitierweise der Masterarbeit orientiert sich an den Richtlinien nach APA 7th Edition (2019).

Teil A: Theoretischer Teil

1. Allgemeine Begriffsbestimmungen und Grundlagen

1.1 Gesundheit

Eine universell gültige Definition des Begriffs *Gesundheit* fehlt in der Fachliteratur bislang (Franzkowiak & Hurrelmann, 2022; Hurrelmann & Richter, 2013). Generell existieren verschiedene Erklärungsversuche, wobei unter Gesundheit oftmals das Fehlen von Krankheit verstanden wird (Hurrelmann & Richter, 2013). Bak (2023) betont allerdings, dass die Abwesenheit von Krankheit nicht automatisch mit dem Vorhandensein eines Gesundheitszustands gleichzusetzen sei und umgekehrt. Wesentlich festzuhalten ist, dass genauso wie der Begriff *Gesundheit* auch der Begriff *Krankheit* nicht allgemeingültig zu definieren ist, dabei jeweils Aspekte von Medizin, Individuum und Gesellschaft eine Rolle spielen und es grundsätzlich unterschiedliche Herangehensweisen für die Erläuterung des Begriffs *Gesundheit* gibt (Angele et al., 2021; Hurrelmann & Richter, 2013). So ist das konkrete Verständnis von Gesundheit von Faktoren wie der jeweiligen Betrachtungsweise oder Thematik abhängig (Hornberg, 2016).

Kurz gesagt bezeichnet der Begriff *Gesundheit* also einen generellen Terminus mit einer Vielzahl an Bedeutungsinhalten, wobei neben rein fachlichen Gehalten auch Aspekte aus dem philosophischen oder moralischen Bereich relevant sein können (Naidoo & Wills, 2019, S. 32). Prinzipiell kann Gesundheit negativ oder positiv aufgefasst werden (Bak, 2023; Naidoo & Wills, 2019). Während bei negativer Auffassung des Gesundheitsbegriffs der Fokus auf das Nichtvorhandensein von Krankheit oder Leid gelegt wird und damit der Bereich der Medizin im Mittelpunkt steht, wird bei positiver Herangehensweise das Wohlbefinden betont (Bak, 2023, S. 22; Naidoo & Wills, 2019, S. 32). Konkret werden bei einer positiven Annäherung an den Gesundheitsbegriff beispielsweise auch Kriterien wie vorhandene, für die erfolgreiche Alltagsbewältigung nötige körperliche oder geistige Ressourcen herangezogen (Bak, 2023, S. 22). Laut Hornberg (2016) existieren zahlreiche Erklärungsansätze mit positiver Betrachtungsweise, die über die bloße Krankheitsabwesenheit hinausgehen. Insgesamt scheint es in der Literatur jedenfalls eine überwiegende Tendenz zu einem mehrdimensionalen Verständnis von Gesundheit zu geben (Hornberg, 2016, S. 63).

Eine der gegenwärtig zentralsten sowie in der Literatur vielfach zitierten und diskutierten Gesundheitsdefinitionen stammt von der WHO (vgl. z.B. Franzkowiak & Hurrelmann, 2022; Hornberg, 2016; Hurrelmann & Richter, 2013), deren Ursprung auf die Präambel ihrer Satzung aus dem Jahr 1946 zurückgeht, wonach Gesundheit als „[...] Zustand des völligen körperlichen, psychischen und sozialen

Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ definiert ist (WHO, 1946, S. 1; Übersetzung nach Hurrelmann & Richter, 2013, S. 117). Franzkowiak & Hurrelmann (2022) fassen dabei folgende Hauptcharakteristika zusammen: die positive Besetzung des Gesundheitsbegriffs, die Mehrdimensionalität und die Abkehr von bloßen biomedizinischen Aspekten. Vielmehr wird Gesundheit im Sinne der WHO (1946) als „bio-psycho-soziales Geschehen“ verstanden (Angele et al. 2021, S. 89). Gesundheit wird also als ein Zusammenspiel aus voneinander abhängigen körperlichen, seelischen und sozialen Faktoren betrachtet, woraus eine interdisziplinäre Bedeutung hervorgeht (Franzkowiak & Hurrelmann, 2022; Hurrelmann & Richter, 2013). Wesentlich ist dabei auch, dass der in der WHO-Definition angesprochene Zustand von Gesundheit keinesfalls als statisch und konstant verstanden wird, sondern im Gegenteil von einer Dynamik charakterisiert ist und das ganze Leben über immer aktives Handeln fordert, um vorhandene, gegenläufige Ressourcen und Belastungen im Gleichgewicht zu halten (Franzkowiak & Hurrelmann, 2022; Hurrelmann & Richter, 2013).

Allerdings wurde auch Kritik an der WHO-Definition geäußert (vgl. z.B. Franzkowiak & Hurrelmann, 2022; Hornberg, 2016; Hurrelmann & Richter, 2013). Beispielsweise ist eine exakte Begriffsbestimmung der angesprochenen „soziale[n] Gesundheit“ bis heute ausständig, wobei gegenwärtig die soziale Komponente eher als „gesellschaftliche Rahmenbedingung“ für die beiden anderen genannten Gesundheitsaspekte betrachtet wird (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 119). Ein weiterer nicht unwesentlicher Kritikpunkt ist zudem, dass Gesundheit in der von der WHO beschriebenen Art und Weise unrealistisch zu erreichen sei (Hurrelmann & Richter, 2013; Hornberg, 2016). Wichtig festzuhalten ist jedoch, dass das breit ausgelegte Verständnis der WHO die Bedeutung von Gesundheit in sämtlichen alltäglichen Lebensbereichen unterstreicht (Franzkowiak & Hurrelmann, 2022).

Eine dem Verständnis der WHO ähnliche Definition von Gesundheit kann bei Hurrelmann & Richter (2013) nachgelesen werden. Gesundheit wird hier ebenfalls als ein „Zustand des Wohlbefindens“ beschrieben (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 147), wobei die Auffassung dieses Zustands ebenso als dynamisch angesehen wird (Franzkowiak & Hurrelmann, 2022). Auch werden in der Definition nach Hurrelmann & Richter (2013, S. 147) psychische und soziale Komponenten angesprochen, wobei die Bedeutung von damit in Verbindung stehenden „äußereren Lebensbedingungen“ genannt wird. Weiters wird der folgende wesentliche Satz formuliert: „Gesundheit ist nach diesem Verständnis ein angenehmes und durchaus nicht selbstverständliches Gleichgewichtsstadium von Risiko- und Schutzfaktoren, das zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut in Frage gestellt ist.“ (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 147). Von essenzieller Bedeutung sind dabei die damit verbundenen

Empfindungen von Lebensfreude und Lebenssinn bei Einstellung eines entsprechenden Gleichgewichts (Hurrelmann & Richter, 2013).

Insgesamt ist die enorme, vielfältige Bedeutung und Tragweite von Gesundheit anhand der beiden näher beschriebenen Definitionen (Hurrelmann & Richter, 2013; WHO, 1946) eindeutig nachvollziehbar. Nicht zuletzt wird der Gesundheit eine große gesellschaftliche Relevanz zugeschrieben, weshalb die Notwendigkeit einer fortwährenden kritischen Beschäftigung mit dem Gesundheitsbegriff essenziell erscheint (Naidoo & Wills, 2019).

1.2 (Krankheits-) Prävention vs. Gesundheitsförderung

Der Begriff *Prävention* ist grundsätzlich eine Sammelbezeichnung für sämtliche Interventionen, deren prinzipielles Ziel es ist, einen Beitrag „zur Vermeidung oder Verringerung des Auftretens, der Ausbreitung und der negativen Auswirkungen bzw. Folgekosten von unerwünschten Ereignissen, Zuständen oder Entwicklungen“ zu leisten (Franzkowiak, 2022, o. S.). Sprachlich wird im Kontext von Gesundheit und Krankheit meist der allgemeingehaltene Begriff *Prävention* als Synonym für die in diesem Themengebiet eigentlich wissenschaftlich und strukturell korrektere Bezeichnung *Krankheitsprävention* gebraucht (Franzkowiak, 2022). Eine kompakte Begriffserklärung hierzu bieten Hurrelmann et al. (2018): Sie verstehen darunter „alle Interventionen, die dem Vermeiden des Eintretens oder Ausbreitens einer Krankheit dienen“ (Hurrelmann et al., 2018, S. 24). Der grundsätzliche Fokus liegt bei Krankheitspräventionen also auf dem gezielten Abwenden von Beeinträchtigungen der Gesundheit (Franzkowiak, 2022). Dem wird oft der Begriff der *Gesundheitsförderung* gegenübergestellt, wobei im Gegensatz zu (Krankheits-) Prävention hier die Gesundheit an sich im Mittelpunkt steht (Hurrelmann & Richter, 2013; Franzkowiak, 2022). Wesentlicher Kernbereich ist dabei im Allgemeinen das Etablieren von „Gesundheitspotentialen“ (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 154), also Maßnahmen mit dem Ziel, gesundheitlich bedeutsame Lebensweisen und Lebensbedingungen auf individueller Ebene sowie Bevölkerungsebene zu verbessern (Hurrelmann et al., 2018, S. 24; Hurrelmann & Richter, 2013, S. 154), sowie Handlungen mit der Absicht, Menschen in ihrer Fähigkeit zu stärken, über ihre Gesundheit eigenständig bestimmen zu können (Naidoo & Wills, 2019).

Wichtig ist allerdings, dass hinsichtlich einheitlicher Begriffsbestimmungen auch hier eine ähnliche Situation wie beim zuvor erläuterten Gesundheitsbegriff vorzuliegen scheint: So zeigen sich bei Betrachtung diverser einschlägiger Quellen Unterschiede in der Verwendung der beiden Begriffe *Krankheitsprävention* und *Gesundheitsförderung* (Hurrelmann et al., 2018, S. 23). Eine weitere Schwierigkeit dieser beiden Begrifflichkeiten stellen ihre jeweiligen, oftmals nicht klar voneinander

unterscheidbaren Strategien dar, weshalb als Schlussfolgerung abgeleitet wird, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung als beiderseitige Ergänzung zu betrachten (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 154). Ungeachtet dessen stellt der jeweils entgegengesetzte Referenzrahmen (Krankheitspol vs. Gesundheitspol) ein eindeutiges und wesentliches Unterscheidungsmerkmal dieser beiden Konzepte dar (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 148).

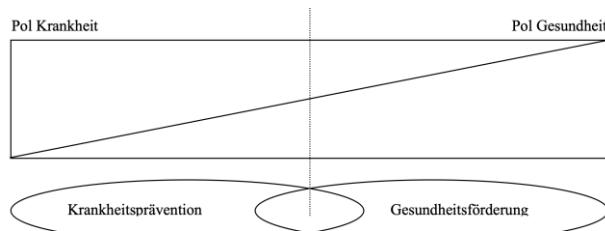


Abbildung 1: "Das Ergänzungsverhältnis von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung" (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 148)

Ausschlaggebend ist, dass beide Konzepte Interventionsformen mit derselben Zielsetzung verfolgen, nämlich dem Erlangen von Gesundheit auf individueller und kollektiver Ebene (Bak, 2023, S. 104; Hurrelmann et al., 2018, S. 24). Eine historische Betrachtung der beiden Begriffe *Krankheitsprävention* und *Gesundheitsförderung* zeigt, dass *Krankheitsprävention* den vergleichsweise älteren Begriff darstellt (Hurrelmann et al., 2018; S. 23). Maßgeblich für die Etablierung der *Gesundheitsförderung* waren gesundheitspolitische Diskurse der WHO, welche 1986 im Rahmen einer in Ottawa abgehaltenen Konferenz die *Ottawa-Charta* verfasste und dabei den Begriff *Gesundheitsförderung* definierte (Hurrelmann et al., 2018, S. 24; Hurrelmann & Richter, 2013, S. 149; WHO, 1986). Diskurse darüber werden auch heutzutage noch auf wissenschaftlicher und praktischer Ebene geführt (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 149).

In den folgenden Unterkapiteln werden die beiden Konzepte *Krankheitsprävention* und *Gesundheitsförderung* jeweils eingehender betrachtet, um ihre Charakteristika sowie Gemeinsamkeiten und Unterschiede genauer herauszuarbeiten und verständlich zu machen. Dabei wird auch auf die *Ottawa-Charta* (WHO, 1986) eingegangen, welche infolge der bereits erwähnten WHO-Definition von Gesundheit (WHO, 1946) verfasst wurde (Hurrelmann et al., 2018, S. 24).

1.2.1 (Krankheits-) Prävention

Die Ursprünge der *Krankheitsprävention* gehen auf das 19. Jahrhundert zurück und sind im Bereich der Sozialmedizin verortet (Hurrelmann et al., 2018, S. 23). Die Abnahme von Infektionskrankheiten bei gleichzeitiger Zunahme chronischer Krankheiten im 20. Jahrhundert führte zu einem Fokus auf

Lebensstile sowie krankheitsauslösende Faktoren, wodurch Prävention einen höheren Stellenwert erlangte (Naidoo & Wills, 2019, S. 133). Wie bereits erwähnt, steht bei Krankheitsprävention im Wesentlichen das Verhindern von Krankheiten im Zentrum (Bak, 2023; Hurrelmann & Richter, 2013; Hurrelmann et al., 2018). Die Ausrichtung an der „Pathogenese“ stellt somit ein charakteristisches Kernmerkmal dieses Konzepts dar (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 154). Ein weiteres Kennzeichen präventiver Handlungen ist ihre Zukunftsausrichtung, zumal diese anhand der Wahrscheinlichkeit von zukünftigem Krankheitsauftreten bzw. Krankheitsentwicklungen gesetzt werden (Hurrelmann et al., 2018, S. 25). Im Fokus steht dabei die Feststellung sogenannter „Risikofaktoren“, welche für das Auftreten und den Verlauf von Krankheiten von Bedeutung sein können, mit dem Ziel, diese zu reduzieren oder auszuschalten (Hurrelmann et al., 2018, S. 25; Hurrelmann & Richter, 2013, S. 154; Naidoo & Wills, 2019, S. 134). Damit in Verbindung stehend werden vordergründig „Risikogruppen“ in den Blick genommen (Franzkowiak, 2022, o. S.; Naidoo & Wills, 2019, S. 134). Darunter werden jene Bevölkerungsgruppen verstanden, die eine hohe Anfälligkeit gegenüber gewissen Krankheiten oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufweisen (Franzkowiak, 2022; Naidoo & Wills, 2019, S. 538). Diesbezüglich zugrundeliegende Ursachen können im Bereich der Genetik, der Lebensweise oder der Umwelt liegen, wobei die Umweltfaktoren weiter in physische, wirtschaftliche und soziale unterteilt werden können (Naidoo & Wills, 2019, S. 538).

Die Risikofaktoren können unterschiedlichen Kategorien zugeordnet werden, Hurrelmann et al. (2018) unterscheiden dabei vier verschiedene Gruppen, deren Ursachen sowohl im endogenen, als auch im exogenen Bereich liegen können. Die erste Gruppe umfasst „genetische, physiologische und psychische Anlagen“, worunter beispielsweise verschiedene vererbbarre Krankheiten fallen (Hurrelmann et al., 2018, S. 26). Die zweite Gruppe bilden „behaviorale Dispositionen“, worunter sämtliche Handlungsweisen und das Verhalten verstanden werden (Hurrelmann et al., 2018, S. 26). Typische Beispiele sind ungesunde Ernährung, unzureichende Bewegung oder Rauchen. Die dritte Gruppe sind „psychische Expositionen“ wie beispielsweise permanente Überforderung oder Probleme im Beziehungsbereich (Hurrelmann et al., 2018, S. 26). Die vierte Gruppe beinhaltet „ökologische Expositionen“, wozu verschiedene Umweltbelastungen zählen (Hurrelmann et al., 2018, S. 26)

Grundsätzlich kann eine Einteilung von Handlungen im Bereich der Prävention anhand unterschiedlicher Perspektiven erfolgen (Bak, 2023; Franzkowiak, 2022; Leppin, 2018). Eine gängige Klassifikation bezieht sich auf den Zeitpunkt des Eingreifens (Bak, 2023; Leppin, 2018) und differenziert nach „Primär-, Sekundär-, und Tertiärprävention“ (Leppin, 2018, S. 48). Die *Primärprävention* erfolgt vor dem Auftreten einer Krankheit und wendet sich somit an gesunde oder symptomfreie Personen (Bak, 2023; Leppin, 2018). Ziel ist unter anderem das Abwenden von Risikofaktoren (Franzkowiak,

2022). Die *Sekundärprävention* setzt in frühen Krankheitsstadien ein und zielt auf das frühe Erkennen und das Eindämmen von Krankheiten ab (Bak, 2023, S. 107; Leppin, 2018, S. 48). Die Adressaten reichen von Personen ohne Symptome bis hin zu Personen mit ersten Krankheitsanzeichen (Leppin, 2018, S. 49). *Tertiärprävention* beginnt nach Krankheitsmanifestation mit dem grundsätzlichen Ziel, spätere Schäden oder neuerliche Krankheitsauftritte abzuwenden (Leppin, 2018).

Eine weitere Klassifizierungsmöglichkeit gliedert Prävention in „Verhaltens- und Verhältnisprävention“ (Leppin, 2018, S. 52). Unterschieden wird hierbei nach zugrundeliegender strategischer Vorgehensweise: Während Verhaltensprävention bei Individuen ansetzt und auf deren gesundheitlichen Zustand oder Verhalten einwirken möchte, zielt Verhältnisprävention prinzipiell auf Änderungen von Umweltfaktoren oder Lebensbedingungen ab, um über diesen Weg Gesundheit bzw. Krankheit zu beeinflussen (Leppin, 2018).

1.2.2 *Gesundheitsförderung*

Die Anfänge des eher neuen Begriffs *Gesundheitsförderung* liegen in den 1970er Jahren (Naidoo & Wills, 2019, S. 122). Die WHO war maßgeblich an der Entwicklung des Konzepts der Gesundheitsförderung beteiligt (Altgeld & Kolip, 2018; Hurrelmann et al., 2018). Prinzipiell liegt der Fokus von Gesundheitsförderung auf den determinierenden Faktoren für Wohlbefinden und Gesundheit und unterscheidet sich damit grundlegend von dem krankheitsorientierten Präventionsansatz, woraus sich ein „radikale[r] Perspektivenwechsel“ ergibt (Altgeld & Kolip, 2018, S. 59). Unter dem Begriff *Gesundheitsdeterminanten* werden grundsätzlich verschiedene, auf die Gesundheit Einfluss nehmende Faktoren zusammengefasst (Hurrelmann & Richter, 2022). Eine genauere Betrachtung dieser Gesundheitsdeterminanten findet im späteren Kapitel 2.2 statt.

Laut Hurrelmann et al. (2018) ist der grundsätzliche Hintergrund der Entwicklungen hin zu Gesundheitsförderung die umfassende WHO-Definition von Gesundheit (WHO, 1946), wonach Gesundheit nicht nur die Abwesenheit von Krankheiten meint. Die WHO debattierte über mögliche Vorgehensweisen zur Umsetzung ihrer Gesundheitsdefinition (Hurrelmann et al., 2018). Aspekte aus den Bereichen Ökonomie, Politik, Kultur und Soziales sollten zusätzlich zu medizinischen Aspekten berücksichtigt werden (Hurrelmann et al., 2018, S. 24). In diesem Zusammenhang verweisen Altgeld und Kolip (2018) darauf, dass trotz des bereits im Jahr 1946 umfassend ausgelegten Gesundheitsbegriffs der WHO bis Ende 1970er Jahre in diversen Programmen der WHO und auch von anderen Organisationen weiterhin ein ausgeprägter Krankheitsfokus vorlag. Eine erste wichtige Veränderung markierte laut Altgeld und Kolip (2018) die *Alma-Ata-Erklärung* (WHO, 1978). Dabei handelt es sich um ein aus einer internationalen Konferenz zum Thema primäre

Gesundheitsversorgung hervorgegangenes Dokument, wonach als Ziel erklärt wurde, die „Gesundheit aller Menschen“ zu schützen und zu fördern (WHO, 1978, o. S.). Mitte der 1980er Jahre trat schließlich mit dem Beschluss der *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung* (WHO, 1986) die grundlegende Neuausrichtung weg von der Krankheits- und hin zur Gesundheitsorientierung ein: Die Frage nach der Herstellung von Gesundheit rückte nun ins Zentrum (Altgeld & Kolip, 2018, S. 61).

Im Rahmen der *Ottawa-Charta* definiert die WHO Gesundheitsförderung als „einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO, 1986, o. S.). In diesem Zusammenhang hebt die WHO hervor, „Gesundheit als ein[en] wesentliche[n] Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel“ (WHO, 1986, o. S.). Das Konzept der Gesundheitsförderung betont zudem, dass allen Menschen dieselben gesundheitlichen Chancen zustehen sollen, jede*r soll unabhängig vom sozialen Hintergrund bestmögliche Gesundheit erlangen können (Kaba-Schönstein, 2018; WHO, 1986). Ein Anliegen dieser Art wurde bereits im Zuge der *Alma-Ata-Erklärung* (WHO, 1978) geäußert (Kaba-Schönstein, 2018). Die Möglichkeit einer entsprechenden Informationsbeschaffung für alle Menschen ist einer der genannten Faktoren, um das Ziel der Chancengerechtigkeit zu verwirklichen (WHO, 1986). Weiters macht Kaba-Schönstein (2018) darauf aufmerksam, dass etwa zehn Jahre später im Zuge der *Jakarta-Deklaration* (WHO, 1997) der Begriff *Gesundheitsförderung* neu definiert wurde. Demzufolge wird Gesundheitsförderung nun als „ein Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern“, beschrieben, wobei die Gesundheitsdeterminanten eine tragende Rolle einnehmen (WHO, 1997, S. 3; Übersetzung nach Kaba-Schönstein, 2018, o. S.).

Kaba-Schönstein (2018) verweist darauf, dass das Gesundheitsförderungskonzept der WHO sowohl gesamtgesellschaftliche Strukturen als auch die einzelnen Personen berücksichtigt. Angesetzt werden soll in allen Bereichen, von der politischen über die gesellschaftliche bis hin zur individuellen Ebene (Kaba-Schönstein, 2018; WHO, 1986). Gesundheitsförderung kann somit als „ein komplexer sozialer und gesundheitspolitischer Ansatz“ verstanden werden (Kaba-Schönstein, 2018, o. S.). Für die Gesundheit bedeutsame Lebensweisen und Lebensbedingungen werden gleichermaßen adressiert mit dem Ziel, diese zu optimieren (Kaba-Schönstein, 2018, o. S.). In diesem Zusammenhang heben zahlreiche Autoren hervor, dass die *Ottawa-Charta* (WHO, 1986) dabei prinzipiell fünf Handlungsfelder unterscheidet (Angele et al, 2021, S. 90; Kaba-Schönstein, 2018, o. S.; Naidoo & Wills, 2019, S. 132): Neben der Etablierung einer „gesundheitsfördernde[n] Gesamtpolitik“, sieht die WHO die Errichtung „[g]esundheitsförderliche[r] Lebenswelten“ als zentrale Ebene an (WHO, 1986, o. S.). So soll etwa die Organisation des Arbeits- und Freizeitbereichs eine „Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit

sein“ (WHO, 1986, o. S.). Daneben wird auch die Bedeutung der Stärkung von gesundheitsrelevanten Gemeinschaftsaktionen angeführt, unter anderem mit dem Ziel der Förderung der Selbstbestimmtheit in Angelegenheiten der eigenen Gesundheit (WHO, 1986). Auf individueller Ebene sollen persönliche und soziale Fertigkeiten und Befähigungen gestärkt werden. Um dieses Vorhaben entsprechend zu verwirklichen wird dem Bildungsbereich, unter anderem dem Schulsektor, eine tragende Rolle zugesprochen. Das Ermöglichen von „lebenslangem Lernen“ ist dabei von großer Bedeutung (WHO, 1986, o. S.). Das fünfte Handlungsfeld sieht die Neuausrichtung von Einrichtungen des Gesundheitssektors vor und spricht somit die institutionelle Ebene an (Angele et al, 2021, S. 90; WHO, 1986). Gefordert wird unter anderem ein stärkerer Fokus auf Gesundheitsförderung sowie ein umfassendes Betreuungsangebot, das mehr als nur den Bereich kurativer Medizin umfasst (WHO, 1986).

Ein wesentliches Kernelement von Gesundheitsförderung im Sinne der WHO liegt also in der Betrachtung von gesundheitlich relevanten „Ressourcen und Potentialen“, welche gefördert werden sollen (Kaba-Schönstein, 2018, o. S.). In diesem Zusammenhang müssen auch sogenannte „Schutzfaktoren“ erwähnt werden, deren Kräftigung im Rahmen von Gesundheitsförderung von zentraler Bedeutung ist (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 154; Hurrelmann et al., 2018, S. 27). Hurrelmann et al. (2018) beschreiben Ressourcen und Schutzfaktoren als Grundlage, um gesundheitliche Entwicklungen optimieren zu können. Schutzfaktoren bzw. Ressourcen stellen also die grundsätzlichen Gegenspieler von Risikofaktoren dar, deren Aufgabe der Schutz vor Erkrankungen ist (Ravens-Sieberer et al., 2018). Laut Hurrelmann et al. (2018) können, ähnlich den Risikofaktoren, auch Schutzfaktoren in vier verschiedene Kategorien eingeteilt werden. Diese sind erstens „soziale und wirtschaftliche Faktoren“ wie beispielsweise positive Zustände des Arbeitsumfelds; zweitens „Umweltfaktoren“ wie etwa positive Wohnverhältnisse oder gute soziale Beziehungen; drittens „behaviorale und psychische Faktoren“ wie eine gesunde Ernährungsweise, ausreichend Bewegung oder gutes Stressmanagement und viertens „uneingeschränkter Zugang zu gesundheitsrelevanten Leistungen“, worunter unter anderem auch Angebote des Bildungsbereichs zählen (Hurrelmann et al., 2018, S. 27).

Aufgrund dieser Ausführungen bildet die Ausrichtung an der *Salutogenese* ein für das Gesundheitsförderungskonzept charakteristisches Kennzeichen (Hurrelmann & Richter, 2013; Hurrelmann et al., 2018; Kaba-Schönstein, 2018). Der Begriff *Salutogenese* geht auf Aaron Antonovsky zurück, beschäftigt sich grundsätzlich mit der Herstellung, Erhaltung und Förderung von Gesundheit und stellt somit das Gegenstück zum Begriff der „Pathogenese“ dar (Altgeld & Kolip, 2018, S. 58; Faltermaier, 2023, o. S.). Eine eingehendere Betrachtung hierzu erfolgt in Kapitel 2.1.

Eine zentrale Maßnahme, um Gesundheitsförderung verwirklichen zu können, ist der sogenannte „Settingansatz“ (Altgeld & Kolip, 2018, S. 58; Hartung & Rosenbrock, 2022, o. S), welcher auch als „Lebensweltansatz“ bezeichnet werden kann (Hartung & Rosenbrock, 2022, o. S.). Im „Settingansatz“ wird „in und mit sozialen Kontexten“ gearbeitet (Altgeld & Kolip, 2018, S. 58). Ein Setting meint hier einen Bereich, in dem sich Menschen für gewöhnlich befinden und der somit auf ihre Gesundheit einwirken kann (Hartung & Rosenbrock, 2022). Die Basis dieses Ansatzes bildet die bereits näher beschriebene *Ottawa-Charta* der WHO (1986) (Hartung & Rosenbrock, 2022). Der Grundgedanke des Settingansatzes sieht einen klaren Alltagsbezug von Gesundheitserzeugung und -beibehaltung vor (Altgeld & Kolip, 2018) und befindet sich somit im Einklang mit den Beschreibungen der *Ottawa-Charta* (WHO, 1986). Der Anknüpfungspunkt für Gesundheitsförderung ist das alltägliche Leben (Altgeld & Kolip, 2018). Es werden bestimmte soziale Räume wie beispielsweise Schulen ausgewählt, um ein zielgruppenspezifisches Vorgehen, das Finden passgenauer Zugänge sowie den Gebrauch von bereits bestehenden Ressourcen im Sinne der Gesundheitsförderung zu ermöglichen (Altgeld & Kolip, 2018, S. 63).

1.3 Gesundheitsverhalten

Der Begriff *Gesundheitsverhalten* bezieht sich grundsätzlich auf sämtliche Verhaltensweisen und Handlungen, die Personen in jenen Bereichen setzen, die Einfluss auf ihre Gesundheit nehmen (ÖPGK, o. D.-b). Faltermaier (2024, o. S.) versteht unter Gesundheitsverhalten „Handlungen von gesunden Menschen [...] die das Risiko von Erkrankungen nachweislich senken oder die Chance für den Erhalt der Gesundheit erhöhen“. Daneben hebt Faltermaier (2024) hervor, dass der Begriff *Risikoverhalten* das Gegenteil von Gesundheitsverhalten meint, also jenes Verhalten oder jene gewohnten Handlungen anspricht, die mit einer Steigerung der Gefahr für die Entstehung von Krankheiten einhergehen.

Ein vergleichbares Begriffsverständnis kann bei Fuchs (2012) nachgelesen werden, welcher eine sehr ähnliche, nur geringfügig abweichende Kategorisierung der grundsätzlichen Begrifflichkeiten vornimmt. Im Gegensatz zur Definition von Faltermaier (2024), wonach Gesundheitsverhalten an sich positiv konnotiert ist, betont Fuchs (2012), dass Gesundheitsverhalten je nach gesetzten Verhaltensweisen positive oder negative Folgen für die Gesundheit mit sich bringen kann. Dementsprechend wird eine Einteilung des Überbegriffs *Gesundheitsverhalten* in zwei Kategorien vorgenommen: „Gesundheitsverhalten im positiven Sinne“ und „gesundheitliches Risikoverhalten“ (Fuchs, 2012, S. 132). Während positiv aufgefasstes Gesundheitsverhalten sämtliche Tätigkeiten umfasst, welche im Sinne von Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung sowie Verletzungsschutz

wirken, kann „gesundheitliches Risikoverhalten“ zu einer Gesundheitsbeeinträchtigung führen (Fuchs, 2012, S. 132). Damit steht die grundsätzliche Aussage der beiden Autoren im Einklang, die Betonung wird jedoch minimal anders gesetzt.

Bak (2023, S. 83) wiederum definiert „gesundheitsbezogene[s] Verhalten“ als allgemeine Begrifflichkeit, wonach „generell alle Verhaltensweisen [...] die mit Erhalt oder Wiedererlangung von Gesundheit in Verbindung stehen“ umfasst werden. Damit sind laut dieser Definition nicht nur Verhaltensweisen von gesunden Personen gemeint, womit sie weiter gefasst ist als jene von Faltermaier (2024). Allerdings muss der Vollständigkeit halber erwähnt werden, dass Faltermaier (2024, o. S.) hierzu auf einen anderen Begriff, nämlich „Gesundheitshandeln“ verweist, worunter „Verhaltensweisen von gesunden wie auch kranken Menschen, die als subjektiv bedeutsam für die Gesunderhaltung betrachtet werden“, verstanden werden (Faltermaier, 2024, o. S.).

Wichtige Bereiche, um mithilfe des Verhaltens einen positiven Einfluss auf die Gesundheit zu nehmen, gliedern sich unter anderem in Ernährung, Bewegung und den psychischen Bereich (Fuchs, 2012). Konkret werden hierzu neben einer ausgewogenen Nahrungsaufnahme und ausreichend körperlicher Betätigung auch „aktive[s] Erholungsverhalten“ wie Urlaube oder verschiedene Entspannungstätigkeiten genannt (Fuchs, 2012, S. 132). Daneben kommt auch dem Bereich der Schlafhygiene eine entscheidende Rolle zu. So sieht Fuchs (2012) fünf große Handlungsfelder, die die Gesundheit maßgeblich beeinflussen und für das Auftreten von Krankheiten bzw. für die Sterblichkeit auf Bevölkerungsebene besonders relevant erscheinen: Diese sind neben den bereits erwähnten Komponenten Ernährung, Bewegung und Schlaf, das Trinken von Alkohol sowie der Gebrauch von Tabakwaren, wobei die beiden letztgenannten zum Risikoverhalten zählen (Fuchs, 2012).

In diesem Zusammenhang wichtig zu erwähnen sind die sogenannten „Indikatoren des Gesundheitsverhaltens“ (Naidoo & Wills, 2019, S. 104). Dabei handelt es sich um verschiedene Parameter, die zur Messung der Gesundheit auf Bevölkerungsebene herangezogen werden können. Damit wird die Beschreibung und der Vergleich des gesundheitlichen Zustandes verschiedener Gruppen möglich. Beispielweise kann der Prozentsatz von Kindern mit Übergewicht bzw. Adipositas oder die täglich konsumierte Obst- und Gemüsemenge betrachtet werden (Naidoo & Wills, 2019, S. 105). Diese „Indikatoren des Gesundheitsverhaltens“ sind eine Möglichkeit, um Gesundheit objektiv messbar zu erfassen (Naidoo & Wills, 2019, S. 104). Das Kapitel 3 dieser Arbeit behandelt das Gesundheitsverhalten von Schüler*innen ausführlicher und thematisiert dabei die Bereiche Ernährung, Bewegung und mentale Gesundheit.

Darüber hinaus beachtenswert ist, dass verschiedene persönliche und soziale Komponenten sowie strukturelle Rahmenbedingungen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten nehmen können (Fuchs, 2012, S. 133). Hierbei betont Fuchs (2012) die Bedeutung einer entsprechenden Kenntnis dieser Faktoren, damit mögliche positive Einflussnahmen auf das gesundheitliche Verhalten erfolgreich sein können. Konkrete Beispiele für mögliche Einflussfaktoren auf ein bestimmtes Gesundheitsverhalten sind zahlreich: So kommt laut Bak (2023, S. 82) dem „Wissen über Risikofaktoren“ Bedeutung zu bzw. kann allgemein der Kenntnisstand über gesundheitsrelevante Themen das Verhalten mitbestimmen (ÖPGK, o. D.-b.). Darüber hinaus spielen Facetten wie persönliche Überzeugungen und Ansichten, motivationale Elemente sowie Fähigkeiten oder auch normative Aspekte eine Rolle (Bak, 2023; ÖPGK, o. D.-b.). Ebenfalls zu berücksichtigen sind die Lebensumstände von Personen (ÖPGK, o. D.-b.). Insgesamt kann festgehalten werden, dass sich ein bestimmtes Gesundheitsverhalten aus vielfältigen, zusammenwirkenden Parametern ergibt und sich als „ein Ergebnis komplexer erlernter Muster“ zeigt (ÖPGK, o. D.-b, o. S.).

2. Erklärungsansätze zu Gesundheit

Im nachstehenden Kapitel werden zwei bedeutsame Erklärungsansätze zu Gesundheit eingehender betrachtet, nämlich zunächst das *Modell der Salutogenese* nach Antonovsky, welches laut Faltermaier (2023) als eines der zentralsten Konzepte auf dem Gebiet der Gesundheitserklärung gilt und vielfach in der Literatur Beachtung findet (vgl. z.B. Altgeld & Kolip, 2018; Bak, 2023; Bengel et al., 2001; Hurrelmann & Richter, 2013). Daneben widmet sich ein zweiter Teil des Kapitels dem *Modell der Gesundheitsdeterminanten* nach Dahlgren & Whitehead (1991), welches heutzutage international ebenfalls als eines der bedeutsamsten Modelle auf seinem Gebiet gilt (Dahlgren & Whitehead, 2021). Beiden Konzepten gemeinsam ist der Fokus auf die Gesundheit an sich sowie ihre Genese, von Krankheiten wird dagegen nicht ausgegangen (Bruns, 2013). In diesem Zusammenhang wird der geschichtlich bedeutsame Kontext hervorgehoben, wonach grundsätzlich insbesondere ab den 1970er Jahren eine aufkommende Tendenz, Gesundheit nicht mehr nur als bloßes Krankheitsausbleiben zu verstehen, erkennbar war. Damit unterstreichen diese beiden Modelle den bereits angesprochenen Wechsel der Blickrichtung im Bereich der wissenschaftlichen Forschung, bei dem die Gesundheit ins Zentrum der Aufmerksamkeit rückte (Bruns, 2013).

2.1 Modell der Salutogenese nach Antonovsky (1979)

Der Gesundheitswissenschaftler und Medizinsoziologe Aaron Antonovsky wird als Begründer des Salutogenesemodells angesehen, der Begriff *Salutogenese* geht ebenfalls auf ihn zurück (Altgeld & Kolip, 2018; Bak, 2023; Faltermaier, 2023; Hurrelmann & Richter, 2013). Das neu geschaffene Wort

Salutogenese leitet sich aus dem lateinischen Begriff „salus“, was „gesund“ (Bahrs, 2022, S. 740) oder „Unverletztheit, Heil und Glück“ (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 120) bedeutet, sowie aus dem griechischen Begriff „genese“ ab, was „Entstehung, Entwicklung“ (Bahrs, 2022, S. 740) meint. Im übertragenen Sinne kann *Salutogenese* somit in etwa als „Gesundheitsentstehung“ oder „Gesundheitsdynamik“ verstanden werden (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 120).

Laut Faltermaier (2023) ist der Begriff *Salutogenese* kennzeichnend für eine wesentliche theoretische Betrachtungsweise im gesundheitswissenschaftlichen Bereich, daneben kommt dem Begriff auch eine tragende Bedeutung im Kontext einer praktischen Ausrichtung, hier speziell bei Gesundheitsförderung, zu. Der enge Zusammenhang von *Salutogenese* und *Gesundheitsförderung* wurde bereits in Kapitel 1.2.2 hervorgehoben. Wie bereits dort erwähnt, stellt die Herstellung, Erhaltung und Förderung von Gesundheit die zentrale Thematik der *Salutogenese* dar (Altgeld & Kolip, 2018; Faltermaier, 2023). Die Ursprünge des Salutogenesekonzepts von Antonovsky gehen auf das Jahr 1979 zurück (Mittelmark, 2022, S. 3). In diesem Zusammenhang hebt Bahrs (2022) die nahezu zur selben Zeit stattfindende Entwicklung der *Ottawa-Charta* (WHO, 1986) hervor, betont den Gleichklang der beiden Konzepte und bezeichnet das Salutogenesekonzept zudem als „Leittheorie der [...] Gesundheitsförderung“ (Bahrs, 2022, S. 740).

Altgeld & Kolip (2018) verweisen auf die Ansicht Antonovskys, wonach Menschen permanent mit Risiken konfrontiert seien, was eine anhaltende Gefahr für die gesundheitliche Verfassung von Körper und Psyche bedeute. Aus diesem Grund kritisiert Antonovsky die pathogenetisch ausgerichtete Medizin (Altgeld & Kolip, 2018). Vielmehr rückten folgende Fragen in den Mittelpunkt: „Warum bleiben Menschen – trotz vieler potentiell gesundheitsgefährdender Einflüsse – gesund? Wie schaffen sie es, sich von Erkrankungen zu erholen? Was ist das Besondere an Menschen, die trotz extremster Belastungen nicht krank werden?“ (Bengel et al., 2001, S. 24). Somit stellt, wie bereits im Kapitel 1.2.2 erwähnt, die „*Salutogenese*“ die gegensätzliche Begrifflichkeit zur „*Pathogenese*“ dar (Altgeld & Kolip, 2018, S. 58; Faltermaier, 2023, o. S.). Allerdings ist bei *Salutogenese* das Herstellen und Aufrechterhalten von Gesundheit nicht im Sinne eines „absoluten Zustand[s]“ zu verstehen, sondern der Zustand jedes Individuums wird als „mehr oder weniger gesund und gleichzeitig mehr oder weniger krank“ aufgefasst (Bengel et al., 2001, S. 24). Damit ist das Verständnis von Gesundheit „ein labiles, aktives und sich dynamisch regulierendes Geschehen“ (Bengel et al., 2001, S. 25). Zentral am salutogenetischen Konzept ist das Darstellen und Finden von gesundheitserhaltenden sowie gesundheitsherstellenden Faktoren (Bak, 2023).

Grundsätzlich werden beim Modell der Salutogenese nach Antonovsky zahlreiche Komponenten mit der Gesundheitsherstellung und -aufrechterhaltung in Verbindung gebracht (Bengel et al., 2001). Dabei sind vier Hauptbestandteile des Modells erkennbar: „das Kohärenzgefühl“, „das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“, „Stressoren“ und „Spannungszustände“ sowie „generalisierte Widerstandsressourcen“ (Bengel et al., 2001, S. 28). Diese vier Dimensionen beeinflussen sich gegenseitig (Bengel et al., 2001; Faltermaier, 2023). Angelehnt an die Vorgehensweise und Gliederung nach Bengel et al. (2001) sollen die Grundzüge der eben genannten Dimensionen im Folgenden kurz vorgestellt und anschließend das Zusammenspiel dieser Faktoren im Salutogenesemodell zusammenfassend betrachtet werden.

2.1.1 Kohärenzgefühl

Faltermaier (2023, o. S.) bezeichnet das Kohärenzgefühl als ein „Schlüsselkonzept“ des Salutogenesemodells. Die englische Begriffsbezeichnung lautet „sense of coherence“, kurz „SOC“ (Bahrs, 2022, S. 740). Das Wort *Kohärenz* meint dabei „Zusammenhang, Stimmigkeit“ (Bengel et al., 2001, S. 28). Antonovsky selbst beschreibt das Kohärenzgefühl in einer seiner Arbeiten wie folgt: „*a generalized orientation toward the world which perceives it, on a continuum, as comprehensible, manageable and meaningful*“ (Antonovsky, 1996, S. 15). Somit drückt das Kohärenzgefühl eine „grundlegende Lebensorientierung“ aus (Bahrs, 2022, S. 740) und gibt Auskunft darüber, „ob das eigene Leben als verstehbar, bewältigbar und sinnhaft erlebt wird“ (Faltermaier, 2023, o. S.). Es wird vom eigenen Erlebten und dem Erfahrungsschatz geprägt und bildet sich hauptsächlich im Kindes- und Jugendalter aus (Bak, 2023; Bengel et al., 2001). Bengel et al. (2001) betonen, dass sich das Kohärenzgefühl insbesondere während der adoleszenten Lebensphase aufgrund der in dieser Zeit gegebenen Vielfalt an zur Verfügung stehenden Optionen noch stark wandeln kann. Bei Erwachsenen sollte es dagegen eher konstant bleiben (Bak, 2023; Bengel et al., 2001).

Dem Verständnis Antonovskys nach zeigen verschiedene Personen bei gleichartigen externalen Gegebenheiten unterschiedliche gesundheitliche Konstitutionen aufgrund ihres individuellen Kohärenzgefühls, das heißt ihrer „kognitiven als auch affektiv-motivationalen Grundeinstellung“ (Bengel et al., 2001, S. 28). Antonovsky sieht ein gut ausgeprägtes Kohärenzgefühl als einen wesentlichen Parameter an, der einem Individuum verhilft, sich in Richtung Gesundheit zu bewegen (Antonovsky, 1996, S. 15). Der Grund liegt in der Fähigkeit zum positiven Umgang mit Stressoren sowie der damit verbundenen Handhabung benötigter und verfügbarer Ressourcen (Bengel et al., 2001; Faltermaier, 2023; Hurrelmann & Richter, 2013). Zudem ermöglicht ein hohes Kohärenzgefühl eine bessere Anpassungsfähigkeit an Herausforderungen (Bengel et al., 2001). Im Gegensatz dazu zeigen Personen mit einem schwach ausgebildeten Kohärenzgefühl eher Probleme, mit Herausforderungen

zurechtzukommen (Faltermaier, 2023). Der Grund dafür liegt in ihrer unflexiblen Reaktion auf herausfordernde Situationen, die sich aus einer geringeren Anzahl an zur Verfügung stehenden bzw. wahrgenommenen Ressourcen ergibt (Bengel et al., 2001). Solche Personen neigen daher eher dazu, sich von Gesundheit zu entfernen (Faltermaier, 2023).

2.1.2 Gesundheits-Krankheits-Kontinuum

Zentral am Salutogenesemodell ist die Auffassung von Gesundheit und Krankheit anhand eines *Kontinuums* (Bengel et al., 2001, S. 26; Faltermaier, 2023, o. S.; Hurrelmann & Richter, 2013, S. 128). Die englische Begriffsbezeichnung lautet „Health Ease-/Disease Continuum“ (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 125) bzw. „health ease/dis-ease continuum“ (Bengel et al., 2001, S. 32). Das englische Wort *disease* heißt im Deutschen bekanntlich „Krankheit“, die Bezeichnung „ease“ wird mit „Wohlbehagen“ übersetzt, der Begriff „dis-ease“ wiederum meint im übertragenen Sinne demnach „Unbehagen, Unwohlsein“ (Bengel et al., 2001, S. 32). Aus den englischen Wörtern abgeleitet ergibt sich der Name „HEDE-Kontinuum“, wie das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum auch genannt wird (Faltermaier, 2023, o. S.). Von grundlegender Bedeutung hierbei ist, dass Antonovsky die medizinisch geläufige zweigliedrige Einteilung von Individuen in „gesund oder krank“ (Bengel et al., 2001, S. 32; Faltermaier, 2023, o. S.) in Frage stellt und mit seinem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum eine alternative Betrachtungsweise vorschlägt (Bengel et al., 2001; Faltermaier, 2023; Hurrelmann & Richter, 2013). Auf diesem Kontinuum befinden sich zwei entgegengesetzte Endpunkte: Vollkommene Gesundheit sowie vollkommene Krankheit, wobei essenziell zu beachten ist, dass sich dem Verständnis Antonovskys nach keiner der Endpunkte tatsächlich einstellt (Bengel et al., 2001; Faltermaier, 2023; Hurrelmann & Richter, 2013). Vielmehr geht es um die individuelle Einordnung auf diesem Kontinuum sowie um das Aufzeigen von Positionsänderungen in Richtung „Gesundheit“ bzw. „Wohlbefinden“ (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 125) oder in Richtung „Krankheit“ bzw. „Missbefinden“ (Bengel et al., 2001; Faltermaier, 2023; Hurrelmann & Richter, 2013, S. 125). Damit setzt sich der gesundheitliche Status jeden Individuums sowohl aus guten als auch aus schlechten Komponenten zusammen (Bengel et al., 2001; Faltermaier, 2023). Zentral an diesem Konzept ist, „dass alle Menschen als mehr oder weniger gesund verstanden [...] werden können“ (Faltermaier, 2023, o. S.). In diesem Kontext verweist Faltermaier (2023) zudem darauf, dass damit auch das Aufzeigen von positiven Gesundheitsaspekten ernsthaft oder chronisch erkrankter Personen ermöglicht wird.

Eine kompakte grafische Darstellung des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums bieten Hurrelmann & Richter (2013, S. 125).

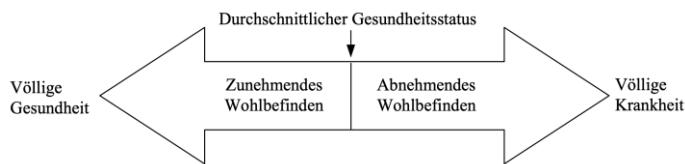


Abbildung 2: "Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum" (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 125)

2.1.3 Stressoren und Spannungszustand

Eine tragende Rolle im Salutogenesemodell kommt den sogenannten *Stressoren* zu (Bengel et al., 2001; Faltermaier, 2023; Hurrelmann & Richter, 2013). Darunter werden „alle Reize oder Stimuli, die Stress erzeugen“ verstanden (Bengel et al., 2001, S. 32). Es sei an dieser Stelle erwähnt, dass Stress grundsätzlich „die starke Beanspruchung eines Organismus durch innere oder äußere Reize“ bezeichnet (Ernst et al., 2022, o. S.) Laut Faltermaier (2023) konnte die zentrale Bedeutung von Stress als wichtige Einflussgröße auf gesundheitliche Aspekte mehrfach nachgewiesen werden. Stressoren können der Auffassung Antonovskys nach aus den Gebieten der Physik, Biochemie oder dem psychosozialen Bereich stammen (Bengel et al., 2001; Faltermaier, 2023; Hurrelmann & Richter, 2013). Beispiele sind etwa Umwelttoxine, Erreger von Krankheiten, schwierige Lebensumstände oder strapazierende Arbeitsbedingungen (Bengel et al., 2001, S. 33; Faltermaier, 2023, o. S.). Dem Verständnis Antonovskys nach bewirken Stressoren auf individueller Ebene einen Spannungszustand von Körper und Psyche, das anschließende Hauptziel liegt in der Auflösung dieses Spannungszustandes (Bengel et al., 2001, S. 32-33; Faltermaier, 2023, o. S.). Je nachdem, ob sich ein Erfolg in der Spannungszustandsbewältigung einstellt, hat dies einen positiven oder negativen Einfluss auf den individuellen Gesundheitszustand (Bengel et al., 2001; Faltermaier, 2023). Faltermaier (2023) hebt in diesem Zusammenhang noch die Meinung Antonovskys hervor, wonach Stressoren während des gesamten Lebens immer wieder anzutreffen seien und es unmöglich sei, diese komplett zu vermeiden, weshalb entsprechende Umgangsmechanismen essenziell seien.

2.1.4 Generalisierte Widerstandsressourcen

Die sogenannten „generalisierte[n] Widerstandsressourcen“ (Bengel et al., 2001, S. 34) oder auch „allgemeinen Widerstandsressourcen“ (Faltermaier, 2023, o. S.) bilden eine weitere zentrale Dimension im Salutogenesemodell von Antonovsky. Wesentlich an den im Englischen als „Generalized Resistance Resources“ bezeichneten Widerstandsressourcen ist, dass ihnen ein „wesentliches Potenzial zur Bewältigung von Stressoren“ zugeschrieben wird (Faltermaier, 2023, o. S.). Bengel et al. (2001, S. 34) erklären, dass Antonovsky darunter „Variablen“ versteht, welche einen positiven Einfluss auf die Spannungsbewältigung und damit auf die Gesundheit nehmen. „Generalisiert“ betont dabei

die Bedeutsamkeit dieser Variablen „in Situationen aller Art“, während sich „Widerstand“ auf die Erhöhung der individuellen Resistenz bezieht (Bengel et al., 2001, S. 34). Ihre Erscheinungsformen sind also breitgefächert und können im individuellen Bereich liegen, worunter beispielsweise verschiedene körperliche, genetische, intellektuelle Eigenschaften fallen oder auch im sozialen oder kulturellen Gebiet verortet sein, wozu etwa sozialer Beistand zählt (Bengel et al., 2001; Faltermaier, 2023). Laut Bengel et al. (2001) zeigt sich die grundsätzliche Wirkungsweise von Widerstandressourcen in zweifacher Weise. Erstens haben sie einen konstanten Einfluss auf Erfahrungen, die im Laufe des Lebens gesammelt werden und wirken dadurch in positiver Weise auf die Ausbildung des Kohärenzgefühls ein. Zweitens stellen sie ein Mittel dar, auf das zur Spannungsbewältigung zurückgegriffen werden kann (Bengel et al., 2001, S. 34).

2.1.5 Zusammenfassende Funktionsweise und Betrachtung des Salutogenesemodells nach Antonovsky (1979)

Wie bereits erwähnt (siehe Kapitel 2.1), hängen die eben beschriebenen vier zentralen Faktoren zusammen, beeinflussen sich gegenseitig und bilden in ihrem Zusammenspiel das *Modell der Salutogenese* (Bengel et al., 2001; Faltermaier, 2023). Laut Hurrelmann & Richter (2013) ist das ursprüngliche Modell von Antonovsky in seiner Gesamtbetrachtung von einem hohen Komplexitätsgrad gekennzeichnet. Ein Blick in die Fachliteratur zeigt unterschiedliche Ansätze, das Modell in simplifizierter Weise darzustellen (vgl. z.B. Bengel et al., 2001; Hurrelmann & Richter, 2013). Die hier abgebildete Version stammt von Hurrelmann & Richter (2013, S. 126): Die Autoren verweisen darauf, sich auf Antonovsky (1979, S. 184-185) zu beziehen und sich in ihrer Grafik „stark vereinfacht“ auf die „Kerngrößen“ zu beschränken.

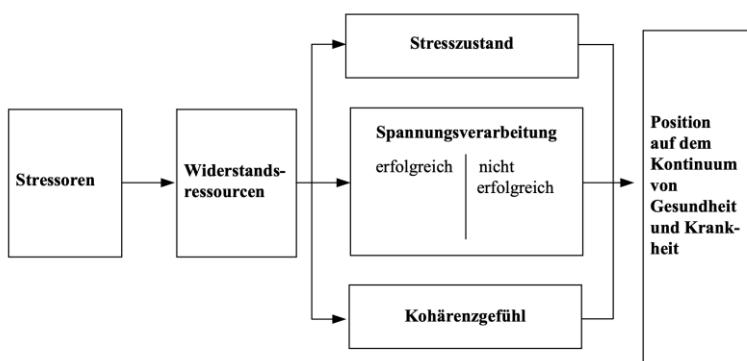


Abbildung 3: Modell der Salutogenese („stark vereinfacht nach Antonovsky“, 1979, S. 184-185, zitiert nach Hurrelmann & Richter, 2013, S. 126)

Als Startpunkt der Betrachtung wurden die *Stressoren* gewählt, welche der Abbildung folgend auf *Widerstandsressourcen* treffen (Hurrelmann & Richter, 2013). Von Bedeutung dabei ist, dass bei Kontakt eines Individuums mit Stressoren, diese „als Herausforderungen der [...]“

Bewältigungskapazitäten wahrgenommen werden“ (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 125) und sie dabei zu *Spannungszuständen* beim Individuum führen (Bengel et al. 2001, S. 36). Als Gegenspieler wirken die *Widerstandsressourcen*: Sie modulieren, wie das Individuum mit den *Stressoren* bzw. dem *Spannungszustand* fertig wird (Bengel, 2001; Hurrelmann & Richter, 2013). Je nachdem, ob die Bewältigung gelingt, ergibt sich die Positionierung auf dem *Gesundheits-Krankheits-Kontinuum* (Bengel et al., 2001; Hurrelmann & Richter, 2013): Fällt diese positiv aus, so bewegt sich die Positionierung in Richtung *Gesundheit*, negative Bewältigung hingegen führt zu einem *Stresszustand*, welcher die Positionierung in die entgegengesetzte Richtung, also Krankheit, verschiebt (Bengel et al., 2001).

Eine tragende Rolle in diesem Prozess nimmt auch das *Kohärenzgefühl* ein: Es bestimmt die Positionierung am *Gesundheits-Krankheits-Kontinuum* maßgeblich mit (Hurrelmann & Richter, 2013). Außerdem kräftigt eine gelungene *Stressbewältigung* das *Kohärenzgefühl* (Bengel et al., 2001). In diesem Zusammenhang heben Bengel et al. (2001) noch hervor, dass der erfolgreiche Zugriff auf bereits gebildete *Widerstandsressourcen* im Bedarfsfall ebenso von einem entsprechend gut ausgeprägten *Kohärenzgefühl* abhängt. Der starke Zusammenhang zwischen *Kohärenzgefühl* und *Widerstandsressourcen* zeigt sich auch darin, dass sich einerseits eine nicht ausreichende Existenz von *Widerstandsressourcen* schlecht auf die Ausprägung des *Kohärenzgefühls* auswirkt, sich andererseits aber ein schwaches *Kohärenzgefühl* negativ auf die Mobilisierung bestehender *Widerstandsressourcen* auswirkt (Bengel et al., 2001).

Abschließend bleibt noch folgender wichtiger Aspekt festzuhalten: Nach dem Konzept der *Salutogenese* sind vor allem individuelle Komponenten ausschlaggebend für den Umgang mit äußeren Gegebenheiten und folglich, wie dadurch die persönliche Gesundheit beeinflusst wird (Bak, 2023, S. 63). Insgesamt hält Faltermaier (2023) fest, dass dem *Modell der Salutogenese* eine zentrale Rolle, sowohl im theoretischen, praktischen, als auch forschenden Bereichen von Gesundheit zukommt.

2.2 Modell der Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren & Whitehead (1991)

Neben dem *Modell der Salutgenese* nach Antonovsky ist ein weiterer bedeutsamer Erklärungsansatz zu Gesundheit das *Modell der Gesundheitsdeterminanten* nach Dahlgren & Whitehead (1991), welches nach einer kurzen Begriffsbestimmung der hierbei relevanten Gesundheitsdeterminanten eingehender betrachtet wird.

Unter dem Begriff *Determinanten der Gesundheit* werden grundsätzlich verschiedenste beeinflussende Faktoren verstanden, welche den gesundheitlichen Status sowohl auf individueller als auch auf kollektiver Ebene prägen und festlegen (Hurrelmann & Richter, 2022). Das Zusammenwirken

dieser Faktoren legt somit die Stärke von Gesundheitspotentialen ebenso wie das Krankheits- und Sterberisiko fest (Hurrelmann & Richter, 2022, Wettstein, 2016). Laut Wettstein (2016) existieren zahlreiche Versuche, die Vielzahl an unterschiedlichen Gesundheitsdeterminanten zu systematisieren und als Modelle abzubilden. Das *Modell der Gesundheitsdeterminanten* nach Dahlgren & Whitehead (1991) gilt dabei als eine der bedeutsamsten und am meisten verwendeten Darstellungen in diesem Bereich und nimmt insbesondere im Fachgebiet der öffentlichen Gesundheit einen sehr hohen Stellenwert ein (Dahlgren & Whitehead, 2021; Wettstein, 2016).

Die Anfänge des *Modells der Gesundheitsdeterminanten* von Dahlgren & Whitehead gehen auf das Jahr 1991 zurück, als es ursprünglich auf Veranlassung der WHO konzipiert wurde (Dahlgren & Whitehead, 2021; Wettstein, 2016). Zugrundeliegend dabei waren Bemühungen zur Förderung der Gerechtigkeit von Gesundheit im sozialen Bereich (Dahlgren & Whitehead, 1991). Eine weiterer Name für die Konzeption von Dahlgren & Whitehead lautet daher auch „WHO-Modell“ (Wettstein, 2016, S. 137). Daneben wird das Modell laut Dahlgren & Whitehead (2021, S. 20) häufig auch als „The Rainbow Model“, auf Deutsch also als *Regenbogenmodell*, bezeichnet. Dieser Name geht auf die Art der Illustration zurück, welche an die Form eines Regenbogens erinnert (Wettstein, 2016). Wesentliches Ziel des Modells ist es, die sogenannten „main determinants of health“ (Dahlgren & Whitehead, 1991, S. 11), also „Hauptdeterminanten der Gesundheit“, darzustellen (Naidoo & Wills, 2019, S. 60). Hierzu erfolgt eine Einteilung der Gesundheitsdeterminanten in fünf große Kategorien (Dahlgren & Whitehead, 1991; Hurrelmann & Richter, 2022). Diese Faktoren können laut Dahlgren & Whitehead (1991) entweder bedrohend, fördernd oder schützend auf die Gesundheit einwirken. Wichtig ist, dass sich die Faktoren gegenseitig beeinflussen (Hurrelmann & Richter, 2022). Die fünf Kategorien zeigen sich im Modell angeordnet als „Schalen“, die sich in Form von „konzentrischen Halbkreisen“ um einen zentral gelegenen „Kern“ legen (Wettstein, 2016, S. 137). Dahlgren & Whitehead (1991) sprechen von übereinander gelagerten Schichten, die die Hauptdeterminanten der Gesundheit zeigen sollen.

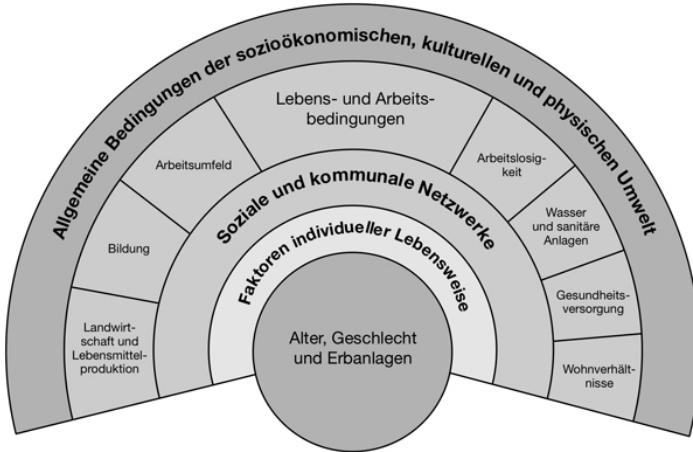


Abbildung 4: Modell der Gesundheitsdeterminanten (Dahlgren & Whitehead, 1991, zitiert nach Hurrelmann & Richter, 2022, o. S.)

Die im Kern des Modells angeführten Gesundheitsdeterminanten lauten: „Alter, Geschlecht und Erbanlagen“ (Dahlgren & Whitehead, 1991, S. 11; Übersetzung nach Hurrelmann & Richter, 2022, o. S.). Dahlgren & Whitehead (1991, S. 11) bezeichnen diese individuellen Eigenschaften als sogenannte „fixed factors“, da darauf kein Einfluss genommen werden kann. Während die im Kern angeführten Faktoren also „unbeeinflussbare, feste Determinanten der Gesundheit“ darstellen, sind die übrigen vier, den Kern umgebenden Kategorien veränderbar, was bedeutet, dass hier im Rahmen von präventiven bzw. gesundheitsförderlichen Maßnahmen mitunter gesundheitlich positive Wirkungen erzielt werden können (Hurrelmann & Richter, 2022, o. S.). Dahlgren & Whitehead (1991, S. 12) bezeichnen diese als „four layers of influence“, meinen damit also modifizierbare „Einflussebenen der Gesundheit“ (Naidoo & Wills, 2019, S. 60). In weiterer Folge werden diese gesundheitlich beeinflussbaren Ebenen von den Autoren als Interventionsebenen im politisch-strategischen Bereich umgelegt und dahingehend für die Gesundheit positive Maßnahmen abgeleitet (Dahlgren & Whitehead, 1991, S. 12). Diese Kategorien werden im Folgenden entsprechend der Reihenfolge des Modells von innen nach außen betrachtet.

Die erste modifizierbare Kategorie bilden „Faktoren individueller Lebensweise“ (Dahlgren & Whitehead 1991, S. 11; Übersetzung nach Hurrelmann & Richter, 2022, o. S.). Diese Ebene betrifft in erster Linie die individuelle Lebensführung sowie das individuelle Verhalten (Hurrelmann & Richter, 2022; Naidoo & Wills, 2019). Hierzu zählen beispielsweise die Ernährungsweise, der Konsum von Alkohol oder Tabak, das Bewegungsverhalten oder auch Schlaf und Erholung (Hurrelmann & Richter, 2022; Naidoo & Wills, 2019; Wettstein, 2016). Laut Dahlgren & Whitehead (1991, S. 12) soll hierbei auch auf individuelle Einstellungen geachtet werden, um eine positive Einflussnahme zu erreichen. Insbesondere jene Bereiche, in denen individuelle Entscheidungen getroffen werden können, sollen in

den Blick genommen werden. Die Autoren erachteten dabei unter anderem „health education“ sowie unterstützende Maßnahmen bei Personen mit besonders verbesserungswürdigen Lebensweisen als wesentlich (Dahlgren & Whitehead, 1991, S. 12). Mithilfe der Vermittlung von entsprechendem „Wissen, Bewusstsein und Kompetenzen“, etwa zum Thema gesunder Ernährung, ist eine positive, auf individueller Ebene wirksame Einflussnahme möglich (Naidoo & Wills, 2019, S. 60).

„Soziale und kommunale Netzwerke“ stellen die zweite modifizierbare Ebene dar (Dahlgren & Whitehead 1991, S. 11; Übersetzung nach Hurrelmann & Richter, 2022, o. S.). Darunter fallen verschiedene, das Individuum umgebende soziale Gemeinschaften, wie etwa Familien- und Verwandtschaftskreis, freundschaftliche Beziehungen oder Nachbarschaftsverhältnisse (Hurrelmann & Richter, 2022; Naidoo & Wills, 2019; Wettstein, 2016). Laut Dahlgren & Whitehead (1991, S. 12) sollen politisch-strategische Bemühungen auf der Bekräftigung entsprechender Netzwerke liegen, beispielsweise soll der Schwerpunkt auf das Zusammenkommen und die damit verbundenen Möglichkeiten gemeinsamer Unterstützung gelegt werden, um gesundheitlich negativen Einflüssen entgegenzuwirken. Insgesamt sollen die auf dieser Ebene gesetzten strategischen Handlungen die kräftigende Funktion von Gemeinschaften betonen (Dahlgren & Whitehead, 1991). Hurrelmann & Richter (2022) fassen zusammen, dass durch eine Einbettung in verschiedene solche Gemeinschaften die Gesundheit sowohl beibehalten als auch ihre erneute Herstellung positiv beeinflusst werden kann. Einflussfaktoren dieser Ebene können sowohl eine direkte Wirkung als auch eine indirekte Wirkung im Sinne der Beeinflussung gesundheitlich relevanter Verhaltensweisen zeigen (Hurrelmann & Richter, 2022).

Die dritte veränderbare Kategorie lautet „Lebens- und Arbeitsbedingungen“ (Dahlgren & Whitehead 1991, S. 11; Übersetzung nach Hurrelmann & Richter, 2022, o. S.). Wettstein (2016) betont, dass im Modell selbst einzig diese Ebene genauer aufgeteilt, das heißt mit konkreten Beispielen versehen ist. Insgesamt werden sieben konkrete Aspekte genannt, darunter „Bildung“ und „Arbeitsumfeld“ (Dahlgren & Whitehead, 1991, S. 11; Übersetzung nach Hurrelmann & Richter, 2022, o. S), welche Wettstein (2016, S. 137) als „die formalen sozialen Bezüge“ bezeichnet. Hier wird also deutlich, dass der Schulbereich eine gesundheitlich relevante Einflussgröße darstellt (Wettstein, 2016, S. 137). Darüber hinaus werden konkret auch noch „Arbeitslosigkeit“, „Wohnverhältnisse“, das Vorhandensein von „Wasser und sanitäre[n] Anlagen“, die „Gesundheitsversorgung“, sowie die „Landwirtschaft und Lebensmittelproduktion“ als gesundheitsbeeinflussende Faktoren dieser Ebene angeführt (Dahlgren & Whitehead, 1991, S. 11; Übersetzung nach Hurrelmann & Richter, 2022, o. S). Hurrelmann & Richter (2022, o. S.) erklären, dass diese auf individueller Ebene unterschiedlichen „Lebens- und Arbeitsbedingungen“ in enger Verbindung mit der Ebene der „sozialen Netzwerke“ zu verstehen sind.

Um auf Aspekte dieser Kategorie im positiven Sinne Einfluss zu nehmen, halten Dahlgren & Whitehead (1991) Strategien im Arbeitsbereich und verschiedenen öffentlichen Sektoren für sinnvoll, um einen gesundheitlich positiven Einfluss zu erwirken. Explizit genannt wird unter anderem der Landwirtschaftssektor, wo durch Maßnahmen im Nahrungsmittel- und Ernährungsbereich Verbesserungspotential für die Gesundheit gesehen wird (Dahlgren & Whitehead, 1991, S. 12).

„Allgemeine Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt“ bilden die vierte und letzte veränderbare Ebene ganz außen am Modell (Dahlgren & Whitehead 1991, S. 11; Übersetzung nach Hurrelmann & Richter, 2022, o. S.). Gemeint sind damit beispielsweise Bereiche wie Lebensqualität oder Arbeitsmarkt (Naidoo & Wills, 2019, S. 60). Hurrelmann & Richter (2022, o. S.) bezeichnen die Einflussgrößen dieser Kategorie als „Makrofaktoren“, welche die höchste Komplexität aller Gesundheitsdeterminanten aufweisen. Laut Wettstein (2016, S. 137) zeigt diese Kategorie an, dass gesundheitlich relevante Faktoren auch in „globalere[n] Zusammenhänge[n]“ verflochten sind. Ihre Relevanz zeigt sich etwa in Form „soziale[r] Ungleichheiten“, sie stellen die „Ursachen der Ursachen“ unzureichender Gesundheit sowie Krankheit dar (Hurrelmann & Richter, 2022, o. S.). Dahlgren & Whitehead (1991, S. 12) betonen die Wichtigkeit von auf lange Dauer angelegten Systemänderungen, um gesundheitlich positive Aspekte für diesen Bereich zu verwirklichen. Beispielsweise nennen sie Strategien im wirtschaftlichen Bereich oder länderübergreifende Abkommen betreffend den Umwelt- oder Handelsbereich (Dahlgren & Whitehead, 1991, S. 12). Wettstein (2016) verweist allerdings darauf, dass strukturelle Bemühungen häufig nicht auf diese Ebene ausgerichtet werden. Als mögliche Gründe hierfür nennt Wettstein (2016) sehr hohe Anstrengungen sowie nur eingeschränkte Möglichkeiten einer direkten Einflussnahme auf dieser Ebene.

Insgesamt kann das *Modell der Gesundheitsdeterminanten* nach Dahlgren & Whitehead (1991) der Kategorie der „mehrdimensionalen Gesundheitsmodelle“ zugeordnet werden, da nach diesem Konzept die Gesundheit von verschiedenen Dimensionen beeinflusst wird (Bruns, 2013, S. 52). Dazu passend betonen Dahlgren & Whitehead (2021), dass ihr *Modell der Gesundheitsdeterminanten* seit seiner Entstehung dazu beigetragen hat, Gesundheit als ein weitreichendes Konstrukt zu betrachten, welches keinesfalls nur den Gesundheitsbereich betrifft, sondern soziale, umweltbedingte sowie gesellschaftliche Aspekte miteinschließt. Auch Hurrelmann & Richter (2022) weisen darauf hin, dass der Bereich des Gesundheitssystems lediglich einen von zahlreichen gesundheitsbeeinflussenden Faktoren im Modell darstellt. Vielmehr zeigt das Modell, dass soziale Aspekte sowie das Verhalten eine Rolle spielen, was bedeutet, dass Lebensart und Lebensumstände von großer gesundheitlicher Relevanz sind (Hurrelmann & Richter, 2022). Dazu kommt die Verknüpfung zwischen individuellem

und gesellschaftlichem oder strukturellem Bereich, was bedeutet, dass Umgebungs faktoren wie Wohnverhältnisse oder Arbeitssituation individuelle Handlungen beeinflussen (Hurrelmann & Richter, 2022). Dazu passend weisen Hurrelmann & Richter (2022) darauf hin, dass Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention nicht nur beim individuellen Verhalten, sondern vor allem auch bei Arbeitsverhältnissen und Lebensumständen ansetzen müssen, um möglichst erfolgreich sein zu können.

Wettstein (2016) identifiziert allerdings auch mögliche Schwachstellen im *Modell der Gesundheitsdeterminanten*: So sieht er es kritisch, dass die jeweiligen Kategorien zum Teil verschiedenartige Aspekte beinhalten, welche seiner Ansicht nach gesondert analysiert werden sollten. Ein weiterer Kritikpunkt am Modell sind fehlende „Wirkungszusammenhänge“ (Wettstein, 2016, S. 137). Das Modell erwecke indirekt den Eindruck, dass es seine Wirkung von außen nach innen entfalte, allerdings seien auch Wirkungen in die andere Richtung bzw. Zusammenhänge innerhalb einer Kategorie festzustellen. Kritisch sieht er zudem den fehlenden „Zielwert“ der Grafik, womit der Autor meint, dass sich lediglich aus den Beschreibungen, nicht aber der Grafik selbst, ergebe, dass die gezeigten Aspekte den Bereich Gesundheit beeinflussen (Wettstein, 2016, S. 137). An dieser Stelle sei aber erwähnt, dass Dahlgren & Whitehead (2021, S. 21) die in einfacher Form gehaltene Darstellung des Modells, beispielsweise ohne in unterschiedliche Richtungen zeigende Pfeile, als eine der Stärken hervorheben, da das Modell trotz der Einfachheit den ganzheitlichen Charakter von Gesundheit betont und damit auch nicht kompliziert zu verstehen sein solle.

3. Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Schüler*innen

Nachdem allgemeine Grundlagen und ausgewählte Erklärungsansätze rund um das Thema Gesundheit behandelt wurden, beschäftigt sich der folgende Abschnitt eingehender mit der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten von Schüler*innen. Wie bereits im früheren Kapitel 1.3 dieser Arbeit erläutert, bezieht sich der Begriff *Gesundheitsverhalten* grundsätzlich auf sämtliche Verhaltensweisen und Handlungen, die Personen in Bereichen setzen, die Einfluss auf ihre Gesundheit nehmen (ÖPGK, o. D.-b). Ebenso wurde bereits festgehalten, dass unter anderem die Bereiche Ernährung und Bewegung als zentral angesehen werden können, um mithilfe des Verhaltens einen positiven Einfluss auf die Gesundheit zu nehmen (Fuchs, 2012). Außerdem nennt Fuchs (2012) in diesem Zusammenhang auch konkrete Verhaltensmaßnahmen betreffend den psychischen Bereich, um die Gesundheit zu stärken.

Eine Studie, die umfassende aktuelle Daten zu Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Schüler*innen in Österreich liefert, ist die *WHO-HBSC-Studie 2021/22* (Felder-Puig et al., 2023). Der englische Name „HBSC study“ steht dabei für „Health Behaviour in School-aged Children study“

(Felder-Puig et al., 2023, S. 5). Bei der Studie handelt es sich um die größte Studie in Europa zu Kinder- und Jugendgesundheit. Alle vier Jahre werden Daten mittels Fragebögen erhoben (Felder-Puig et al., 2023, S. 5). In Österreich werden Schüler*innen ab der fünften Schulstufe befragt, insgesamt umfasst die Studie dabei Schüler*innen im Alter von elf bis 17 Jahren (Felder-Puig et al., 2023).

In den nachstehenden Kapiteln erfolgt nach einer allgemeinen Betrachtung grundlegender Informationen und Besonderheiten zu Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter (siehe Kapitel 3.1), eine eingehendere Betrachtung der drei Bereiche Ernährung, Bewegung und mentale Gesundheit. Betreffend der beiden Themengebiete Ernährung und Bewegung erfolgt eine genauere Betrachtung der jeweiligen gesundheitlichen Bedeutung für Kinder und Jugendliche (siehe Kapitel 3.2.1 bzw. Kapitel 3.3.1) sowie ausgewählter offizieller Empfehlungen (siehe Kapitel 3.2.2 bzw. Kapitel 3.3.2) und jeweils anschließend an die Empfehlungen eine Betrachtung ausgewählter Parameter des tatsächlichen Verhaltens in den beiden Gebieten mit Bezug auf die aktuelle Situation von Schüler*innen in Österreich anhand der *WHO-HBSC-Studie 2021/22* (Felder-Puig et al., 2023) (siehe Kapitel 3.2.3 bzw. Kapitel 3.3.3). Daran schließt ein weiteres Kapitel zum Thema mentale Gesundheit an (siehe Kapitel 3.4), wobei einerseits auf die Bedeutung und Relevanz im Kindes- und Jugendalter eingegangen wird (siehe Kapitel 3.4.1) und andererseits ausgewählte aktuelle Daten von Schüler*innen in Österreich betrachtet werden (siehe Kapitel 3.4.2).

3.1 Grundlegende Informationen und Besonderheiten im Kindes- und Jugendalter

Die Lebensabschnitte *Kindheit* und *Jugend* wurden grundsätzlich im wissenschaftlichen sowie alltäglichen Kontext zumindest ab der Mitte des 20. Jahrhunderts mit guter Gesundheit in Verbindung gebracht (Ohlbrecht & Winkler, 2018). Ein Blick in die Fachliteratur der Psychologie zeigt, dass der Beginn des Lebensabschnitts *Jugend* oftmals mit rund zwölf Jahren festgesetzt wird, davor werden verschiedene Phasen der Kindheit durchlaufen (Boeger & Lüdmann, 2022). Auch heutzutage wird die Kindheit oftmals als Lebensphase mit niedrigem Erkrankungsrisiko beschrieben (Ravens-Sieberer et al., 2018). Allerdings weisen Ohlbrecht & Winkler (2018) darauf hin, dass zwar Infektionen und plötzlich auftretende Erkrankungen an Bedeutung verloren hätten, andere Arten von Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen gegenwärtig aber im Ansteigen seien: Konkret sprechen die Autoren hier Beeinträchtigungen und Erkrankungen im psychischen Bereich an, beziehen sich dabei jedoch auf Daten aus Deutschland.

Laut aktuellen Daten der Statistik Austria machen im Jahr 2024 Personen unter 20 Jahren knapp ein Fünftel der österreichischen Bevölkerung aus (Statistik Austria, 2024-a). Erfreulicherweise bilden sie laut der *Gesundheitsziele Österreich* die Bevölkerungsgruppe mit der höchsten Gesundheit (BMGF,

2017, S. 32). Auch eine aktuelle Publikation der *Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie* bestätigt, dass Erkrankungen bei dieser Gruppe im Vergleich zu anderen Gruppen selten auftreten (Bengough et al., 2024). Historisch betrachtet leisteten die reduzierte Sterblichkeitsrate im Säuglings- und Kindesalter sowie die verbesserten Möglichkeiten, gegen übertragbare Erkrankungen vorzugehen, einen wesentlichen Beitrag zur stetig steigenden Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (Griebler et al., 2016, S. III). In der jüngeren Vergangenheit konnte jedoch laut dem *österreichischen Kinder- und Jugendgesundheitsberichts* (Griebler et al., 2016) sowie der *Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie* (Bengough et al., 2024) eine Zunahme bestimmter Krankheiten beobachtet werden: Neben den auch von Ohlbrecht & Winkler (2018) erwähnten Beeinträchtigungen und Erkrankungen im psychischen Bereich zeigt sich unter anderem auch ein verstärktes Auftreten von chronischen Erkrankungen wie beispielsweise Adipositas oder Diabetes (Bengough et al., 2024; Griebler et al., 2016). Auch der Bewegungsapparat und die Bereiche *Verhalten* und *Entwicklung* geraten zunehmend in den Fokus (Griebler et al., 2016, S. III). Erwähnenswert in diesem Zusammenhang erscheint, dass Ohlbrecht & Winkler (2018, S. 608) von einem grundsätzlich beobachtbaren „historische[n] Wandel im Krankheitsspektrum“ sprechen, der bereits bei Kindern und Jugendlichen erkennbar ist. Die Auseinandersetzung mit der Gesundheit an sich sowie die Bewahrung dieser nimmt damit bereits in jungen Jahren an Stellenwert zu (Ohlbrecht & Winkler, 2018).

Die essentielle Bedeutung von Gesundheit für Kinder und Jugendliche ergibt sich einerseits unmittelbar: So ist Gesundheit in jungen Jahren wichtig, um leistungsfähig zu sein und eine entsprechende Lebensqualität zu genießen, andererseits erscheint sie auch für die späteren Lebensjahre relevant (Griebler et al., 2016). Bengough et al. (2024) verweisen auf die aktuelle Datenlage, wonach gezeigt werden konnte, dass die Gesundheit in jungen Jahren eine wesentliche Determinante für die gesundheitliche Verfassung des gesamten weiteren Lebens darstelle. Demgemäß wird dem Kindesalter „eine große Bedeutung für die Gesundheitsdynamik im weiteren Lebensverlauf“ zugesprochen (Ravens-Sieberer et al., 2018, S. 75). Beispielsweise kann der Beginn einer chronischen Krankheit in jungen Jahren Einfluss auf die Gesundheit der gesamten weiteren Lebensspanne nehmen (Ravens-Sieberer et al., 2018, S. 75). Damit in Einklang stehend beschreibt Lang (2016, S. 49) die beiden Lebensabschnitte Kindheit und Jugend als „von entscheidender Relevanz für eine frühzeitig erlernbare gesunde Lebensweise, die der Gesunderhaltung und der Krankheitsprävention dient“.

3.2 Ernährung und Gesundheit

3.2.1 Bedeutung der Ernährung im Kindes- und Jugendalter

Der Begriff *Ernährung* bezieht sich grundsätzlich auf die Aufnahme von Nahrung und Nährstoffen, um die Beibehaltung von Gesundheit und Leistungsvermögen sicherzustellen (Elmadfa, 2015, S. 11). Die Nahrung liefert dem Körper essentielle Inhaltsstoffe und ist unter anderem für das Wachstum von großer Bedeutung. „Nährstoffe“ wiederum bezeichnen „chemisch definierte Elemente und Verbindungen in der Nahrung“, die in ursprünglicher oder veränderter Weise für alle Funktionen des Körpers, inklusive Wachstum, essentiell sind (Elmadfa, 2015, S. 11). Der Zusammenhang zwischen einer dem Bedarf entsprechenden Ernährung und der Gesundheit auf der einen Seite, sowie von einer nicht dem Bedarf entsprechenden Ernährung und der Entstehung bestimmter Krankheiten auf der anderen Seite, gilt bereits seit längerer Zeit als gesichert (Heseker & Beer, 2004). Im Kindes- und Jugendalter erscheint eine bedarfsgerechte Nährstoffzufuhr vor allem bedeutend, um körperliche und kognitive Entwicklung, sowie Konzentrations- und Leistungsvermögen zu gewährleisten (DGE, o. D.-a). Ebenso spielt sie für ein funktionierendes Immunsystem eine Rolle (DGE, o. D.-a). Insbesondere während Wachstumsphasen ist eine gesundheitsförderliche Ernährungsweise mit entsprechend hoher Aufnahme von Nährstoffen und Energie wichtig (DGE, o. D.-a).

Ein weiterer wesentlicher Aspekt von gesundheitsförderlicher Ernährung im Kindesalter besteht in der Vorbeugung sogenannter „ernährungsmittelbedingter Krankheiten“ (Alexy et al., 2008, S. 168). Diese auch als „ernährungssassoziierte[] Krankheiten“ (Elmadfa, 2015, S. 242) bezeichneten Erkrankungen werden typischerweise erst im späteren Leben relevant, mitunter können jedoch Erkrankungen dieser Art bereits im Kindes- und Jugendalter auftreten (Alexy et al., 2008; Heseker & Beer, 2004). Zur Gruppe der *ernährungsmittelbedingten Erkrankungen* zählen unter anderem Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2 oder Adipositas (Alexy et al., 2008; Elmadfa, 2015). Daten der WHO-HBSC-Studie 2021/22 zeigen beispielsweise, dass der Anteil an übergewichtigen bzw. adipösen Schüler*innen in Österreich seit dem Jahr 2014 stetig zugenommen hat (Felder-Puig et al., 2023, S. 9). Gegenwärtig sind etwa ein Viertel der untersuchten Schüler und etwas weniger als 20 Prozent der untersuchten Schülerinnen von Übergewicht bzw. Adipositas betroffen (Felder-Puig et al., 2023, S. 32). Daneben fallen auch Krebserkrankungen in die eben genannte Gruppe: Schätzungen zufolge stehen etwa 35 Prozent der Krebsfälle mit dem Ernährungsverhalten in Verbindung (Elmadfa, 2015, S. 248). Aktuellen Daten der Statistik Austria (2024-b) zufolge sind knapp 60 Prozent der Mortalitätsfälle im Jahr 2023 auf Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen zurückzuführen. Darüber hinaus zeigt ein Bericht der WHO (2023) auf, dass ein schlechtes Ernährungsverhalten global betrachtet jährlich elf Millionen Menschen das Leben kostet. Weiters gehen europaweit über 90 Prozent der Sterbefälle auf sogenannte „[n]ichtübertragbare Krankheiten“ zurück, womit unter anderem Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen oder Diabetes umfasst sind (WHO, 2023, o. S.). Neben einer schlechten Ernährungsweise spielen auch noch andere Verhaltensweisen wie etwa unzureichende

Bewegung eine Rolle bei der Krankheitsentstehung (WHO, 2023). Zu beachten ist nun, dass sich oft schon zu Kindheitszeiten ernährungsbezogene Verhaltensweisen festsetzen und früh erlernte Ernährungsgewohnheiten häufig das ganze Leben aufrechterhalten werden (Heseker & Beer, 2004).

3.2.2 Ernährungsempfehlungen im Kindes- und Jugendalter

Nachdem einige wichtige Aspekte der gesundheitlichen Bedeutung der Ernährung im Kindes- und Jugendalter dargestellt wurden, soll nun betrachtet werden, wie sich die Ernährung von Kindern und Jugendlichen zusammensetzen sollte, das heißt, welche wichtigen Ernährungsempfehlungen es gibt, um die Ernährung in jungen Jahren gesundheitsförderlich gestalten zu können. Die wesentlichen, grundlegenden Ernährungsempfehlungen im Erwachsenenalter treffen ebenso auf Kinder und Jugendliche zu (Biesalski et al., 2017): Die Ernährung sollte neben einer vielfältigen, idealerweise überwiegend aus nährstoffdichten Nahrungsmitteln zusammengesetzten Mischkost altersadäquate und auf das Aktivitätspensum abgestimmte Energie liefern sowie genügend Flüssigkeit beinhalten, auch sollte die Mahlzeitenverteilung berücksichtigt werden. (Biesalski et al., 2017).

Eine wissenschaftliche Basis konkreter, für Kinder in Österreich geltender Ernährungsempfehlungen stellen die sogenannten „Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr“ dar (ÖGE, o. D., o. S.). Diese werden von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (kurz DGE) und der Österreichischen Gesellschaft für Ernährung (kurz ÖGE) in Zusammenarbeit erstellt und daher auch als „DGE/ÖGE-Referenzwerte“ bezeichnet (DGE, o. D.-b, o. S.). Früher unter dem Namen „D-A-CH-Referenzwerte“ bekannt, erfolgte eine Umbenennung, da sich die bisher ebenfalls mitbeteiligte Schweizerische Gesellschaft für Ernährung (kurz SGE) ab dem Jahr 2023 nicht mehr an der Referenzwerteentwicklung beteiligte (DGE, o. D.-b, o. S.). Die Referenzwerte legen Zufuhrmengen für die tägliche Aufnahme an Energie und verschiedenen Nährstoffgruppen fest (DGE, o. D.-b; ÖGE, o. D.). Es erfolgt dabei eine Einteilung in „Energie, energieliefernde Nährstoffe und Wasser“ einschließlich Alkohol und Ballaststoffe, „Vitamine“ (jeweils fett- und wasserlöslich), „Mengenelemente“ und „Spurenelemente“ (DGE, o. D.-b, o. S.). Grundsätzliches Ziel der festgelegten Mindest- bzw. Höchstmengen ist die Stärkung bzw. Aufrechterhaltung der Gesundheit in jedem Alter (DGE, o. D.-b, Elmadfa, 2015). Sichergestellt werden soll unter anderem, dass weder Erkrankungen aufgrund eines Mangels noch eine überhöhte Zufuhr erfolgen (DGE, o. D.-b). Wichtig zu beachten ist, dass die Adressaten dieser sogenannten „[n]ährstoffbasierte[n] Empfehlungen“ grundsätzlich fachliches Personal sind (Elmadfa, 2015, S. 267), sowie, dass die Referenzwerte immer wieder erneuert werden, um die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechend zu berücksichtigen (Biesalski et al., 2017).

Um eine Einbettung dieser wissenschaftlich fundierten Empfehlungen in den Alltag für die Allgemeinheit zu erleichtern, wurden von den Ernährungsgesellschaften „lebensmittelbasierte Empfehlungen“ entwickelt (Elmadfa, 2015, S. 267). Diese sollen die wünschenswerten proportionalen Anteile von Lebensmitteln in einfacher Weise darstellen (Elmadfa, 2015). Ein bekanntes Beispiel hierfür ist die *Österreichische Ernährungspyramide*, deren Empfehlungen auch im Kindes- und Jugendalter Anwendung finden sollen (ÖGE, o. D.). Darüber hinaus erwähnenswert erscheint eine ebenfalls wissenschaftlich fundierte, speziell für Kinder und Jugendliche entworfene Ernährungskonzeption namens „Optimix“, welche aus Dortmund in Deutschland stammt und vom dortigen „Forschungsinstitut für Kinderernährung“ erarbeitet wurde (Elmadfa, 2015, S. 267).

Im Folgenden werden die Grundzüge dieser beiden Ernährungsempfehlungen näher betrachtet. Zuvor erfolgt der Vollständigkeit halber eine kurze Erläuterung der unterschiedlichen Nährstoffe, welche zusammen mit Wasser im Wesentlichen die grundlegenden Nahrungsbestandteile bilden (Biesalski et al., 2017). Berücksichtigung finden dabei auch die Zufuhrempfehlungen der energieliefernden Bestandteile.

3.2.2.1 Bestandteile der Nahrung & nährstoffbasierte Empfehlungen für Energielieferanten

Kohlenhydrate, Fette und Proteine bilden die *energieliefernden Nährstoffe* (Biesalski et al., 2017; DGE, o. D.-b). Vor allem für Wachstum und Gewebebildung sind Proteine essentiell (Biesalski et al., 2017, S. 16). Im Alter von zehn bis unter 15 Jahren liegt die Empfehlung bei 0,9 Gramm Protein pro Kilogramm Körpergewicht täglich und ist damit im Vergleich zu jener für Erwachsene leicht erhöht (DGE, o. D.-e, o. S.). Bei zehn bis unter 15-Jährigen sollte die Fettzufuhr etwa 30 bis 35 Prozent der täglichen Energieaufnahme ausmachen und damit im Vergleich zu älteren Personen ebenfalls etwas höher liegen (DGE, o. D.-c, o. S.). Kohlenhydrate sollten bei einer ausgewogenen Mischkost etwas mehr als die Hälfte der täglich aufgenommen Energie ausmachen, wobei Proteinbedarf, Fettaufnahme und Höhe der benötigten Energie beachtet werden sollten (DGE, o. D.-d).

Vitamine, Mineralstoffe sowie Spurenelemente versorgen den Körper nicht mit Energie, nehmen aber im Bereich von Wachstum und Gewebebildung eine tragende Rolle ein (Biesalski et al., 2017, S. 16). Die Gruppe der Vitamine ist zudem, genauso wie Wasser, grundsätzlich für Stoffwechselprozesse von Bedeutung (Biesalski et al., 2017, S. 16). Wasser erfüllt unterschiedliche Aufgaben im Körper, fungiert unter anderem als „Lösungsmittel“ und wird größtenteils über Getränke aufgenommen, ein Teil der Zufuhr erfolgt aber auch über die Nahrung bzw. in Form von „Oxidationswasser“ (Elmadfa, 2015, S. 36).

3.2.2.2 Österreichische Ernährungspyramide

Die Empfehlungen der *Österreichischen Ernährungspyramide* richten sich an alle Personen ab einem Jahr und sollten daher auch im Kindes- und Jugendalter berücksichtigt werden (ÖGE, o. D.). Grundsätzlich soll die Pyramide zeigen, dass alle Lebensmittel, sofern mengenmäßig entsprechend ausgewählt, in einer abwechslungsreichen Ernährungsweise Platz finden können (ÖGE, o. D.). Die Veröffentlichung der bislang gültigen *Österreichischen Ernährungspyramide* erfolgte im Jahr 2010 (AGES, o. D.) und setzt sich aus sieben Kategorien zusammen (AGES, o. D.; ÖGE, o. D.): An der Basis stehen Getränke, darauf aufbauend folgen sechs Lebensmittelgruppen, welche, umso weniger verzehrt werden sollten, je höher sie platziert sind (AGES, o. D.). Aktuell wurden diese Empfehlungen vor dem Hintergrund klimatischer Aspekte überarbeitet und geben nun in Form der „neuen Österreichischen Ernährungsempfehlungen“ Auskunft über Verzehrshäufigkeit und -menge (inklusive Portionsangaben) bestimmter Lebensmittelkategorien, auch eine Darstellung in Pyramidenform soll es (Stand Sommer 2024) künftig geben (BMSGPK, 2024, o. S.). Ein Vergleich der bislang gültigen *Österreichischen Ernährungspyramide* (BMSGPK, 2020) mit den „neuen Österreichischen Empfehlungen“ – eingeteilt nach Lebensmittelgruppen, für eine omnivore Ernährungsweise (BMSGPK, 2024, o. S.), zeigt Folgendes:

Täglich konsumiert werden sollte: *Wasser* – 1,5 Liter; *Obst und Gemüse* – fünf Portionen; *Getreide bzw. Kartoffeln* – vier Portionen (BMSGPK, 2024). In diesen Kategorien gleichen die neuen Empfehlungen jenen der bisher gültigen *Österreichischen Ernährungspyramide*, wobei in den Erläuterungen zur alten Version eine zusätzliche Portion aus der Kategorie *Getreide und Kartoffeln* für Kinder vorgesehen ist (BMSGPK, 2020). Neu ausgewiesen wurde dagegen die Gruppe der *Hülsenfrüchte*, von welcher drei Portionen wöchentlich konsumiert werden sollen (BMSGPK, 2024). Bislang waren sie bei den drei Portionen *Gemüse* mitumfasst (BMSGPK, 2020).

Die Gruppe der *Fette und Öle* sollte täglich zwei Portionen betragen und gleicht damit den zuvor gültigen Empfehlungen (BMSGPK, 2020; BMSGPK, 2024).

Verändert wurden die Empfehlungen für die beiden Kategorien *Fleisch* und *Fisch*: Bisher sollten wöchentlich zumindest ein bis zwei Portionen Fisch konsumiert werden, daneben wurden wöchentlich drei Portionen Fleisch als Höchstmenge angeführt (BMSGPK, 2020). Diese Angaben wurden reduziert, wobei nun als zusammenfassende Empfehlung für *Fleisch* und *Fisch* gilt: Wöchentlich je eine Portion Fleisch und eine Portion Fisch, wobei zusätzlich entweder eine Portion Fleisch oder eine Portion Fisch konsumiert werden kann (BMSGPK, 2024).

Unverändert bleiben mit drei Portionen wöchentlich die Empfehlungen für die Lebensmittelgruppe der *Eier* sowie für die Gruppe der *Milch und Milchprodukte* (BMSGPK, 2020; BMSGPK, 2024).

Gleiches gilt für Lebensmittel mit hohem Gehalt an Fett, Zucker oder Salz: Der Verzehr sollte nach wie vor gering gehalten werden (BMSGPK, 2020; BMSGPK, 2024).

3.2.2.3 Optimix (Optimierte Mischkost)

Optimix, eigentliche Schreibweise „optimiX“ (Alexy et al., 2008, S. 168) ist ein Ernährungskonzept, welches für das gesamte Kindheits- und Jugendalter von ein bis 18 Jahren konzipiert wurde (Alexy et al., 2008). Die Ursprünge dieser „Optimierte[n] Mischkost“, wie das Konzept in Langform heißt, gehen auf die frühen 1990er Jahre zurück (Kersting et al., 1993, zitiert nach Alexy et al., 2008, S. 168). Essentiell am Konzept sind drei, auch im Kindesalter verständliche und farblich gekennzeichnete Grundsätze, die die Aufnahme von Lebensmitteln entsprechend der errechneten Bedarfsmengen regeln sollen (Alexy et al., 2008). Diese lauten:

„Reichlich“ – „Pflanzliche Lebensmittel und Getränke“ (grüne Kennzeichnung);

„Mäßig“ – „Tierische Lebensmittel“ (gelbe Kennzeichnung);

„Sparsam“ – „Fett- und zuckerreiche Lebensmittel“ (rote Kennzeichnung)

(Alexy et al., 2008, S. 171).

Ähnlich der bisherigen *Österreichischen Ernährungspyramide* (vgl. z.B. BMSGPK, 2020) erfolgt auch hier eine Untergliederung in verschiedene Lebensmittelkategorien, wobei nun insgesamt elf Kategorien unterschieden werden und sich diese auf die im Rahmen des *Optimix*-Konzepts eingesetzten Lebensmittel beziehen (Alexy et al., 2008). Daneben erfolgt eine Einteilung in „Empfohlene Lebensmittel“, welche anhand der elf Kategorien in „reichlich“, „mäßig“ und „sparsam“ sowie in „Geduldete Lebensmittel“, worunter beispielsweise „Schokolade“ oder „Chips“ genannt werden, eingeteilt werden (Alexy et al., 2008, S. 171). Im Zuge dieser Einteilung werden auch noch „Lebensmittelverzehrmengen“, gegliedert nach verschiedenen Altersgruppen, angeführt (Alexy et al., 2008, S. 171). Maßgeblich zu beachten dabei ist, dass die Summe der entsprechenden Menge dieser „empfohlenen Lebensmittel“ zwar den gesamten Bedarf an Nährstoffen zu 100 Prozent liefert, dabei jedoch lediglich 90 Prozent der benötigten Energiemenge entspricht (Alexy et al., 2008, S. 170). Das dabei entstehende zehnprozentige Energiedefizit darf durch „geduldete[] Lebensmittel“ (Alexy et al., 2008, S. 171), also jene mit geringer Nährstoffdichte, aufgefüllt werden (Alexy et al., 2008).

Daneben wurde eine „optimiX-Mahlzeitenpyramide“ entwickelt (Alexy et al., 2008, S. 172): Diese zeigt auf drei Seiten die optimale proportionale Zusammenstellung von spezifischen Lebensmittelkategorien für jeweils kalte und warme Speisen sowie für Speisen für zwischendurch an. Das Konzept funktioniert hier gleich wie das der *Österreichischen Ernährungspyramide* (vgl. z.B. BMSGPK, 2020): Lebensmittelkategorien an der Basis sollten in größeren Mengen verzehrt werden, als jene weiter oben weniger (Alexy et al., 2008). Darüber hinaus wurden „Zusatzkriterien für die Lebensmittelauswahl“ formuliert (Alexy et al., 2008, S. 173). Empfohlen wird beispielsweise, bei der Flüssigkeitszufuhr auf wenig bzw. keine Energiezufuhr zu achten, zudem sollte die Getreideauswahl zu mehr als der Hälfte auf Vollkornvarianten fallen, der Fettgehalt von Milch- und Fleischprodukten sollte niedrig sein und pflanzliche Öle, insbesondere aus Raps, sollten präferiert werden (Alexy et al., 2008).

3.2.3 Ernährungsverhalten von Schüler*innen in Österreich

Nach der Erläuterung einiger wichtiger Ernährungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche erfolgt nun eine nähere Betrachtung des tatsächlichen Ernährungsverhaltens dieser Altersgruppe mit Bezug auf die Situation von Schüler*innen in Österreich. Aktuelle Erkenntnisse hierzu liefert, wie bereits erwähnt, die *WHO-HBSC-Studie 2021/22* (Felder-Puig et al., 2023). Diese Studie untersuchte unterschiedliche Aspekte zum Ernährungsverhalten, ausgewählte Daten davon werden im Folgenden dargestellt.

Erhoben wurde beispielsweise der Obst- und Gemüsekonsum (Felder-Puig et al., 2023). Dabei konnte gezeigt werden, dass etwa 60 Prozent der Schülerinnen in der fünften Schulstufe zumindest einmal am Tag Obst essen, bei Schülern dieser Altersstufe liegt der entsprechende Anteil bei etwas mehr als der Hälfte und ist damit im Vergleich niedriger (Felder-Puig et al., 2023, S. 39). Auffallend ist, dass dieser Anteil unabhängig vom Geschlecht immer kleiner wird, je älter die Schüler*innen werden (Felder-Puig et al., 2023, S. 38-39). So verzehren nur mehr ca. 40 Prozent der Schülerinnen in der elften Schulstufe zumindest einmal am Tag Obst, bei den Schülern sind es in dieser Altersstufe sogar weniger als 30 Prozent (Felder-Puig et al., 2023, S. 39). Die Daten zur Höhe des täglichen Gemüseverzehrs (wieder zumindest einmal am Tag) zeigen ein ähnliches Bild: Mengenmäßig liegt der Konsum bei Mädchen in der fünften Schulstufe am höchsten, beträgt allerdings weniger als 50 Prozent (Felder-Puig et al., 2023, S. 39). Bei Jungen dieser Altersgruppe liegt der Anteil bei nur etwa 40 Prozent, Tendenz mit höherem Alter unabhängig des Geschlechts ebenfalls sinkend (Felder-Puig et al., 2023, S. 39-40). Weiters konnte festgestellt werden, dass nur etwa 35 Prozent der Mädchen und nur ein Viertel der Jungen zumindest einmal am Tag Lebensmittel aus beiden Kategorien verzehren (Felder-Puig et al., 2023, S. 40). Werden nun diese Ergebnisse mit den zuvor betrachteten Ernährungsempfehlungen, beispielsweise mit den aktuell gültigen „neuen Österreichischen Empfehlungen“ (BMSGPK, 2024., o. S.) verglichen, so zeigt

sich, dass der Obst- und Gemüseverzehr bei Schüler*innen in Österreich deutlich unter den empfohlenen Mengen liegt.

Ebenfalls abgefragt wurde die Verzehrhäufigkeit verschiedener sogenannter „hochkalorische[r] Lebensmittel mit niedrigem Nährstoffgehalt“ (Felder-Puig et al., 2023, S. 40). Hierbei wurde unter anderem festgestellt, dass Süßes unter Schülerinnen der fünften Schulstufe am beliebtesten ist und dabei von 44 Prozent täglich konsumiert wird, unter Schülern derselben Altersgruppe liegt der Anteil rund zehn Prozent niedriger (Felder-Puig et al., 2023, S. 40). Insgesamt scheint Süßes von Mädchen im Vergleich zu gleichaltrigen Jungen häufiger konsumiert zu werden, wobei durchschnittlich ca. 35 Prozent der Schülerinnen und ein Viertel der Schüler zumindest einmal am Tag Süßes essen (Felder-Puig et al., 2023, S. 40). Erwähnenswert ist dabei auch, dass seit dem Jahr 2010 der Anteil der täglich Süßigkeiten konsumierenden Schülerinnen zugenommen hat (Felder-Puig et al., 2023, S. 9). Softdrinks werden dagegen gegenwärtig im Durchschnitt mehr von männlichen Schülern (knapp 20 Prozent) zumindest einmal am Tag konsumiert (Felder-Puig et al., 2023, S. 40).

3.3. Bewegung und Gesundheit

3.3.1 Bedeutung von Bewegung im Kindes- und Jugendalter

Sämtliche Bewegungsabläufe werden grundsätzlich durch das Kontrahieren der Skelettmuskulatur ermöglicht, dabei wird auch der Verbrauch an Energie gesteigert, diese Vorgänge werden als „[körperliche Aktivität“ bezeichnet (Bauer et al., 2020, S.15; Miko et al., 2020, S. 184). Kontinuierlich ausgeübte Bewegung leistet einen bedeutsamen Beitrag zur Stärkung bzw. Bewahrung des Gesundheitszustands bzw. unterschiedlicher gesundheitlicher Aspekte in jedem Alter (Bauer et al., 2020, S.6; Miko et al., 2020, S. 184).

Eine kompakte Zusammenfassung gesundheitlich positiver Auswirkungen von Bewegung im Kindes- und Jugendalter bietet beispielsweise die WHO (2020, S.1): Auf körperlicher Ebene profitiert insbesondere das Herz-Kreislauf-System, das Atmungssystem sowie der muskuläre Bereich. Ebenso wird die Gesundheit der Knochen gestärkt. Außerdem wirkt sich Bewegung positiv auf verschiedene kardiometabolische Parameter wie beispielsweise Blutzucker oder Blutdruck aus. Neben der physischen Ebene wird auch die geistige Ebene positiv beeinflusst. Ein Beispiel hierfür sind gesteigerte kognitive Leistungen (WHO, 2020). Dazu passend wird Bewegung etwa mit weniger Lernaufwand in Verbindung gebracht (FGÖ, 2020). Darüber hinaus wird vielfach eine Stärkung der mentalen Gesundheit durch Bewegung hervorgehoben (Bauer et al., 2020; FGÖ, 2020; WHO, 2020). Beispielsweise können Depressionsanzeichen vermindert werden (WHO, 2020). Nicht zuletzt wirkt

Bewegung auch Adipositas entgegen (WHO, 2020). Eine Erkrankung, die, wie bereits in *Kapitel 2.3.2* beschrieben, insbesondere auch mit dem Ernährungsverhalten in Zusammenhang steht (Elmadfa, 2015), und die auch deshalb von besonderer Bedeutung erscheint, weil laut aktuellen Ergebnissen der *WHO-HBSC-Studie 2021/22* Übergewicht bzw. Adipositas anteilmäßig unter Österreichs Schüler*innen seit dem Jahr 2014 stetig angewachsen ist (Felder-Puig et al., 2023, S. 9).

3.3.2 Bewegungsempfehlungen im Kindes- und Jugendalter

Hierzulande wurden vom Fonds Gesundes Österreich (kurz FGÖ) „Österreichische Bewegungsempfehlungen“ für unterschiedliche Altersgruppen und bestimmte Lebensumstände formuliert (Bauer et al., 2020, S. 6). Für sechs- bis achtzehnjährige Kinder und Jugendliche wird ein Mindestpensum an Bewegung von einer Stunde pro Tag empfohlen (Bauer et al., 2020, S. 48). Diese Bewegung sollte schwerpunktmäßig in Form von „mittlerer oder höherer Intensität“ erfolgen, um die Kondition zu stärken (Bauer et al., 2020, S. 48). Weiters sollte an wöchentlich drei Tagen „ausdauerorientierte Bewegung mit höherer Intensität“ stattfinden (Bauer et al., 2020, S. 48). „Mittlere Intensität“ bezeichnet jene Bewegung, bei der Sprechen weiterhin möglich ist, Singen dagegen nicht (Bauer et al., 2020, S. 49); „Höhere Intensität“ kennzeichnet daneben jene Bewegung, bei der „nur noch kurze Wortwechsel“ stattfinden können (Bauer et al., 2020, S. 49).

Darüber hinaus gilt die Empfehlung, an zumindest drei Tagen wöchentlich „muskelkräftigende und knochenstärkende Aktivitäten“ im Rahmen der täglichen Bewegungsstunde zu integrieren (Bauer et al., 2020, S. 48). Wichtig sei es zudem, Spaß und Vergnügen sowie eine altersadäquate und vielfältige Ausgestaltung der Bewegung zu berücksichtigen. Außerdem sollten längere Sitzphasen unterlassen und durch Bewegungsphasen ergänzt werden (Bauer et al., 2020, S. 48). Zur Realisierung dieser Bewegungsempfehlungen wird die Schule als ein zentraler Bereich angesehen (FGÖ, 2020).

3.3.3 Bewegungsverhalten von Schüler*innen in Österreich

Aktuelle Daten zum Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu den eben erläuterten Empfehlungen vom Fonds Gesundes Österreich (Bauer et al., 2020) liefert wiederum die *WHO-HBSC-Studie 2021/22* (Felder-Puig et al., 2023). Einige wesentliche Aspekte hierzu werden im Folgenden hervorgehoben.

So konnte im Rahmen der Studie gezeigt werden, dass sich Schüler*innen unabhängig von Alter und Geschlecht im Durchschnitt an weniger als sieben Tagen pro Woche für zumindest eine Stunde bewegen (Felder-Puig et al., 2023, S. 34). Laut den Erhebungen bewegen sich Schüler der fünften

Schulstufe mit knapp unter fünf Tagen in der Woche für zumindest eine Stunde täglich am meisten, Mädchen dieser Schulstufe liegen etwas darunter. Dieses Bewegungspensum nimmt grundsätzlich mit zunehmendem Alter der Schüler*innen ab und liegt im Durchschnitt für alle teilgenommenen Altersstufen unter den Schülerinnen bei fast vier Tagen wöchentlich zumindest eine Stunde Bewegung und für Schüler bei viereinhalb Tagen (Felder-Puig et al., 2023, S. 34). Darüber hinaus wurde auch die Häufigkeit von freizeitlicher Bewegung „höherer Intensität“ erhoben (Felder-Puig et al., 2023, S. 36). Dabei konnte beispielsweise festgestellt werden, dass durchschnittlich über alle Altersstufen hinweg etwas mehr als die Hälfte der Schüler und 30 Prozent der Schülerinnen zumindest vier Mal wöchentlich einer entsprechenden Aktivität nachgehen (Felder-Puig et al., 2023, S. 36). Jedoch gaben auch knapp zehn Prozent der Schüler und knapp zwanzig Prozent der Schülerinnen an, gänzlich auf sportliche Aktivitäten dieser Art zu verzichten oder diese nur ab und zu auszuüben (Felder-Puig et al., 2023, S. 36).

Ein Vergleich der eben beschriebenen Studienergebnisse (Felder-Puig et al., 2023) mit den zuvor dargestellten Bewegungsempfehlungen des FGÖ (Bauer et al., 2020; FGÖ, 2020) zeigt, dass das empfohlene Mindestpensum von einer Bewegungsstunde täglich großteils nicht erreicht wird. Zudem erscheint auch das Bewegungsverhalten in Bezug auf intensivere körperliche Aktivitäten vielfach unter den empfohlenen Werten zu liegen. Daneben verweisen Felder-Puig et al. (2023, S. 9) allerdings auf den seit dem Jahr 2018 festgestellten zunehmenden Anteil an Schüler*innen, die an vier bis sieben Tagen wöchentlich für zumindest 60 Minuten am Tag in Bewegung sind.

3.4 Mentale Gesundheit

3.4.1 Bedeutung und Relevanz der mentalen Gesundheit im Kindes- und Jugendalter

Im Allgemeinen definiert die WHO (2019, o. S.) den Begriff der *psychischen Gesundheit* als „ein[en] Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann“. In der englischen Fassung dieser Definition, wird neben dem Arbeiten – „work well“ auch noch das Lernen – „learn well“ als ein wesentlicher Bereich hervorgehoben (WHO, 2022, o. S.). Darüber hinaus wird die psychische Gesundheit als ein essentieller Bestandteil der grundsätzlichen Gesundheit sowie des Wohlbefindens beschrieben (WHO, 2022). Laut Glossar der ÖPGK (o. D.-c, o. S.) werden die Bezeichnungen *psychische Gesundheit*, *mentale Gesundheit*, *seelische Gesundheit* sowie *psychosoziale Gesundheit* als Synonyme verwendet.

Die mentale Gesundheit gilt einerseits als Grundlage eines gesunden Entwicklungsprozesses im Kindes- und Jugendalter, andererseits wird sie auch als Resultat eines solchen Prozesses angesehen (Felder-Puig & Teufl, 2019). Gleiches gilt in Bezug auf eine stark ausgeprägte Lebensfreude in dieser Altersgruppe (Felder-Puig & Teufl, 2019). Darüber hinaus nimmt die psychische Gesundheit von Heranwachsenden eine wichtige Rolle in Bezug auf gute Schulleistungen sowie im Bereich der sozialen Partizipation ein (Bilz, 2023). Auch die WHO (2019) betont beispielsweise die grundsätzliche Bedeutung der psychischen Gesundheit für Entwicklungs- und Interaktionsprozesse.

Daneben geht die WHO (2019) auf mögliche Einflussfaktoren der psychischen Gesundheit ein und nennt dabei individuelle und soziale Komponenten sowie das Lebensumfeld. Im Kindes- und Jugendalter kann etwa das Umfeld Schule eine wichtige positive oder negative Einflussgröße darstellen (Bilz, 2023). Darüber hinaus stellt, wie bereits im Kapitel 3.3.1 erwähnt, beispielsweise Bewegung eine konkrete Verhaltensweise dar, die sich positiv auf die mentale Gesundheit auswirkt (Bauer et al., 2020; FGÖ, 2020; WHO, 2020). Ebenso erscheint die Ernährung in diesem Zusammenhang von Bedeutung: So verweisen etwa Griebler et al. (2016) darauf, dass eine schlechte Ernährungsweise Entwicklungsprozesse im Bereich von Psyche und Kognition negativ beeinflussen kann. Außerdem betont Zielinski (2018, S. 172) die sozialen Aspekte der Ernährung, wonach etwa „Essen als soziales Lernfeld“ insbesondere im Kindesalter von zentraler Bedeutung sei, sowie dass sich generell gemeinsam eingenommene Mahlzeiten unter anderem positiv auf die Psyche auswirken können. Von besonders aktueller Relevanz erscheint zudem, dass der in jüngerer Vergangenheit festgestellte Anstieg an psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter eine weitere Zunahme in Folge der Covid-Pandemie verzeichnete und damit abgesehen von Faktoren der Genetik auch Umweltfaktoren einen entscheidenden Einfluss auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auszuüben scheinen (Hansen, 2023). Überdies ist laut Bilz (2023) ein möglicher Zusammenhang zwischen psychischen Schwierigkeiten in jungen Jahren und dem späteren Auftreten von Erkrankungen der Psyche erkennbar. Nicht zuletzt verweist die WHO (2019) auf die schwerwiegenden und ernstzunehmenden Folgen psychischer Krankheitsbilder wie etwa Depressionen, Angststörungen oder Verhaltensstörungen und betont dabei unter anderem eine Wechselwirkung mit anderen Krankheiten wie beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

3.4.2 Daten zur mentalen Gesundheit von Schüler*innen in Österreich

Nachdem einige Aspekte rund um die Bedeutung und Relevanz der mentalen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen dargestellt wurden, wird nun die aktuelle Situation von Schüler*innen in Österreich abermals anhand der *WHO-HBSC-Studie 2021/22* (Felder-Puig et al., 2023) betrachtet, die auch zu Aspekten rund um die Thematik der mentalen Gesundheit einige Daten liefert.

Wie bereits im vorherigen Kapitel verdeutlicht, stellt das Lebensumfeld und damit die Schule eine Einflussgröße auf die mentale Gesundheit dar (Bilz, 2023; WHO, 2019). Auch Felder-Puig et al. (2023, S. 59-60) verweisen auf mögliche, positive wie negative, gesundheitliche Einflüsse der Schule und stellen im Rahmen der *WHO-HBSC-Studie* 2021/22 entsprechende Daten dar. Beispielsweise konnte gezeigt werden, dass mehr als die Hälfte der Schüler*innen der fünften Schulstufe ihr Gefallen an der Schule mit „sehr gut“ bewerten, dieser Anteil mit steigender Schulstufe jedoch deutlich absinkt (Felder-Puig et al., 2023, S. 61). Spiegelbildlich nimmt der wahrgenommene Druck schulischer Ansprüche mit steigender Klassenstufe zu: So geben rund ein Drittel der Schüler*innen der siebten Schulstufe an, „ziemlich oder sehr stark belastet“ zu sein (Felder-Puig et al., 2023, S. 62).

Hinsichtlich allgemeinerer Aspekte rund um die mentale Gesundheit musste beispielsweise festgestellt werden, dass zum jetzigen Stand knapp ein Fünftel der Schüler und fast ein Drittel der Schülerinnen ihr Leben als eher wenig zufriedenstellend empfinden, wobei grundsätzlich mit steigendem Alter der Schüler*innen das Zufriedenheitsempfinden weiter abnimmt (Felder-Puig et al., 2023, S. 5). Daneben wurde gezeigt, dass psychisch negative Befindlichkeiten wie beispielsweise schlecht gelaunt zu sein, sich niedergeschlagen zu fühlen oder sich Sorgen über die Zukunft zu machen unter Schülerinnen im Vergleich zu Schülern deutlich häufig verbreitet sind (Felder-Puig et al., 2023, S. 6). Dazu passend weisen Schülerinnen unabhängig vom Alter „ein weniger gutes emotionales Wohlbefinden“ im Vergleich zu Schülern auf (Felder-Puig et al., 2023, S. 6). Erwähnenswert in diesem Kontext ist zudem, dass gut ein Fünftel der Schülerinnen und ein Zehntel der Schüler „möglicherweise an einer depressiven Verstimmung oder Depression“ erkrankt sind (Felder-Puig et al., 2023, S. 6). Zusammenfassend betonen Felder-Puig et al. (2023) die aktuell deutlich erkennbaren Geschlechtsdifferenzen, verweisen dabei unter anderem aber auch auf frühere Studienerkenntnisse beispielsweise von Felder-Puig & Teufl (2019): So konnte bereits im Zeitraum von 2010 bis 2018 eine deutliche Zunahme von „häufigen psychischen Beschwerden“ unter Schüler*innen unabhängig von Alter und Geschlecht festgestellt werden (Felder-Puig & Teufl, 2019, S. 5). Insgesamt schließen Felder-Puig et al. (2023), dass sich schon vor den Ereignissen der Coronapandemie der psychische Gesundheitszustand unter Österreichs Schüler*innen verschlechterte und seither weiter verschlechterte.

4. Gesundheitsbildung in der Schule

4.1 Zusammenhänge von Gesundheit und Bildung

„[H]ealth and education [...] go hand in hand“ (Azoulay, 2017, zitiert nach WHO & UNESCO, 2021, S. 40): Dieser Ausschnitt aus einem Zitat von Audrey Azoulay, der Generaldirektorin von UNESCO, bringt den engen Zusammenhang von Gesundheit und Bildung auf den Punkt. Wichtig ist dabei, dass grundsätzlich der Bildung an sich wesentliche Bedeutung als ein bestimmender Faktor der Gesundheit zugeschrieben wird (WHO, 2015). So verweist die WHO (2015) etwa auf die bestehende Datenlage, wonach eine hochwertige Bildung in jungen Jahren mit einem guten Gesundheitsstatus im Erwachsenenalter einherzugehen scheint. Dazu passend zeigt auch Rathmann (2019) auf, dass ein höheres Erkrankungsrisiko und eine kürzere Lebensdauer tendenziell eher bei Personen mit geringer oder mangelhafter Bildung vorkomme, sowie dass diese Personen im Vergleich zu Personen mit höherem Bildungsgrad eher einen Hang zu gesundheitsschädlicher Lebensweise hätten. Marchwacka (2016, S. 246) unterstreicht die beeinflussende Wirkung von Bildungsprozessen auf das Gesundheitsverhalten von Schüler*innen und verweist dabei unter anderem auf Hascher & Winkler-Ebner (2010), welche den Einfluss der Bildung auf die Gesundheit näher beleuchten und dabei etwa die einflussreiche Wirkung von Bildung auf die gesundheitsrelevanten Komponenten „Ernährung“, „Bewegung“, „Umgang mit Stress“ und „Wohlbefinden“ hervorheben (Hascher & Winkler-Ebner, 2010, S. 38). Daneben wichtig zu bedenken ist, dass gesetzte Verhaltensweisen in den genannten Bereichen und der daraus resultierende Gesundheitszustand bzw. auch das Wohlbefinden wiederum Bildungsprozesse, wie beispielsweise den Lernerfolg oder die Wissensaneignung von Schüler*innen beeinflussen können (Hascher & Winkler-Ebner, 2010; Marchwacka, 2016). Daraus ergibt sich einerseits die Bedeutung von Bildung als „eine wichtige Voraussetzung für die Gesundheit“, andererseits wird auch die „Qualität der Bildungsprozesse“ maßgeblich durch die Gesundheit aufgrund der einflussreichen Wirkungen auf (Lern-)Leistungen mitbestimmt (Marwacka, 2016, S. 246).

4.2 Rechtliche Grundlagen

Ein Blick in das in Österreich seit 1962 geltende *Schulorganisationsgesetz* zeigt, dass „junge[] Menschen [...] zu gesunden und gesundheitsbewussten [...] Gliedern der Gesellschaft [...] herangebildet werden [sollen]“ (Schulorganisationsgesetz, 1962 [i.d.g.F.], § 2, Abs. 1). Der Geltungsbereich dieses Gesetzes umfasst *allgemein- und berufsbildende Pflichtschulen, mittlere sowie höhere Schulen* (Schulorganisationsgesetz, 1962 [i.d.g.F.], § 1, Abs. 1) und richtet sich somit auch an den in dieser Arbeit relevanten Bereich der Sekundarstufe 1. Ein bedeutsames Dokument stellt zudem der im Jahre 1997 erlassene „Grundsatzerlass Gesundheitserziehung“ (BMUK, 1997) dar, welcher aufgrund einer historischen Einordnung näher im Kapitel 4.5 beschrieben und ausführlicher im eigens gewidmeten Kapitel 4.5.3 analysiert wird.

Von aktueller Relevanz ist das Inkrafttreten neuer Lehrpläne für die beiden, den Bereich der Sekundarstufe 1 umfassenden, Schultypen AHS-Unterstufe und Mittelschulen mit Beginn des Schuljahres 2023/24 (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 7; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 3). „Gesundheitsförderung“ ist dabei als drittes von insgesamt 13 „übergreifenden Themen“ festgelegt, im Zuge derer die Schüler*innen „[f]ächerübergreifende Kompetenzen“ erwerben sollen (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 13; BMBWF; Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 6). Die beiden in dieser Arbeit zentralen Unterrichtsfächer „Biologie und Umweltbildung“ (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 21; BMBWF; Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 13) sowie „Ernährung und Haushalt“ (BMBWF; Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 13) werden hinsichtlich der Umsetzung explizit angeführt. Eine eingehendere Betrachtung der Lehrpläne erfolgt an späterer Stelle, in Kapitel 4.7 sowie den zugehörigen Unterkapiteln.

Hervorzuheben ist, dass einerseits im *Schulorganisationsgesetz* das Thema Gesundheit als einer der wesentlichen Aufgabenbereiche der Schule klar festgelegt ist (*Schulorganisationsgesetz*, 1962 [i.d.g.F.], § 2, Abs. 1), sowie dass andererseits durch die Neuausrichtung der rechtlich verbindlichen Lehrpläne und dem dabei hervorgehobenen Fokus auf *Gesundheitsförderung* (vgl. BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F.; BMBWF; Lehrplan MS, i.d.g.F.) die Wichtigkeit und aktuelle Relevanz von Gesundheit bzw. Gesundheitsbildung in der Schule klar unterstrichen wird. Ein zentrales Ziel im Sinne dieser festgeschriebenen „Gesundheitsförderung“ ist der Erwerb von „Gesundheitskompetenz“ (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 20; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 12). Das folgende Kapitel setzt sich daher ausführlicher mit der Bedeutung von *Gesundheitskompetenz* auseinander.

4.3 Gesundheitskompetenz (Health Literacy)

Der Begriff *Gesundheitskompetenz*, im Englischen als *Health Literacy* bezeichnet, beschreibt einen relativ neuen, jedoch bereits sehr bedeutsamen Ansatz (Abel & Sommerhalder, 2015). Die Ursprünge des Konzepts gehen auf die 1970er Jahre zurück, wo es erstmals im Kontext „schulischer Gesundheitsbildung“ aufgekommen ist (Simonds, 1974, zitiert nach Abel & Sommerhalder, 2015, S. 923). Im Zuge einer damals in den USA stattfindenden Konferenz zum Thema „*Health Education*“ betonte Simonds (1974, zitiert nach Sørensen, 2020, S. 41) die Bedeutung von „Health Literacy“ als wichtiges gesellschafts-politisches Thema zur Stärkung des Bildungssystems“. Auf internationaler Ebene findet *Health Literacy* etwa seit den letzten 30 Jahren zunehmend Beachtung (Abel & Sommerhalder, 2015; ÖPGK, o. D.-a). Grundsätzlich betrifft *Gesundheitskompetenz* bzw. *Health Literacy* „den Umgang mit Gesundheitsinformationen als Grundlage von gesundheitsbezogenen Entscheidungen“ (Jordan, 2023, o. S.). Das Konzept adressiert dabei unterschiedliche Dimensionen: Gefordert werden etwa die kognitive und psychische Ebene sowie soziale und situationsabhängige Bereiche (Jordan, 2023). Dazu passend heben Abel & Sommerhalder (2015, S. 923) die Auffassung von

Health Literacy „als soziale und individuelle Ressource im alltäglichen Umgang mit Gesundheit“ hervor. Allerdings sei betont, dass zahlreiche Definitionsvorschläge und Herangehensweisen in Bezug auf *Gesundheitskompetenz* bzw. *Health Literacy* existieren (Abel & Sommerhalder, 2015; Jordan, 2023; Sørensen et al., 2012).

Von zentraler Bedeutung erscheint dabei die Definition des *European Health Literacy Consortium* von Sørensen et al. (2012): Sie entwarfen auf Basis 17 unterschiedlicher Definitionen eine gemeinsame Definition, welche heutzutage oftmals als Ausgangspunkt im wissenschaftlichen und praktischen Bereich herangezogen wird (Jordan, 2023; ÖPGK, o. D.-a, Sørensen et al., 2012). Die Betonung wird dabei auf Kenntnisse und Fertigkeiten von Personen gelegt, womit diese auf gesundheitsrelevante Informationen zugreifen, sie verstehen und umsetzen können sollen, was ihn in weiterer Folge entsprechende Handlungsschlüsse zur Steigerung von Gesundheit und Verhinderung von Krankheiten ermöglichen soll mit dem unabhängig des Alters relevanten Ziel der „Aufrechterhaltung bzw. Verbesserung der Lebensqualität“ (Sørensen et al., 2012, S. 3). Überdies weist beispielsweise Sørensen (2020) auf den engen Zusammenhang von *Health Literacy* mit den Grundgedanken der *Ottawa-Charta* (WHO, 1986) hin, auf die bereits in Kapitel 1.2.2 eingegangen wurde. Werde *Health Literacy* auf Bevölkerungsebene gestärkt, so schaffe dies unter anderem eine wichtige Basis dafür, dass Individuen „eine aktive Rolle bei der Verbesserung ihrer eigenen Gesundheit [...] übernehmen“ können (Sørensen, 2020, S. 40). Außerdem nimmt die Stärkung von *Health Literacy* eine tragende Rolle ein, um allen Individuen dieselben Chancen bezüglich ihrer Gesundheit zu ermöglichen (Sørensen, 2020).

Wie bereits in den 1970er Jahren durch Simonds erkannt (vgl. Simonds, 1974, zitiert nach Abel & Sommerhalder, 2015, S. 923; zitiert nach Sørensen, 2020, S. 41) wird auch heutzutage der Bildungsbereich und somit auch der Schulbereich als eine der essentiellen Domänen angesehen, um die *Gesundheitskompetenz* von Personen, im Schulkontext insbesondere von Schüler*innen, entsprechend zu forcieren (Bitzer & Schaefer, 2022; Kirchhoff & Okan, 2022). Dabei ist *Health Literacy* ein unverzichtbarer Bestandteil des heutigen Bildungssystems, wobei mithilfe von Bildung sowie Gesundheitsförderung im Schulbereich eine Stärkung von *Health Literacy* erwirkt werden kann und diese als Kernkompetenz an Schulen vermittelt werden sollte (WHO, 2021). Es wird davon ausgegangen, dass die Stärkung der *Gesundheitskompetenz* von Schüler*innen einerseits die gesundheitliche Verfassung sowie das Wohlbefinden auf lange Sicht positiv beeinflusst, etwa da die Schüler*innen befähigt werden, mit möglichen späteren Gesundheitsschwierigkeiten umzugehen, anderseits aber aufgrund möglicher unmittelbarer positiver Effekte auf die Gesundheit so auch unmittelbare positive Auswirkungen auf das Lernen der Schüler*innen erreicht werden können (WHO, 2021). Nicht zuletzt hat die Situation der Coronapandemie die Relevanz von *Gesundheitskompetenz*

verdeutlicht: So ist *Health Literacy* etwa hilfreich, um gesundheitliche Informationen hinsichtlich ihrer Seriosität einordnen und mögliche Falschinformationen erkennen zu können; eine gegenwärtig unverzichtbare Kompetenz von Schüler*innen, wenn man bedenkt, dass Kinder und Jugendliche beispielsweise über das Internet bzw. diverse Social Media Kanäle mit einer Vielzahl an gesundheitsrelevanten Informationen konfrontiert werden (WHO, 2021).

Der Erwerb von *Gesundheitskompetenz* ist, wie bereits angesprochen, als zentrales Ziel in den aktuellen Lehrplänen der Sekundarstufe 1 verankert, wobei hier die Steigerung von „Wissen und Selbstbestimmung“ der Schüler*innen bezüglicher ihrer Gesundheit angestrebt wird mit der Absicht, die Schüler*innen „zur selbstbewussten Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 20; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 12). In diesem Zusammenhang erscheint auch das Konzept der *organisationalen Gesundheitskompetenz* erwähnenswert (Okan et al., 2024). Dabei handelt es sich um einen „Settingansatz“, welcher im Wesentlichen auf Einrichtungen ausgerichtet ist mit dem Fokus, die jeweiligen Personen des Settings zu befähigen, „gesundheitsbezogene Entscheidungen für sich und andere zu treffen“ (Okan et al., 2024, o. S.). Bei diesem sind die Angebote auf die jeweiligen Personengruppe ausgerichtet und die persönliche *Gesundheitskompetenz* jeder bzw. jedes Einzelnen im Setting wird gefördert. Die Schule ist ein Beispiel für ein solches Setting bzw. eine Einrichtung, wo die Grundprinzipien des Konzepts der *organisationalen Gesundheitskompetenz* Anwendung finden können (Okan et al., 2024).

Um die *Gesundheitskompetenz* von Schüler*innen optimal zu stärken, bedarf es also der Betrachtung von zwei Ebenen, nämlich jener des Individuums sowie jener der Struktur (Kirchhoff & Okan, 2022). Damit in Einklang werden auch in einem kürzlich vom *Dachverband der Sozialversicherungsträger* herausgegebenen Leitfaden zur Umsetzung von Gesundheitskompetenz an Schulen zwei Komponenten bzw. Ansatzpunkte hervorgehoben: Der erste lautet „Ansatz an der Person“ (Malli & Zelinka-Roitner, 2020, S. 7): Damit soll beispielsweise im Rahmen des Unterrichts, etwa durch Bereitstellung entsprechender Lernmaterialien, die *Gesundheitskompetenz* des Individuums gefördert werden (Kirchhoff & Okan, 2022, S. 797; Malli & Zelinka-Roitner, 2020, S. 7), wobei diese Ebene im Sinne einer *Verhaltensorientierung* ausgerichtet ist (Kirchhoff & Okan, 2022). Daneben muss als zweite Dimension der „Ansatz an der Organisation“ (Malli & Zelinka-Roitner, 2020, S. 7) berücksichtigt werden: Hierbei soll die Organisation der Schule „gesundheitskompetent optimiert“ werden (Kirchhoff & Okan, 2022, S. 797) mit dem grundsätzlichen Ziel, für alle am Schulleben teilnehmenden Personen Entschlüsse für gesundheitsförderliche Optionen zu begünstigen (Malli & Zelinka-Roitner, 2020), womit diese zweite Ebene einen „verhältnisorientierten Ansatz“ verfolgt (Kirchhoff & Okan, 2022, S. 797). Überdies sprechen Kirchhoff & Okan (2022, S. 800) in diesem Zusammenhang auch von

Verhaltensprävention und *Verhältnisprävention*: Dabei handelt es sich bekanntlich um eine mögliche Klassifizierungsweise von *Prävention* (Leppin, 2018), welche bereits im früheren Kapitel 1.2.1 näher erläutert wurde.



Abbildung 5: Zwei Ansatzpunkte schulischer Gesundheitskompetenz (Malli & Zelinka-Roitner, 2020, S. 7)

4.4 Daten zur Gesundheitskompetenz von Schüler*innen in Österreich

Aktuelle Daten zum gegenwärtigen Stand der *Gesundheitskompetenz* von Schüler*innen in Österreich finden sich in der *WHO-HBSC-Studie 2021/22* (Felder-Puig et al., 2023). Laut dieser Studie verfügt nur knapp ein Fünftel der Schülerinnen ab der neunten Schulstufe über eine gut ausgeprägte Gesundheitskompetenz, ähnliches gilt für Schüler derselben Altersgruppe, wo diese Zahl nur geringfügig höher liegt (Felder-Puig et al., 2023, S. 8, S. 71). Im Gegensatz dazu ist bei weniger als 20 Prozent der Schüler*innen ab der neunten Schulstufe Gesundheitskompetenz nur in einem geringen Ausmaß vorhanden (Felder-Puig et al., 2023, S. 71). Eine Gesundheitskompetenz im Mittelfeld liegt dagegen bei rund zwei Dritteln der Schüler*innen aus der neunten und elften Schulstufe vor (Felder-Puig et al., 2023, S. 71). Weiters konnte festgestellt werden, dass grundsätzlich mit steigendem Alter ebenso die *Gesundheitskompetenz* zunimmt (Felder-Puig et al., 2023, S. 71). Ein Vergleich mit etwas länger zurückliegenden Daten der *HBSC-Studie 2018* zeigt, dass der Anteil der Schüler*innen mit einer gut ausgeprägten Gesundheitskompetenz kaum gestiegen ist, das heißt gegenwärtig verglichen mit den Ergebnissen von 2018 nur minimal zugenommen hat (Felder-Puig & Ramelow, 2020, S. 4; Felder-Puig et al., 2023, S. 93).

Interessant erscheint zudem, dass im Rahmen der *HBSC-Studie 2018* eine internationale Betrachtung der Ergebnisse zur Gesundheitskompetenz von 15 Jahre alten Schüler*innen von insgesamt zehn Ländern vorgenommen wurde, darunter beispielsweise Deutschland, England und Tschechien, wobei Österreich den letzten Platz einnahm (Felder-Puig & Ramelow, 2020, S. 5). Dabei muss allerdings erwähnt werden, dass die verglichenen Mittelwerte großteils sehr eng beieinander liegen (Felder-Puig & Ramelow, 2020, S. 5). Überdies wurde im Zuge dieser Studie, nun wieder mit Blick auf Österreichs Schüler*innen, *Gesundheitskompetenz* mit einer *gesundheitsförderlichen Lebensweise* in Beziehung gesetzt, welche anhand verschiedener ausgewählter Verhaltensweisen wie beispielsweise „täglicher

Obstkonsument“, „täglicher Gemüsekonsument“, „mindestens 4x/Woche sportlich aktiv“ bestimmt wurde (Felder-Puig & Ramelow, 2020, S. 6). Dabei konnte festgestellt werden, dass jene Schüler*innen mit einer gut ausgeprägten *Gesundheitskompetenz* signifikant mehr dieser festgelegten Parameter einer *gesundheitsförderlichen Lebensweise* nachgehen als Schüler*innen mit einer *Gesundheitskompetenz* im Mittelbereich oder mit nur geringer *Gesundheitskompetenz* (Felder-Puig & Ramelow, 2020, S. 6-7). Einzig die betrachtete Verhaltensweise „Alkoholkonsum maximal 2x/Monat“ passt dabei nicht ins Bild (Felder-Puig & Ramelow, 2020, S. 6): Hier zeigen nämlich alle drei Gruppen sehr ähnliche Konsummengen (Felder-Puig & Ramelow, 2020, S. 6-7).

4.5 Gesundheitsbildung vs. Gesundheitserziehung

Eine historische Betrachtung von Gesundheit im Schulbereich zeigt, dass die Thematik auf diesem Gebiet bereits seit langer Zeit präsent ist und keine Neuerscheinung ist (Marchwacka, 2016). Zwei wichtige Begriffe hierbei lauten *Gesundheitsbildung* und *Gesundheitserziehung* (Marchwacka, 2016). Zuallererst wichtig festzuhalten ist, dass diese beiden Fachbegriffe (gemeinsam mit weiteren thematisch nahestehenden Fachtermini wie etwa der bereits näher beschriebenen *Gesundheitskompetenz*) inhaltliche Überschneidungen aufweisen und nicht scharf abgetrennt sind (Kracke & Sommer, 2022). Daneben sei erwähnt, dass laut einer Anmerkung von Wulffhorst (2016, S. 734, zitiert nach Kracke & Sommer, 2022, o. S.) vor allem im deutschsprachigen Raum über die beiden Termini *Gesundheitserziehung* und *Gesundheitsbildung* debattiert wird, da der englischsprachige Begriff „Health Education“ sowohl „Bildungs-“ als auch „Erziehungsmaßnahmen“ einschließt. Daneben wichtig zu erwähnen ist, dass laut Stroß (2022, S. 961) *Gesundheitserziehung* und *Gesundheitsbildung* grundsätzlich als zwei „Handlungsfelder“ aufgefasst werden, welche unter anderem im Bereich der Erziehungswissenschaften verortet werden können.

Ein mögliches Unterscheidungsmerkmal von *Gesundheitserziehung* in Abgrenzung zu *Gesundheitsbildung* im Schulbereich ist, dass eine *Orientierung an Normen* für die *Gesundheitserziehung* als kennzeichnend gilt, weshalb auch von einem „normorientierten Gesundheitsimperativ“ gesprochen wird, *Gesundheitsbildung* hingegen mit dem Stichwort *Emanzipation* beschrieben werden kann (Marchwacka, 2016, S. 239). Dabei stellt *Gesundheitserziehung* den historisch älteren Ansatz dar, während es sich bei *Gesundheitsbildung* um den vergleichsweise neueren handelt: So lassen sich beispielsweise Bemühungen im Sinne der *Gesundheitserziehung* bis ins 18. Jahrhundert zurückverfolgen (Stroß, 2022), Anfänge auf dem Gebiet der *Gesundheitsbildung* finden sich dagegen erst ab etwa Mitte der 1980er Jahre (Marchwacka, 2016; Stroß, 2022).

Als ein wichtiger Meilenstein beim Thema Gesundheit in der Schulgeschichte Österreichs kann der 1997 erlassene „Grundsatzerlass Gesundheitserziehung“ angesehen werden (BMUK, 1997): Dieser bildet die Grundlage für die rechtlich bindende Verankerung von Gesundheitsförderung an Österreichs Schulen (Rohrauer-Näf et al., 2022). Wie im Titel dieses Erlasses ersichtlich, ist also ab Ende der 1990er Jahre in Österreich von *Gesundheitserziehung* im Schulbereich die Rede (BMUK, 1997). Ein Blick in die aktuell gültigen Lehrpläne der Sekundarstufe 1 (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F; BMBWF; Lehrplan MS, i.d.g.F), in denen wie bereits erläutert (siehe Kapitel 4.2) *Gesundheitsförderung* eine zentrale Rolle einnimmt, zeigt dagegen, dass der Begriff *Gesundheitserziehung* in den betreffenden Schultypen nicht mehr vorkommt.

In den folgenden Kapiteln werden nun die beiden Konzepte *Gesundheitserziehung* und *Gesundheitsbildung* näher betrachtet, wobei der Fokus auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede gelegt wird und auch Wesentliches in Bezug auf den historischen Kontext umrissen werden soll. Dabei erfolgt auch eine Analyse des geschichtlich wichtigen „Grundsatzerlass Gesundheitserziehung“ (BMUK, 1997).

4.5.1 *Gesundheitserziehung*

Im Allgemeinen werden unter dem Begriff *Gesundheitserziehung*, genauso wie auch unter dem Begriff *Gesundheitsbildung*, Interventionen mit der grundlegenden Absicht, Gesundheit zu steigern, verstanden (Wulffhorst & Hurrelmann, 2009). Mögliche Differenzierungspunkte stellen unter anderem die jeweilige Zielausrichtung oder die gewählte Methodik dar (Wulffhorst & Hurrelmann, 2009). Wesentlich bei Handlungen auf dem Gebiet der *Gesundheitserziehung* ist die Annahme, dass eine Person über genaues Wissen verfügt, welche Vorgehensweisen oder Behandlungen für jemand anderen sinnvoll erscheinen (Hörmann, 1999). Ausschlaggebend beim Begriff „Erziehung“ ist, dass dieser ein Verhältnis auf unterschiedlichen Ebenen zwischen den beteiligten Personen kennzeichnet, da das Idealbild von „Erziehung“ von einem „Edukator“, also einer erziehenden Person wie etwa einer/einem Lehrer*in ausgeht, welche Einfluss auf das Verhalten etwa ihrer Schüler*innen ausüben kann, dabei allerdings beispielsweise aufgrund ihrer Expertise bzw. ihrer „Autorität oder Kompetenz“ gegenüber den Schüler*innen eine höhere Stellung einnimmt (Hurrelmann, 2006, zitiert nach Wulffhorst & Hurrelmann, 2009, S. 11). Damit steht die Lehrkraft mit ihren Schüler*innen in einem „hierarchische[n] Verhältnis“ (Angele et al., 2021, S. 310). Handlungen auf dem Gebiet der *Gesundheitserziehung* sehen die „Einleitung planmäßiger Lernprozesse“ vor mit dem Ziel der Beseitigung von gesundheitlichen Bedrohungen bzw. der Stärkung gesundheitlicher Ressourcen (Hörmann, 1999, S. 11). An *Gesundheitserziehung* zentral ist die tatsächliche Wissensvermittlung, auf deren Grundlage eine Veränderung bestimmter Einstellungen und Verhaltensweisen erwirkt werden soll, welche in weiterer Folge angewendet und gefestigt werden sollen (Hörmann, 1999). Damit in

Einklang steht „Erziehung“ dabei für zielgerichtete Eingriffshandlungen betreffend den Entwicklungsverlauf anderer Personen, welche bis hin zu strukturellen Persönlichkeitsbeeinflussungen reichen können (Hurrelmann, 2006, zitiert nach Wulffhorst & Hurrelmann, 2009, S. 11).

Wie bereits erwähnt gehen gesundheitserzieherische Bemühungen bei jüngeren Personen bis ins 18. Jahrhundert, damals mit Fokus auf körperliche Belange, zurück (Stroß, 2022, S. 962). Im folgenden bzw. im frühen 20. Jahrhundert waren verschiedene Fachgebiete, wie beispielsweise „Hygiene“ und „Diätetik“ besonders relevant, welche unter dem Sammelbegriff *Gesundheitserziehung* betrachtet werden können (Stroß, 2022, S. 962). Es wird auch von einer „normorientierten Gesundheitserziehung im 19. Jahrhundert“ gesprochen, wobei zu der Zeit das Verständnis von Gesundheit im Kontext der Biomedizin verortet sowie eine „Volksbelehrung“ angestrebt wurde (Marchwacka, 2016, S. 243). Ebenso wie Hörmann (1999, S. 13) hebt auch Marchwacka (2016, S. 240) die *Vermittlung von Wissen* als ein Hauptkennzeichen der Gesundheitserziehung hervor. Stroß (2022, S. 962) betont dagegen, dass neben „direkte[r] Instruktionsformen“ auch gesetzte Handlungen und Ansätze im strukturellen Bereich, wie beispielsweise „helle und saubere Klassenräume“, welche der Gesundheit von Schüler*innen dienlich sein sollen, unter den Bereich der *Gesundheitserziehung* fallen (Stroß, 2022, S. 963).

4.5.2 *Gesundheitsbildung*

Der Begriff *Gesundheitsbildung* umfasst im Allgemeinen Lernvorgänge, mithilfe derer Personen in die Lage versetzt werden, zielgerichtet auf gesundheitsrelevante Faktoren einwirken zu können (Kracke & Sommer, 2022). Ein wesentlicher Aspekt hierbei ist die Vermittlung von *Gesundheitskompetenzen*: Mithilfe dieser soll erreicht werden, selbständige Entscheidungen über alltägliche Handlungen mit Blick auf mögliche gesundheitsrelevante Konsequenzen treffen zu können, um dabei möglichst im Sinne der Bewahrung von Gesundheit agieren zu können (Kracke & Sommer, 2022). Passend dazu stellt in den aktuellen Lehrplänen der Sekundarstufe 1 der Erwerb von „Gesundheitskompetenz“ ein wesentliches Ziel dar, wobei auch die gesundheitliche „Selbstbestimmung“ festgehalten wird (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 20; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 12). Allein unter Betrachtung dieses Aspektes wird klar ersichtlich, dass *Gesundheitsbildung*, wie von Kracke & Sommer (2022) beschrieben, laut den Lehrplänen eine zentrale Rolle in den Schulen der Sekundarstufe 1 einnehmen soll.

Die *Vermittlung von Wissen* stellt, wie bereits erläutert, ein wesentliches Merkmal der *Gesundheitserziehung* dar (Hörmann, 1999, S. 13; Marchwacka, 2016, S. 240). Wichtig ist, dass dieser Aspekt ebenso ein bedeutsamer Teilbereich der *Gesundheitsbildung* ist, darüber hinaus spielen aber

auch noch andere Aspekte, wie etwa die Vermittlung bestimmter Fähigkeiten und Kompetenzen eine wichtige Rolle (Kracke & Sommer, 2022). Ein zentrales Unterscheidungsmerkmal liegt in der Hervorhebung der „Selbstbestimmung von informiert entscheidenden und handelnden Subjekten“, welche auf ihre jeweiligen Lebensumgebungen Einfluss nehmen können (Kracke & Sommer, 2022, o. S.). Bedeutsam dabei ist zudem, dass *Gesundheitsbildung* nicht nur Handlungen im Bereich Verhaltensmodifikationen adressiert und damit die persönliche Ebene anspricht, sondern auch soziale Aspekte miteinbezieht. Daneben finden auch noch Umweltaspekte im Kontext der *Gesundheitsbildung* Beachtung, womit nicht zuletzt auch eine Verknüpfung zur ökologischen Ebene hergestellt wird (Sommer & Kracke, 2022). Die folgende Abbildung von Kracke & Sommer (2022) soll einen Überblick geben über mögliche Einflussfaktoren und wichtige konkrete Aspekte, die bei *Gesundheitsbildung* bedeutsam erscheinen.

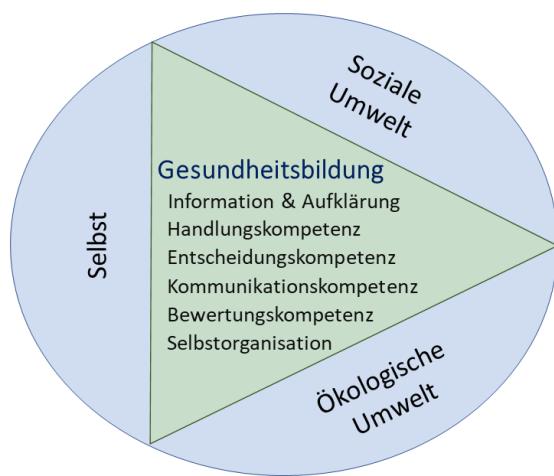


Abbildung 6: "Aspekte und Einflussfaktoren von Gesundheitsbildung" (Kracke & Sommer, 2022, o. S.)

Anfängliche Entwicklungen der *Gesundheitsbildung* gehen, wie bereits erwähnt, auf die Mitte der 1980er Jahre zurück, wobei hier insbesondere der Bereich der *Erwachsenenbildung* eine tragende Rolle einnimmt (Kracke & Sommer, 2022, o. S.; Stroß, 2022, S. 970). Kracke & Sommer (2022, o. S.) verweisen etwa auf Volkshochschulen, die bei der Entstehungsgeschichte eine prägende Funktion gehabt hätten und einen wesentlichen Teil „zur Schärfung der Sichtweise auf Lern- und Bildungsprozesse als Teil der Gesundheitsförderung“ beisteuerten. Als Ursachen hierfür werden unterschiedliche Kritikpunkte genannt, wie etwa der Fokus auf Prävention und Pathogenese oder die bei *Gesundheitserziehung* ausgemachte Konzentration auf das Verhalten (Kracke & Sommer, 2022, o. S.). Zusätzlich verweisen Kracke & Sommer (2022) auf die etwa zeitgleiche Veröffentlichung der *Ottawa-Charta* (WHO, 1986).

Auch Marchwacka (2016, S. 242) bezieht sich in ihrer Arbeit zum Thema *Gesundheitsbildung* im Schulkontext auf die *Ottawa-Charta* (WHO, 1986) und bezeichnet das Dokument als den entscheidenden Einschnitt, der eine Abkehr von *Gesundheitserziehung* hin zu *Gesundheitsbildung* in der Schule markiert und zitiert dabei folgenden Ausschnitt: „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.“ (WHO, 1986, o. S.). Laut Marchwacka (2016) zentral sei, dass dieses Gesundheitskonzept Handlungsschritte im Bereich der Gesellschaftspolitik einfordere, welche nach den Grundsätzen gleicher Chancen für alle, Selbstbestimmung und Verantwortungsübernahme in der Gesellschaft ausgerichtet sind, sowie den Bildungsbereich anspreche. Ab dem Inkrafttreten der *Ottawa-Charta* (WHO, 1986) gewinnt auch die Befassung mit Themen wie „Empowerment“ und „Gesundheitskompetenz“ immer mehr an Bedeutung, letzteres insbesondere in Zusammenhang mit einer kritischen Betrachtung der eigenen Lebensweise, „normorientierte Gesundheitserziehung“ gerät dagegen in Kritik (Marchwacka, 2016, S. 242). Damit ging auch ein Wechsel in der grundsätzlichen Auffassung von Gesundheit einher: Gesundheit wird nun als ein „*dynamische[r]* Prozess“ betrachtet, an dem Komponenten aus den Bereichen Biologie, Psychologie und Soziales beteiligt sind, wobei auf individueller Ebene eine aktive Position vorgesehen ist, gleichzeitig aber auch der gesellschaftliche Bereich als wichtige Komponente bei der Aufrechterhaltung und Stärkung der Gesundheit angesehen wird (Marchwacka, 2016, S. 243).

Nicht zuletzt bedeutet die Änderung des Blickwinkels hin zur *Gesundheitsbildung* im Bereich der Schule die Fokussierung auf die Stärkung individuell bedeutsamer „*autonome[r]* Bildungsprozesse“ bei gleichzeitiger Beachtung des umgegebenen *Schulsettings* (Marchwacka, 2016, S. 243). Das Kapitel 4.6 setzt sich näher mit der konkreten Umsetzung von Gesundheitsbildung im Schulkontext auseinander.

4.5.3 Grundsatzerlass Gesundheitserziehung (BMUK, 1997)

Mit dem „Grundsatzerlass Gesundheitserziehung“ (BMUK, 1997) wurde vor fast 30 Jahren das Thema Gesundheitsförderung an den Schulen hierzulande rechtlich bindend festgelegt (Rohrauer-Näf et al., 2022). Der Erlass stellt somit ein wichtiges Grundlagendokument dar, weshalb eine kurze Betrachtung einiger wesentlicher Ausschnitte erfolgt.

Gleich zu Beginn des Dokuments wird festgehalten, dass *Gesundheitsförderung* im Kontext Schule sowohl Wissen über gesundheitlich relevante Themen sowie individuelle Verhaltensweisen adressiere, als auch eine gesundheitsförderliche Ausrichtung des Umfelds Schule beinhalte (BMUK, 1997). Wichtig erscheint, dass die Bedeutung der Lebenswelt bzw. der Bereich des Lernens und Arbeitens für die Gesundheit mehrfach hervorgehoben wird: So wird beispielsweise eine entsprechende Ausgestaltung des Lebensraums Schule als ein zentrales Ziel formuliert. Darüber hinaus wird betont, dass

Gesundheitsförderung bei allen pädagogischen Tätigkeiten und in jedem Unterrichtsfach Berücksichtigung finden soll. Allerdings werden auch einige konkrete Unterrichtsfächer, gegliedert nach den zur Zeit des Erlasses präsenten Schultypen, genannt, in deren Lehrplänen Gesundheitsförderung besondere Beachtung findet: Dabei werden unter anderem verschiedene Unterrichtsfächer mit Ernährungsschwerpunkt, darunter auch die Unterrichtsfächer *Haushaltsökonomie und Ernährung* sowie *Biologie und Umweltkunde*, angeführt (BMUK, 1997, o. S.), woraus geschlossen werden kann, dass die Relevanz von Gesundheit in den in dieser Arbeit betrachteten Unterrichtsfächern *Biologie und Umweltbildung* sowie *Haushaltsökonomie und Ernährung* schon seit Langem erkannt wurde. Wichtige Ziele im „Grundsatzerlass Gesundheitserziehung“ (BMUK, 1997) sehen daneben beispielsweise die Stärkung verschiedener Kompetenzen auf individueller Ebene sowie auch im Bereich von Kommunikation und Kooperation vor. Zusammenarbeit und Kooperation, auch über die Schulgrenzen hinaus, wie zum Beispiel eine Einbindung der Eltern oder außerschulischer Gesundheitseinrichtungen, aber auch die Zusammenarbeit etwa mit Schulärzt*innen, stellen weitere wichtige Punkte dar (BMUK, 1997).

Abschließend sei festgehalten, dass der Grundsatzerlass (BMUK, 1997) zwar mit dem Begriff *Gesundheitserziehung* betitelt ist, die enthaltenen Ausführungen aber erkennen lassen, dass das Anliegen weit über die erläuterte Begriffsbeschreibung von *Gesundheitserziehung* (vgl. z.B. Hörmann, 1999; Marchwacka, 2016) hinausgeht und eher zu den Beschreibungen der *Gesundheitsbildung* (vgl. z.B. Kracke & Sommer, 2022) passen, obwohl im „Grundsatzerlass Gesundheitserziehung“ (BMUK, 1997) der Begriff *Gesundheitsbildung* nicht verwendet wird. Was im Erlass aber sehr wohl explizit erwähnt wird ist, dass die Auslegung der *Gesundheitsförderung* und die damit verbundene Auffassung von Gesundheit breiter ausgelegt sei im Vergleich zur „traditionelle[n] Form der Gesundheitserziehung“, welche laut dem Dokument überwiegend auf die Änderung von gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen des Einzelnen beispielsweise durch Informationsvermittlung ausgerichtet sei, während im Grundsatzerlass verschiedene Gesundheitsaspekte und neben der individuellen Ebene auch die gesellschaftliche Bedeutung erkannt werde (BMUK, 1997, o. S.).

4.6 Umsetzung schulischer Gesundheitsbildung

Eine Möglichkeit, *Gesundheitsbildung* zu verstehen, ist die Auffassung als „Entwicklungs- und Lernprozess“, welcher von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst wird (Marchwacka, 2016, S. 245). So spielen neben möglichen Veranlagungen auf individueller Ebene und Attributen betreffend der Biografie ebenso die jeweilige *Lebenswelt* mit den darin zur Verfügung stehenden Ressourcen eine Rolle. Überdies wirkt die gesellschaftliche Ebene mit ihren Strukturen und ihrem jeweiligen Status quo

auf die Prozesse der *Gesundheitsbildung* ein. Marchwacka (2016, S. 245) spricht in diesem Zusammenhang von sogenannten „integrativ-reflexiven Konzepten zur Gesundheitsbildung“, im Rahmen derer alle genannten Faktoren Beachtung finden. Dabei soll dem „*integrative[n]* Kern“ der Konzeption folgend eine Realisierung bzw. Förderung der individuellen Teilhabe an „gesundheitsförderlichen Lebenswelten“ erreicht werden; der „*reflexive* Ansatz“ der Konzeption nimmt dagegen die Lebensweise mit ihren „Risiko- und Schutzfaktoren“ in den Blick und befasst sich dabei ebenso mit dem Aufzeigen entsprechender „Copingstrategien“ (Marchwacka, 2016, S. 245). Daraus ergibt sich, dass bei *Lernprozessen* im Kontext von *Gesundheitsbildung* sowohl auf vorhandene *Ressourcen* als auch auf *Lebenswelten* geachtet werden muss, wobei die Prozesse überdies mit Bewusstsein und Kompetenz für Gesundheit einhergehen und dabei idealerweise unterstützend bei Entwicklungsprozessen im Sinne einer „verantwortungsvollen, reflektierten Persönlichkeitsentwicklung“ mitwirken können (Marchwacka, 2016, S. 245). Wichtige Voraussetzungen hierzu sind unter anderem einerseits die Schaffung „*partizipationsorientierte[r] Lebenswelten*“, andererseits das Hervorrufen „*individuelle[r]* Motivationen“ (Marchwacka, 2016, S. 245). Wichtig ist noch, dass zusammenfassend die zugrundeliegende Intention im Anstoß eines „*lebenslangen integrativ-reflexiven Lernprozess*“ gesehen werden kann (Marchwacka, 2016, S. 246).

Setzt man sich mit der konkreten Umsetzung von *Gesundheitsbildung* an Schulen auseinander, so lohnt es sich zunächst, einen Blick darauf zu werfen, wie Lernen grundsätzlich funktioniert und welche Aspekte es dabei zu berücksichtigen gibt. Wichtige Erkenntnisse hierzu können beispielsweise bei Angele et al. (2021, S. 84) nachgelesen werden, welche sich näher mit „Perspektiven auf das Lernen im Lernfeld Ernährung“ befassen, dabei aber auch allgemeine Aspekte des Lernens aufgreifen. Hierbei erscheinen zwei Aspekte zentral: Einerseits erfolgt „Lernen als Aneignung von Wissen“ (Angele et al., 2021, S. 86). Dieser Bereich bezieht sich im Allgemeinen auf den fachlichen Unterricht und wird auch als „kognitiv-konstruktivistischer Ansatz“ bezeichnet (Angele et al., 2021, S. 85). Dabei stehen beispielsweise die Bildung reflektierter Haltungen, eigenständige Denkprozesse und Urteilsbildungen im Vordergrund. Mithilfe von im Fachunterricht von Unterrichtsgegenständen mit Ernährungsschwerpunkt gewonnenem Wissen und Kompetenzen sollen Schüler*innen in die Lage versetzt werden, „im Alltag verantwortete Entscheidungen für eine gesundheitsförderliche Ernährung [...] fällen zu können“ (Angele et al., 2021, S. 85).

Andererseits müssen Lernprozesse auch aus Sicht der sogenannten „Situiertheitsperspektive“ betrachtet werden (Angele et al., 2021, S. 86). Dabei geht es um „*situiertes, implizites Lernen*“ (Angele et al., 2021, S. 84), beispielsweise in Form des Angebots einer gesunden Ernährung in der Schule vor Ort. Der zweite zentrale Aspekt betrifft also „*Lernen im Setting Schule*“ mit dem grundsätzlichen Ziel,

gesundheitsförderliche Facetten, wie am Beispiel der gesunden Ernährung verdeutlicht, „im Hier und Jetzt“ für die Schüler*innen erlebbar zu machen, womit die an der Schule gelebte Praxis angesprochen wird (Angele et al., 2021, S. 84). Zusammenfassend wichtig hervorzuheben ist, dass Angele et al. (2021) die essentielle Bedeutung beider Lernbereiche, Unterricht und Schulsetting, klar aufzeigen. Dementsprechend umfasst die Umsetzung von *Gesundheitsbildung* einerseits das „Lernen über Gesundheit“ in den jeweiligen Unterrichtsgegenständen, andererseits das „Lernen durch Gesundheit“, im Sinne des „Setting-Ansatz[es]“ (Angele et al., 2021, S. 107).

Ein Blick in die Literatur zeigt, dass insbesondere die Bedeutung des Schulsettings im Kontext von Gesundheit oftmals hervorgehoben wird: So beschreiben beispielsweise Dadaczynski et al. (2015, S. 213) „die Schule [...] als eines der zentralen Settings für gesundheitsfördernde Aktivitäten“ und verweisen auf die damit verbundene Stärkung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (Dadaczynski et al., 2015, S. 197). Daneben betonen etwa Giger & Linsmeier (2019, S. 93) die Bedeutung einer „gesunde[n] Schule als Lern- und Lebensraum für alle Beteiligten“ und weisen weiters darauf hin, dass in diesem Sinne „Gesundheitsbildung als Teil der Schulkultur verankert, [...] und als Schulprogramm gelebt“ werden müsse. Damit im Einklang stehend betrachtet Marchwacka (2016, S. 248) das Thema *Gesundheitsbildung* insgesamt als „Querschnittsaufgabe“, welches Lehrpersonen aller Unterrichtsgegenstände betreffe und neben Schüler*innen auch den Einbezug von Eltern und das Mitwirken der Schulleitung vorsehe. Dieser Sichtweise folgend betrifft schulische *Gesundheitsbildung* einerseits persönliche Entwicklungsprozesse im Sinne eines „integrativ-reflexive[n] Bildungs- und Lernprozess[es]“ (Marchwacka, 2016, S. 239), welcher am Anfang dieses Kapitels näher beschrieben wurde. Andererseits betrifft *Gesundheitsbildung* aber auch den Bereich der Schulentwicklung, worunter verschiedene Entwicklungsprozesse betreffend der Bereiche Organisation, Personal und Unterricht fallen (Marchwacka, 2016, S. 239).

Nicht zuletzt sehen auch WHO & UNESCO (2021, S. 1) in Schulen einen zentralen Einflussfaktor auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von Schüler*innen. Hinsichtlich der Gestaltung einer in ihrer Gesamtheit der Gesundheit förderlichen Schule formulieren sie acht weltweit geltende Standards mit dem Ziel, an jedem Schulstandort allen Beteiligten eine gesundheitsförderliche Lebenswelt zu ermöglichen (WHO & UNESCO, 2021). Insgesamt wird im Rahmen dieser Standards ein sogenannter „whole-school-approach“ verfolgt, das heißt es werden sämtliche Ebenen des Schulbetriebs, deren Handlungen auch im gegenseitigen Einfluss stehen, berücksichtigt (WHO & UNESCO, 2021, S. 40). Bei genauerer Betrachtung der Standards fällt auf, dass diese sehr breit gefasst sind und die Fokussierung von kleinen Spektren wie „School health services“ (Standard Nummer Acht), die Schüler*innen zur Verfügung stehen sollen, über immer größer gefasste Spektren bis hin zur Regierungsebene (Standard

Nummer Eins) reicht, worunter etwa Gesetzgebungen oder Regelungen fallen, die eine gesundheitsförderliche Schule unterstützen sollen (WHO & UNESCO, 2021, S. 10). Wichtig ist, diese Standards nicht getrennt voneinander zu betrachten, sondern als ein zusammenhängendes System (WHO & UNESCO, 2021, S. 10). Der siebente und achte Standard thematisieren die Ebene des Schulsettings: Während einerseits die tatsächliche Ausstattung des Schulstandorts gesundheitsorientiert gestaltet sein soll, wie beispielsweise durch entsprechende Verpflegungsmöglichkeiten mit einem gesunden Nahrungsmittelangebot oder Möglichkeiten für Bewegung (WHO & UNESCO, 2021, S. 25), wird anderseits die Schulumgebung im Kontext sozialer und emotionaler Aspekte betrachtet, worunter konkret etwa ein respektvoller Umgang oder ein gelebtes Miteinander gesundheitsförderliche Ziele darstellen (WHO & UNESCO, 2021, S. 24). Der fünfte Standard befasst sich dagegen mit dem unterrichtlichen Geschehen, genauer gesagt mit dem „School curriculum“, also dem *Lehrplan*, wobei unter anderem der Erwerb von Wissen und Fähigkeiten über gesundheitlich relevante Themengebiete festgeschrieben steht (WHO & UNESCO, 2021, S. 22). Der vierte Standard sieht Bedeutung in schulischer Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Akteuren wie beispielsweise Eltern oder verschiedenen Einrichtungen, um positiv auf Gesundheit und Wohlbefinden aller Beteiligten einzuwirken (WHO & UNESCO, 2021, S. 21), während Standard Nummer Drei beispielsweise die Wichtigkeit einer Unterstützung durch die Schulleitung sowie eine entsprechende Einbindung sämtlicher am Schulleben beteiligter Personen festhält (WHO & UNESCO, 2021, S. 20). Außerdem wird beispielsweise die Bedeutsamkeit entsprechender Planungsinstrumente und Strategien im Rahmen von Standard Nummer Zwei festgehalten, um Gesundheit im Kontext Schule sicherzustellen (WHO & UNESCO, 2021, S. 18).

Damit liefern die von WHO & UNESCO (2021) formulierten Standards wichtige konkrete Anhaltspunkte im Kontext schulischer *Gesundheitsbildung*: So setzen sich die Standards beispielsweise mit der Schulumgebung auseinander und behandeln damit den bereits angesprochenen, von Angele et al. (2021, S. 107) festgehaltenen zentralen Bereich bezüglich der Umsetzung schulischer *Gesundheitsbildung* „Lernen durch Gesundheit“ bzw. den „Setting-Ansatz“. Ebenso Beachtung findet der zweite wichtige Bereich „Lernen über Gesundheit“ (Angele et al., 2021, S. 107), da auch auf die Gestaltung der Lehrpläne Bezug genommen wird (WHO & UNESCO, 2021, S. 22).

4.7 Aktuelle Lehrpläne der Sekundarstufe 1

Lehrpläne stellen verbindliche Dokumente für Lehrpersonen dar, enthalten detaillierte Vorgaben für die verschiedenen Unterrichtsfächer und sind damit auch eine zentrale Anlaufstelle, wenn es um die Umsetzung des *Fachlernens* geht. Nachstehend erfolgt daher zunächst eine allgemeine Analyse der aktuell gültigen Lehrpläne in der Sekundarstufe 1, anschließend wird der Fokus auf die beiden

Unterrichtsfächer *Ernährung und Haushalt* (siehe Kapitel 4.7.1) sowie *Biologie und Umweltbildung* (siehe Kapitel 4.7.2) im Hinblick auf relevante Aspekte bezüglich der Umsetzung von Gesundheitsbildung gelegt.

Wie bereits in Kapitel 4.2 erläutert, gelten ab dem Schuljahr 2023/24 neue Lehrpläne für die beiden Schultypen der Sekundarstufe 1, nämlich AHS-Unterstufe und Mittelschulen (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 7; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 3). Darin finden sich 13 „übergreifende[] Themen“, mithilfe derer verschiedene „[f]ächerübergreifende Kompetenzen“ erlangt werden sollen, der dritte dieser Themenbereiche lautet „Gesundheitsförderung“ (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 13; BMBWF; Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 6). Ebenfalls bereits an früheren Stellen (siehe Kapitel 4.2 und Kapitel 4.5.2) erwähnt wurde, dass ein grundlegendes Ziel dabei der Erwerb von „Gesundheitskompetenz“ darstellt, wobei die Stärkung gesundheitlicher „Selbstbestimmung“, neben dem Erlangen von Wissen, als ein zentraler Aspekt festgehalten wird (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 20; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 12). Nachstehend erfolgt eine detaillierte Analyse dieses Themenbereichs.

Im Allgemeinen soll mithilfe „fächerübergreifende[r] Kompetenzen“ zum einen die Stärkung und der Ausbau sogenannter „unterrichts-fachspezifische[r] Anforderungen“ gelingen, zum anderen sollen aber auch wichtige Anforderungen und Angelegenheiten auf individueller und gesellschaftlicher Ebene angesprochen werden (Weiglhofer, 2013, S. 1). Kompetenzen betreffen grundsätzlich die Bereiche „Wissen, Können und Handlungsbereitschaft“ mit dem Anliegen, Schüler*innen in die Lage zu versetzen, unter anderem Einfluss auf die eigene Lebensgestaltung zu nehmen sowie mit sozialen Bereichen und inner- und außerschulische Aspekten entsprechenden umgehen zu können (Weiglhofer, 2013, S. 1).

Zur Umsetzung der festgelegten Kompetenzen des Themenbereichs *Gesundheitsförderung* werden insgesamt fünf Unterrichtsfächer in der AHS-Unterstufe bzw. sechs Unterrichtsfächer in der Mittelschule genannt, wobei der Fachgegenstand *Biologie und Umweltbildung* in beiden Schultypen relevant ist, der Fachgegenstand *Ernährung und Haushalt* dagegen nur die Mittelschulen betrifft (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 21; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 13). Unabhängig der Unterrichtsfächer sollen Schüler*innen nach erfolgreicher Absolvierung der Sekundarstufe 1 über fünf wesentliche Kompetenzen verfügen, welche zusammenfassend folgende Aspekte und Themengebiete betreffen:

Erstens geht es um das Begreifen der „Zusammenhänge zwischen Gesundheitsverhalten, Ernährung, Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit“; Zweitens um den Umgang mit gesundheitlichen „Schutz- und

Risikofaktoren“; Drittens um den Bereich der mentalen Gesundheit, wobei einerseits belastende Situationen bemerkt und anderseits das persönliche Wohlbefinden gezielt gestärkt werden können soll; Viertens um den entsprechenden Umgang mit beispielsweise belastenden Situationen oder Konfliktsituationen; Fünftens um die Anwendung von „Erste-Hilfe-Maßnahmen“ sowie die Kenntnis verschiedener „Gesundheitsversorgungsangebote“ (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 21; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 13)

Um den Erwerb dieser Kompetenzen zu ermöglichen, wird als eine wichtige Voraussetzung die Lebenswelt Schule angesehen, das heißt die Schule soll „ein sicherer und gesundheitsfördernder Ort“ sein, was wiederum durch unterschiedliche konkret angeführte Maßnahmen sichergestellt werden soll (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 20; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 12). So sollen beispielsweise gesunde Mahlzeiten vor Ort zur Verfügung stehen, ebenso werden gesundheitsrelevante Veranstaltungen und Workshops genannt oder die Unterstützung von Bewegung und Sport. Darüber hinaus sollen unter anderem soziale, gemeinschaftliche Aspekte gestärkt werden, sowie das Klima in der Klasse und in der Schule entsprechend positiv gestaltet sein. Ebenso wird der Bereich der Schulumgebung berücksichtigt, wobei konkrete Aspekte wie etwa Licht, Lärm oder Raumklima genannt werden (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 20; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 12).

4.7.1 Ernährung und Haushalt

Der Fachgegenstand *Ernährung und Haushalt* wird an Mittelschulen, sofern nicht schulautonom anders geregelt, in den 2. Klassen im Ausmaß von einer Wochenstunde unterrichtet (BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 179), wobei eine Kombination aus Theorie und Praxis vorgesehen ist und deshalb ein geblockter Unterricht alle zwei Wochen beabsichtigt ist (BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 135). Ein Blick in den Fachlehrplan lässt den hohen Stellenwert von Gesundheit erkennen: So stellen „Ernährung“ und „Gesundheit“ zwei von insgesamt drei zentralen „Handlungsfeldern“ dar, in denen die Schüler*innen im Rahmen des Unterrichts zu „eine[r] selbstbestimmte[n] und eigenverantwortliche[n] Lebensgestaltung“ befähigt werden sollen (BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 134). Zentrales Kennzeichen des Fachgegenstandes ist zudem die „Multidisziplinarität“, wodurch „fächerübergreifendes und projektorientiertes Lernen“ ermöglicht wird (BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 135).

Der Unterrichtsgegenstand setzt sich laut Lehrplan aus zwei Hauptbereichen zusammen, wobei einer davon „Ernährung, Gesundheit und Soziales“ lautet: Dieser Bereich sieht unter anderem den Erwerb von „Kenntnisse[n], Fähigkeiten und Fertigkeiten“ vor, mithilfe derer die Schüler*innen zu einer „selbstverantwortlichen Gestaltung des Essalltags“ im Sinne der Gesundheit befähigt werden sollen

(BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 134). Überdies soll eine „Grundlage für körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden“ geschaffen werden (BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 134). Weiters sieht der Lehrplan die Orientierung des Fachgegenstandes an folgenden wesentlichen „didaktischen Grundsätzen“ vor: „Wissenschaftsorientierung, Handlungsorientierung und Lebensweltbezug“ (BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 134), worunter auch die beiden Handlungsfelder „Ernährung“ und „Gesundheit“ betrachtet werden (BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 135). Wichtig auf Schüler*innenseite ist dabei noch die Erfahrung von Selbstwirksamkeit, welche durch verschiedene konkret angeführte Handlungen bzw. Methoden wie beispielsweise Recherchetätigkeiten erreicht werden soll. Auch der fachpraktische Teil des Unterrichts sieht „das Analysieren, Bewerten und Gestalten der Ernährungspraxis“ im Sinne der Gesundheit vor (BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 135).

Ein weiteres didaktisches Prinzip ist das „Entscheidungslernen“ (BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 135). Das Thema Gesundheit wird dabei nicht explizit angeführt, trotzdem erscheint der Grundsatz erwähnenswert: So soll beispielsweise ein Bezug zu alltäglichen Situationen hergestellt werden, anhand derer gelernt werden soll, wodurch unter anderem eine „verantwortungsbewusste Lebensgestaltung“ gefördert werden soll (BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 135). Explizit erwähnt wird Gesundheit dagegen wieder beim Thema „sozial-integratives Lernen“: Zentrale Schlagworte hierbei sind unter anderem „Teamfähigkeit“, „persönliche Verantwortung“ und verantwortungsbewusste, gemeinschaftlich ausgerichtete Handlungen, welche „Ausgangspunkt und Ziel von Alltagsbewältigung“ unter anderem betreffend der Themengebiete „Ernährung“ und „Gesundheit“ darstellen (BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 135).

Weiters sieht der Lehrplan insgesamt sechs *zentrale fachliche Konzepte* vor, an denen sich der Unterricht orientieren soll (BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 135-136). Drei davon weisen einen klaren Gesundheitsbezug auf: „Ernährung des Menschen“, „Gesundheit des Menschen“ (BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 135) sowie „Produktion und Konsum von Lebensmitteln“ (BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 136). Das zweite Konzept hebt die Bedeutung von Gesundheit in den Bereichen Körper, Psyche und Soziales nochmals hervor und betont dabei auch die Wichtigkeit präventiver Handlungen (BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 135). Das drittgenannte Konzept bezieht sich unter anderem darauf, „eine begründete Lebensmittelauswahl im Kontext von Gesundheit [...] zu treffen“ (BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 136).

Der Kompetenzbereich „Ernährung, Gesundheit und Soziales“ umfasst folgende drei Dimensionen: Erstens „Essverhalten reflektieren und bewerten“; Zweitens „Empfehlenswerte Lebensmittel auswählen und Nahrungsmittel qualitätssichernd zubereiten“; Drittens „Ernährung gesund [...]“

gestalten“ (BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 136). Diese Kompetenzen bzw. Dimensionen werden weiters noch genauer beschrieben, wobei es unter anderem darum geht, Bezug auf das persönliche Ernährungsverhalten nehmen zu können sowie „die Grundlagen bedarfsgerechter Ernährung“ zu kennen oder auch „grundlegende Techniken der Nahrungszubereitung gesundheitsorientiert [...] anwenden“ zu können (BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 136). Anschließend werden noch „Anwendungsbereiche“ definiert, wobei unter anderem die Auseinandersetzung mit der *Österreichischen Ernährungspyramide* vorgesehen ist (BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 136).

4.7.2 Biologie und Umweltbildung

Der Fachgegenstand *Biologie und Umweltbildung* wird an Mittelschulen im Ausmaß von jeweils zwei Wochenstunden von erster bis vierter Klasse unterrichtet (BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 179). Gleiches gilt großteils auch für die AHS-Unterstufe, wobei je nach Gymnasiumstyp in einzelnen Klassen das Ausmaß auf nur eine Wochenstunde beschränkt sein kann (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F.). Die Fachlehrpläne für beide Schultypen der Sekundarstufe 1 sind identisch (vgl. BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 120-123; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 93-96)

Ein grundsätzliches Ziel des Unterrichtsfaches sieht vor, Schüler*innen Möglichkeiten für „mündiges Handeln und eigenständiges Weiterlernen“ zu eröffnen (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 120; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 93). Wesentlich ist zudem der unterrichtliche Fokus auf körperliche Funktionen, wodurch Schüler*innen unter anderem „zur gesundheitsbezogenen Handlungsfähigkeit in individueller und gesellschaftlicher Verantwortung, ua. durch das persönliche Ernährungs- und Konsumverhalten“ befähigt werden sollen (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 120; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 93).

Überdies nimmt der Fachlehrplan eine Einteilung in drei Kompetenzbereiche vor, wobei unter dem Bereich „Standpunkte begründen und reflektiert handeln“ ein klarer Gesundheitsbezug erkennbar ist: So sollen Schüler*innen „Fragestellungen im Bereich [...] Gesundheit, [...] unter Einbeziehung kontroverser Gesichtspunkte erörtern und den eigenen Standpunkt fachlich fundiert begründen“ können (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 122; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 95). Damit in Verbindung stehend sind „Anwendungsbereiche“ für die einzelnen Klassen formuliert, welche folgende, thematisch unterschiedliche gesundheitsrelevante Bezüge erkennen lassen (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 122; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 95):

In der ersten Klasse ist etwa das Thema „bedarfsgerechte Ernährung des Menschen“ vorgesehen; In der zweiten Klasse ist „Gesundheitsförderung durch Bewegung“ festgelegt (BMBWF, Lehrplan AHS,

i.d.g.F., S. 122; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 95); In der dritten Klasse soll „gesundheitsbezogenes Handeln“ thematisiert werden; In der vierten Klasse wird Gesundheit zwar nicht explizit genannt, allerdings kann ein möglicher Gesundheitsbezug beispielsweise beim Thema „Immunsystem und Impfungen, Viren, Bakterien, [...]“ hergestellt werden (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 123; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 96).

4.8 Ausgewählte externe Organisationen & Angebote

Um das Thema Gesundheit Schüler*innen näher zu bringen bzw. um *Gesundheitsbildung* in der Schule zu realisieren, können Lehrkräfte neben dem verbindlichen Lehrplan beispielsweise auch verschiedene externe Organisationen miteinbeziehen und deren Angebote nutzen. Im Folgenden soll ein kurzer Überblick ausgewählter Organisationen und Angebote gegeben werden. Wichtig anzumerken ist, dass das Kapitel keine vollständige Darstellung von externen Organisationen und deren Angebote bieten soll, sondern lediglich einzelne, konkrete Beispiele aufzeigen möchte, um einen ersten Einblick zu bekommen.

Eine weitbekannte Organisation ist die *GIVE – Servicestelle für Gesundheitsförderung an Österreichs Schulen* (<https://www.give.or.at/>). Ihre Auftraggeber sind das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (kurz BMBWF), das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit und Pflege (kurz BMSGPK) sowie das Österreichische Jugendrotkreuz (kurz ÖJRK) (<https://www.give.or.at/about/partner/>). *GIVE* ist beispielsweise eine zentrale Anlaufstelle im Bereich von Gesundheitsförderung im Kontext Schule für Lehrpersonen, um Informationen oder Literaturhinweise zu erhalten und kann auch als Ausgangspunkt für weitere Recherchen dienen (<https://www.give.or.at/angebote/>). Ein Kernbereich der Servicestelle ist das Angebot von Unterrichtsmaterialien und Materialien für den Schulalltag, um Gesundheit im Kontext Schule umzusetzen (<https://www.give.or.at/angebote/>). Beispielsweise stellt *GIVE* verschiedene konkrete Vorschläge für den Unterricht zur Verfügung, welche unter anderem die Themenbereiche „Ernährung“, „Bewegung und Sport“, sowie Gesundheit im Kontext des psychosozialen Bereichs wie etwa „Kommunikation und Konfliktbewältigung“ oder „Selbstwertverstärkung“ umfassen (<https://www.give.or.at/angebote/praxis/>). Überdies findet man auf der Website eine Übersicht von „Schwerpunktthemen für gesunde Schulen“ mit jeweils umfangreichen Ausführungen, Materialien und Hinweisen, ebenfalls mit erkennbarem Ernährungs-, Bewegungs-, und psychosozialem Fokus und vielen weiteren gesundheitlich relevanten Themengebieten, wobei klar erkennbar ist, dass auch die Lebenswelt Schule (und nicht nur der Unterricht) Berücksichtigung findet (<https://www.give.or.at/angebote/themen/>).

Ein weiteres Beispiel stellt die „Service Stelle Gesunde Schule“ der *Österreichischen Sozialversicherung*, konkret des *Dachverbandes der Sozialversicherungsträger*, dar, welche sich dem Thema „Gesundheitsförderung in der Schule“ widmet (<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.844051&portal=svportal>). Klar erkennbar ist ein umfassender Ansatz, der beispielsweise die gesundheitliche Bedeutung des Schulsettings anspricht sowie die Wichtigkeit der Berücksichtigung verschiedener Zielgruppen wie Schüler*innen, Lehrpersonen oder Eltern im Kontext von Schule und Gesundheit hervorhebt. Die Website stellt zahlreiche Materialien zur Verfügung, welche von grundlegenden Themen wie beispielsweise einem Factsheet zum Thema „Gesunde Schule“ bis hin zu Angeboten zu spezifischen Gesundheitsthemen wie „Ernährung“, „Bewegung“, „Psychosoziale Gesundheit“ und vielen weiteren Themen reichen. Während beim Thema Ernährung Materialien mit konkreten Anregungen für spezielle Anlässe wie etwa eine gesunde Jause gegeben werden, finden sich bei Bewegung unter anderem Anregungen zur Bewegungsumsetzung in der Schule, darüber hinaus sind unter dem drittgenannten Bereich etwa Übungsvorschläge für Schüler*innen zu finden (<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.844051&portal=svportal>).

Daneben sind noch bundesländer spezifische Stellen und Angebote zu nennen, wie beispielsweise in Wien das *Wiener Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen* (kurz *WieNGS*) ein Teil der Wiener Gesundheitsförderung (<https://www.wiengs.at/kontakt/impressum/>), dessen Trägerorganisationen die Pädagogische Hochschule Wien, die Bildungsdirektion Wien, die Österreichische Gesundheitskasse sowie die Wiener Gesundheitsförderung darstellen (<https://www.wiengs.at/startseite/traegerorganisationen/>). Zentrales Ziel ist die Unterstützung schulischer Aktivitäten und Projekte im Bereich von Gesundheitsförderung, die während eines Schuljahres stattfinden (<https://www.wiengs.at/startseite/>), wobei Hauptaugenmerk auf die entsprechende Gestaltung des Schulsettings gelegt wird (<https://www.wiengs.at/startseite/allgemeine-infos/>). Die Kooperation zwischen Schule und *WieNGS* funktioniert auf Basis eines sogenannten Stufenmodells, das die Schule je nach gewünschter Intensität der Zusammenarbeit auswählt (<https://www.wiengs.at/startseite/stufenkonzept/>).

In Niederösterreich bietet die Initiative „*Tut gut!*“ verschiedene Programme für Schulen an, ein Beispiel lautet „Gesunde Schule“ (<https://www.noetutgut.at/angebote/bildungseinrichtungen>). Das Programm richtet sich unter anderem explizit an Schulen der Sekundarstufe 1 und nimmt ebenfalls das Schulsetting mit der Intention in den Blick, die Gesundheit von allen am Schulleben teilnehmenden Personen zu fördern (<https://www.noetutgut.at/angebote/gesunde-schule>). Wichtige Komponenten des Programms sind Zieldefinitionen bezogen auf den jeweiligen Schulstandort durch eine

„Steuerungsgruppe“, Maßnahmenplanung sowie deren Realisierung. Wichtige Rollen können dabei unter anderem die Direktion, Lehrkräfte und Schüler*innen einnehmen. Außerdem gibt es unter anderem Beratungsmöglichkeiten von „Tut gut!“ sowie Schulveranstaltungen. (<https://www.noetutgut.at/angebote/gesunde-schule>).

5. Fazit Teil A: Beantwortung der theoriezentrierten Teilstudienfragen

Nachdem im ersten Teil dieser Arbeit mithilfe einer systematischen Literaturrecherche ein umfassender theoretischer Einblick rund um das Thema Gesundheitsbildung in der Schule gegeben wurde und damit eine fundierte theoretische Basis für den folgenden empirischen Teil geschaffen wurde, sollen nun abschließend die eingangs aufgestellten theoriezentrierten Teilstudienfragen zusammenfassend betrachtet und beantwortet werden. Ziel dabei ist es, eine kompakte Übersicht und Zusammenfassung der zentralsten Erkenntnisse, die im theoretischen Teil dieser Arbeit dargestellt wurden, zu bieten.

1. Wie definieren sich die Begriffe *Gesundheit*, *Gesundheitsförderung* und (*Krankheits-*) *Prävention*, welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede bestehen, und was bedeutet der Begriff *Gesundheitsverhalten*?

Wie in Kapitel 1.1 erläutert gibt es verschiedene Erklärungsansätze, jedoch bis dato keine universell gültige Definition des Begriffs *Gesundheit* (Franzkowiak & Hurrelmann, 2022; Hurrelmann & Richter, 2013). Wichtig ist, dass Gesundheit prinzipiell negativ oder positiv aufgefasst werden kann (Bak, 2023; Naidoo & Wills, 2019). Erklärungsansätze mit positiver Betrachtungsweise gehen dabei über die bloße Krankheitsabwesenheit hinaus (Hornberg, 2016). Eine der gegenwärtig bedeutsamsten Gesundheitsdefinitionen stammt von der WHO (vgl. z.B. Franzkowiak & Hurrelmann, 2022; Hornberg, 2016; Hurrelmann & Richter, 2013), wonach Gesundheit als „[...] Zustand des völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ definiert ist (WHO, 1946, S. 1; Übersetzung nach Hurrelmann & Richter, 2013, S. 117).

Wie in Kapitel 1.2 dargestellt, umfasst der Begriff *Krankheitsprävention* „alle Interventionen, die dem Vermeiden des Eintretens oder Ausbreitens einer Krankheit dienen“ (Hurrelmann et al., 2018, S. 24) und kann damit als ein krankheitsorientierter Ansatz beschrieben werden (Altgeld & Kolip, 2018, S. 59), dessen Ausrichtung an der „Pathogenese“ ein charakteristisches Kernmerkmal ist (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 154). Demgegenüber stellt der Begriff *Gesundheitsförderung* die Gesundheit an sich in den Mittelpunkt (Hurrelmann & Richter, 2013; Franzkowiak, 2022) und fokussiert auf determinierende Faktoren für Wohlbefinden und Gesundheit (Altgeld & Kolip, 2018). Zudem handelt es sich um einen eher neuen Begriff (Naidoo & Wills, 2019, S. 122), dessen Entstehungsgeschichte eng mit der WHO verknüpft ist (Altgeld & Kolip, 2018; Hurrelmann et al., 2018). Von zentraler Bedeutung ist ihr gemeinsames Ziel, nämlich das Erlangen von Gesundheit auf individueller und kollektiver Ebene (Bak, 2023, S. 104; Hurrelmann et al., 2018, S. 24; Hurrelmann & Richter, 2013, S. 154). Ein bedeutsames Unterscheidungsmerkmal stellt dagegen ihr jeweils entgegengesetzter Referenzrahmen

(Krankheitspol vs. Gesundheitspol) dar (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 148). Allerdings gilt es festzuhalten, dass die jeweiligen Strategien oftmals nicht klar trennbar sind, womit Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung als beiderseitige Ergänzung betrachtet werden können (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 154).

Wie in Kapitel 1.3 dargestellt, bezieht sich der Begriff *Gesundheitsverhalten* grundsätzlich auf sämtliche Verhaltensweisen und Handlungen, die Personen in jenen Bereichen setzen, die Einfluss auf ihre Gesundheit nehmen (ÖPGK, o. D.-b). Allerdings konnte gezeigt werden, dass im Detail unterschiedliche Begriffsverständnisse vorliegen (vgl. Bak, 2023; Faltermaier, 2024; Fuchs, 2012). Jedenfalls zählen Ernährung, Bewegung und der psychische Bereich zu wichtigen Gebieten, in denen mithilfe des Verhaltens ein positiver Einfluss auf die Gesundheit erwirkt werden kann (Fuchs, 2012). Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass unter anderem strukturelle Rahmenbedingungen das Gesundheitsverhalten beeinflussen können (Fuchs, 2012, S. 133). Zusammenfassend zeigt sich ein bestimmtes Gesundheitsverhalten als „ein Ergebnis komplexer erlernter Muster“ (ÖPGK, o. D.-b, o. S.).

2. Was beschreiben das „Modell der Salutogenese“ von Antonovsky und das „Modell der Gesundheitsdeterminanten“ von Dahlgren & Whitehead (1991), welche Aspekte sind dabei jeweils umfasst?

Wie in Kapitel 2.1 dargelegt, meint der Begriff *Salutogenese* in etwa „Gesundheitsentstehung“ oder „Gesundheitsdynamik“ (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 120), dementsprechend stellt die Herstellung, Erhaltung und Förderung von Gesundheit die zentrale Thematik der Salutogenese dar (Altgeld & Kolip, 2018; Faltermaier, 2023). Demnach wird der Zustand jedes Individuums als „mehr oder weniger gesund und gleichzeitig mehr oder weniger krank“ aufgefasst (Bengel et al., 2001, S. 24). Dabei sind vier, sich gegenseitig beeinflussbare Hauptbestandteile des Modells erkennbar (Bengel et al., 2001; Faltermaier, 2023): „das Kohärenzgefühl“, „das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“, „Stressoren und Spannungszustände“ sowie „generalisierte Widerstandsressourcen“ (Bengel et al., 2001, S. 28). *Stressoren* können zu Spannungszuständen beim Individuum führen (Bengel et al., 2001, S. 36). *Widerstandsressourcen* wirken als ihre Gegenspieler und modulieren den individuellen Umgang mit Stressoren bzw. Spannungszuständen (Bengel, 2001; Hurrelmann & Richter, 2013). Dementsprechend ergibt sich die Positionierung auf dem *Gesundheits-Krankheits-Kontinuum* (Bengel et al., 2001; Hurrelmann & Richter, 2013): Bei positiver Bewältigung bewegt sich die Positionierung in Richtung Gesundheit, bei negativer Bewältigung hingegen in Richtung Krankheit (Bengel et al., 2001). Auch das Kohärenzgefühl, also die „grundlegende Lebensorientierung“ (Bahrs, 2022, S. 740), spielt eine Rolle für die Positionierung am *Gesundheits-Krankheits-Kontinuum* (Hurrelmann & Richter, 2013).

Das *Modell der Gesundheitsdeterminanten* nach Dahlgren & Whitehead (1991) zählt zu den „mehrdimensionalen Gesundheitsmodelle[n]“ (Bruns, 2013, S. 52). Ziel ist, die „Hauptdeterminanten der Gesundheit“ abzubilden (Naidoo & Wills, 2019, S. 60), welche entsprechend in fünf große Kategorien eingeteilt werden (Dahlgren & Whitehead, 1991; Hurrelmann & Richter, 2022). Während eine der Kategorien, nämlich „Alter, Geschlecht und Erbanlagen“ (Dahlgren & Whitehead, 1991, S. 11; Übersetzung nach Hurrelmann & Richter, 2022, o. S.) nicht beeinflusst werden kann, gelten die vier übrigen als veränderbar (Hurrelmann & Richter, 2022, o. S.). Diese Kategorien lauten: „Faktoren individueller Lebensweise“, „Soziale und kommunale Netzwerke“, „Lebens- und Arbeitsbedingungen“ und „Allgemeine Bedingungen der [...] Umwelt“ (Dahlgren & Whitehead, 1991, zitiert nach Hurrelmann & Richter, 2022, o. S.) und umfassen zahlreiche Faktoren (vgl. Kapitel 2.2).

3. Wie gestaltet sich das gegenwärtige Gesundheitsverhalten von Schüler*innen der Sekundarstufe 1, wie ist der Status Quo im Vergleich zu offiziellen Empfehlungen?

Wie in Kapitel 3 ersichtlich, wird das Gesundheitsverhalten von Schüler*innen in den Bereichen Ernährung, Bewegung und mentale Gesundheit eingehend betrachtet.

Hinsichtlich des Ernährungsverhaltens liefert die *WHO-HBSC-Studie 2021/22* (Felder-Puig et al., 2023) aktuelle Daten, wonach beispielsweise zum Obst- und Gemüsekonsumenten gezeigt werden konnte, dass dieser bei Schüler*innen von der fünften bis zur elften Schulstufe über beide Geschlechter hinweg hinter den aktuell gültigen „neuen Österreichischen Empfehlungen“ (BMSGPK, 2024, o. S.) von fünf Portionen Obst und Gemüse täglich zurückbleibt. So konnte festgestellt werden, dass nur etwa 35 Prozent der Mädchen und nur ein Viertel der Jungen zumindest einmal am Tag Lebensmittel aus beiden Kategorien verzehren (Felder-Puig et al., 2023, S. 40). Dahingegen stellt sich die Verzehrshäufigkeit „hochkalorische[r] Lebensmittel mit niedrigem Nährstoffgehalt“ (Felder-Puig et al., 2023, S. 40) als vergleichsweise hoch dar und es hat beispielsweise seit dem Jahr 2010 der Anteil der täglich Süßigkeiten konsumierenden Schülerinnen zugenommen (Felder-Puig et al., 2023, S. 9).

Bezüglich des Bewegungsverhaltens konnte festgestellt werden, dass sich Schüler*innen unabhängig von Alter und Geschlecht im Durchschnitt an weniger als sieben Tage pro Woche für zumindest eine Stunde bewegen (Felder-Puig et al., 2023, S. 34). Laut den Erhebungen bewegen sich Schüler der fünften Schulstufe mit knapp unter fünf Tagen in der Woche für zumindest eine Stunde täglich am meisten, Mädchen dieser Schulstufe liegen etwas darunter. Dieses Bewegungspensum nimmt grundsätzlich mit zunehmendem Alter der Schüler*innen ab und liegt im Durchschnitt für alle

teilgenommenen Altersstufen unter den Schülerinnen bei fast vier Tagen wöchentlich zumindest eine Stunde Bewegung und für Schüler bei viereineinhalb Tagen (Felder-Puig et al., 2023, S. 34). Ein Vergleich dieser Ergebnisse mit der Empfehlung eines Mindestpensums von einer Stunde Bewegung pro Tag für sechs- bis achtzehnjährige Kinder und Jugendliche (Bauer et al., 2020, S. 48) zeigt, dass dieses großteils nicht erreicht wird.

Die psychische Gesundheit gilt als ein essentieller Bestandteil der grundsätzlichen Gesundheit (WHO, 2022) und hat eine enorme Bedeutung im Kindes- und Jugendalter (vgl. Kapitel 3.4.1), allerdings gibt es keine offiziellen Empfehlungen wie in den Bereichen Ernährung und Bewegung. Es konnte jedoch gezeigt werden, dass das Lebensumfeld und damit die Schule eine Einflussgröße auf die mentale Gesundheit darstellt (Bilz, 2023; WHO, 2019). Beispielsweise bewerten laut *WHO-HBSC-Studie* 2021/22 mehr als die Hälfte der Schüler*innen der fünften Schulstufe ihr Gefallen an der Schule mit „sehr gut“, dieser Anteil sinkt mit steigender Schulstufe jedoch deutlich ab (Felder-Puig et al., 2023, S. 61). Spiegelbildlich nimmt der wahrgenommene Druck schulischer Ansprüche mit steigender Klassenstufe zu (Felder-Puig et al., 2023, S. 62). Wesentlich ist zudem, dass gut ein Fünftel der Schülerinnen und ein Zehntel der Schüler „möglicherweise an einer depressiven Verstimmung oder Depression“ erkrankt sind (Felder-Puig et al., 2023, S. 6).

4. Was unterscheidet Gesundheitsbildung von Gesundheitserziehung?

In welche Bereiche gliedert sich Gesundheitsbildung in der Schule, in welchen Kontexten spielt Gesundheitsbildung eine Rolle und welche Ziele werden (grundsätzlich) verfolgt in den beiden Unterrichtsfächern Ernährung und Haushalt sowie Biologie und Umweltbildung?

Wie in Kapitel 4.5 dargestellt, weisen die beiden Begriffe *Gesundheitsbildung* und *Gesundheitserziehung* inhaltliche Überschneidungen auf (Kracke & Sommer, 2022). Ein mögliches Unterscheidungsmerkmal ist eine *Orientierung an Normen* bei *Gesundheitserziehung* (Marchwacka, 2016, S. 239), wobei angenommen wird, dass eine Person über genaues Wissen verfügt, welche Vorgehensweisen für jemand anderen als sinnvoll erscheinen (Hörmann, 1999). *Gesundheitsbildung* hingegen kennzeichnen die Stichworte *Emanzipation* (Marchwacka, 2016, S. 239) und *Selbstbestimmung* (Kracke & Sommer, 2022), wobei Lernvorgänge ermöglichen sollen, zielgerichtet auf gesundheitsrelevante Faktoren einwirken zu können (Kracke & Sommer, 2022).

Wie in Kapitel 4.6 betrachtet, betrifft Gesundheitsbildung verschiedene Bereiche und spielt in zahlreichen Kontexten eine Rolle: So umfasst die Umsetzung von *Gesundheitsbildung* einerseits das „Lernen über Gesundheit“ in den jeweiligen Unterrichtsgegenständen, andererseits das „Lernen durch

Gesundheit“ (Angele et al., 2021, S. 107), also „*Lernen im Setting Schule*“ (Angele et al., 2021, S. 84). Ebenso konnte gezeigt werden, dass das Thema *Gesundheitsbildung* insgesamt als „Querschnittsaufgabe“ betrachtet werden kann, die den Einbezug bzw. die Mitwirkung von Lehrpersonen, Schulleitung, Schüler*innen und Eltern vorsieht (Marchwacka, 2016, S. 248). Kurz gesagt betrifft *Gesundheitsbildung* damit neben der persönlichen Ebene im Sinne von Lernprozessen auch die Bereiche Organisation, Personal und Unterricht (Marchwacka, 2016, S. 239)

Wie gezeigt werden konnte, stellt das im Lehrplan der Sekundarstufe 1 in diesem Kontext relevante grundlegende Ziel der Erwerb von „Gesundheitskompetenz“ dar, wobei die Stärkung gesundheitlicher „Selbstbestimmung“, neben dem Erlangen von Wissen, als ein zentraler Aspekt festgehalten wird (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 20; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 12). Wie in Kapitel 4.7.1 dargelegt, stellen im Unterrichtsgegenstand *Ernährung und Haushalt* die Bereiche „Ernährung“ und „Gesundheit“ zentrale „Handlungsfelder[]“ dar, in denen die Schüler*innen zu „eine[r] selbstbestimmte[n] und eigenverantwortliche[n] Lebensgestaltung“ befähigt werden sollen (BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 134). Außerdem soll eine „Grundlage für körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden“ geschaffen werden (BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 134). Im Unterrichtsfach *Biologie und Umweltbildung* (vgl. Kapitel 4.7.2) ist dagegen entsprechend des Lehrplans ein Fokus auf körperliche Funktionen vorgesehen mit dem Ziel, Schüler*innen „zur gesundheitsbezogenen Handlungsfähigkeit in individueller und gesellschaftlicher Verantwortung, ua. durch das persönliche Ernährungs- und Konsumverhalten“ zu befähigen (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 120; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 93). Ein weiteres Ziel besteht in der Kompetenz, zu gesundheitlich kontroversen Fragestellungen kritisch Stellung nehmen zu können (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 122; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 95).

Teil B: Empirischer Teil

6. Erkenntnisinteresse inkl. empirische Teilstudienfragen

In Anbetracht des im ersten Teil dieser Arbeit (siehe Teil A: Theoretischer Teil) dargelegten hohen Stellenwerts von Gesundheit im Kindes- und Jugendalter sowie der damit verbundenen Bedeutung von Gesundheitsbildung in der Schule und ihrer gegenwärtig insbesondere in der Sekundarstufe 1 aktuellen Relevanz zielt der zweite Teil dieser Arbeit auf die Erforschung von Sichtweisen betreffender Fachlehrkräfte der Unterrichtsgegenstände *Ernährung und Haushalt* sowie *Biologie und Umweltbildung* in der Sekundarstufe 1 zu dieser Thematik ab. Hierzu werden in Form einer qualitativen Studie mittels schriftlicher, problemzentrierter, halbstrukturierter Leitfadeninterviews die Sichtweisen von ausgewählten Fachlehrkräften zum Thema Gesundheitsbildung in der Schule erhoben. Das grundsätzliche Erkenntnisinteresse der Interviews bezieht sich dabei sowohl auf relevante Aspekte des jeweiligen Fachunterrichts, als auch auf die Lebenswelt Schule an sich, also jene Bereiche, die außerhalb des fachunterrichtlichen Geschehens bedeutsam sein können. Die qualitative Studie soll untersuchen, wie schulische Gesundheitsbildung in der Praxis umgesetzt wird und welche möglichen Schwerpunktsetzungen für betreffende Fachlehrkräfte dabei ausschlaggebend erscheinen. In diesem Zusammenhang sollen auch mögliche Unterschiede und Gemeinsamkeiten bei beiden Unterrichtsfächern eruiert werden. Insbesondere vor dem Hintergrund der Aktualität der Lehrplanerneuerungen in der Sekundarstufe 1 zielt die qualitative Studie darauf ab, mithilfe der Sichtweisen betroffener Fachlehrkräfte bedeutungsvolle Erkenntnisse zum Thema Gesundheitsbildung in der Schule zu gewinnen und damit wichtige, auch zukünftig relevante und wertvolle Hinweise für die Implementierung von schulischer Gesundheitsbildung sowohl für den Fachunterricht als auch die Lebenswelt Schule zu erhalten.

Vor dem Hintergrund der zugrundliegenden Hauptforschungsfragestellung: „*Was verstehen Fachlehrpersonen der Unterrichtsfächer Biologie und Umweltbildung sowie Ernährung und Haushalt unter Gesundheitsbildung in der Sekundarstufe 1, wie setzen sie diese Gesundheitsbildung im eigenen Fachunterricht um und in welcher Form wird Gesundheitsbildung in übrigen Bereichen des Schulalltags sonst noch integriert und umgesetzt?*“ sowie der im Rahmen des ersten Teils dieser Arbeit beantworteten theoriezentrierten Teilstudienfragen (siehe Kapitel 5) ergeben sich in einem nächsten Schritt für den nun folgenden empirischen Abschnitt sechs relevante Teilstudienfragen. Diese zielen nun konkret auf die Erforschung von Sichtweisen betreffender Lehrpersonen ab:

- Was verstehen die befragten Lehrpersonen unter Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung in der Schule, welche wesentlichen Unterschiede und Gemeinsamkeiten sehen die befragten Lehrpersonen zwischen diesen beiden Begriffen?
- Wie setzen Lehrpersonen der Unterrichtsfächer Ernährung und Haushalt sowie Biologie und Umweltbildung Gesundheitsbildung in ihrem Fachunterricht jeweils um?
- Welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten zeigen sich in den beiden Unterrichtsfächern Ernährung und Haushalt sowie Biologie und Umweltbildung in Bezug auf Gesundheitsbildung aus Sicht der befragten Lehrpersonen, die beide genannten Fachgegenstände unterrichten?
- Welche Voraussetzungen sehen die befragten Lehrpersonen für die Umsetzung von Gesundheitsbildung als übergreifendes Thema im Unterricht verschiedener Fächer als erforderlich an?
- Welche Bereiche in der Lebenswelt Schule sind aus Sicht der befragten Lehrpersonen essentiell, um Gesundheitsbildung außerhalb des Fachunterrichts, also im Schulalltag, zu realisieren?
- In welcher Weise sehen die befragten Lehrpersonen Gesundheitsbildung in der Lebenswelt Schule, also außerhalb des Fachunterrichts, gegenwärtig umgesetzt? Welche künftigen Möglichkeiten sehen sie?

7. Forschungsdesign

Grundsätzlich gliedert sich die Arbeit in zwei Teile: Erstens den theoretischen Teil (Teil A) und zweitens den empirischen Teil (Teil B). Für die Bearbeitung des ersten Teils wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt mit dem Ziel, die bereits dargestellten theoriezentrierten Teilstudienfragen zu beantworten (siehe Kapitel 5). Damit bildet Teil A eine wichtige theoretische Grundlage zum Thema der schulischen Gesundheitsbildung. Ein umfassender Einblick in ausgewählte, wesentliche Begrifflichkeiten und Aspekte rund um das Thema Gesundheit mit besonderem Fokus auf Kinder und Jugendliche liefert wertvolles Hintergrundwissen und unterstreicht die unabdingbare Notwendigkeit einer entsprechenden Gesundheitsbildung in der Schule, wobei deren hoher Stellenwert nicht zuletzt auch durch diverse im Schulbereich verbindliche Dokumente wie etwa die aktuell gültigen Lehrpläne für die Sekundarstufe 1 (vgl. BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F.; BMBWF; Lehrplan MS, i.d.g.F.) zum Ausdruck kommt. Vor diesem Hintergrund erfolgt darauf aufbauend in einem zweiten Teil die Erforschung von Sichtweisen ausgewählter Fachlehrpersonen der Sekundarstufe 1 zum Thema Gesundheitsbildung in der Schule in Form einer empirisch qualitativen Betrachtung. Im Fokus dieser qualitativen Studie stehen dabei die in Kapitel 6 dargestellten empirischen Teilstudienfragen. Die Studie setzt sich dabei im Wesentlichen aus den drei Teilbereichen *Datenerhebung*, *Datenaufbereitung* und *Datenauswertung* zusammen, auf welche

genauer in den nachstehenden Kapiteln eingegangen wird. Abschließend werden die Studienergebnisse dargestellt und interpretiert sowie die Forschung insgesamt kritisch diskutiert und reflektiert.

Die folgende Grafik stellt die einzelnen Komponenten des Forschungsdesigns überblicksartig dar und gibt somit den Aufbau der gewählten methodischen Vorgangsweise in Grundzügen wider:

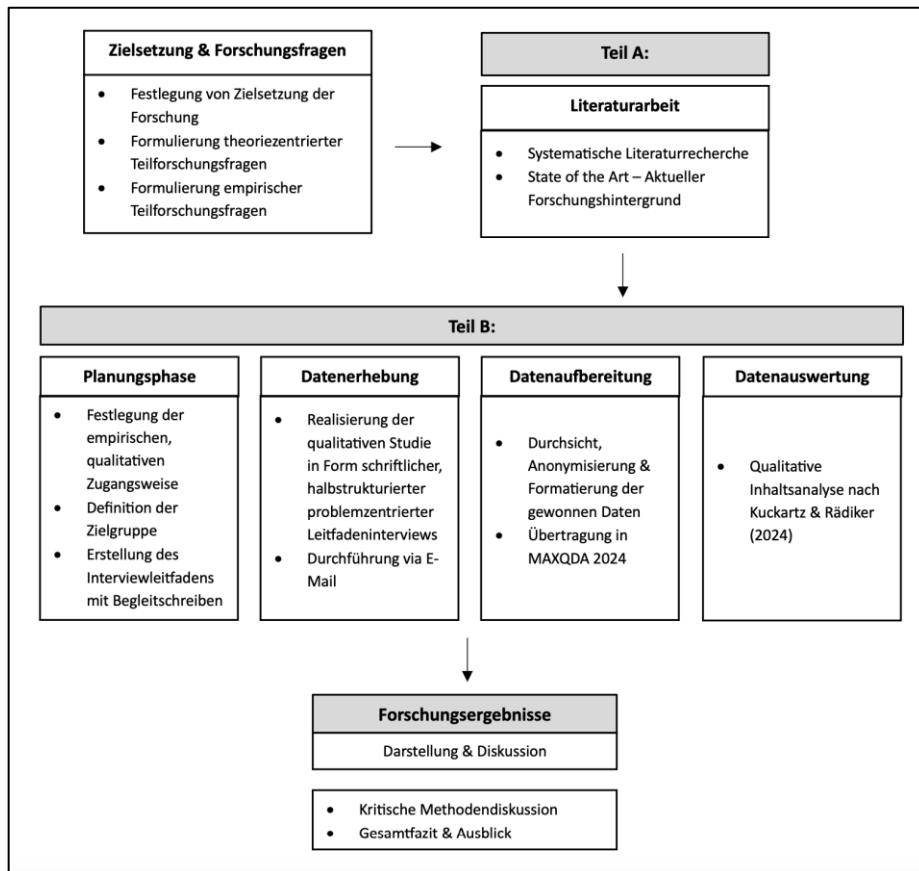


Abbildung 7: Überblick Forschungsdesign - Methodische Vorgehensweise (eigene Darstellung mittels Word)

7.1 Zielgruppe & Stichprobe

Als Zielgruppe für die qualitative Studie wurden Fachlehrpersonen der Unterrichtsgegenstände *Ernährung und Haushalt* sowie *Biologie und Umweltbildung* der Sekundarstufe 1 ausgewählt. Damit kommen als Interviewpartner*innen grundsätzlich Fachlehrkräfte der Schultypen Mittelschule und AHS-Unterstufe infrage, wobei Ernährungslehrpersonen der Sekundarstufe 1 lediglich an Mittelschulen, Biologiefachlehrkräfte hingegen sowohl in der Mittelschule als auch in der AHS-Unterstufe unterrichten (vgl. BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F.; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F.). Der schwerpunktmaßige Fokus auf die Sichtweisen von Sekundarstufe 1-Lehrkräften wurde aufgrund der bereits mehrfach angesprochenen, seit dem Schuljahr 2023/24 geltenden und damit gegenwärtig sehr

aktuellen Lehrplanerneuerungen (vgl. BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 7; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 3) gelegt. Um ein möglichst breites Spektrum an Sichtweisen zu erhalten, wurden im Vorfeld keine Einschränkungen hinsichtlich weiterer Parameter wie Alter oder Dienstjahre potentieller Studienteilnehmer*innen getroffen. Grundsätzlich war damit die Teilnahme an der qualitativen Studie für alle Ernährungs- und Biologiefachlehrkräfte der Sekundarstufe 1 österreichweit möglich. Die angestrebte Stichprobengröße wurde in einem vor der Erhebungsphase stattgefundenen Expert*innengespräch mit der Supervisorin dieser Arbeit auf zehn bis zwölf Interview-Partner*innen festgelegt, wobei auf eine möglichst gleichmäßige Verteilung von teilnehmenden Ernährungs- und Biologielehrpersonen geachtet wurde.

In Summe konnten elf Teilnehmer*innen für die qualitative Studie rekrutiert werden. Die Teilnahme erfolgte auf freiwilliger Basis, dazu wurde von allen Befragten eine schriftliche Einverständniserklärung (inklusive Datenschutzmitteilung) eingeholt. Die Stichprobe setzt sich aus zehn weiblichen Fachlehrkräften und einer männlichen Fachlehrkraft zusammen. Davon unterrichten insgesamt drei Lehrpersonen das Unterrichtsfach *Ernährung und Haushalt*, sechs Lehrpersonen das Unterrichtsfach *Biologie und Umweltbildung* und zwei weitere Lehrpersonen unterrichten beide der für die Untersuchung relevanten Fachgegenstände. Neun der befragten Personen können dem Schultyp Mittelschule zugeordnet werden, zwei dem Schultyp AHS. Der Altersdurschnitt liegt bei 29,5 Jahren (= errechneter Mittelwert), wobei sich die Alterspanne der Teilnehmer*innen von 25 Jahren bis 38 Jahren erstreckt. Die Dienstjahre der Interview-Partner*innen betragen zumindest zwei und maximal sieben Dienstjahre. Zum Zwecke der Anonymisierung wurden die beantworteten Interview-Fragebögen der Studienteilnehmer*innen durchnummeriert, womit jeder Bogen mit einer entsprechenden Nummer inklusive Kürzel (LP1 bis LP11) versehen wurde.

7.2 Datenerhebung

Als Datenerhebungsinstrument der qualitativen Studie dieser Arbeit dienen sogenannte *halbstrukturierte, problemzentrierte Leitfadeninterviews*. Ein näherer Einblick in ausgewählte, grundlegende Aspekte dieser Interviewmethode erfolgt im nachstehenden Unterkapitel 7.2.1. Der Interview-Fragebogen im Rahmen dieser Arbeit wurde anhand der bereits vorgestellten empirischen Teilstudienfragen selbst erstellt und zielt, wie bereits erläutert, auf die Erhebung der Sichtweisen betreffender Fachlehrpersonen zum Thema Gesundheitsbildung in der Schule ab. Um die Bereitschaft an der Studienteilnahme zu erhöhen und diese möglichst flexibel zu gestalten sowie um dadurch die Chance, ein möglichst breites Spektrum an Sichtweisen zu erheben, so hoch als möglich zu halten, wurden die Interviews schriftlich in Form eines auszufüllenden Word-Dokuments via Aussendung und Rücksendung über E-Mail realisiert. Die Datenerhebungsphase fand im Zeitraum von Mitte bis Ende

November 2024 statt und dauerte in etwa zwei Wochen. Die Interview-Unterlagen setzen sich aus dem Interview-Fragebogen, welcher insgesamt zehn Hauptfragen umfasst, sowie der zugehörigen Zustimmungserklärung/Datenschutzmitteilung, welche anhand eines Vorlagenblattes der Universität Wien erstellt wurde, zusammen. Diese beiden Dokumente wurden an die entsprechende Zielgruppe gemeinsam mit einem Einladungstext via E-Mail übermittelt. Im Rahmen des Interview-Fragebogenbogens wurden vor den eigentlichen zehn Hauptfragen ausgewählte, für den Kontext bedeutsame demografische Angaben der Teilnehmer*innen erhoben. Diese umfassen Alter, Geschlecht, Dienstjahre, Schultyp sowie die Frage, ob die betreffende Fachlehrkraft *Ernährung und Haushalt* und/oder *Biologie und Umweltbildung* unterrichtet.

7.2.1 Schriftliche halbstrukturierte, problemzentrierte Leitfadeninterviews

Interviews zählen zu bedeutungsvollen, wissenschaftlich anerkannten Datenerhebungsinstrumenten auf dem empirischen Forschungsgebiet (Loosen, 2016). In diesem Kontext werden eine Vielzahl qualitativer Interviewmethoden unterschieden (Mayring, 2023). Das sogenannte *problemzentrierte Interview* kann dabei als eine bestimmte Form der *Leitfadeninterviews* betrachtet werden, welche wiederum in der übergeordneten Kategorie der *qualitativen Einzelinterviews* verortet werden können (Misoch, 2019, S. 65). Ursprünglich wurden qualitativ ausgerichtete Interviews in „Face-to-Face-Situationen“ konzipiert (Schiek, 2022, o. S.). Eine weitere Möglichkeit, Befragungen auf dem Gebiet der „qualitativen Sozialforschung“ zu realisieren, besteht in Form sogenannter „asynchrone[r] schriftliche[r] Online-Interviews“ (Schiek, 2022, o. S.). Diese Option kann beispielsweise via Versendung über E-Mail umgesetzt werden und kommt damit auch für die Durchführung von *Leitfadeninterviews* infrage (Schiek, 2022, o. S.).

Ein *Leitfaden* wird in diesem Zusammenhang als essentieller Grundbestandteil von Interviews im qualitativen Bereich beschrieben, welcher sowohl eine strukturgebende Eigenschaft besitzt, als auch als inhaltliches Steuerungsinstrument herangezogen wird (Misoch, 2019, S. 65). Mithilfe des *Leitfadens* werden im Vorfeld des Interviews relevante Themenbereiche bzw. konkrete Fragenstellungen bestimmt (Loosen, 2016; Misoch, 2019), wobei das genaue Ausmaß der detaillierten Ausgestaltung variiert werden kann (Misoch, 2019): Damit können Stichwörter genauso wie ausformulierte und in eine bestimmte Abfolge gebrachte Fragen als *Leitfaden* gelten. Insgesamt werden *Leitfadeninterviews* auf dem Feld der qualitativen sowie offenen Erhebungsmöglichkeiten als „eine vergleichsweise strukturierte Interviewmethode“ (Loosen, 2016, S. 139) angesehen, wobei sich die Befragungen durch den Einsatz des *Leitfadens* zwischen den Gegensätzen *Offenheit* und *Strukturierung* bewegen (Loosen, 2016, S. 139). Dementsprechend werden *Leitfadeninterviews* aufgrund ihrer Vorgehensweise auch als „halbstrukturiert“ beschrieben (Misoch, 2019, S. 65). Wichtig mit Blick auf den weiteren

Forschungsverlauf erscheint zudem, dass unter Zuhilfenahme eines *Leitfadens* eine möglichst genaue Vergleichbarkeit der erhobenen Forschungsdaten gewährleistet werden soll (Misoch, 2019, S. 66). Wie bereits erwähnt, wurden für die qualitative Studie in dieser Arbeit die Fragestellungen genau ausformuliert, in einem Word-Dokument verschriftlicht und in einem Interview-Fragebogen an die Interview-Partner*innen übermittelt.

Das *problemzentrierte Interview* stellt wie erwähnt laut Misoch (2019, S. 71) eine Kategorie der *Leitfadeninterviews* dar, während Mayring (2023, S. 60) darunter „alle Formen der offenen, halbstrukturierten Befragung“ versteht. Im Zentrum des Interesses steht ein für die Gesellschaft bedeutsames Themengebiet, das in diesem Kontext als „Problemstellung“ (Mayring, 2023, S. 61) bzw. „Problem“ (Misoch, 2019, S. 71) bezeichnet wird. Im Kontext dieser Arbeit geht es schwerpunktmäßig um das Thema „Gesundheitsbildung in der Schule“, dessen gesellschaftliche Bedeutsamkeit im ersten Teil dieser Arbeit zum Ausdruck gebracht wird. Das Interview zielt dabei auf die Erforschung individueller „subjektive[r] Sichtweisen oder Sinnkonstruktionen“ ab (Misoch, 2019, S. 71). Bedeutsam ist, dass schon im Vorfeld der Befragungen eine kritische Auseinandersetzung mit dem jeweiligen Themengebiet auf objektiver Ebene durch die bzw. den Forschende*n erfolgt ist, dessen unterschiedliche Aspekte im *Interviewleitfaden* Berücksichtigung finden und folglich im Interview zur Sprache gebracht werden können (Mayring, 2023). Damit bringt die forschende Person vorab theoretische Grundkenntnisse über die Thematik mit, welche auf die genaue Interviewausgestaltung Einfluss nehmen (Misoch, 2019). Diese in der Fachliteratur beschriebene theoretische Auseinandersetzung im Vorfeld der Befragungen fand im Zuge der Bearbeitung des ersten Abschnitts dieser Arbeit statt, welche zeitlich vor dem empirischen Teilabschnitt erfolgte. Die Interview-Partner*innen sollen ihrerseits so uneingeschränkt als möglich antworten können, womit die Gestaltung der Interviewsituation an die eines „offenen Gespräch[s]“ angelehnt ist (Mayring, 2023, S. 61). Damit in Einklang stehend betrachtet Misoch (2019, S. 71) „das Erzählen“ als einen wesentlichen Aspekt *problemzentrierter Interviews*. Bedeutsam in weiterer Folge ist das Zusammenführen des theoriebasierten Vorwissens mit dem neu erhobenen Wissen (Misoch, 2019, S. 71-72), wodurch sich ein gegenseitiger Einfluss von „Induktion“, das heißt der empirisch erhobenen Auffassungen, und „Deduktion“, also dem theoretischen Feld, ergibt (Misoch, 2019, S. 73), welches Misoch (2019, S. 71) auch als „induktiv-dekuktive[s] Wechselspiel“ beschreibt. Letztendlich wird das Ziel von *problemzentrierten Interviews* in der sogenannten „datengestützte[n] Theoriebildung“ gesehen (Misoch, 2019, S. 72).

7.3 Datenaufbereitung

Nach der Datenerhebungsphase folgt in einem nächsten Schritt die Phase der Datenaufbereitung. Hierzu wurden die per E-Mail als Word- bzw. PDF-Dokumente retournierten, beantworteten Interview-Fragebögen zunächst durchgesehen. Die im Zuge der Datenaufbereitung bei mündlichen Interviewformen nötige Transkription war infolge der schriftlichen Vorgangweise nicht erforderlich. Allerdings wurden teilweise Korrekturen von enthaltenen Rechtschreib- bzw. Tippfehlern vorgenommen, sofern dadurch die Bedeutung nicht verändert wurde. Um eine anonymisierte Auswertung der Daten zu gewährleisten, wurden die Dokumente auf persönliche Daten bzw. Daten, die persönliche Rückschlüsse ermöglichen könnten, hin überprüft. Entsprechende Daten wurden entfernt und durch neutrale Ausdrücke in eckiger Klammer ersetzt.

Weiters wurden die elf Dokumente in das Programm *MAXQDA 2024* übertragen und entsprechend formatiert: So wurden für die Auswertung unrelevante Textpassagen der Interview-Fragebögen entfernt, um im Sinne der Lesbarkeit den Fokus auf die für die Studie wesentlichen erhobenen Daten richten zu können. Zudem wurden die Dokumente mit dem Vermerk „LP 1“ bis „LP11“ durchnummeriert, um eine übersichtliche Auswertung zu ermöglichen.

Bei „MAXQDA“ handelt es sich um eine computergestützte „QDA-Software“ (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 201). Die Verwendung solcher Programme zur Analyse von qualitativen Datenmaterial zählt gegenwärtig zu den Standardverfahren (Kuckartz & Rädiker, 2024). Im Gegensatz zu *quantitativen Daten*, welche auch unter dem Begriff „numerische Daten“ bekannt sind und sich auf zahlenbasierte Datensätze beziehen, ist das Feld der *qualitativen Daten* breiter gefasst und schließt unter anderem Audioaufzeichnungen, Bilder oder Textmaterial mit ein (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 16). Die hier gewonnenen Daten in Form schriftlich vorliegender Interviewantworten sind damit im qualitativen Bereich zu verorten und können daher anschließend an die Datenaufbereitung mithilfe des vorgestellten Computerprogramms *MAXQDA 2024* analysiert und ausgewertet werden.

7.4 Datenauswertung

7.4.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz & Rädiker (2024)

Die Analyse und Auswertung des gewonnenen Datenmaterials erfolgt als *qualitative Inhaltsanalyse* nach Kuckartz & Rädiker (2024). Mithilfe dieser Methode können sämtliche in Zusammenhang mit Kommunikation entstandene Daten, wie beispielsweise vorliegendes Textmaterial, wissenschaftlich analysiert werden. Ein exemplarisches Beispiel für Datensätze, die im Regelfall einer *qualitativen Inhaltsanalyse* unterzogen werden, sind verschiedenste Interviewarten (Kuckartz & Rädiker, 2024).

Von Kuckartz & Rädiker (2024, S. 41) in diesem Zusammenhang explizit erwähnt wird unter anderem das *problemzentrierte Interview*, dessen Grundzüge im Rahmen dieser Studie angewendet wurden.

Zentrales Kennzeichen einer *qualitativen Inhaltsanalyse* ist eine „systematische und methodisch kontrollierte“ Vorgehensweise (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 39). Von essentieller Bedeutung dabei ist das Herausarbeiten von Kategorien, anhand derer das gesamte für die Beantwortung der jeweiligen Forschungsfragen relevante Datenmaterial codiert wird (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 39). Entscheidend bei diesem Prozess ist, dass die Kategorien dabei unter anderem „induktiv“ oder „deduktiv“ gebildet werden können (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 39). Bei induktiven Kategorien erfolgt die Kategorienbildung „direkt am Material“ (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 82). Um Kategorien deduktiv zu bilden, stehen verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung, denen gemeinsam ist, dass die Bildung größtenteils ohne Heranziehung des gewonnenen Datenmaterials geschieht (Kuckartz & Rädiker, 2024). Während also bei einer induktiven Vorgehensweise der Fokus auf die Empirie gerichtet ist, zeichnet sich eine deduktive Vorgehensweise durch eine theoretische Orientierung aus (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 71). Herczeg & Wippersberg (2021, S. 49) halten fest, dass mithilfe einer deduktiven Vorgehensweise Schlussfolgerungen „vom Allgemeinen auf das Besondere (den Einzelfall)“ gezogen werden können, wohingegen eine induktive Vorgehensweise die Erschließung „vom Besonderen (dem Einzelfall) auf das Allgemeine“ ermöglicht.

Wesentliches Ziel einer *qualitativen Inhaltsanalyse* ist es, die erhobenen Daten zusammenzufassen und vereinfachend darzustellen (Kuckartz & Rädiker, 2024). Dabei ist das Systematisieren und Vergleichen der Datensätze von essentieller Bedeutung (Kuckartz & Rädiker, 2024). Obwohl die Vorgangsweise bei einer *qualitativen Inhaltsanalyse* von einer gewissen Offenheit geprägt ist und beispielsweise auf das anfängliche Aufstellen von Hypothesen verzichtet werden kann, sind bestimmte Regeln vorgegeben (Kuckartz & Rädiker, 2024). Ausschlaggebend ist, dass zwar eine Einteilung der *qualitativen Inhaltsanalyse* in unterschiedlichen Schritten existiert, dabei jedoch weniger eine klare lineare Abfolge der Schritte, sondern vielmehr ein zirkuläres Vorgehen typisch ist (Kuckartz & Rädiker, 2024). Zudem können Auswertungs- und Erhebungsphase nebeneinander ablaufen, ebenso sind sogenannte „Rückkoppelungsschleifen“ üblich, wohingegen eine exakte Trennung der einzelnen Phasen nicht kennzeichnend für *qualitative Inhaltsanalysen* ist (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 44). Außerdem kommt bei dieser Analysemethode den Bereichen Textverständnis und -interpretation eine tragende Bedeutung zu (Kuckartz & Rädiker, 2024). In diesem Zusammenhang wichtig zu bedenken ist, dass nach dem Codievorgang, welcher sich durch eine „hermeneutisch-interpretativ“ angelehnte Vorgangsweise auszeichnet, die erhobenen Datensätze nicht als abschließend behandelt gelten,

sondern im anschließenden Verlauf der Analyse weiterhin bedeutsam bleiben (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 44).

Um nun eine *qualitative Inhaltsanalyse* praktisch zu realisieren, stehen grundsätzlich zahlreiche Varianten zur Auswahl, Kuckartz und Rädiker (2024, S. 104) verweisen hierzu auf entsprechende Literatur. Die Autoren selbst fokussieren in ihrem Werk auf drei grundlegende methodische Varianten, die sich auch als „*Basismethoden*“ bezeichnen (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 104). Die „*inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse*“ gilt dabei als die „*Kernmethode der qualitativen inhaltsanalytischen Verfahren*“ (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 104). Die Analyse und Auswertung der Datensätze der vorliegenden Studie orientiert sich an der Vorgehensweise dieser Variante.

7.4.2 Inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz & Rädiker (2024)

Die Analyse und Auswertung der gewonnenen Datensätze orientiert sich an den Schritten der *inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse* nach Kuckartz & Rädiker (2024). Diese methodische Variante eignet sich unter anderem für die Auswertung gewonnener Daten aus *Leitfaden- bzw. problemzentrierten Interviewarten* (Kuckartz & Rädiker, 2024). Der grundlegende Ablauf einer *inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse* gliedert sich in sieben Phasen, wobei im Zentrum der Betrachtung die Forschungsfragen stehen und stets den Ausgangspunkt der einzelnen Phasen bilden. Die nachstehende Grafik, entnommen aus Kuckartz & Rädiker (2024, S. 132), veranschaulicht den Ablauf dieser Auswertungsmethode:

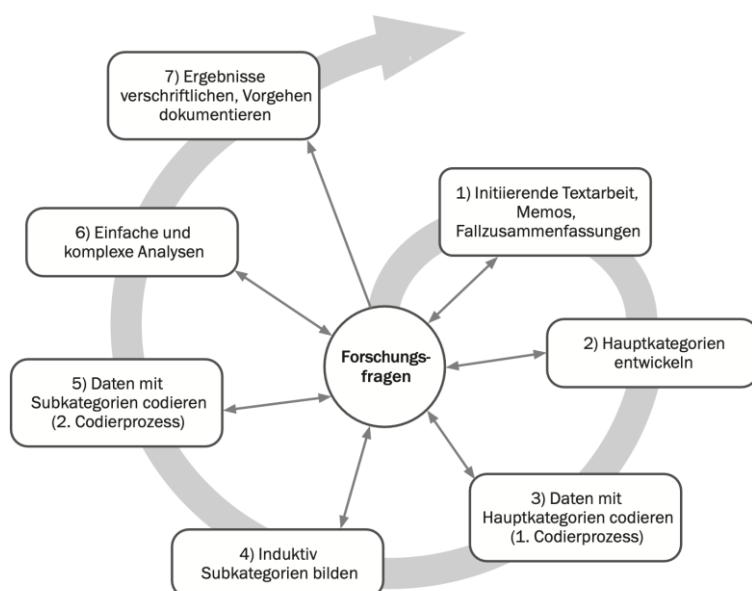


Abbildung 8: Durchführung der *inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse* (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 132)

Wie bereits in Kapitel 7.3 beschrieben, wurde im Vorfeld im Zuge der Datenaufbereitung das schriftlich vorliegende Textmaterial der Interviews in das Programm *MAXQDA 2024* übertragen. Von diesem Startpunkt ausgehend wurden die Datensätze zunächst entsprechend Phase 1 der *inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse*, der „Initiiierende[n] Textarbeit“, sorgsam durchgelesen (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 132). Es erfolgte eine eingehendere Betrachtung des Textmaterials mit der Intention, sich einen ersten Überblick zu verschaffen.

Daran anschließend folgt Phase 2, die die *Entwicklung von Hauptkategorien* vorsieht (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 133). Ziel der Kategorienbildung ist es, das Datenmaterial inhaltlich zu strukturieren. Die Bildung der Hauptkategorien der hier gewonnenen Datensätze erfolgte zum überwiegenden Teil deduktiv auf Basis des Interviewleitfadens, welcher wiederum anhand der Forschungsfragen erstellt wurde. Ausnahme bildet lediglich eine Hauptkategorie, die im späteren Verlauf induktiv, also aus dem vorliegenden Datenmaterial heraus, gebildet wurde. Außerdem wurden entsprechend des Interviewleitfadens für eine deduktiv gebildete Hauptkategorie (Hauptkategorie Sechs) deduktive Subkategorien gebildet. Dieser Umstand ergab sich aufgrund der Struktur des Interviewleitfadens, welcher zu einer bestimmten Hauptfrage mehrere Unterfragen stellte, aus denen die angesprochenen deduktiven Subkategorien im Zuge des Analyseprozesses herausgebildet wurden.

Die weiteren Phasen 3 bis 5 sehen einen *ersten Codervorgang* entlang der gebildeten Hauptkategorien, das *Bilden induktiver Subkategorien* sowie einen *zweiten Codervorgang* entlang der gebildeten Subkategorien vor (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 132).

Entsprechend der Vorgehensweise nach Kuckartz & Rädiker (2024) wurde das vorliegende Datenmaterial zunächst in einem ersten Codierdurchgang entlang der deduktiv gebildeten Hauptkategorien, sowie im vorliegenden Fall zu den bereits anfänglich gebildeten deduktiven Subkategorien, codiert, was bedeutet, dass eine erste Zuordnung einzelner Textpassagen zu den Kategorien vorgenommen wurde (Kuckartz & Rädiker, 2024). Laut Kuckartz & Rädiker (2024) muss dabei nicht das gesamte Textmaterial codiert werden, sondern nur jenes, dass auch für die Beantwortung der Forschungsfragen von Bedeutung erscheint. Auch im Rahmen des hier durchgeföhrten Analyseprozesses konnten einzelne Textpassagen ohne Relevanz für die Forschungsfragen identifiziert und entsprechend nicht codiert werden. Eine Frage, die sich beim Codieren recht früh ergab, betraf den grundsätzlichen Umfang der zu codierten Textpassagen bzw. ihrer idealen Größe, der sich auch Kuckartz & Rädiker (2024) widmen. Die Autoren sprechen in diesem Zusammenhang von „Sinneinheiten“, deren Umfang oftmals zumindest einen vollständigen Satz

beträgt (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 136). Ebenso können mehrere Sätze oder ganze Absätze als „Sinneinheit“ codiert werden. Ist die Antwort auf eine Frage kurzgehalten, kann auch die ganze Antwort codiert werden. Essentiell ist, dass das codierte Textelement für sich genommen verstanden werden kann, dementsprechend muss abgewogen werden, wie viel Zusatzinformation mitcodiert werden soll (Kuckartz & Rädiker, 2024). Im Falle dieser Auswertung umfassen die Codierungen der Hauptkategorien eher längere Textelemente, teilweise sind ganze Absätze oder die gesamte Antwort codiert, während beim späteren Codieren der Subkategorien die einzelnen *Sinneinheiten* im Vergleich dazu eher weniger Textmaterial umfassen, also teilweise nur einzelne Wörter codiert wurden. Wichtig ist, dass stets auf ein klares Verständnis der einzelnen Codierungen geachtet wurde.

Nach dem ersten Codierdurchlauf entlang der Hauptkategorien sowie der deduktiv gebildeten Subkategorien erfolgte die Bildung der induktiven Subkategorien aus dem vorliegenden Datenmaterial (vgl. Phase 4). In einem nächsten Schritt wurde das gesamte Datenmaterial entlang der induktiven Subkategorien erneut codiert (vgl. Phase 5). Laut Kuckartz & Rädiker (2024) werden die Phasen 4 und 5 typischerweise in mehrmaligen Abläufen wiederholt. Das Vornehmen von Optimierungen und kontinuierlichen Adaptionen beim erstellten Kategoriensystem zählt zu den wesentlichen Schritten im Analyseprozess, wobei sich irgendwann eine gewisse „Sättigung“ einstellt (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 92). In diesem Zusammenhang wesentliche Kriterien, die zur Beurteilung möglicher notwendiger Anpassungen des Kategoriensystems herangezogen werden, sind beispielsweise: *Trennschärfe*, *Plausibilität*, *gute Präsentierbarkeit* und *Kommunizierbarkeit* (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 92). Im Falle des hier durchgeföhrten Auswertungsprozesses wurde eine Vielzahl an Codierprozessen durchlaufen, bis ein gewisser Grad an Sättigung erreicht wurde, welcher im Zuge eines Expert*innengesprächs mit der Betreuerin dieser Arbeit erkannt wurde. Zusammenfassend ermöglichten die mehrmaligen Codierdurchläufe nicht nur eine stetige Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung der induktiven Subkategorien (vgl. Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 142), sondern auch die Eröffnung einer weiteren induktiv gebildeten Hauptkategorie, die das anfänglich deduktiv gebildete Hauptkategoriensystem ergänzte.

Da im Regelfall der Fokus auf ausgewählte Kategorien gelegt wird, verbleiben laut Kuckartz & Rädiker (2024) üblicherweise einzelne Hauptkategorien ohne Subkategorien. Hinsichtlich einer zahlenmäßigen Größeneinordnung für das zu bildende Kategoriensystem bei Interviewstudien geben die Autoren an, dass die Anzahl von 20 Hauptkategorien meist nicht überschritten wird sowie, dass in der Regel maximal zehn Subkategorien pro Hauptkategorie formuliert werden (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 92). Im Zuge des hier durchgeföhrten Auswertungsprozesses wurden insgesamt 13 Hauptkategorien gebildet, wobei für sechs davon zugehörige Subkategorien herausgebildet werden konnten. Die

Gesamtsumme der gebildeten Subkategorien umfasst 32. Wichtig zu beachten dabei ist, dass maximal sieben Subkategorien pro Hauptkategorie entwickelt wurden. Außerdem ergaben sich im Laufe des Analyseprozesses eine Gesamtanzahl von 306 codierten Segmenten.

Die folgenden Abbildungen dienen dem Überblick über das erstellte Kategoriensystem in *MAXQDA 2024*. Aufgrund der Darstellungsmöglichkeiten teilt sich die Abbildung des Kategoriensystems in zwei Grafiken. Die erste Abbildung (vgl. Abbildung 9) zeigt die Anzahl der 306 codierten Segmente, sowie die Hauptkategorien Eins bis Neun (= K1 bis K9), inklusive der zugehörigen Subkategorien (= K6_1 bis K6_6 bzw. K7_1 bis K7_5). Die zweite Abbildung (vgl. Abbildung 10) zeigt die weiteren Hauptkategorien Zehn bis 13 (= K10 bis K13), inklusive der zugehörigen Subkategorien (= K10_1 bis K10_7 bzw. K11_1 bis K11_5 bzw. K12_1 bis K12_2 bzw. K13_1 bis K13_7):

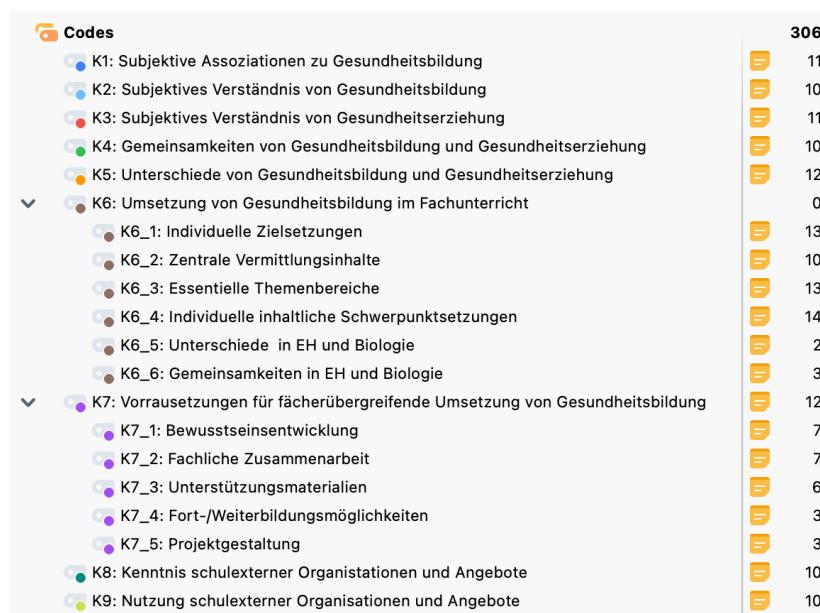


Abbildung 9: Überblick Erstellung des Kategoriensystems - Teil 1 (eigene Darstellung mittels MAXQDA 2024)

▼	● K10: Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung	12
	● K10_1: Verpflegungsmöglichkeiten	13
	● K10_2: Bewegungsmöglichkeiten	8
	● K10_3: Schulraumgestaltung	6
	● K10_4: Schulklima	3
	● K10_5: Verhalten im Schulalltag	5
	● K10_6: Projekte, Exkursionen & Veranstaltungen	5
	● K10_7: Angebote für mentale Gesundheit	5
▼	● K11: Schulspezifische außerunterrichtliche Umsetzung von Gesundheitsbildung	12
	● K11_1: Verpflegungsgestaltung	6
	● K11_2: Pausengestaltung	3
	● K11_3: Verhaltensregelungen	2
	● K11_4: Projekte, Exkursionen & Veranstaltungen	5
	● K11_5: Angebote für mentale Gesundheit	5
▼	● K12: Schulspezifische unterrichtliche Integration von Gesundheitsbildung	7
	● K12_1: Bewegungsintegration	4
	● K12_2: Stundenplangestaltung	3
▼	● K13: Künftige außerunterrichtliche Integrationspotentiale von Gesundheitsbildung	7
	● K13_1: Verpflegungspotentiale	4
	● K13_2: Bewegungspotentiale	5
	● K13_3: Projekte, Exkursionen & Veranstaltungen	9
	● K13_4: Schulgartennutzung	3
	● K13_5: Außerschulische Vernetzungen	2
	● K13_6: Elternzusammenarbeit	2
	● K13_7: Mitgestaltungsmöglichkeiten für Schüler*innen	3

Abbildung 10: Überblick Erstellung des Kategoriensystems - Teil 2 (eigene Darstellung mittels MAXQDA 2024)

Neben dem Erstellen eines Kategoriensystems wird der Festlegung zugehöriger Kategoriedefinitionen eine essentielle Bedeutung beigemessen: Einerseits soll dadurch eine Nachvollziehbarkeit der durchgeföhrten Analyse für Außenstehende gewährleistet sowie eine Dokumentation ermöglicht werden, anderseits bilden die Definitionen einen zentralen Baustein des Codierleitfadens, der eine Hilfestellung für die codierende Person selbst darstellt (Kuckartz & Rädiker, 2024). Besonders geachtet wurde daher auf eine möglichst präzise Benennung der Kategorien sowie auf möglichst klar und eindeutig formulierte zugehörige Definitionen und Codierregeln, um dadurch eine möglichst eindeutige und genaue Zuordnung zu erreichen. Als hilfreich in diesem Prozess erwiesen sich sogenannte Memos, die im verwendeten Programm MAXQDA 2024 erstellt werden konnten. Einige Textpassagen wurden auch mehreren Kategorien zugeordnet. Diese Mehrfachcodierungen sind laut Kuckartz & Rädiker (2024) möglich, da eine einzelne Textpassage verschiedene Themen beinhalten kann, die somit eine Mehrfachzuordnung erforderlich macht. Damit können sich Überschneidungen von codierten Textelementen ergeben, die auch im Falle dieses Auswertungsprozesses auftraten. Der bereits thematisierte Codierleitfaden wurde unter Zuhilfenahme der vorab erstellten Memos in MAXQDA 2024 in Form einer Word-Tabelle gegen Ende des Analyseprozesses erstellt. Ergänzend zu den Kategoriedefinitionen ist die Auswahl von zugehörigen plakativen Textstellen bzw. Zitaten beim Codierleitfaden essentiell (Kuckartz & Rädiker, 2024). Wichtig zu beachten ist, ein jeweils charakteristisches Beispielzitat auszuwählen, welches möglichst trennscharf zu anderen Kategorien sein sollte und somit eine möglichst sichere Handhabung der Kategorien ermöglicht (Kuckartz & Rädiker, 2024).

Der erstellte Codierleitfaden dieser Arbeit setzt sich aus dem erstellten Kategoriensystem, der jeweiligen Kategoriedefinitionen und Codierregeln sowie den Ankerbeispielen zusammen und kann im Anhang nachgelesen werden (siehe Anhang II.).

Anschließend an den erstellten Codierleitfaden wurde eine weitere Tabelle konzipiert. Diese Tabelle enthält eine Zusammenfassung aller codierten Segmente. Die Tabelle listet alle 306 codierten Segmente in übersichtlicher Form samt der jeweiligen genauen Textstelle (LP und Position) sowie dem zugehörigen Code auf. Überdies wurden einzelne Zusammenfassungen aller zitierten codierten Segmente erstellt. Diese Arbeitsschritte ermöglichen nicht nur eine systematische Darstellung, sondern auch eine gute Dokumentation und Nachvollzierbarkeit der durchgeföhrten Analyse (Kuckartz & Rädiker, 2024). Überdies bilden die Zusammenfassungen eine wichtige Basis für die folgenden Analyseschritte (vgl. Phase 6) (Kuckartz & Rädiker, 2024). Die zusammenfassende Tabelle findet sich im Anhang (siehe Anhang III.) und wurde in der vorliegenden Arbeit als wesentliches Hilfsinstrument für die Ergebnisanalyse herangezogen. Die Darstellung der Ergebnisse entlang der Codes kann in Kapitel 8 nachgelesen werden. Die anschließende Ergebnisdiskussion, die die Beantwortung der empirischen Forschungsfragen umfasst sowie eine Verknüpfung von Theorie und Empirie dieser Forschung zum Ziel hat, findet sich im nachstehenden Kapitel 9.

7.5 Gütekriterien qualitativer Forschung

Ein zentraler Maßstab im Feld der empirischen Forschung besteht in der Anwendung bestimmter Gütekriterien, um das Qualitätsniveau der Forschung einschätzen zu können (Mayring, 2023). Dies gilt sowohl für den quantitativen, als auch den qualitativen Forschungsbereich (Kuckartz & Rädiker, 2024; Mayring 2023). In der Wissenschaft seit längerem geföhrte Debatten gehen der Frage nach, ob die „klassischen Kriterien“ der quantitativen Forschung, welche auf „Standardisierung, Messbarkeit, Genauigkeit und Reproduzierbarkeit“ ausgelegt sind, auch im Feld der qualitativen Forschung Anwendung finden können (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 234). Hierzu entwickelten sich drei grundlegende Standpunkte: Erstens „Universalität von Gütekriterien“; Zweitens „Spezifität von Gütekriterien für die qualitative Forschung“; sowie Drittens „Ablehnung von Gütekriterien für die qualitative Forschung“ (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 234). Mayring (2023) verweist in diesem Kontext auf aktuell geföhrte wissenschaftliche Diskurse, wonach sich die Kriterien des quantitativen Forschungsfeldes nicht einfach auf das qualitative übertragen ließen und betont darüber hinaus die Bedeutung von speziell auf die jeweilige Methode abgestimmten Gütekriterien für qualitative Forschungen. Dazu hält Mayring (2023, S. 122) sechs universelle Gütekriterien für die qualitative

Forschung fest. Nachstehend werden diese kurz vorgestellt und erläutert, sowie bezugnehmend auf die in dieser Arbeit durchgeführte Studie kritisch betrachtet und reflektiert.

Das erste der sechs allgemeinen Gütekriterien nach Mayring (2023) lautet „Verfahrensdokumentation“ (Mayring, 2023, S. 123): Darunter wird die Bedeutsamkeit einer möglichst detaillierten Dokumentation des Forschungsvorgehens verstanden mit dem Ziel, eine Plausibilität des Prozesses für Außenstehende zu ermöglichen. Umfasst sind dabei neben der Darlegung des Vorverständnisses die Beschreibung der Zusammensetzung der zu Hilfe genommenen Analyseinstrumente sowie Datenerhebung und Datenauswertung (Mayring, 2023). Im Zuge dieser Arbeit wurde das Kriterium durch eine möglichst vollständige und umfassende Dokumentation des gesamten Forschungsprozesses berücksichtigt. Es wurde darauf geachtet, alle Phasen der Forschung inklusive Forschungsdesign, Datenerhebung, Datenaufbereitung und Datenauswertung möglichst genau zu beschreiben und schriftlich festzuhalten. Zudem wurden ebenso zugehörige Analysematerialien wie Codierleitfaden sowie die zusammenfassende Tabelle der codierten Segmente schriftlich dokumentiert und können ebenso wie die zugrundeliegenden Datensätze der Interviews, welche in Form von schriftlichen Textdokumenten einsehbar sind, im Anhang nachgelesen werden.

Neben einer adäquaten Dokumentation ist es essentiell, eine entsprechende Qualität der im qualitativen Forschungsfeld unerlässlichen Interpretationen zu sichern. Gemäß des zweiten Gütekriteriums, der „Argumentative[n] Interpretationsabsicherung“ (Mayring, 2023, S. 123) gilt es, die Interpretationen mit argumentativen Begründungen zu untermauern. Wesentlich dabei ist, dass die Interpretationen dem Vorverständnis zu folgen haben, um eine „sinnvoll theoriegeleitet[e]“ Interpretation zu gewährleisten (Mayring, 2023, S. 123). Weiters zentral sind stringenten Interpretationen, etwaige „Brüche“ bedürfen Erklärungen, daneben gilt es auch, eventuelle „Alternativdeutungen“ entsprechend zu berücksichtigen (Mayring, 2023, S. 123). Bezugnehmend auf das vorliegende Forschungsgeschehen wird dieses Gütekriterium berücksichtigt, indem im Rahmen der Ergebnisdiskussion (siehe Kapitel 9) die empirischen Ergebnisse mit dem zugehörigen Theorienteil dieser Arbeit in Beziehung gesetzt und mit diesem verknüpft werden, also ein Vergleich von Theorie und Empirie gezogen wird, sowie eine Einordnung und Reflexion der Forschungsergebnisse im Hinblick auf die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche erfolgt.

Das dritte Gütekriterium lautet „Regelgeleitetheit“ (Mayring, 2023, S. 123), wonach bei qualitativen Forschungstätigkeiten auf die Einhaltung bestimmter Regeln zu achten ist. Zentral dabei ist eine systematische Bearbeitung des Datenmaterials. Dies schließt unter anderem bereits im Vorfeld festzusetzende Analyseschritte mit ein, sowie weiters ein Vorgehen orientiert an bestimmten

Schritten. Da qualitative Forschungen ihre Gegenstandsoffenheit auszeichnet, sind Veränderungen der Analyseschritte durchaus denkbar. Dennoch hält Mayring (2023) fest, dass ohne die Einhaltung von Regeln qualitative Forschung bedeutungslos wäre. Die vorliegende Forschung orientiert sich an den Schritten der *inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse* nach Kuckartz & Rädiker (2024) (siehe Kapitel 7.4), wodurch eine systematische Herangehensweise und Analyse des Datenmaterials gewährleistet werden konnte und damit das *Gütekriterium der Regelgeleitetheit* nach Mayring (2023) erfüllt wird. Alle Schritte sind genau dokumentiert und können entsprechend nachgelesen werden.

Das vierte Kriterium heißt „Nähe zum Gegenstand“ (Mayring, 2023, S. 124). Wesentlich dabei ist, dass qualitative Forschungsbemühungen an der Lebensrealität der beforschten Subjekte ansetzen sollen und damit Forschung nicht im Labor betrieben wird, sondern direkt in ihrer natürlichen Lebenswelt. Ziel dabei ist die Inblicknahme bestimmter sozialer Problemstellungen, wobei die Forschung für die Betroffenen dienlich und an ihren Interessen orientiert sein soll. Dabei ist die Schaffung eines offenen Verhältnisses auf Augenhöhe zwischen Forscher*in und Beforschten essentiell (Mayring, 2023). Im Hinblick auf die vorliegende Studie wurden die Sichtweisen von EH- und Biologiefachlehrkräften der Sekundarstufe 1 zum Thema Gesundheitsbildung in der Schule erhoben. Insbesondere aufgrund der bereits mehrfach beschriebenen gegenwärtig aktuellen Relevanz der Lehrplanerneuerungen in den Schultypen der Sekundarstufe 1 (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 7; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 3; siehe z.B. Kapitel 4.2) kommt dem Thema Gesundheitsbildung eine große Bedeutung in der tatsächlichen Lebensrealität der Studienteilnehmer*innen zu. Außerdem wurde durch das Setting der Forschung, nämlich der Erhebung ihrer individuellen Sichtweisen, versucht, in einen schriftlichen Dialog auf Augenhöhe zu treten. Somit findet auch das vierte Gütekriterium nach Mayring (2023) entsprechend Berücksichtigung.

Das fünfte Gütekriterium „Kommunikative Validierung“ (Mayring, 2023, S. 124) thematisiert die Überprüfung der Ergebnis- bzw. Interpretationsgültigkeit. Diese kann durch eine Ergebnisdarlegung an die Forschungsteilnehmer*innen sowie einer mit ihnen geführten Diskussion darüber erreicht werden. Aufgrund der hier ausgewählten Vorgangsweise der Datenerhebung in Form von schriftlichen Interviews sowie der fehlenden Diskussion mit den Studienteilnehmer*innen findet das fünfte Kriterium nach Mayring (2023) weniger Beachtung.

Allerdings wurden im Rahmen der Forschungsarbeit laufend fachliche Diskussionen mit der Supervisorin dieser Arbeit geführt. Auch Kuckartz & Rädiker (2024, S. 249) setzen sich mit dem Thema „Gültigkeitsprüfungen“ in Bezug auf Ergebnisse im qualitativen Forschungsfeld auseinander und stellen mehrere Möglichkeiten diesbezüglich vor. Neben der Möglichkeit, mit den

Forschungsteilnehmer*innen in Diskussion zu treten, also ein Vorgehen entsprechend einer „kommunikative[n] Validierung“ (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 249) zu wählen, welches damit im Einklang mit dem Gütekriterium „Kommunikative Validierung“ nach Mayring (2023, S. 124) steht, sehen die Autoren auch in Expert*innen wichtige Diskussionspartner*innen, um eine entsprechende Gültigkeit der Forschungsergebnisse zu gewährleisten. Wesentlich dabei sind Treffen und ein Austausch auf regelmäßiger Basis, wodurch die Expertise von Expert*innen in die Forschung miteinbezogen wird (Kuckartz & Rädiker, 2024). Durch die eben erwähnten laufenden Diskussionen mit der Betreuerin der Masterarbeit in Form zahlreicher Treffen hat stets ein enger Austausch und fachlicher Input während des gesamten Forschungsgeschehens stattgefunden, wodurch eine der genannten Möglichkeiten der „Gültigkeitsprüfungen“ nach Kuckartz & Rädiker (2024, S. 249) erfüllt wurde.

Das sechste und letzte universelle Gütekriterium lautet „Triangulation“ (Mayring, 2023, S. 125). Zentral für Mayring (2023) ist dabei die Berücksichtigung verschiedener Lösungsansätze für bestimmte Fragestellungen sowie der Vergleich von Ergebnissen. Das zugrundeliegende Bestreben liegt in einer Qualitätserhöhung der qualitativen Forschung, welche konkret durch das in Betracht ziehen unterschiedlicher Datenquellen, verschiedener Interpretationen, theoretischer Auffassungen oder Methoden erreicht werden kann (Denzin, 1978, zitiert nach Mayring, 2023, S. 125). Im Zuge des vorliegenden Forschungsgeschehens wurde im Vorfeld eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, anhand der eine Vielzahl an Daten, unterschiedlichen Quellen und theoretischen Auffassungen herangezogen sowie miteinander in Beziehung gesetzt wurden, was in weiterer Folge eine zentrale Grundlage des Forschungsvorgehens bildet. Die eigentliche Forschungstätigkeit bedient sich im Rahmen der Analyse unterschiedlicher Hilfsmittel (Codierleitfaden, Zusammenfassung der codierten Segmente) und basiert auf mehreren Analysedurchgängen. Außerdem wurde auf Basis unterschiedlicher methodischer Ansätze (systematische Literaturrecherche, empirisch qualitative Forschungstätigkeit) eine Beantwortung der anfänglich formulierten Forschungsfragen erreicht. Somit wird auch das sechste von Mayring (2023) aufgestellte Gütekriterium im Rahmen dieser Arbeit berücksichtigt.

8. Darstellung der Ergebnisse

Das vorliegende Kapitel setzt sich mit der Darstellung der Ergebnisse der durchgeführten qualitativen Studie, also dem empirischen Teil dieser Arbeit, auseinander. Die Ergebnisse resultieren aus den zuvor erläuterten Schritten der Datenerhebung, Datenaufbereitung und Datenauswertung. Anhand der Anlehnung an die Vorgehensweise der *inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse* nach Kuckartz & Rädiker (2024) konnte eine Einordnung des vorliegenden Datenmaterials, welches aus

insgesamt elf schriftlichen Interviews gewonnen wurde, in deduktiv und induktiv gebildete Haupt- und Subkategorien erfolgen. In Summe wurden im Zuge des durchgeföhrten Analyseprozesses 306 codierte Segmente gebildet, welche übersichtlich und systematisch dargestellt in Form einer zusammenfassenden Tabelle vorliegen (siehe Anhang III.). Diese codierten Segmente ergeben zusammen mit den zugehörigen Segmentzusammenfassungen den wesentlichen Kerninhalt der durchgeföhrten Interviews. Nachstehend werden die Ergebnisse entsprechend der Struktur des erstellten Kategoriensystems entlang der Haupt- und Subkategorien erläutert und dargestellt.

8.1 Subjektive Assoziationen zu Gesundheitsbildung

Anhand der Kategorie „Subjektive Assoziationen zu Gesundheitsbildung“ soll aufgezeigt werden, was die befragten Fachlehrkräfte mit dem Begriff „Gesundheitsbildung“ verbinden. Diese Kategorie umfasst alle Aussagen über konkrete Aspekte und Beispiele, die vorhandene Assoziationen aus Sicht der Befragten darlegen sollen. Zusammen mit der zweiten Kategorie „Subjektives Verständnis von Gesundheitsbildung“ wird dadurch die Einstiegsfrage des schriftlichen Interviews behandelt, womit eine allgemeine Einleitung in die Thematik geschaffen werden sollte, bei der als Einstieg individuell vorhandene Assoziationen bzw. Verständnisse (siehe hierzu Kapitel 8.2) zum Begriff „Gesundheitsbildung“ erhoben werden sollen.

Die Ergebnisse zeigen, dass der Begriff „Gesundheitsbildung“ von den befragten Fachlehrpersonen mit Wissensaspekten sowie mit unterschiedlichen Themenbereichen in Verbindung gebracht wird: Laut Lehrperson 1 wird der Begriff mit einer Wissenserweiterung über Gesundheit und dem Verständnis über Zusammenhänge zwischen verschiedenen Aspekten wie z.B. Sport, Ernährung, Psyche etc. assoziiert (LP1, Pos. 4). In gleicher Weise wird von Lehrperson 8 Gesundheitsbildung mit dem Wissen über gesunde Ernährung und Bewegung assoziiert, wobei das Ziel in der Entwicklung einer nachhaltig gesunden Lebensweise gesehen wird (LP8, Pos. 4). Ebenso wie Lehrperson 8 verknüpfen auch Lehrpersonen 5, 7 und 9 Aspekte der Lebensweise bzw. des Lebensstils mit Gesundheitsbildung: Von Lehrperson 5 wird Gesundheitsbildung als Vermittlung eines über die Abwesenheit von Krankheiten hinausgehenden Konzepts von Gesundheit assoziiert und mit der damit verbundenen Bedeutung von Eigenverantwortlichkeit und Lebensstil verknüpft (LP5, Pos. 4). Laut Lehrperson 9 wird Gesundheitsbildung mit der Erklärung einer gesunden Lebensweise wie z.B. gesunder Ernährung, richtigem Sitzen sowie von körperlichen Funktionsweisen assoziiert (LP9, Pos. 4). In ähnlicher Weise wird von Lehrperson 7 der Begriff mit gesundheitlichen Aspekten auf individueller Ebene, dem Lernen darüber und einer entsprechenden Lebensweise assoziiert (LP7, Pos. 4). Auch bringt Lehrperson 7 die Bedeutung einer Wissensvermittlung über verschiedenste Themen sowie darüber hinausgehend auch von praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten, z.B. durch das Angebot von Erste-Hilfe-Kursen, in

Verbindung mit dem Gesundheitsbegriff. Konkret assoziierte Themenbereiche sind etwa Ernährung, Bewegung, zahlreiche psychisch-gesundheitlich relevante Themen wie z.B. Management von Stress oder Konflikten, Mobbing, Selbstwertgefühl oder soziale Kompetenzen u.a., Hygiene, Schlaf, Sexualität, Prävention bzgl. Drogen, Sucht und Krankheiten (LP7, Pos. 5).

Ebenso wird von Lehrperson 6 der Begriff Gesundheitsbildung mit sämtlichen für Gesundheit und körperliches Wohlergehen relevanten Themen, wie beispielsweise Zahnhygiene, Ernährung, Bewegung und Haltung in Zusammenhang gebracht (LP6, Pos. 4). Mit den bisherigen Sichtweisen vergleichbar ist die Assoziation, wonach Gesundheitsbildung als eine für die persönliche Gesundheit förderliche Wissens- und Handlungsvermittlung sowie die Befähigung der selbstständigen Informationsbeschaffung inkl. kritischer Betrachtung dieser, sowie die Fertigkeit einer entsprechenden Handlungs- und Verhaltensumsetzung aufgefasst wird (LP3, Pos. 4). Damit in Einklang stehend wird Gesundheitsbildung von Lehrperson 10 mit der Stärkung gesundheitlicher Selbstbestimmung verbunden und eine Sensibilisierung im Hinblick auf einen verantwortungsvollen gesundheitlichen Umgang auf persönlicher und kollektiver Ebene erscheint wichtig. Außerdem wird der Begriff von Lehrperson 10 mit der WHO-Definition in Verbindung gebracht (LP10, Pos. 4). Demgegenüber wird Gesundheitsbildung von Lehrperson 4 mit körperlicher Gesundheit, als auch mit biologischen Abläufen und Behandlungsmöglichkeiten assoziiert (LP4, Pos. 4). Ähnlich zu bisher dargestellten subjektiven Assoziationen, wie etwa von Lehrperson 7, die praktische Fähigkeiten und Fertigkeiten in Verbindung mit Gesundheitsbildung bringt, geht auch der Ansicht von Lehrperson 11 nach Gesundheitsbildung über bloße Theorie hinaus, da der Begriff mit dem Aufzeigen der Bedeutung von gesunder Ernährung, Bewegung sowie achtsamen Selbstumgang in Unterricht und Schulalltag assoziiert wird (LP11, Pos.4).

Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass der Begriff Gesundheitsbildung von den befragten Fachlehrkräften mit konkreten Aspekten betreffend Schule und Unterricht assoziiert wird: Neben der eben erläuterten Ansicht von Lehrperson 11, wonach Gesundheitsbildung mit Unterricht und Schulalltag assoziiert wird (LP11, Pos. 4), wird entsprechend der Ansicht von Lehrperson 2 Gesundheitsbildung als ein Gesamtkonzept der Schule mit außerunterrichtlicher Relevanz wie durch ein gesundes Speisen- und Getränkeangebot sowie mit fächerübergreifender unterrichtlicher Relevanz durch Vermittlung in Biologie sowie Ernährung und Haushalt aufgefasst (LP2, Pos. 4). In ähnlicher Weise bringt Lehrperson 10 die Bedeutung eines fächerübergreifenden Unterrichts sowie die Stärkung von Gesundheitskompetenzen in Verbindung mit Gesundheitsbildung. Als konkrete Beispiele zur Umsetzung werden ein entsprechendes Schul- und Klassenklima oder das Schulbuffet genannt. Weitere Assoziationen von Lehrperson 10 sind die Bedeutung der Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Lern- und Arbeitsortes sowie das subjektive Wohlbefinden sämtlicher

Personen an der Schule. Bezuglich Kommunikation und Umgang sind Klarheit, Wertschätzung und Respekt von Bedeutung. Konkrete Ideen einer entsprechenden Umsetzung betreffen Projekte und Maßnahmen an der Schule sowie Fortbildungsangebote oder Öffentlichkeitsarbeit (LP10, Pos. 4). Damit vergleichbar äußert auch Lehrperson 7 weitere Assoziationen betreffend der Schulumgebung bzw. dem Umfeld. Konkrete Beispiele sind Frischluftversorgung durch Lüften, ergonomische Möbel, Bewegungsangebote bzw. Bewegung in der Pause sowie entsprechende Verpflegungsmöglichkeiten und das Trinkverhalten (Wasser). Zudem erscheint die Einbindung von Eltern, Lehrkräften sowie externen Expert*innen wie Gesundheitspersonal von Bedeutung (LP7, Pos. 5).

8.2 Subjektives Verständnis von Gesundheitsbildung

Die zweite Kategorie, die aus der Einstiegsfrage des Interviewleitfadens entwickelt wurde lautet „Subjektives Verständnis von Gesundheitsbildung“. Mithilfe dieser Kategorie soll abgebildet werden, was die befragten Fachlehrkräfte aus ihrer jeweiligen Sicht unter dem Begriff „Gesundheitsbildung“ verstehen. Dabei sind alle generellen und allgemeinen Aussagen umfasst, die das subjektive Verständnis aufzeigen sollen.

Das Ergebnis zeigt, dass im Allgemeinen das Verständnis von Gesundheitsbildung die Stärkung von Gesundheit umfasst (LP10, Pos. 4), sowie dass unter Gesundheitsbildung die individuelle Gesundheitsförderung verstanden wird (LP8, Pos. 4).

Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass das Verständnis von Gesundheitsbildung unterschiedliche Aspekte betreffend der Vermittlung einschließt: Während Lehrperson 4 unter dem Begriff die Vermittlung gesundheitsrelevanter Bildung versteht (LP4, Pos. 4), betrifft das Verständnis von Lehrperson 5 die Vermittlung einer über die bloße Abwesenheit von Krankheiten hinausgehenden Gesundheitsauffassung (LP5, Pos. 4). Daneben hebt das Begriffsverständnis von Lehrperson 9 die Vermittlung einer entsprechenden Lebensweise hervor (LP9, Pos. 4). Dazu passend versteht Lehrperson 11 Gesundheitsbildung als Vermittlung von alltagsnahem Wissen und praktischen Fähigkeiten mit dem Ziel der Entwicklung von gesundheitsfördernden Gewohnheiten sowie einem Bewusstsein für körperliches und seelisches Wohlbefinden (LP11, Pos. 4). Damit in Zusammenhang stehend ist die Bedeutung der Anknüpfung an die aktuelle Lebenswelt und die Anregung zu einem achtsamen Selbstumgang anhand kleiner, praktischer Schritte umfasst (LP11, Pos. 5).

Überdies stellt das Ergebnis dar, dass beim Begriffsverständnis von Gesundheitsbildung der Befragten verschiedene Themenbereiche angesprochen werden: Laut Lehrperson 2 wird darunter die die Bewusstseinsentwicklung für eine gesunde Ernährung und einen gesunden Lebensstil verstanden (LP2,

Pos. 4). Daneben wird Gesundheitsbildung von Lehrperson 3 als ein komplexer fächerübergreifender Begriff aufgefasst, der verschiedene Themen wie Bewegung, Ernährung, Umwelt, Psychologie und Soziales berührt (LP3, Pos. 4) und ebenso entsprechende Schlafgewohnheiten umfasst (LP3, Pos. 31).

8.3 Subjektives Verständnis von Gesundheitserziehung

Nachdem subjektive Assoziationen und subjektives Verständnis des Begriffs „Gesundheitsbildung“ erhoben und deren Ergebnisse entsprechend präsentiert wurden, geht es in weiterer Folge um den thematisch nahestehenden Begriff „Gesundheitserziehung“. Gemäß der dritten Kategorie „Subjektives Verständnis von Gesundheitserziehung“ sind nun jene Aussagen umfasst, die das Begriffsverständnis von Gesundheitserziehung aus Sicht der befragten Fachlehrkräfte abbilden sollen.

Laut Lehrperson 2 wird der Begriff Gesundheitserziehung als eine Weiterführung der Gesundheitsbildung im schulischen und familiären Bereich verstanden. Besonders relevant erscheinen demnach die Umsetzung und Erläuterung gesundheitsrelevanter Aspekte. Als konkrete Beispiele werden eine gesunde Schuljause, Vorbildfunktion der Lehrkräfte und Einbezug der Eltern genannt (LP 2, Pos. 6). Im Gegensatz dazu wird der Begriff Gesundheitserziehung von Lehrperson 9 als „altmodisch“ und streng beschrieben (LP9, Pos. 6). Ebenso wie Lehrperson 2 betont auch Lehrperson 8 schulische Aspekte, da ihrem Verständnis nach Gesundheitserziehung in stärkerem Schulbezug als Gesundheitsbildung steht (LP8, Pos. 6). In ähnlicher Weise zeigt sich das Begriffsverständnis von Lehrperson 5, wonach eine Lernunterstützung bezüglich Gesundheit sowie die Vermittlung ganzheitlicher Gesundheitskonzepte umfasst sind (LP5, Pos. 6). Dazu passend sind auch beim Begriffsverständnis von Lehrperson 1 pädagogische Maßnahmen umfasst. Daneben sind noch Wissenserweiterung und Handlungsvorschläge miteingeschlossen (LP1, Pos. 6). Demgegenüber wird Gesundheitserziehung laut Lehrperson 3 als ein fächerübergreifendes Gebiet verstanden, wobei „Erziehung“ als fremdbestimmte Verhaltensänderung durch „Lenkung“ aufgefasst wird und eine Verhaltensanpassung dabei kennzeichnend ist, wobei Selbstständigkeitsaspekte in Bezug auf Wissens- und Handlungskompetenz wegfallen (LP3, Pos. 7).

Ebenso wie Lehrperson 3 werden auch von Lehrperson 11 Aspekte betreffend Verhalten und Lenkung angesprochen: So versteht Lehrperson 11 die gezielte Lenkung von Einstellungen und Verhalten hin zu konkreten gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen unter Gesundheitserziehung (LP11, Pos. 7). Damit in Einklang stehend schließt das Verständnis von Gesundheitserziehung laut Lehrperson 8 neben theoretischen Aspekten auch die bewusste Hinleitung zu einer gesunden Lebensweise (Erziehung) mit ein (LP8, Pos. 6). Auch Lehrperson 6 spricht explizit von einer gesunder Lebensweise, da ihrer Ansicht nach Gesundheitserziehung als eine „Umerziehung“ zu einer gesunden Lebensweise bei wenig oder

falschem Wissen verstanden wird (LP6, Pos. 6). Auf gleicher Linie liegt das Begriffsverständnis von Lehrperson 7, wonach gezielte Maßnahmen zur Beeinflussung der Gesundheit und Anleitungen zu einem gesunden Lebensstil durch klare Anweisungen und Vorbilder verstanden werden. In ähnlicher Weise fasst Lehrperson 10 Gesundheitserziehung als Aufklärung und Information über gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen auf, mit dem Ziel einer positiven Verhaltensänderung, beispielsweise in den Bereichen Nikotin, Alkohol, Ernährung und Bewegung (LP10, Pos. 6).

Überdies konnte gezeigt werden, dass das Verständnis von Gesundheitserziehung individuelle Alltagsmaßnahmen für den eigenen Gesundheitserhalt sowie die Umsetzung von erworbenem Wissen im individuellen Alltag umfasst (LP4, Pos. 6).

8.4 Gemeinsamkeiten von Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung

Anschließend an die getrennte Betrachtung der beiden Begriffe „Gesundheitsbildung“ und „Gesundheitserziehung“ sollen die beiden Begriffe in weiterer Folge in Zusammenschau betrachtet werden. Entsprechend der Kategorie „Gemeinsamkeiten von Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung“ werden zunächst alle Aussagen dargestellt, die sich auf die Gemeinsamkeiten der beiden genannten Begriffe aus Sicht der befragten Lehrpersonen beziehen.

Es konnte gezeigt werden, dass eine Gemeinsamkeit der beiden Begrifflichkeiten im Fokus auf die Gesundheit liegt (LP3, Pos. 9; LP6, Pos. 8), wobei Lehrperson 6 den Fokus auf die menschliche Gesundheit betont (LP6, Pos. 8). Damit in Einklang stehend konzentrieren sich laut Lehrperson 9 beide Begriffe auf den eigenen Körper und ein gesundes Leben (LP9, Pos. 8). Weitere zentrale Punkte sind der gemeinsame Fokus auf die Förderung von Gesundheit sowie Wohlbefinden, entsprechenden Verhaltensweisen und Gesundheitskompetenzen (LP10, Pos. 8). Dazu passend geht es bei beiden Begriffen um das Erlernen gesundheitsförderlicher Kompetenzen (LP1, Pos. 8).

Ein weiterer Punkt betrifft gemeinsame Ziele: Diese liegen einerseits in der Verantwortungsübernahme für die eigene Gesundheit und anderseits in der aktiven Partizipation aller an der Schule beteiligten Personen (LP10, Pos. 8). Dazu passend sind weitere gemeinsame Ziele verantwortungsbewusste Entscheidungsfindungen zu unterstützen und Interesse für die eigene Gesundheit zu wecken (LP11, Pos. 9). Überdies wird ein Ziel in der Förderung und Selbstbestimmung der individuellen Gesundheit durch Befähigung zu einer entsprechenden Lebensführung gesehen (LP7, Pos. 9).

Darüber hinaus zeigt das Ergebnis, dass Gemeinsamkeiten von Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung in den Aspekten Wissen, Inhalte bzw. Themen vorortet sind: Angesprochene Gemeinsamkeiten sind eine Wissenserweiterung (LP1, Pos. 8), sowie eine Wissens- und Handlungsvermittlung (LP3, Pos. 9). Ebenso betont Lehrperson 10 eine Wissensvermittlung als Gemeinsamkeit, um gesundheitsförderliche Entscheidungen zu unterstützen. Ihrer Ansicht nach erscheinen sowohl praktische als auch theoretische Inhalte relevant. Gemeinsam ist sowohl der Fokus auf krankheitspräventive Maßnahmen, als auch auf einen ganzheitlichen, d.h. Körper, Geist und Soziales berücksichtigenden Ansatz wie z.B. Lebensstil, psychische Gesundheit oder soziale Faktoren (LP10, Pos. 8). Damit in Einklang stehend liegen laut Lehrperson 7 die Gemeinsamkeiten in den zentralen Themengebieten: Krankheitsprävention, Förderung des Wohlbefindens sowie in der Wissensvermittlung über Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung und Hygiene (LP7, Pos. 9). Ebenso liegen laut Lehrperson 8 die Gemeinsamkeiten in den Themen wie z.B. dem Erlernen einer gesunden Lebensweise (LP8, Pos. 8). Dazu passend sind lebensnahe und relevante Inhalte gemeinsam (LP9, Pos. 8).

Außerdem konnte gezeigt werden, dass bei beiden Begriffen eine Unterstützung und Heranführung durch die Lehrperson wichtig ist (LP5, Pos. 8), sowie dass eine Vernetzung und Verbindung beider Begriffe aufgrund praktischer Überscheidungen und Ergänzungen möglich ist (LP10, Pos. 10).

8.5 Unterschiede von Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung

Im Gegensatz zu den eben erläuterten Gemeinsamkeiten wird der Fokus der Betrachtung nun auf subjektive Unterschiede der beiden Begriffe „Gesundheitsbildung“ und „Gesundheitserziehung“ gelegt.

Es konnte gezeigt werden, dass Gesundheitserziehung als Grundlage für Gesundheitsbildung betrachtet wird, um Eigenständigkeit der Schüler*innen zu ermöglichen (LP11, Pos. 9). Weiters fördert Gesundheitsbildung laut Lehrperson 11 Entscheidungsfindung durch Verständnis, wogegen Gesundheitserziehung die Vermittlung konkreter Verhaltensweisen durch die Lehrperson ist (LP11, Pos. 11). Damit in Einklang zeigt sich die Ansicht von Lehrperson 7, wonach Gesundheitsbildung die Vermittlung von Wissen und Ausbildung meint und dabei Eigenverantwortung und Selbstbestimmung wichtig sind. Weiters geht es um die Entwicklung von Kompetenzen, auf Basis derer Schüler*innen Entscheidungen über die eigene Gesundheit treffen können (LP7, Pos. 12). Gesundheitserziehung fokussiert dagegen auf Einflussnahme, klare Ziele und die Vermittlung konkreter Verhaltensweisen und Vorgaben, z.B. darüber, was „gesund“ ist (LP7, Pos. 11). Auch entsprechend Lehrperson 10 fokussiert Gesundheitsbildung auf Wissensvermittlung und die Förderung von

Gesundheitskompetenz, wobei hier die Betonung auf langfristigen Aspekten liegt, z.B. durch Wissensvermittlung und Informationsveranstaltungen. Gesundheitserziehung fokussiert dagegen auf kurzfristige Verhaltensänderung und praktische Umsetzung, z.B. durch Workshops und Schulbuffets (LP10, Pos. 10). In ähnlicher Weise bezieht sich laut Lehrperson 1 Gesundheitsbildung auf Wissen, während sich Gesundheitserziehung auf Praxis und pädagogische Maßnahmen bezieht (LP1, Pos. 10-11). Damit vergleichbar wird der Begriff Gesundheitsbildung als gesamtheitlich beschrieben und umfasst Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, während Gesundheitserziehung den Fokus auf Fähigkeiten setzt (LP6, Pos. 10). Entsprechend Lehrperson 3 umfassen beide Begriffe eine Wissens- und Handlungsvermittlung mit dem Unterschied des Fehlens von Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit bei Gesundheitserziehung (LP3, Pos. 9).

Ähnlich der eben dargestellten Ansicht von Lehrperson 10 und 11 umfasst Gesundheitsbildung Reflexion, eigene Meinungsbildung und Selbstbestimmung (LP3, Pos. 12). Im Unterschied dazu wird bei Gesundheitserziehung ein „richtiges“ und „falsches“ Verhalten angenommen mit dem Ziel einer durch den/die Erzieher*in herbeigeführten Verhaltensanpassung (LP3, Pos. 11). Hierzu passend fokussiert Gesundheitserziehung im Unterschied zu Gesundheitsbildung stärker auf die bewusste Erziehung zu einer gesunden Lebensweise (LP8, Pos. 10). Dementsprechend kann Gesundheitsbildung durch Peers erfolgen, wogegen bei Gesundheitserziehung Eltern und Lehrpersonen essentiell sind (LP5, Pos. 10).

Überdies umfasst Gesundheitsbildung laut Lehrperson 2 Theorie und fachlichen Hintergrund über z.B. Ernährung, Lebensstil, persönliche, mentale und körperliche Gesundheit, während bei Gesundheitserziehung der Fokus auf alltäglichen Situationen wie z.B. dem Aufzeigen gesunder Alternativen liegt (LP2, Pos. 8). Im Kontrast dazu steht jene Ansicht, wonach Gesundheitserziehung mehr Theorie beinhaltet, weniger Selbsterfahrung mit bringt und „strenger“ als Gesundheitsbildung beschrieben wird (LP9, Pos. 10).

8.6 Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht

Nachdem sich die Studie ausführlich mit den Sichtweisen der befragten Fachlehrkräfte über das Begriffsverständnis von Gesundheitsbildung sowie Gesundheitserziehung auseinandergesetzt hat, ist in einem weiteren Schritt der Fokus darauf gerichtet, wie die befragten Lehrpersonen in ihrem jeweiligen Fachunterricht Gesundheitsbildung umsetzen. Entsprechend des Aufbaus des Interviewleitfadens, welcher die fachunterrichtliche Umsetzung anhand verschiedener Unterfragen erhoben hatte, konnten für die hier entwickelte Hauptkategorie „Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht“ bereits in früher Phase deduktive Subkategorien gebildet werden, die eine

sofortige Einordnung der jeweiligen Antworten in die entsprechenden Subkategorien ermöglichen (weitere Erläuterungen hierzu siehe Kapitel 7.4.2 bzw. Anhang II.). Da sich der in diesem Kapitel relevante Aufbau der Ergebnisdarstellung an den Kategorien orientiert, werden die Ergebnisse nun entlang der folgenden sechs Subkategorien „Individuelle Zielsetzungen“, „Zentrale Vermittlungsinhalte“, „Essentielle Themenbereiche“, „Individuelle inhaltliche Schwerpunktsetzungen“, „Unterschiede in EH und Biologie“ sowie „Gemeinsamkeiten in EH und Biologie“ präsentiert.

8.6.1 Individuelle Zielsetzungen

Im Rahmen der Studie wurde erhoben, welche individuellen Zielsetzung die befragten Fachlehrkräfte in ihrem jeweiligen Fachunterricht hinsichtlich Gesundheitsbildung verfolgen.

Das Ergebnis zeigt, dass sich die Zielsetzungen nach den im Lehrplan vorgesehenen Themen richten (LP4, Pos. 14). Zudem ist eine fächerübergreifende unterrichtliche Integration wichtig (LP10, Pos. 14). Überdies betont Lehrperson 5, als Vorbild fungieren zu wollen (LP5, Pos. 16).

Konkret sollen Bewusstsein und Eigenverantwortung bezüglich der eigenen Gesundheit entwickelt werden (LP7, Pos. 16), sowie eine eigenständige Entscheidungsfindung zur Förderung der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit erlernt werden (LP7, Pos. 16). Das Ziel besteht darin, dass Schüler*innen Verantwortung für ihre eigene Gesundheit übernehmen und ein kritisches Bewusstsein für gesundheitsbezogene Entscheidungen bilden (LP11, Pos. 16). Ebenso soll ein Bewusstsein für Zusammenhänge zwischen Ernährung und verschiedenen Faktoren wie z.B. Leistungsfähigkeit oder psychischem Wohlbefinden geschaffen werden (LP1, Pos. 16).

Ein Zielsetzung des EH-Unterrichts betrifft die Zubereitung gesunder Gerichte bzw. Alternativen (LP2, Pos. 23; LP11, Pos. 14), wobei grundsätzlich eine Kenntnis und Fähigkeit darüber erlangt werden soll (LP2, Pos. 23) und speziell im EH-Unterricht mithilfe praktischer Übungen ein Bewusstsein für eine ausgewogene Ernährung geschaffen werden soll (LP11, Pos. 14). Ein weiteres Ziel besteht in der Vermittlung der Vielfalt der saisonalen vegetarischen Küche (LP3, Pos. 25). Überdies soll speziell im Biologieunterricht ein bewusster Lebensmittelumgang und gesunde Ernährung vermittelt werden (LP8, Pos. 15).

Des Weiteren sollen sowohl Bewegung in den Unterricht integriert werden (LP5, Pos. 14), als auch Strategien zur Prävention und Förderung eines bewussten Umgangs mit digitalen Medien nähergebracht werden (LP11, Pos. 18).

8.6.2 Zentrale Vermittlungsinhalte

Neben individuellen fachunterrichtlichen Zielsetzungen wurde auch erhoben, welche zentralen Inhalte die befragten Fachlehrkräfte ihren Schüler*innen in Bezug auf Gesundheitsbildung in ihrem jeweiligen Fachunterricht vermitteln möchten.

Es konnte gezeigt werden, dass theoretische und praktische Möglichkeiten zur aktiven Beeinflussung der eigenen Gesundheit bedeutsame Vermittlungsinhalte darstellen (LP11, Pos. 16). Damit sind die Entwicklung von Bewusstsein und Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit wichtig. Zentral ist dabei sowohl Wissen als auch die Fähigkeit zur praktischen Umsetzung bezüglich Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung und Prävention (LP7, Pos. 16). Zudem zählen Aspekte zur Vermeidung von Übergewicht, Fehlhaltungen und Sucht zu den zentralen Vermittlungsinhalten (LP9, Pos. 14).

Weitere zentrale Vermittlungsinhalte des EH- und Biologie-Fachunterrichts betreffen den Bereich Ernährung: Die Ernährungsweise (LP5, Pos. 16) und damit verbunden der Einfluss der Ernährung auf Körper und Wohlbefinden (LP5, Pos. 13), die Unterscheidung von „gesunder“ und „ungesunder“ Ernährung (LP2, Pos. 13), die Bedeutung und Funktion von Nährstoffen (LP3, Pos. 20), die Herkunft der Nahrung sowie die Unterscheidung von konventioneller und biologischer Landwirtschaft (LP5, Pos. 13), als auch die Reflexion des eigenen Ernährungsverhaltens in Hinblick auf bestimmte Lebensmittelgruppen wie beispielsweise Süßigkeiten (LP3, Pos. 21), werden von den Befragten genannt.

Spezifisch im EH-Unterricht ist zentral, dass ausgewogene Ernährung durch Wissen und Übung bewusst selbst gestaltet werden kann (LP11, Pos. 16). Betreffend des Praxisunterrichts ist die Kompetenz, eigenständig gesundheitsförderliche Mahlzeiten zubereiten zu können, ein zentraler Vermittlungsinhalt (LP1, Pos. 15). Ebenso relevant erscheint die Vermittlung eines nährstoffschonenden Umgangs mit Lebensmitteln (LP3, Pos. 20). Überdies zählen Umwelt- und Nachhaltigkeitsaspekte bei der Lebensmittelauswahl oder dem Umgang mit nicht mehr benötigten Lebensmitteln, gemeinsam mit Mülltrennung oder dem Sparen von Wasser und Strom, zu weiteren zentralen Vermittlungsinhalten (LP3, Pos. 22). Außerdem bedeutsam sind der Bereich Hygiene, etwa in Form von Händewaschen, Verwendung von Kochkleidung, Reinigung von Lebensmitteln und Geschirr (LP3, Pos. 17), der Bereich Sicherheit in der Küche, beispielsweise durch Verwendung geeigneter Arbeitsmaterialien (LP3, Pos. 19), sowie der Bereich des gemeinsamen Essens bei Tisch in stressfreier und bewusster Weise einschließlich Tischmanieren und sozialer Interaktionen (LP3, Pos. 18).

Des Weiteren ist die Bedeutung von Bewegung (LP5; Pos. 18; LP11, Pos. 16), insbesondere für einen gesunden Körper (LP5; Pos. 18), ein zentraler Vermittlungsinhalt im Fachunterricht der befragten Lehrkräfte. Dazu passend wird auch der Umgang mit dem eigenen Körper als bedeutsam genannt (LP5, Pos. 16). Außerdem geben die Lehrpersonen an, ihren Schüler*innen Zahnhygiene und Konsequenzen bei mangelnder Zahnhygiene (LP4, Pos. 14) in Biologie sowie die Bedeutung von Schlaf (LP11, Pos. 16) vermitteln zu wollen.

8.6.3 Essentielle Themenbereiche

Ein weiterer Aspekt, der in Hinblick auf die fachunterrichtliche Umsetzung von Gesundheitsbildung erhoben wurde, war welche Themenbereiche die Befragten hierbei als essentiell erachteten.

Das Ergebnis demonstriert, dass die Ernährung einen essentiellen Themenbereich in Hinblick auf Gesundheitsbildung aus Sicht der Befragten darstellt (LP2, Pos. 21-22; LP5, Pos. 18; LP6, Pos. 16; LP7, Pos. 18; LP8, Pos. 13; LP9, Pos. 16; LP10, Pos. 15-16; LP11, Pos. 11, Pos. 18). Dabei werden sowohl der Unterrichtsgegenstand EH (LP10, Pos. 16), als auch der Unterrichtsgegenstand Biologie (LP6, Pos. 16; LP7, Pos. 18; LP10, Pos. 15) explizit genannt. Weiters zeigt sich, dass in Zusammenhang mit Ernährung insbesondere die „gesunde Ernährung“ (LP8, Pos. 13; LP10, Pos. 16; LP11, Pos. 18) mit entsprechenden Nahrungsmitteln wie Obst, Gemüse und Wasser (LP8, Pos. 13) bzw. mit Fokus auf „gesunde“ Ernährungsformen (LP7, Pos. 18) bedeutungsvoll ist.

Darüber hinaus werden in diesem Kontext betreffend dem Unterrichtsfach Biologie Pflanzen und deren Bedeutung als Grundlage von Ernährung und Ernährungssicherheit (LP5, Pos. 18), die Herkunft von Nahrungsmitteln (LP7, Pos. 18), die Unterscheidung von konventioneller und biologischer Landwirtschaft (LP5, Pos. 13), das Verdauungssystem (LP5, Pos. 18; LP7, Pos. 18), sowie der Fokus auf Nährstoffe (LP7, Pos. 18) als essentielle Themenbereiche erachtet.

Betreffend das Unterrichtsfach EH stellen sich ebenfalls die Inhaltsstoffe der Nahrung sowie deren Bedeutung und Aufgaben im Körper (LP1, Pos. 19), sowie darüber hinausgehend der Themenbereich Mahlzeiten des Tages (LP2, Pos. 22) als relevante thematische Aspekte dar. Ebenso werden Kenntnis über die Ernährungspyramide und die Fähigkeit zur kritischen Bewertung der eigenen Ernährungsgewohnheiten (LP2, Pos. 13, Pos. 21) als wichtig erachtet. Dazu passend sind sowohl eine abwechslungsreiche, saisonale, ausgewogene, vielfältige, vorrangig vegetarische Küche (LP3, Pos. 25) als auch ein bewusstes und medienfreies Essen bei Tisch von zentraler Relevanz (LP3, Pos. 27). Des Weiteren ist die Thematisierung der Auswirkungen zuckerhaltiger Getränkearten auf den Körper

unerlässlich (LP3, Pos. 26). In diesem Zusammenhang erscheint Berechnung und kritische Betrachtung der Zuckermengen in Getränken von Bedeutung (LP10, Pos. 16). Weitere essentielle Themenbereiche des EH-Unterrichts sind: Makro- und Mikronährstoffe, Wasser sowie die Berechnung und kritische Betrachtung des BMI. Insbesondere ist zudem ein entsprechender Einbezug von Alltagsbeispielen zu berücksichtigen (LP10, Pos. 16).

Überdies konnte gezeigt werden, dass die Auswirkungen ungesunder Essgewohnheiten (LP11, Pos. 18), sowie der Bereich Essstörungen (LP11, Pos. 18) insbesondere im EH-Unterricht (LP10, Pos. 16) essentielle Themenbereiche im Bereich der fachunterrichtlichen Umsetzung von Gesundheitsbildung darstellen.

Neben dem eben erläuterten Themenbereich Ernährung inklusive thematisch zugehöriger bzw. nahestehender Bereiche konnten weitere fachunterrichtlich essentielle Themenbereiche betreffend das Unterrichtsfach Biologie ermittelt werden. Diese lauten:

- Menschlicher Körper (LP5, Pos. 18) mit Fokus auf Körperfunktionen (LP7, Pos. 18; LP9, Pos. 16) einschließlich des Verständnisses über die Funktionsweise von Zellen (LP7, Pos. 18)
- Körperhaltung (LP6, Pos. 16; LP9, Pos. 16) und Bewegung (LP5, Pos. 18, LP6, Pos. 16; LP7, Pos. 18; LP10, Pos. 15; LP11, Pos. 18)
- Herz-Kreislaufsystem (LP10, Pos. 15) und Immunsystem (LP7, Pos. 18; LP10, Pos. 15)
- Schlaf und Stressbewältigung (LP7, Pos. 18; LP11, Pos. 18)
- Suchtprävention (LP7, Pos. 18; LP9, Pos. 16; LP11, Pos. 18) mit Fokus auf Alkohol und Drogen (LP9, Pos. 16)
- Sexualbildung (LP9, Pos. 16) bzw. -aufklärung (LP7, Pos. 18) einschließlich weiblicher Zyklus (LP9, Pos. 16)
- Genetik (LP7, Pos. 18)

Betreffend der drei letztgenannten Punkte ist ein besonderer Fokus auf die Themen Krankheitsrisiken und Prävention von Bedeutung (LP7, Pos. 18).

Darüber hinaus zählen Wechselwirkungen zwischen Umwelt und Gesundheit in Form von Luft- und Wasserreinheit, gesunder Böden, Lärm, Schadstoffen sowie Klimawandelauswirkungen zu wesentlichen Themenbereichen im Hinblick auf Gesundheitsbildung im Unterrichtsfach Biologie (LP7, Pos. 18). Damit in Einklang stehend werden die umfassenden Themen Nachhaltigkeit sowie

Auswirkungen der Umwelt auf die Gesundheit als grundsätzlich wichtig im Bereich der Gesundheitsbildung gesehen (LP11, Pos. 18).

Außerdem zeigt sich, dass hinsichtlich Gesundheitsbildung Themen betreffend Körperwahrnehmung und Selbstbild (insbesondere aufgrund sozialer Medien) einschließlich Medienkompetenz bedeutsam sind (LP11, Pos. 18).

8.6.4 Individuelle inhaltliche Schwerpunktsetzungen

Ein weiterer Aspekt, der im Rahmen der Studie in Bezug auf die individuelle fachunterrichtliche Umsetzung von Gesundheitsbildung erhoben wurde, war die Frage nach möglichen inhaltlich gesetzten Schwerpunkten.

Das Ergebnis stellt dar, dass sich inhaltlich Schwerpunktsetzungen grundsätzlich an Aspekten, die Schüler*innen direkt betreffen und motivierend wirken, orientieren, wie z.B. Zusammenhang von gesunder Ernährung und Energie oder Bewegung und Wohlbefinden (LP11, Pos. 19). Insbesondere betreffend das Unterrichtsfach Biologie zeigt sich, dass inhaltliche Schwerpunkte an der jeweiligen Lebenswelt bzw. den jeweiligen Erfahrungen der Schüler*innen ausgerichtet werden (LP6, Pos. 14).

Ein konkreter individueller inhaltlicher Schwerpunkt im Unterrichtsfach Biologie betrifft die Ernährung (LP4, Pos. 16; LP8, Pos. 13; LP10, Pos. 19-20). Der jeweilige Fokus wird dabei auf die Ernährungspyramide sowie die Umsetzung einer gesunden Lebensweise durch viel Obst und Gemüse und genügend Wasser (LP8, Pos. 13) oder auf Alltagsbeispiele wie z.B. die Berechnung des Zuckergehalts ausgewählter Nahrungsmittel oder Getränke gelegt (LP10, Pos. 20). Lehrperson 10 betont, sowohl in Biologie als auch EH den inhaltlichen Schwerpunkt ihres Fachunterrichts auf eine gesunde und ausgewogene Ernährung zu legen. Speziell wird dabei auf ausschließliches Trinken von Wasser im Unterricht und die Schuljause (Obst) geachtet (LP10, Pos. 19).

Weitere inhaltliche Schwerpunktsetzungen in Biologie sind die Kenntnis über die Herkunft der Lebensmittel (LP5, Pos. 13) sowie der Fokus auf praktische Anwendung, etwa durch Versuche wie Boden- und Pflanzenexperimente, das Ziehen und Ernten von Pflanzen sowie Ausflüge zu lokalen Produzenten (LP5, Pos. 13).

Neben der Ernährung konnte die sexuelle Gesundheit als zusätzliche individuelle inhaltliche Schwerpunktsetzung im Biologie-Fachunterricht ermittelt werden (LP4, Pos. 16).

Außerdem thematisiert ein inhaltlich gesetzter Schwerpunkt in Biologie in Bezug auf Gesundheitsbildung, dass nachhaltige Verhaltensweisen neben dem Schutz der Umwelt auch für die persönliche Gesundheitsförderung relevant sein können (LP7, Pos. 18).

Auch im EH-Unterricht zeigt das Ergebnis verschiedene Schwerpunktsetzungen:

Einerseits wird der Schwerpunkt auf die praktische Anwendung (LP11, Pos. 21) bzw. sämtliche Aspekte der Fachpraxis (LP1, Pos. 18) gelegt, wie etwa der Planung und Zubereitung gesunder Mahlzeiten (LP11, Pos. 21). Andererseits konnten auch konkrete inhaltliche Schwerpunktsetzungen ermittelt werden. Diese betreffen erstens die Mahlzeiten des Tages, wie Frühstück zur Steigerung der vormittäglichen Leistungsfähigkeit oder Verteilung mehrerer Mahlzeiten am Tag (LP2, Pos. 13); zweitens die Vielfalt der saisonalen vegetarischen Küche (LP3, Pos. 25) und drittens das Gebiet der Makro- und Mikronährstoffe (LP10, Pos. 16).

Zusätzlich zu den eigentlichen fachunterrichtlichen Schwerpunktsetzungen in EH und Biologie zeigt das Ergebnis individuelle inhaltliche, für Gesundheitsbildung relevante Schwerpunkte in der Rolle als Klassenvorstand der befragten Fachlehrkräfte. Diese betreffen einerseits das Trinken von Wasser im Unterricht und andererseits den Bereich gesunder Schulbuffets (LP10, Pos. 17).

8.6.5 Unterschiede in EH und Biologie

Im Feld der fachunterrichtlichen Umsetzung von Gesundheitsbildung ergibt sich ergänzend zu den eben dargestellten individuellen Zielsetzungen, zentralen Vermittlungsinhalten, essentiellen Themenbereichen sowie individuellen inhaltlichen Schwerpunkten der befragten Fachlehrkräfte ein weiterer wesentlicher Aspekt. Dieser betrifft den Bereich der jeweiligen fachunterrichtlichen Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Gesundheitsbildung in den Unterrichtsgegenständen Ernährung und Haushalt sowie Biologie und Umweltbildung. Im Rahmen der Studie wurden diesbezüglich die Sichtweisen teilnehmender EH- und Biologie-Lehrkräfte erfragt.

Ein Unterschied liegt den jeweiligen fachunterrichtlichen Schwerpunktsetzungen: In EH wird der Schwerpunkt auf die praktische Anwendung, etwa die Planung und Zubereitung gesunder Mahlzeiten, gelegt. In Biologie wird dagegen auf theoretisches Wissen und die Bedeutung gesundheitsförderlicher Entscheidungen fokussiert. Beispiele sind körperliche Auswirkungen von gesunder Ernährung und Sport (LP 11, Pos. 21).

Ein weiterer Unterschied betrifft zeitliche Aspekte: Hierzu zeigt sich, dass der Unterricht in EH im Vergleich zu Biologie wegen der wöchentlich geblockten Organisation mehr Zeit bietet, um entsprechende Themen zu behandeln (LP 10, Pos. 22).

8.6.6 Gemeinsamkeiten in EH und Biologie

Zusätzlich zu den eben dargestellten fachunterrichtlichen Unterschieden in EH und Biologie in Bezug auf die Umsetzung von Gesundheitsbildung wurden ebenso Gemeinsamkeiten aus Sicht teilnehmender EH- und Biologie-Lehrkräfte erhoben.

Es zeigt sich, dass Gemeinsamkeiten sowohl bei thematischen Aspekten, als auch beim Bereich der Zielsetzungen bestehen: Erstens betrifft das Thema Ernährung sowohl EH als auch Biologie (LP10, Pos. 21), zweitens liegt eine Gemeinsamkeit in der Zielsetzung, welche die Vermittlung von Bewusstsein für gesundheitsförderliches Wissen in beiden Fächern darstellt (LP11, Pos. 21).

Außerdem wirken EH und Biologie unterstützend beim Verständnis über die eigene Gesundheit und beim eigenständigen Treffen gesunder Entscheidungen und ergänzen sich daher (LP11, Pos. 22).

8.7 Voraussetzungen für fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung

Neben der umfassenden Betrachtung der fachunterrichtlichen Umsetzung von Gesundheitsbildung war ein weiteres zentrales Anliegen der Studie, relevante Voraussetzungen für die Ermöglichung einer fächerübergreifenden Umsetzung von Gesundheitsbildung zu ermitteln. Ziel war es, die subjektiven Sichtweisen der Befragten betreffend notwendiger Erfordernisse, damit Gesundheitsbildung als ein übergreifendes Thema im Unterricht verschiedener Fächer realisiert werden kann, zu erheben. Aus der entsprechenden Hauptkategorie „Voraussetzungen für fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung“, die alle diesbezüglich relevanten Aussagen umfasst, konnten die fünf induktiven Subkategorien: „Bewusstseinsentwicklung“, „Fachliche Zusammenarbeit“, „Unterstützungsmaterialien“, „Fort-/Weiterbildungsmöglichkeiten“ und „Projektgestaltung“ entwickelt werden. Die jeweiligen Aussagen werden entsprechend der Einordnung der passenden Subkategorie in den nachstehenden Kapiteln übersichtlich dargestellt. Lediglich jene Aussagen, die keiner Subkategorie zugeordnet werden konnten, werden zuvor gesondert, hier folgend präsentiert.

Es konnte gezeigt werden, dass ein vom gesamten Lehrpersonal getragener Leitgedanke (LP5, Pos. 22) sowie eine gesundheitsförderliche Schulkultur (LP7, Pos. 23), das Vorhandensein von Ressourcen (LP5, Pos. 22) bzw. Rahmenbedingungen wie z.B. Verpflegung, Bewegungspausen, respektvolles

Miteinander (LP7, Pos. 23) einschließlich Konzepten wie vorgefertigter und geteilter Stundenbilder für alle Lehrpersonen (LP5, Pos. 22) wichtige grundlegende Voraussetzungen für eine fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung darstellen.

8.7.1 Bewusstseinsentwicklung

Im Zuge der Datenanalyse wurde die Entwicklung eines entsprechenden Bewusstseins bei Lehrkräften für die Bedeutung von Gesundheitsbildung als eine der Voraussetzungen für eine fächerübergreifende Umsetzung erkannt und entsprechend die induktive Subkategorie „Bewusstseinsentwicklung“ gebildet.

Das Ergebnis zeigt, dass eine Sensibilisierung aller Lehrpersonen für Gesundheitsbildung (LP10, Pos. 24) bzw. das Schaffen von Bewusstsein für die Bedeutung von Gesundheitsbildung (LP1, Pos. 22; LP3, Pos. 31) sowie damit in Verbindung stehend eine aktive Auseinandersetzung der Lehrkräfte mit der jeweiligen fachlichen Bedeutung (LP10, Pos. 24), also das Schaffen eines Bewusstseins für die Umsetzungsmöglichkeiten in verschiedenen Fächern (LP1, Pos. 22), zu wesentlichen Voraussetzungen für eine Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachlehrpersonen (LP3, Pos. 31) und damit einer fächerübergreifende Umsetzung zählen. Zunächst ist dafür ein Lernen auf Seiten der Lehrpersonen über Gesundheitsbildung sowie eine entsprechende Bewusstseinsentwicklung für die Notwendigkeit der Vermittlung gesundheitsrelevanter Aspekte sowie darauf aufbauend eine bewusste Vermittlung von Gesundheitsbildung in allen Fächern erforderlich (LP8, Pos. 21).

Um Gesundheitsbildung als fachunabhängige Aufgabe anzuerkennen, bildet die Verankerung im Lehrplan eine wichtige Voraussetzung (LP7, Pos. 22). Überdies wird Einigkeit im Kollegium über die Bedeutsamkeit von Gesundheitsbildung vorausgesetzt (LP9, Pos. 20). In diesem Kontext wird hervorgehoben, dass Gesundheitsbildung als ein schulischer Leitgedanke fungieren soll, der vom gesamten Lehrpersonal getragen wird (LP5, Pos. 22).

8.7.2 Fachliche Zusammenarbeit

Neben der Notwendigkeit einer Bewusstseinsentwicklung erscheint eine fachliche Zusammenarbeit und Kooperation unter Fachlehrkräften als eine weitere Voraussetzung, um Gesundheitsbildung fächerübergreifend in der Schule zu realisieren.

Es konnte gezeigt werden, dass die Zusammenarbeit der Lehrpersonen (LP11, Pos. 24) bzw. unterschiedlicher Fachgruppen (LP1, Pos. 31) eine notwendige Voraussetzung für eine

fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung in der Schule bilden. Die Zusammenarbeit zwischen Fachbereichen stellt wiederum sicher, Gesundheitsbildung als gemeinsames Ziel anzuerkennen (LP11, Pos. 24). Wichtig ist dabei, die Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachlehrkräfte durch Fortbildungen, interne Absprachen und einen interdisziplinären Austausch zu unterstützen (LP7, Pos. 22). Diese Zusammenarbeit kann beispielsweise in Form von großen, schulumfassenden Projekten realisiert werden (LP3, Pos. 31). Gemeinsame Projekte als Zielsetzung der Lehrpersonen sind also nötig (LP6, Pos. 19). In diesem Zusammenhang ist die Kommunikation zwischen Lehrkräften (LP2, Pos. 27; LP6, Pos. 19) sowie die Abstimmung und Vernetzung fachlicher Inhalte erforderlich (LP2, Pos. 27).

8.7.3 Unterstützungsmaterialien

Als weitere Voraussetzung zur fächerübergreifenden Umsetzung von Gesundheitsbildung erscheint die Verfügbarkeit eines Angebots verschiedener Unterstützungsmaterialien aus Sicht der befragten Fachlehrkräfte notwendig.

Das Ergebnis demonstriert, dass Anweisungen für das Lehrpersonal sowie entsprechende Materialien als bedeutsam für eine fächerübergreifende Umsetzung erachtet werden (LP9, Pos. 20). In diesem Kontext wird betont, dass Gesundheitsbildung eindeutig im Lehrplan verankert sein muss (LP7, Pos. 22). Überdies werden konkrete Umsetzungsvorschläge in Schulbüchern oder Lehrerhandexemplaren als notwendig erachtet, wobei Angebote dieser Art gegenwärtig als nicht ausreichend vorhanden empfunden werden (LP4, Pos. 19). Mögliche Konzepte wie z.B. fachunabhängig zur Verfügung stehende, vorgefertigte und geteilte Stundenbilder werden dabei als erforderlich betrachtet, um eine Umsetzung für alle Lehrpersonen zu ermöglichen (LP5, Pos. 22). Zudem sollten Schulbuchverlage fächerübergreifende Schwerpunkte setzen und entsprechende Materialien anbieten (LP1, Pos. 24).

8.7.4 Fort-/Weiterbildungsmöglichkeiten

Neben den bereits dargestellten Voraussetzungen erscheint der Bereich verschiedener Fort- bzw. Weiterbildungsmöglichkeiten für Lehrkräfte als weitere Voraussetzung relevant, um Gesundheitsbildung fächerübergreifend umsetzen zu können.

Das Ergebnis zeigt, dass regelmäßige Weiterbildungen als mögliche Unterstützung hinsichtlich der Kenntnis aktueller Ansätze und Methoden und der umfassenden Vermittlung von Gesundheitsbildung dienen würden (LP11, Pos. 24). Zudem werden bestimmte regelmäßige Fortbildungsangebote als Voraussetzung für einen abgestimmten Ansatz betrachtet (LP7, Pos. 22). Neben der erläuterten

Regelmäßigkeit erscheinen auch verpflichtende Fortbildungen notwendig, da sie als Grundlage einer qualitativen unterrichtlichen Umsetzung von Gesundheitsbildung angesehen werden (LP10, Pos. 25).

8.7.5 Projektgestaltung

Eine weitere aus Sicht der Befragten notwendige Voraussetzung für eine fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung betrifft das Feld der Projektgestaltung.

Es konnte gezeigt werden, dass einerseits die Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachlehrkräfte als Voraussetzung für schulumfassende Projekte betrachtet wird (LP3, Pos. 31). Anderseits stellt eine klassenübergreifende Teilnahme an Projekten, Workshops oder Vorträgen eine wichtige Möglichkeit zur fächerübergreifenden Umsetzung dar (LP10, Pos. 25). In diesem Zusammenhang beachtenswert scheint zudem, dass Schüler*innen aktiv bei der Umsetzung gesundheitsbezogener Projekte eingebunden werden sollten (LP7, Pos. 23).

8.8 Kenntnis schulexterner Organisationen und Angebote

Zusätzlich zu den bereits dargelegten Hauptforschungsanliegen der Studie liegt ein weiterer zentraler Fokus auf dem Bereich schulexterner Organisationen und Angebote, die Lehrpersonen in ihren Fachunterricht einbeziehen können, um ihren Schüler*innen Gesundheitsbildung näher zu bringen. Entsprechend der Struktur des Interviewleitfadens wurde die zugehörige Kategorie „Kenntnis schulexterner Organisation und Angebote“ gebildet. Umfasst sind darunter jene Aussagen, die aufzeigen, welche schulexternen Organisationen und Angebote die befragten Fachlehrkräfte kennen.

Im Rahmen der Studie konnte gezeigt werden, dass die befragten Fachlehrkräfte folgende schulexternen Organisationen in Bezug auf Gesundheitsbildung kennen:

- GIVE (LP1, Pos. 26)
- Global 2000 (LP1, Pos. 26)
- Südwind (LP1, Pos. 26)
- WiG (Wiener Gesundheitsförderung) (LP3, Pos. 33)
- ÖRK – ÖJRK (LP7, Pos. 26)
- VsUM.tv (LP7, Pos. 25, Pos. 27)
- Bundeslandspezifische Fachstelle (LP9, Pos. 27)

Darüber hinaus sind den befragten Fachlehrkräften folgende Angebote bekannt:

- „Gesunde Schule“ (LP10, Pos. 27)
- „Wasserschule“ (LP10, Pos. 27)
- Trink- und Jausenführerschein“ (LP5, Pos. 24)
- „bewegte Klasse“ (LP5, Pos. 24)
- „Mental health days“ (LP7, Pos. 25) sowie verschiedene Workshops von VsUM.tv (LP7, Pos. 27)
- Verschiedene Workshops wie z.B. „Körperbilder und soziale Medien“, „Grüner Teller“ (LP11, Pos. 28)
- Erste-Hilfe-Kurse (LP7, Pos. 27; LP10, Pos. 27), sowie explizit genannt vom ÖRK – ÖJRK (LP7, Pos. 27)
- Angebote zu Suchtprävention und Sexualpädagogik von der genannten bundeslandspezifischen Fachstelle (LP9, Pos. 22)
- „plus-Programm“ zur schulinternen Integration von Suchtprävention (LP9, Pos. 22)

Zusätzlich zeigt das Ergebnis eine variiierende Kenntnis unter den Befragten: Während Lehrperson 4 angibt, ausschließlich Workshops zu Themen über Sexualität zu kennen (LP4, Pos. 21), verweist Lehrperson 11 auf die Kenntnis verschiedener, nicht näher spezifizierter Organisationen und betont darüber hinaus die Möglichkeit der Zusammenarbeit mit Ernährungsberater*innen oder Sportvereinen (LP11, Pos. 26).

8.9 Nutzung schulexterner Organisationen und Angebote

Anschließend an die Erhebung vorhandener Kenntnis wurde die Nutzung schulexterner Organisationen und Angebote im Kontext Gesundheitsbildung im Fachunterricht der teilnehmenden Fachlehrkräfte erfragt sowie deren zugrundeliegenden Beweggründe, also welche Aspekte für bzw. gegen eine Nutzung aus Sicht der befragten Lehrkräfte sprechen, erhoben.

Das Ergebnis zeigt, dass die befragten Fachlehrkräfte unterschiedliche schulexterne Organisationen bzw. Angebote in ihrem Fachunterricht miteinbeziehen, um ihren Schüler*innen Gesundheitsbildung zu vermitteln. Diese umfassen:

- Externe Angebote zum Thema Ernährung („Trink- und Jausenführerschein“) und Bewegung („bewegte Klasse“) (LP, 5, Pos. 24)
- Angebote von Erste-Hilfe-Kursen (LP7, Pos. 28; LP10, Pos. 27), angeleitet durch Expert*innen des ÖRK (LP7, Pos. 28)

- Angebote zur Suchtprävention und Sexualpädagogik einer bundeslandspezifischen Fachstelle, sowie Umsetzung eines externen Programms („plus-Programm) an der Schule zur schulinternen Integration von Suchtprävention (LP9, Pos. 22)
- Externe Angebote der Bildungschancen wie beispielsweise Workshops zu verschiedenen gesundheitsrelevanten Themen (z.B. „Körperbilder und soziale Medien“, „Grüner Teller“) (LP11, Pos. 27-28)
- Verschiedene Workshops von VsUM.tv (LP7, Pos. 27)
- Materialien von GIVE (LP1, Pos. 26)
- Verschiedene spezifische Materialien wie z.B. „Jausenführerschein“ (LP3, Pos. 33)

Des Weiteren verweist Lehrperson 10 auf die gegenwärtig in Planung befindliche zukünftige Umsetzung des externen Angebots „Gesunde Schule“ (LP10, Pos. 27).

Überdies wird gegenwärtig mit Ernährungsberater*innen oder Sportvereinen zusammengearbeitet, um praktische Erfahrungen und Lernen von Expert*innen zu ermöglichen (LP11, Pos. 26)

Hinsichtlich möglicher Beweggründe für bzw. gegen die Inanspruchnahme von schulexternen Organisationen bzw. Angeboten scheinen sowohl die Kenntnis (LP8, Pos. 23) als auch zeitliche bzw. organisatorische Faktoren (LP8, Pos. 23) eine Rolle zu spielen: Während einerseits aufgrund mangelnder Kenntnis keine externen Organisationen, außer im Bereich der Sexualkunde, genutzt werden (LP8, Pos. 23), werden andererseits aufgrund zeitlicher und organisatorischer Aspekte lediglich Materialien von GIVE im Unterricht verwendet (LP1, Pos. 26-27).

8.10 Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung

Neben dem Fachunterricht kommt der Lebenswelt Schule, also dem Schulalltag, eine tragende Bedeutung in Hinblick auf die Realisierung von Gesundheitsbildung zu. Daher bilden außerunterrichtliche Schulbereiche ein weiteres zentrales Hauptforschungsanliegen der vorliegenden Studie. Zunächst wurde hierzu erhoben, welche Bereiche in der Lebenswelt Schule die Befragten als essentiell erachten, um Gesundheitsbildung im Schulalltag zu verwirklichen. Die entsprechende Hauptkategorie „Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung“ umfasst alle Aussagen über jene Schulbereiche und Aspekte, die außerhalb des Fachunterrichts der Befragten liegen, also den Schulalltag betreffen, und aus Sicht der Befragten für Gesundheitsbildung relevant erscheinen. Aus dem gewonnenen Datenmaterial konnten sieben Subkategorien gebildet werden, denen die Äußerungen der Befragten zugordnet werden konnten. Diese lauten:

„Verpflegungsmöglichkeiten“, „Bewegungsmöglichkeiten“, „Schulraumgestaltung“, „Schulklima“, „Verhalten im Schulalltag“, „Projekte, Exkursionen & Veranstaltungen“ und „Angebote für mentale Gesundheit“. Die Ergebnisse werden im Folgenden zusammenfassend entlang der genannten Subkategorien übersichtlich präsentiert.

8.10.1 Verpflegungsmöglichkeiten

Aus Sicht der befragten Lehrkräfte erscheinen Verpflegungsmöglichkeiten in der Schule bedeutsam, um Gesundheitsbildung im Schulalltag zu verwirklichen.

Um Gesundheitsbildung im Schulalltag zu verwirklichen, sollte eine Schulverpflegung in Form eines vielfältigen Angebots an gesundheitsförderlichen Speisen und Getränken gewährleistet werden (LP7, Pos. 32) und ein Angebot gesundheitsförderlicher Mahlzeiten (LP7, Pos. 5; LP8, Pos. 25) und Getränke (LP2, Pos. 32), beispielsweise in der Schulkantine (LP7, Pos. 5; LP10, Pos. 30), geschaffen werden. Neben der Schulkantine (LP1, Pos. 29) zählt ebenso das Schulbuffet (LP1, Pos. 29; LP4, Pos. 23; LP6, Pos. 23; LP9, Pos. 24) zu den potentiell bedeutsamen Verpflegungsmöglichkeiten.

Ebenso erscheint in diesem Zusammenhang der Bereich Schulküche bedeutsam (LP10, Pos. 30). Auch Lehrperson 6 verweist auf das „Kochen“ als Beispiel für einen relevanten, außerhalb des eigenen Fachunterrichts liegenden, Bereich betreffend das Verpflegungsangebot in der Schule (LP6, Pos. 23).

Außerdem soll das Angebot einer gesunden Schuljause geschaffen werden, um Gesundheitsbildung im Schulalltag zu realisieren (LP5, Pos. 26; LP2, Pos. 31). Zusätzlich erscheint eine Gemeindeförderung von gesunden Lebensmitteln relevant (LP2, Pos. 33). Daneben wird ausreichendes Wassertrinken in Hinblick auf Gesundheitsbildung im Schulalltag als wichtig erachtet (LP7, Pos. 5). In diesem Kontext zu beachten ist die Bedeutung von Wasserflaschen, um ein ausreichendes Trinkverhalten der Schüler*innen sicherzustellen (LP3, Pos. 35).

Wichtig ist, dass die potentiellen Verpflegungsmöglichkeiten den Schüler*innen eine gesundheitsförderliche Ernährungsweise ermöglichen sollten (LP10, Pos. 30). Zu beachten hierbei ist, dass eine gesundheitsförderliche Schulverpflegung zur Ernährungsbildung zählt und zur Förderung gesundheitsförderlicher Ernährungsgewohnheiten beiträgt (LP11, Pos. 33).

8.10.2 Bewegungsmöglichkeiten

Neben den eben dargestellten Verpflegungsmöglichkeiten stellen Möglichkeiten zur Bewegung in der Schule einen weiteren essentiellen außerunterrichtlichen Bereich zur Umsetzung von Gesundheitsbildung aus Sicht der befragten Fachlehrkräfte dar.

Das Ergebnis zeigt, dass zusätzliches Bewegungsangebot neben dem Sportunterricht in Hinblick auf die Realisierung von Gesundheitsbildung im Schulalltag relevant scheint (LP8, Pos. 26). Insbesondere die körperliche Gesundheit wird durch zusätzliche Bewegungsangebote gefördert (LP11, Pos. 32). Eine zentrale Umsetzungsmaßnahme betrifft den Bereich von Bewegungsmöglichkeiten in der Pause (LP1, Pos. 29; LP2, Pos. 34; LP5, Pos. 26; LP7, Pos. 5; LP11, Pos. 32), wobei hierzu auch Aspekte wie eine Durchführung an der frischen Luft (LP1, Pos. 29) beachtenswert sind. Zudem soll das schulische Bewegungsangebot vielfältig gestaltet werden (LP7, Pos. 5). Wichtig in diesem Kontext ist, Bewegungsmöglichkeiten in Hinblick auf die räumliche und organisatorische Gestaltung des Schulalltags zu berücksichtigen (LP7, Pos. 31). Potentielle Bewegungsmöglichkeiten können durch eine angemessene Ausstattung und Angebote wie etwa Sportgeräte oder verschiedene Sportplätze geschaffen werden, die bei der Schulraumgestaltung zu berücksichtigen sind (LP10, Pos. 30).

8.10.3 Schulraumgestaltung

Ein weiterer aus Sicht der Befragten essentieller außerunterrichtlicher Bereich, um Gesundheitsbildung im Schulalltag zu realisieren, betrifft Aspekte der Schulraumgestaltung.

Das Ergebnis veranschaulicht die Wichtigkeit von Lebensraum- und Schulraumgestaltung als relevante außerunterrichtliche Schulbereiche im Kontext von Gesundheitsbildung (LP1, Pos. 29). Bedeutsam ist dabei die räumliche und organisatorische Gestaltung des Schulalltags: Hierzu zählen unter anderem Bewegungsmöglichkeiten, räumliche Möglichkeiten zur Entspannung (LP7, Pos. 31), wie beispielsweise Ruhebereiche in der Pause zur Stärkung der mentalen Gesundheit (LP2, Pos. 35), sowie ergonomisches Mobiliar (LP7, Pos. 5, Pos. 31).

Ebenso erscheint die Schulumgebung (LP7, Pos. 31; LP10, Pos. 33) bzw. das Schulumfeld (LP7, Pos. 5; LP11, Pos. 36) von großer Bedeutung, um Gesundheitsbildung im Schulalltag zu verwirklichen. Insbesondere zählen eine gesundheitsförderliche Lernumgebung in der Schule, gute Luftqualität (LP10, Pos. 33), realisiert durch Maßnahmen, die für ausreichende Frischluftzufuhr im Klassenraum sorgen (LP7, Pos. 5), wenig Lärm sowie naturnahe Pausenbereiche und Grünflächen (LP10, Pos. 33) zu wichtigen Faktoren. Auch Lehrperson 7 betont die Bedeutsamkeit einer ansprechenden und „grünen“ Gestaltung der Schulumgebung im Hinblick auf Gesundheitsförderung (LP7, Pos. 31), wobei aus Sicht

von Lehrperson 11 insbesondere die körperliche Gesundheit durch ein gesundes Schulumfeld gestärkt werde (LP11, Pos. 36).

8.10.4 Schulklima

Im Rahmen der Datenanalyse konnten nicht nur physische Gestaltungsaspekte der Schule (siehe Kapitel 8.10.3), sondern auch Aspekte betreffend das Schulklima als ein essentieller Bereich zur Verwirklichung von Gesundheitsbildung im Schulalltag ermittelt werden.

Es zeigt sich, dass ein wertschätzendes Miteinander als bedeutsam für ein gesundheitsförderliches Schulklima angesehen wird. Die Grundlage hierfür stellt eine gute Kommunikation zwischen den beteiligten Personengruppen an der Schule dar (LP7, Pos. 30). Neben einem gesundheitsförderlichen Schulklima wird die Bedeutung eines ebenso gesundheitsförderlichen Klassenklimas hervorgehoben (LP10, Pos. 32). Dabei spielen die Faktoren Respekt, Wertschätzung, Toleranz, Gleichberechtigung, Vielfalt und Inklusion eine entscheidende Rolle (LP10, Pos. 32). Zentral ist, dass ein positives Schulklima mit respektvollem Umfeld das Wohlbefinden stärkt (LP11, Pos. 31).

8.10.5 Verhalten im Schulalltag

Im Zuge der Datenanalyse konnte weiters ermittelt werden, dass aus Sicht der befragten Fachlehrkräfte dem Verhalten im Schulalltag eine essentielle Bedeutung in Hinblick auf die Verwirklichung von Gesundheitsbildung im Schulalltag zukommt.

Von großer Bedeutung bei der Realisierung von Gesundheitsbildung im Schulalltag zeigt sich, dass alle an der Schule beteiligten Personen ihr Verhalten an gesundheitsförderlichen Prinzipien ausrichten und dies für Schüler*innen erkennbar als gemeinsames Ziel anerkennen sollen (LP10, Pos. 30). Dabei zählen ein wertschätzendes Miteinander und eine gute Kommunikation zwischen allen an der Schule beteiligten Personen zu wichtigen konkreten Verhaltensweisen (LP7, Pos. 30). Insbesondere erscheint auch das Verhalten der Lehrperson als Vorbild im Schulalltag relevant (LP8, Pos. 27; LP9, Pos. 24).

Als wichtige spezifische Verhaltensweisen im Kontext der im Schulalltag gelebten Gesundheitsbildung auf Schüler*innenseite sind die Präsenz einer Wasserflasche, um ausreichend zu trinken, das Händewaschen vor dem Essen, sowie die Nutzung der Pause für Verpflegung, Entspannung und für den Toilettengang zu nennen (LP3, Pos. 35-37).

8.10.6 Projekte, Exkursionen & Veranstaltungen

Der Bereich „Projekte, Exkursionen & Veranstaltungen“ wurde im Rahmen der Datenanalyse als weiterer, aus Sicht der befragten Lehrkräfte essentieller Bereich für die Verwirklichung von Gesundheitsbildung im Schulalltag identifiziert. Die Grundlage hierfür bilden jene Äußerungen, die die Bedeutung unterschiedlicher Projekte, Exkursionen und Veranstaltungen betonen, um Gesundheitsbildung im Schulalltag entsprechend zu realisieren.

Es konnte gezeigt werden, dass Veranstaltungen, Projekte sowie Kooperation mit Eltern und externen Partnern wichtig sind, um Gesundheitsbildung im Schulalltag zu realisieren (LP10, Pos. 33). Ebenso zählen Ausflüge und Exkursionen zu relevanten außerunterrichtlichen Veranstaltungen im Kontext von Gesundheitsbildung (LP9, Pos. 24). Konkret werden dabei Projekte zur Integration von Ernährungsbildung über eine Dauer von Tagen bis Wochen (LP10, Pos. 30) sowie Projekte mit Einbezug von Schulgärten wie beispielsweise dem Eigenanbau von Lebensmitteln als wichtig erachtet (LP7, Pos. 32). Überdies stellen etwaige Gemeindeförderungen für gesunde Lebensmittel eine weitere konkrete Möglichkeit dar, um Gesundheitsbildung im Schulalltag forcieren zu können (LP2, Pos. 33).

8.10.7 Angebote für mentale Gesundheit

Zusätzlich zu den bereits erläuterten Bereichen zeigen sich „Angebote für mentale Gesundheit“ als ein weiterer essentieller außerunterrichtlicher Bereich, um Gesundheitsbildung im Schulalltag zu verwirklichen. Dieser Bereich konnte ebenfalls auf Basis der gewonnenen Daten abgeleitet werden.

Das Ergebnis zeigt, dass Angebote zur Unterstützung im Umgang mit Stress als bedeutsam erachtet werden, um Gesundheitsbildung im Schulalltag zu verwirklichen (LP10, Pos. 31; LP11, Pos. 34). Gleiches gilt für Angebote im Umgang mit Konflikten und Mobbing (LP10, Pos. 31), wobei auch Angebote im Bereich der Prävention von Mobbing bedeutsam sind (LP11, Pos. 34). Außerdem sind Schulsozialarbeit und Beratung zur individuell abgestimmten Unterstützung im Schulalltag wichtig (LP11, Pos. 35). Auch Vertrauenslehrpersonen zählen zu relevanten außerunterrichtlichen Anlaufstellen (LP1, Pos. 29).

Konkret können Angebote wie Peer-Mentoring den Stressabbau unterstützen und die psychische Widerstandskraft der Schüler*innen stärken (LP7, Pos. 33). Ebenso stellen Ruhebereiche in der Pause eine Option dar, um Entspannung im Schulalltag zu ermöglichen (LP2, Pos. 35).

8.11 Schulspezifische außerunterrichtliche Umsetzung von Gesundheitsbildung

Ein zusätzlicher Forschungsschwerpunkt der Studie war es, zu ermitteln, in welcher Weise Gesundheitsbildung am konkreten Schulstandort der teilnehmenden Fachlehrkräfte im Schulalltag bereits verwirklicht wird. Die zugehörige Hauptkategorie „Schulspezifische außerunterrichtliche Umsetzung von Gesundheitsbildung“ umfasst dabei alle Äußerungen, die aufzeigen, wie Gesundheitsbildung außerhalb des Fachunterrichts an der Schule der Befragten konkret umgesetzt wird. Daraus konnten im Zuge der Datenanalyse folgende fünf induktive Subkategorien gebildet werden: „Verpflegungsgestaltung“, „Pausengestaltung“, „Verhaltensregelungen“, „Projekte, Exkursionen & Veranstaltungen“ sowie „Angebote für mentale Gesundheit“, die geordnet darstellen sollen, anhand welcher Aspekte die Fachlehrkräfte Gesundheitsbildung im Schulalltag ihrer Schule gegenwärtig integriert sehen. Die Ergebnisdarstellung erfolgt anhand der genannten Subkategorien.

Zusätzlich dazu stellen zeitlich begrenzte Möglichkeiten im Schulalltag, die Schüler*innen zum Schlafen nutzen können, ein konkretes Beispiel für eine schulspezifische außerunterrichtliche Umsetzung dar (LP3, Pos. 31).

8.11.1 Verpflegungsgestaltung

Ein zentraler Bereich im Kontext der konkreten außerunterrichtlichen Umsetzung von Gesundheitsbildung am jeweiligen Schulstandort betrifft die Verpflegungsgestaltung. Umfasst sind dabei jene Äußerungen, die beispielhaft zeigen, wie die Ausgestaltung im Bereich der Verpflegung an der Schule der Befragten konkret aussieht. Ebenso fallen jene Aussagen, die gesundheitsrelevante Verhaltensweisen im Bereich der Schulverpflegung an der Schule der Befragten thematisieren, in diese Kategorie.

Das Ergebnis zeigt, dass das Angebot einer gesunden Jause einen zentralen Aspekt der konkreten Verpflegungsgestaltung und damit der tatsächlichen Umsetzung von Gesundheitsbildung an der Schule der Befragten darstellt (LP2. Pos. 37; LP5, Pos. 28; LP6, Pos. 25; LP9, Pos. 26). Je nach Schulstandort findet die gesunde Jause gelegentlich in der Pause (LP9, Pos. 26) oder regelmäßig, zusammengestellt aus regionalen Produkten von lokalen Anbietern (LP5, Pos. 28), statt. Darüber hinaus werden an einer Schule gesunde Schulbuffets organisiert (LP10, Pos. 35). Außerdem kennzeichnet das Angebot von zuckerarmen Getränken die Verpflegungsgestaltung an einer weiteren Schule (LP2, Pos. 38).

Daneben spielt auch das Verhalten eine Rolle im Kontext der Verpflegungsgestaltung in Hinblick auf Gesundheitsbildung: So ist an einem Schulstandort die Beachtung bestimmter Verhaltensweisen im

Speisesaal wichtig. Das zugrundeliegende Ziel besteht in einer Lautstärkenreduktion, um Lärm (= Stress) zu vermeiden (LP3, Pos. 42).

8.11.2 Pausengestaltung

Neben der Verpflegungsgestaltung spielen auch Aspekte bezüglich der Pausengestaltung eine entscheidende Rolle bei der konkreten Umsetzung von Gesundheitsbildung am Schulstandort der Befragten.

Es konnte gezeigt werden, dass wichtige Aspekte der konkreten Pausengestaltung das Vorhandensein eines Ruheraums sowie eines Schulgartens mit Bewegungsmöglichkeiten zur Pausengestaltung im Freien an der Schule umfassen (LP2, Pos. 39-40). Ebenso stellen beaufsichtigte Turnsäle, um Bewegung in der Pause zu ermöglichen, einen Aspekt schulspezifischer Pausengestaltung dar (LP11, Pos. 39). Außerdem gibt es gelegentlich das Angebot einer gesunden Jause in der Pause an einer konkreten Schule (LP9, Pos. 26).

8.11.3 Verhaltensregelungen

Verschiedene Verhaltensregeln stellen einen weiteren beachtenswerten Aspekt bezüglich der konkreten Realisierung von Gesundheitsbildung im Schulalltag der teilnehmenden Fachlehrkräfte dar.

Zusammenfassend gelten folgende im Kontext von Gesundheitsbildung schulspezifisch relevanten Verhaltensregeln an den Schulen der Befragten:

- Diverse Hygieneregeln (LP3, Pos. 40)
- Mülltrennung mit dem Ziel der Vermeidung negativer gesundheitlicher Auswirkung durch Umweltverschmutzung (LP3, Pos. 41)
- Bestimmte Verhaltensregeln im Speisesaal zur Lautstärkenreduktion, um Lärm (=Stress) zu vermeiden (LP3, Pos. 42)
- Ausschließliches Wassertrinken in der Nachmittagsbetreuung (LP4, Pos. 26)

8.11.4 Projekte, Exkursionen & Veranstaltungen

Verschiedene gesundheitsrelevante Projekte, Exkursionen & Veranstaltungen, die am Schulstandort der Befragten durchgeführt werden, stellen einen weiteren wesentlichen Bereich im Feld der schulspezifischen außerunterrichtlichen Umsetzung von Gesundheitsbildung dar. Auch mögliche

konkrete Beispiele, die die schulspezifische Umsetzung von Gesundheitsbildung in diesem Bereich veranschaulichen, wurden in der zugehörigen Kategorie umfasst.

Insgesamt werden folgende für Gesundheitsbildung relevante Projekte, Exkursionen und Veranstaltungen an den jeweiligen Schulen der Befragten angeboten:

- Gesunde Jause;
- Diverse Sportveranstaltungen;
- Kochkurse;
- Yoga und Meditation (LP6, Pos. 25)
- „Mental Health Day“ einmal jährlich (LP4, Pos. 25) bzw. „Mental Health Days“ (LP7, Pos. 36)
- Peer-Mentoring (LP7, Pos. 38)
- Projekt „Wasserschule“ (LP7, Pos. 35)
- Erste-Hilfe-Kurse (LP7, Pos. 37; LP10, Pos. 35)
- Verschiedene Exkursionen, unter anderem in Kooperation mit regionalen Angeboten (LP1, Pos. 31)

Außerdem ist künftig die Umsetzung des Projekts „Gesunde Schule“ an einer Schule geplant (LP10, Pos. 35).

8.11.5 Angebote für mentale Gesundheit

Weiters konnten verschiedene Angebote für mentale Gesundheit als wichtiges Feld im Bereich der konkreten außerunterrichtlichen Umsetzung von Gesundheitsbildung am Schulstandort der teilnehmenden Fachlehrkräfte identifiziert werden.

Zusammenfassend gibt es folgende Angebote im Bereich der mentalen Gesundheit an den Schulen der Befragten, die insgesamt einen wichtigen Beitrag zur Umsetzung von Gesundheitsbildung leisten:

- Veranstaltung eines jährlichen „Mental Health Days“ (LP4, Pos. 25) bzw. „Mental Health Days“ (LP7, Pos. 36)
- Schulsozialarbeit (LP11, Pos. 41)
- Sozialpädagogische Beratungsmöglichkeiten für Schüler*innen (LP10, Pos. 35)
- Peer-Mediation (LP11, Pos. 40)

8.12 Schulspezifische unterrichtliche Integration von Gesundheitsbildung

Zusätzlich zu den im Rahmen des eben erläuterten eigentlichen Forschungsschwerpunktes der schulspezifischen außerunterrichtlichen Umsetzung von Gesundheitsbildung konnten im Zuge der Analyse des gewonnenen Datenmaterials bedeutsame Aspekte betreffend der spezifischen Integration von Gesundheitsbildung in der Gestaltung des Unterrichtsangebotes bzw. während der Unterrichtseinheiten an den jeweiligen Schulstandorten der Befragten identifiziert werden. Daraus konnten weiters die zwei Subkategorien „Bewegungsintegration“ und „Stundenplangestaltung“ abgeleitet werden. Die Ergebnisse werden entlang der Einordnung in ihre jeweilige Subkategorie präsentiert.

Ergänzend dazu zeigt das Ergebnis, dass konkrete schulspezifische unterrichtliche Integrationsansätze das fächerübergreifende Unterrichten und die Vernetzung verschiedener Fachgegenstände im Bereich Gesundheitsbildung darstellen (LP10, Pos. 35).

8.12.1 Bewegungsintegration

Einen wesentlichen Bereich betreffend die Unterrichtseinheiten an der Schule der Befragten im Hinblick auf Gesundheitsbildung stellen unterschiedliche Ansätze zur Integration von Bewegung dar.

Das Ergebnis zeigt, dass eine gezielte Bewegungsintegration während des Unterrichts in jeweils unterschiedlichen Ansätzen an den konkreten Schulstandorten realisiert wird. Diese umfassen eine gezielte Bewegungsintegration zu Beginn der ersten Unterrichtseinheit am Nachmittag (LP3, Pos. 31), in Form kurzer Bewegungseinheiten unter Zuhilfenahme externer Materialien („Bewegungskärtchen“) (LP5, Pos. 22) sowie in Form von Bewegungspausen während der Unterrichtseinheiten (LP6, Pos. 25). Außerdem wird an einem Schulstandort ein zusätzliches Bewegungsangebot in Form der unverbindlichen Übung „Boden- und Geräteturnen“ angeboten (LP5, Pos. 28).

8.12.2 Stundenplangestaltung

Neben den eben dargelegten Aspekten der Bewegungsintegration erscheinen Aspekte betreffend der Stundenplangestaltung als ein weiterer bedeutsamer Bereich im Kontext der schulspezifischen unterrichtlichen Integration von Gesundheitsbildung.

Das Ergebnis zeigt, dass ein Angebot verschiedener unverbindlicher Übungen am konkreten Schulstandort einer teilnehmenden Lehrkraft im Kontext der Gesundheitsbildung relevant erscheint,

dabei umfasst sind folgende Übungen: „Boden- und Geräteturnen“ als ein zusätzliches Bewegungsangebot, sowie eine unverbindliche Übung zum Thema Gärtnern, um die Herstellung von Lebensmitteln zu lernen (LP5, Pos. 28). Darüber hinaus werden an einer anderen Schule diverse Wahlkurse angeboten (LP7, Pos. 39).

Zusätzlich von Bedeutung im Hinblick auf Gesundheitsbildung ist die regelmäßige Integration des Unterrichtsfaches „KOKOKO (Kommunikation, Kooperation und Konfliktlösung)“ an einem weiteren Schulstandort, um das Schulklima zu fördern (LP11, Pos. 38).

8.13 Künftige außerunterrichtliche Integrationspotentiale von Gesundheitsbildung

Zugleich war ein Hauptanliegen der Studie zu erheben, welche weiteren Möglichkeiten die teilnehmenden Fachlehrkräfte sehen, um Gesundheitsbildung an ihrer Schule außerhalb ihres jeweiligen Fachunterrichts zukünftig zu integrieren. Aus dem erhobenen Datenmaterial konnten im Rahmen der Analyse insgesamt sieben Subkategorien entwickelt werden, die mögliche Bereiche der zukünftigen Integrationspotentiale von Gesundheitsbildung am konkreten Schulstandort aus Sicht der Befragten abbilden. Diese lauten: „Verpflegungspotentiale“, „Bewegungspotentiale“, „Projekte, Exkursionen & Veranstaltungen“, „Schulgartennutzung“, „Außerschulische Vernetzungen“, „Elternzusammenarbeit“ und „Mitgestaltungsmöglichkeiten für Schüler*innen“. Die Ergebnisse werden nachstehend entlang ihrer jeweiligen Subkategorien dargestellt, mit Ausnahme jener Äußerungen, die keiner Subkategorie zugeordnet werden konnten.

Es konnte gezeigt werden, dass aus Sicht der befragten Lehrkräfte unterschiedliche Aspekte im Kontext möglicher künftiger außerunterrichtlicher Integrationspotentiale von Gesundheitsbildung an ihrem konkreten Schulstandort relevant erscheinen: So wird etwa die Bildung von Bewusstsein für die Bedeutung von Gesundheitsbildung durch Vorleben als ein relevanter Aspekt betrachtet (LP1, Pos. 35). Ebenso wird die künftige Integration von Aspekten zu Achtsamkeit und Entspannung im Schulalltag als eine weitere Möglichkeit im Bereich der außerunterrichtlichen Gesundheitsbildung gesehen (LP11, Pos. 43, 48). Zusätzlich ist ein verstärktes Angebot von Unterricht im Freien eine Option, um Gesundheitsbildung an der Schule weiter zu integrieren (LP10, Pos. 37).

8.13.1 Verpflegungspotentiale

Ein Bereich mit künftigem Integrationspotential für Gesundheitsbildung im Schulalltag stellt aus Sicht der befragten Fahlehrkräfte die Schulverpflegung dar.

Es konnte gezeigt werden, dass ein künftiges Angebot gesundheitsförderlicher Schulbuffets (LP10, Pos. 37) bzw. die zukünftige Integration gesundheitsförderlicher Angebote beim Schulbuffet (LP1, Pos. 35) im Bereich der Schulverpflegung relevant erscheint und damit ein mögliches Integrationspotential von Gesundheitsbildung im außerunterrichtlichen Kontext darstellt. Einen schulspezifischen Aspekt betrifft in diesem Zusammenhang die Forcierung der Zusammenarbeit mit dem an der Schule extern organisierten Buffet (LP4, Pos. 28). Für einen weiteren Schulstandort erscheint dagegen ein künftiges Angebot einer gesundheitsförderlichen Schulverpflegung unter Berücksichtigung gesunder Snacks relevant (LP10, Pos. 37).

8.13.2 Bewegungspotentiale

Die Integration von Bewegung bildet aus Sicht der befragten Fachlehrkräfte einen weiteren Bereich mit künftigen Integrationspotential für Gesundheitsbildung im Schulalltag.

Das Ergebnis zeigt, dass die Schaffung von Bewegungsmöglichkeiten während der Pausen relevant erscheint, um Bewegung in den Schulalltag zu integrieren (LP1, Pos. 35) und damit ein mögliches zukünftiges Potential für die Integration von Gesundheitsbildung an der Schule bietet. Dabei wird auch eine Pausengestaltung im Freien als künftige Möglichkeit gesehen, um Bewegung im Schulalltag zu forcieren (LP10, Pos. 37). Darüber hinaus werden gezielte Maßnahmen zur Förderung des Bewegungsverhaltens bei Schulausflügen als künftiges Integrationspotential gesehen (LP3, Pos. 44). Außerdem werden mögliche Kooperation mit Vereinen mit dem Ziel einer verstärkten Bewegungsintegration im Schulalltag als zukünftige Option einer Forcierung von Gesundheitsbildung für die Schule gesehen (LP5, Pos. 30). Für einen anderen Schulstandort wiederum wird die Einführung einer täglichen Bewegungseinheit als künftiges Potential gesehen, Bewegung verstärkt zu integrieren (LP10, Pos. 37).

8.13.3 Projekte, Exkursionen & Veranstaltungen

Neben Verpflegungs- und Bewegungspotentialen erscheint aus Sicht der befragten Lehrkräfte auch der Bereich von Projekten, Exkursionen und Veranstaltungen relevant, um Gesundheitsbildung an ihrem Schulstandort in Zukunft zu forcieren.

Das Ergebnis verdeutlicht, dass die Durchführung verschiedener Workshops, Exkursionen und von Lehrausgängen als Möglichkeiten gesehen werden, Gesundheitsbildung künftig im Schulalltag zu verankern (LP1, Pos. 34) und ihnen damit ein Potential für die zukünftige Integration von Gesundheitsbildung zugeschrieben wird. Gleiches gilt für Projekte und tageweise Veranstaltungen zu

unterschiedlichen gesundheitsbezogenen Themen (LP11, Pos. 44). Auch Lehrperson 4 betont das Potential möglicher Veranstaltungen wie beispielsweise von Gesundheitstagen an der Schule (LP4, Pos. 29). Damit in Einklang stehend wird von Lehrperson 10 ein verstärktes Angebot diverser Workshops und Projekttage zum Thema Gesundheit als mögliches künftiges Integrationspotential von Gesundheitsbildung im Schulalltag an ihrer Schule gesehen (LP10, Pos. 37). Als konkretes Beispiel werden in diesem Zusammenhang „Naturprojekte“ genannt (LP10, Pos. 37).

Ebenso erscheinen die Durchführung verschiedener Fächerkursionen sowie Angebote fächerübergreifender Projektwochen als Möglichkeiten, um künftig Gesundheitsbildung an einem weiteren konkreten Schulstandort zu forcieren (LP6, Pos. 27-28). Dazu passend werden als konkrete Umsetzungsmöglichkeit Exkursionen zu externen Einrichtungen wie Gesundheitszentren genannt (LP11, Pos. 45). Daneben kann bei Schulausflügen im Allgemeinen künftig verstärkt auf eine Steigerung des Bewegungsverhaltens durch gezielte Maßnahmen geachtet werden (LP3, Pos. 44).

Als weiterer relevanter Aspekt wird die Nutzung digitaler Angebote wie Apps zur Informationsbeschaffung oder Erreichung bestimmter Ziele, also eine Integration von digitaler Grundbildung, als mögliches Potential für die Integration von Gesundheitsbildung an der Schule gesehen (LP10, Pos. 37).

8.13.4 Schulgartennutzung

Ferner sehen die befragten Fachlehrkräfte in der möglichen Nutzung eines Schulgartens Potential, um künftig Gesundheitsbildung an ihrer Schule im Schulalltag zu integrieren.

Die Möglichkeit der Schulgartennutzung, beispielsweise in Form eines aktiven Einbeugs von Kräuter- und Gemüsebeeten im EH-Unterricht, wird als möglicher Bereich für die künftige Integration von Gesundheitsbildung im Schulalltag aufgebracht (LP3, Pos. 44). Auch Lehrperson 11 betont das Potential eines möglichen Einbeugs von Kräuterbeeten im Kontext der Gesundheitsbildung (LP11, Pos. 37). Insbesondere für die Themen nachhaltige Ernährung und Gartenarbeit wird der gezielte Einbezug von Schulgärten als wertvolle künftige Option gesehen, um Gesundheitsbildung am konkreten Schulstandort zu forcieren (LP11, Pos. 46).

8.13.5 Außerschulische Vernetzungen

Ein weiterer Bereich, der aus Sicht der befragten Fachlehrkräfte Potential bietet, um Gesundheitsbildung außerhalb des Fachunterrichts an ihrem Schulstandort künftig zu integrieren,

besteht in der Möglichkeit außerschulischer Vernetzungen. Grundlage dafür stellen jene Äußerungen dar, die auf das Potential möglicher Schulkooperationen mit schulexternen Partner*innen hinweisen.

Es konnte gezeigt werden, dass außerschulische Vernetzung in Form von Schulpartnerschaften als künftiges Integrationspotential von Gesundheitsbildung im Schulalltag gesehen wird (LP11, Pos. 45). Konkret werden künftige Kooperationen mit Vereinen, um Bewegung verstärkt in den Schulalltag zu integrieren, sowie Kooperation mit einem lokalen „Urban Gardening Projekt“ als Möglichkeiten für die weitere Integration von Gesundheitsbildung im Schulalltag genannt (LP5, Pos. 30).

8.13.6 Elternzusammenarbeit

Neben dem Potential außerschulischer Vernetzungen wird auch in der Zusammenarbeit mit Eltern eine wertvolle Möglichkeit gesehen, Gesundheitsbildung am Schulstandort der Befragten zu integrieren.

Es konnte gezeigt werden, dass der Einbezug von Eltern durch verschiedene Maßnahmen wie z.B. an sie adressierte „Gesundheitsnewsletter“ mit konkreten Anregung zu bestimmten Gesundheitsthemen oder an Eltern gerichtete Informationsveranstaltungen als Möglichkeiten zur weiteren Integration von Gesundheitsbildung betrachtet werden (LP10, Pos. 37). Eine weitere relevante Option stellen Angebote von Elternabenden zur Aufklärung über Gesundheitsthemen dar (LP11, Pos. 47).

8.13.7 Mitgestaltungsmöglichkeiten für Schüler*innen

Als zusätzlicher Aspekt für die künftige außerunterrichtliche Integration von Gesundheitsbildung konnte aus dem vorliegenden Datenmaterial die Kategorie „Mitgestaltungsmöglichkeiten für Schüler*innen“ identifiziert werden. Basis hierfür bilden jene Äußerungen, die auf die Schaffung von Mitgestaltungsmöglichkeiten für Schüler*innen als mögliches zukünftiges sowie konkretes Potential für die Integration von Gesundheitsbildung hinweisen.

Es konnte gezeigt werden, dass in verschiedenen konkreten Maßnahmen, die Schüler*innen Mitgestaltungsmöglichkeiten in unterschiedlichen Bereichen bieten, Möglichkeiten für eine künftige Integration von Gesundheitsbildung gesehen werden. Diese umfassen:

- Einen aktiven Einbezug von Schüler*innen im Bereich der Pausengestaltung;
- Mitgestaltungsmöglichkeiten für Schüler*innen durch Verantwortungsübernahme für bestimmte Ämter (z.B. Schüler*innenvertretung, Gesundheitsrat) sowie

- Die Gestaltung eines „Gesundheitsnewsletters“ von Schüler*innen mit konkreten Anregungen zu bestimmten Gesundheitsthemen für unterschiedliche Zielgruppen wie Schüler*innen, Lehrpersonen oder Eltern (LP10, Pos. 37).

9. Diskussion der Ergebnisse

Anschließend an die Ergebnisdarstellung im vorherigen Kapitel, bei der die Resultate der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten qualitativen Studie umfassend dargelegt wurden, erfolgt nachstehend eine zusammenfassende Diskussion der Studienergebnisse. Ziel ist es, die in Kapitel 6 dargestellten empirischen Teilstudien zu beantworten. Hierzu sollen die erhobenen Sichtweisen der Fachlehrkräfte mit Bezug auf die gewonnenen Erkenntnisse aus der systematischen Literaturrecherche kritisch betrachtet werden. Es soll also abschließend eine Verknüpfung des Theoriebereichs und des Empiriebereichs dieser Arbeit erfolgen, um als zusammenfassende Betrachtung zu interpretieren und zu reflektieren, inwieweit die Sichtweisen bzw. das Verständnis der befragten Fachlehrkräfte von Gesundheitsbildung mit dem in der Literatur dargestellten übereinstimmen bzw. wo es mögliche Differenzen zu geben scheint. Der Aufbau der folgenden Ergebnisdiskussion erfolgt daher anhand der fünf empirischen Teilstudien.

9.1 Empirische Teilstudie 1

Was verstehen die befragten Lehrpersonen unter Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung in der Schule, welche wesentlichen Unterschiede und Gemeinsamkeiten sehen die befragten Lehrpersonen zwischen diesen beiden Begriffen?

Betreffend Gesundheitsbildung konnte aufgezeigt werden, dass die befragten Lehrkräfte insgesamt ein breites, vielschichtiges Verständnis hierzu aufweisen, das insbesondere die Vermittlung eines Gesundheitskonzepts, das über die bloße Abwesenheit von Krankheit hinausgeht, umfasst und dabei auch körperliches und seelisches Wohlbefinden einschließt. Ebenso werden verschiedene Themen mit Gesundheitsbildung assoziiert, u.a. Ernährung, Bewegung sowie psychisch relevante Aspekte. Dies verdeutlicht, dass einerseits die Auffassung von Gesundheit an sich mit der Literatur, insbesondere der vielbeachteten WHO-Gesundheitsdefinition (WHO, 1946), in Einklang steht, ebenso mit der laut Hornberg (2016) vorliegenden überwiegenden Tendenz zu einem mehrdimensionalen Verständnis von Gesundheit (Hornberg, 2016, S. 63). Andererseits umfassen diese von den befragten Lehrpersonen angeführten Themenbereiche jene, die laut Fuchs (2012) mithilfe des Verhaltens gesundheitlich positiv beeinflussbar sind und bei denen entsprechend der WHO-HBSC-Studie 2021/22 (Felder-Puig et al., 2023) auch Handlungsbedarf besteht. Ebenso umfasst das erhobene Verständnis von

Gesundheitsbildung die Vermittlung von alltagsrelevantem Wissen und die Anknüpfung an die Lebensrealität der Schüler*innen mit Fokus auf gesundheitlich relevante Kompetenzen und praktische Fähigkeiten, wobei die Betonung auf Selbstbestimmung und Eigenverantwortung liegt. Zusätzlich wird von den Befragten vor allem die Bedeutung des Lebensstils hervorgehoben. Außerdem verstehen die Fachlehrkräfte unter Gesundheitsbildung ein schulisches Gesamtkonzept, das neben dem Unterricht auch sämtliche außerunterrichtliche Aspekte betrifft sowie verschiedene an der Schule beteiligte Personengruppen miteinschließt. Auch betreffend dieser Aspekte lassen sich klare Übereinstimmungen mit den in der Literatur vorgefundenen Erläuterungen erkennen, wonach *Emanzipation* (Marchwacka, 2016, S. 239) und *Selbstbestimmung* (Kracke & Sommer, 2022) zentrale Kennzeichen von Gesundheitsbildung sind und Lernvorgänge ermöglichen sollen, zielgerichtet auf gesundheitsrelevante Faktoren einwirken zu können (Kracke & Sommer, 2022). Auch die Gliederung in fachunterrichtliches Lernen vs. Lernen im Setting als zwei wesentliche Bereiche im Kontext Gesundheit (Angele et al., 2021), findet sich ebenso in der Literatur wie die Bedeutung von Gesundheitsbildung als „Querschnittsaufgabe“ (Marchwacka, 2016, S. 248), die sowohl personale, organisatorische, unterrichtliche als auch persönliche Aspekte betrifft (Marchwacka, 2016, S. 239). Es konnte also gezeigt werden, dass das Verständnis befragter Lehrpersonen in wesentlichen Punkten mit der in der Literatur vorgefundenen Beschreibung von Gesundheitsbildung in Einklang steht.

Bezüglich dem Verständnis von Gesundheitserziehung zeigt sich, dass einige der Befragten den Begriff mit zielgerichteten Maßnahmen bzw. Lenkungen und klaren Anweisungen in Verbindung bringen. Auch die Rolle der Lehrperson, pädagogische Maßnahmen sowie ein Schulbezug werden genannt. Insbesondere das Verständnis von Lehrperson 3 sei an dieser Stelle betont, wonach Gesundheitserziehung als eine fremdbestimmte Verhaltensänderung ohne Selbstständigkeitsaspekte aufgefasst wird (LP3, Pos. 7). Dies deckt sich mit den Beschreibungen in der Literatur, wonach bei Gesundheitserziehung angenommen wird, dass eine Person über genaues Wissen verfügt, welche Vorgehensweisen für jemand anderen als sinnvoll erscheinen (Hörmann, 1999). Dabei ausschlaggebend ist ein Verhältnis auf unterschiedlichen Ebenen, bei der die erziehende Person gegenüber den Schüler*innen eine höhere Stellung einnimmt (Hurrelmann, 2006, zitiert nach Wulffhorst & Hurrelmann, 2009, S. 11). Auch zielgerichtete Eingriffshandlungen werden in der Literatur in Bezug auf Gesundheitserziehung beschrieben (Hurrelmann, 2006, zitiert nach Wulffhorst & Hurrelmann, 2009, S. 11), womit die Beschreibungen der Befragten in Einklang stehen. Eine Uneinigkeit zwischen den Befragten liegt darin, dass einerseits Gesundheitserziehung als Weiterführung der Gesundheitsbildung betrachtet wird, während andererseits Gesundheitserziehung als älter aufgefasst wird. Ein Blick in die Literatur hierzu zeigt, dass sich die Anfänge von Gesundheitsbildung in den 1980er Jahren finden, Aspekte der Gesundheitserziehung dagegen viel

weiter zurückgehen (vgl. Kracke & Sommer, 2022; Marchwacka, 2016; Stroß, 2022), womit eine Differenz zwischen Literatur und Teilen der erhobenen Sichtweisen festgestellt werden kann.

Die Befragten nannten einige Gemeinsamkeiten von Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung, insbesondere wurden ein gemeinsamer Fokus auf Gesundheit sowie gleichartige Themen und Ziele genannt. Damit in Einklang verweisen auch Kracke & Sommer (2022) auf inhaltliche Überschneidungen und eine fehlende Trennschärfe der beiden Fachbegriffe. Eine konkrete Gemeinsamkeit, bei der Einigkeit zwischen Befragten und Literatur besteht, betrifft den Bereich Wissensvermittlung: Dieser wird einerseits von den Fachlehrkräften angesprochen und kann auch in der Literatur (vgl. Hörmann, 1999, S. 13; Kracke & Sommer, 2022; Marchwacka, 2016, S. 240) erkannt werden.

Bezüglich Unterschiede von Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung ist unter anderem erkennbar, dass es aus Sicht der Befragten bei Gesundheitserziehung um konkrete Vorgaben und Einflussnahme geht, bei Gesundheitsbildung dagegen Entscheidungsfindung, Selbständigkeit und Eigenverantwortung im Fokus liegt. Dies deckt sich mit der Literatur, wonach wie bereits erwähnt *Emanzipation* (Marchwacka, 2016, S. 239) und *Selbstbestimmung* (Kracke & Sommer, 2022) Kennzeichen der Gesundheitsbildung darstellen, wohingegen unter anderem eine *Orientierung an Normen für Gesundheitserziehung* (Marchwacka, 2016, S. 239) kennzeichnend ist. Hingegen beschrieben die befragten Lehrpersonen Gesundheitserziehung zum Teil überdies als eher kurzfristig angelegt und auf praktische Maßnahmen ausgerichtet, während Gesundheitsbildung als langfristig und eher theoriezentriert wahrgenommen wird. Es handelt sich hierbei um eine Unterscheidung, die so in der Literatur nicht vorgefunden werden konnte, wo kein Unterschied hinsichtlich des Zeithorizonts beschrieben wurde und im Gegenteil sogar bei Gesundheitsbildung als wesentlicher Aspekt die Vermittlung von *Gesundheitskompetenzen* als Fähigkeit, selbstständige Entscheidungen und alltägliche Handlungen treffen zu können, beschrieben wurde (Kracke & Sommer, 2022), womit Gesundheitsbildung gerade einen praktischen Ansatz verfolgt.

9.2 Empirische Teilstudie 2

Wie setzen Lehrpersonen der Unterrichtsfächer Ernährung und Haushalt sowie Biologie und Umweltbildung Gesundheitsbildung in ihrem Fachunterricht jeweils um?

Es konnte gezeigt werden, dass die befragten Lehrpersonen in ihrem Fachunterricht grundsätzlich das Ziel einer Bewusstseinsentwicklung auf Schüler*innenseite für verschiedene gesundheitliche Aspekte, sowie damit verbunden eine Verantwortungsübernahme und die Fähigkeit, selbstständige Entscheidungen im Sinne der eigenen Gesundheit treffen zu können, verfolgen. Dabei wird sowohl

Wert auf die Vermittlung theoretischer als auch praktischer Aspekte gelegt. Diese Intentionen entsprechen dem im Lehrplan festgeschriebenen grundlegenden Ziel des Erwerbs von „Gesundheitskompetenz“, wonach gesundheitliche „Selbstbestimmung“, neben dem Erlangen von Wissen, einen zentralen Aspekt darstellt (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 20; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 12).

Weiters konnte aufgezeigt werden, dass das Thema Ernährung in Bezug auf Gesundheitsbildung nicht nur im EH-Unterricht, sondern auch im Biologie-Unterricht für die Befragten essentiell erscheint. Hierzu wurden zahlreiche Aspekte von den befragten EH- und Biologiefachlehrkräften angesprochen. Ein Blick in den Biologiefachlehrplan unterstreicht die unterrichtliche Relevanz von Ernährung im Kontext Gesundheit (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 120, S. 122; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 93, S. 95) und steht damit im Einklang mit den Ausführungen der befragten Biologiefachlehrkräfte. Daneben erscheinen noch viele weitere Aspekte und Themengebiete, die über den Bereich Ernährung hinausgehen, für die fachunterrichtliche Umsetzung von Gesundheitsbildung in Biologie relevant: Konkret wurden hierzu von den Befragten beispielsweise Aspekte betreffend den menschlichen Körper, Herz-Kreislaufsystem und Immunsystem sowie Bewegung als wichtige Bereiche genannt. Diese thematischen Aspekte decken sich mit den im Biologiefachlehrplan angeführten, wonach der unterrichtliche Fokus auf körperliche Funktionen in Bezug auf Gesundheit festgeschrieben steht (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 120; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 93). Auch werden das „Immunsystem“ (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 123; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 96) sowie „Gesundheitsförderung durch Bewegung“ (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 122; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 95) explizit angeführt.

Betreffend der fachunterrichtlichen Umsetzung von Gesundheitsbildung im EH-Unterricht konnte unter anderem gezeigt werden, dass insbesondere der fachpraktische Unterricht eine tragende Rolle für die befragten Fachlehrkräfte einnimmt. Die Kompetenz, gesundheitsförderliche Mahlzeiten selbstständig zubereiten zu können, erscheint dabei zentral. Daneben werden von den Befragten noch weitere konkrete Aspekte der Fachpraxis angesprochen, bei denen die Befragten einen Gesundheitsbezug herstellen. Zusammenfassend betrachtet kann dabei ein Bezug sowohl zu körperlich als auch psychisch relevanten gesundheitlichen Aspekten erkannt werden. Ein Blick in den EH-Fachlehrplan zeigt, dass grundsätzlich eine Kombination aus Theorie und Praxis vorgesehen ist (BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 135), wobei konkret unter anderem die Befähigung zu einer „selbstverantwortlichen Gestaltung des Essalltags“ im Sinne der Gesundheit (BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 134) festgeschrieben steht und weiters etwa die „qualitätssichernd[e]“ Zubereitung von Nahrungsmitteln vorgesehen ist (BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 136), womit die Ausführungen von

Fachlehrplan und Befragten in Einklang stehen. Auch soll laut Lehrplan im Unterricht eine „Grundlage für körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden“ geschaffen werden (BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 134), was sich auch in den umfassenden Ausführungen der Fachlehrkräfte erkennen lässt. Neben dem fachpraktischen Unterricht werden noch unterschiedliche spezifische Ernährungsthemen mit gesundheitlicher Relevanz von den Befragten angesprochen, die zu den Ausführungen im Lehrplan passen. Von Bedeutung scheint für die Befragten speziell auch der Einbezug von alltagrelevanten Beispielen im Kontext Gesundheitsbildung in ihren Unterricht, womit der im Lehrplan festgehaltene „Lebensweltbezug“ (BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 134) Beachtung findet.

Überdies konnte aufgezeigt werden, dass die befragten EH- und Biologiefachlehrkräfte eine Vielzahl verschiedener externer Organisationen und Angebote mit Gesundheitsbezug kennen und diese in ihren Fachunterricht integrieren, um Gesundheitsbildung umzusetzen. Damit spiegelt sich der in der theoretischen Analyse dieser Arbeit (vgl. Kapitel 4.8) aufgezeigte Wert derartiger Angebote für den Unterricht wider und unterstreicht auch deren Einbezug in der tatsächlichen unterrichtlichen Praxis.

9.3 Empirische Teilstudie

Welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten zeigen sich in den beiden Unterrichtsfächern Ernährung und Haushalt sowie Biologie und Umweltbildung in Bezug auf Gesundheitsbildung aus Sicht der befragten Lehrpersonen, die beide genannten Fachgegenstände unterrichten?

Aus Sicht der befragten Fachlehrkräfte, die sowohl Ernährung und Haushalt als auch Biologie und Umweltbildung unterrichten, konnten zwei wesentliche Unterschiede betreffend der Umsetzung von Gesundheitsbildung in den beiden Fachgegenständen ermittelt werden: Bezuglich fachunterrichtlicher Schwerpunktsetzungen zeigte sich, dass während in EH die praktische Anwendung im Fokus liegt, in Biologie auf theoretisches Wissen und Entscheidungslernen betreffend gesundheitsrelevanter Themen fokussiert wird. Diese Ausführungen finden sich auch in den jeweiligen Fachlehrplänen, wonach die Praxis einen hohen Stellenwert im EH-Unterricht einnimmt und dabei auch die Umsetzung einer „Ernährungspraxis“ im Sinne der Gesundheit explizit vorgesehen ist (BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 135). In Biologie sollen Schüler*innen laut Lehrplan dagegen „zur gesundheitsbezogenen Handlungsfähigkeit [...]“ befähigt werden (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 120; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 93) sowie auch zu gesundheitlich kontroversen Fragestellungen Stellung beziehen können (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 122; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 95). Andererseits konnte im Rahmen der Studie festgestellt werden, dass ein wahrgenommener Unterschied zeitliche Aspekte betrifft, da eine Fachlehrkraft angibt, aufgrund der geblockten Organisation des EH-Unterrichts im Vergleich zu Biologie mehr Zeit für Gesundheitsbildung zur Verfügung zu haben. Diese

Blockung ist laut Lehrplan aufgrund des fachpraktischen Unterrichts vorgesehen (BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 135).

Gemeinsamkeiten sehen die Befragten dagegen bei thematischen Aspekten, zumal Ernährung sowohl den EH-Unterricht als auch den Biologie-Unterricht betrifft, und bei der Zielsetzung, nämlich der Bewusstseinsvermittlung von gesundheitsförderlichem Wissen. Dies deckt sich mit den Ausführungen der Lehrpläne, wonach einerseits Ernährung im Kontext Gesundheit in beiden Fächern relevant ist (vgl. BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 120, S. 122; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 93, S. 95, S. 134 ff.) und andererseits „Gesundheitsförderung“ als fächerübergreifender Themenbereich (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 13; BMBWF; Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 6) explizit für beide Unterrichtsfächer vorgesehen ist (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 21; BMBWF; Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 13).

9.4 Empirische Teilstudie 4

Welche Voraussetzungen sehen die befragten Lehrpersonen für die Umsetzung von Gesundheitsbildung als übergreifendes Thema im Unterricht verschiedener Fächer als erforderlich an?

Es konnte gezeigt werden, dass die befragten Fachlehrkräfte die Entwicklung eines Bewusstseins bei Lehrkräften für die Bedeutsamkeit von Gesundheitsbildung als eine wesentliche Voraussetzung für die fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung erachteten. Dabei wurden verschiedene Aspekte erwähnt, insbesondere erscheint in diesem Kontext auch eine Einigkeit über die Wichtigkeit von Gesundheitsbildung unter allen Lehrkräften für die Befragten relevant. Diese Ansicht wird in ähnlicher Weise auch in der Literatur hervorgehoben, wonach laut Marchwacka (2016) Gesundheitsbildung Lehrpersonen aller Unterrichtsgegenstände betreffe. Dazu passend konnte aus Sicht der Befragten als weitere Voraussetzung eine fachliche Zusammenarbeit und Kooperation unter Lehrkräften verschiedener Fächer ermittelt werden. Eine wichtige Rolle spielt laut Befragten dabei unter anderem die Kommunikation.

Eine weitere notwendige Voraussetzung, um Gesundheitsbildung in der Schule fächerübergreifend umsetzen zu können, sehen die befragten Fachlehrkräfte in der Verfügbarkeit verschiedener Unterstützungsressourcen, beispielsweise in Form von fächerübergreifenden Angeboten in Schulbüchern, wobei hierzu ein Optimierungswunsch von Seiten der Befragten erkennbar war. Daneben wird auch die Bedeutung einer entsprechenden Verankerung im Lehrplan betont, diese erscheint allerdings unter anderem aufgrund der festgeschriebenen „Gesundheitsförderung“ als

fächerübergreifender Themenbereich (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 13; BMBWF; Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 6) gegenwärtig bereits erfüllt.

Überdies konnte im Rahmen der Studie gezeigt werden, dass von den Befragten einerseits verschiedene Fort- bzw. Weiterbildungsmöglichkeiten als notwendige Voraussetzung für die Umsetzung von Gesundheitsbildung als fächerübergreifendes Thema betrachtet werden, anderseits ebenso der Bereich Projektgestaltung als wesentlich erachtet wird, um Gesundheitsbildung fächerübergreifend realisieren zu können. Hierbei wurde unter anderem die Bedeutung von schul- bzw. klassenübergreifenden Projekten erwähnt. Ein Blick in den Lehrplan lässt hierzu eine klare Übereinstimmung mit den Sichtweisen der befragten Fachlehrkräfte erkennen, da die Bedeutsamkeit von gesundheitsrelevanten Veranstaltungen und Workshops beim fächerübergreifend relevanten Thema *Gesundheitsförderung* explizit betont wird (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 20; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 12). Erwähnenswert ist auch, dass insbesondere der Fachgegenstand Ernährung und Haushalt laut Lehrplan „fächerübergreifendes und projektorientiertes Lernen“ aufgrund seiner „Multidisziplinarität“ ermöglicht (BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 135) und damit der genannte Unterrichtsgegenstand eine optimale Voraussetzung für die übergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung sowie für entsprechende Projektgestaltungen bietet.

9.5 Empirische Teilstudie 5

Welche Bereiche in der Lebenswelt Schule sind aus Sicht der befragten Lehrpersonen essentiell, um Gesundheitsbildung außerhalb des Fachunterrichts, also im Schulalltag, zu realisieren?

Es konnte gezeigt werden, dass die befragten Fachlehrkräfte Verpflegungsmöglichkeiten als essentiell erachten, um Gesundheitsbildung im Schulalltag zu realisieren. Insbesondere ein gesundheitsförderliches Speisen- und Getränkeangebot, etwa im Rahmen eines Schulbuffets, einer Schulkantine oder einer gesunden Jause erscheinen aus Sicht der Befragten relevant. Damit entsprechen die Sichtweisen der Befragten den Ausführungen im Lehrplan, wonach im Sinne der dort verankerten *Gesundheitsförderung* gesunde Mahlzeiten vor Ort zur Verfügung stehen sollen (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 20; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 12). Überdies wird die Wichtigkeit des Angebots einer gesunden Ernährung in der Schule bei Angele et al. (2021, S. 84) als Teil des „*situierter[n], impliziter[n] Lernen[s]*“ erkannt und steht damit in Einklang mit den Studienergebnissen.

Weiters sehen die befragten Lehrpersonen verschiedene Möglichkeiten zur Bewegung in der Schule als wichtigen außerunterrichtlichen Bereich für die Umsetzung von Gesundheitsbildung an, vor allem Bewegungsmöglichkeiten in der Pause erscheinen für die Befragten zentral. In ähnlicher Weise findet

sich im Lehrplan die Unterstützung von Bewegung und Sport als eine konkrete Maßnahme, um die Lebenswelt Schule im Sinne der festgelegten *Gesundheitsförderung* zu gestalten (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 20; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 12), womit eine Übereinstimmung zwischen den erhobenen Sichtweisen und zugrundeliegender Literatur festgestellt werden kann.

Darüber hinaus konnten Aspekte betreffend die Schulraumgestaltung als weiterer Bereich für die Verwirklichung von Gesundheitsbildung aus Sicht der Befragten identifiziert werden. Von Bedeutung erscheint dabei die räumliche und organisatorische Gestaltung des Schulalltags sowie der Schulumgebung, wozu die Lehrpersonen verschiedene konkrete Beispiele anführen. Auch im Lehrplan findet der Bereich der Schulumgebung im Sinne der *Gesundheitsförderung* Berücksichtigung und ist ebenso mit konkreten Beispielen versehen (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 20; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 12). Zusätzlich erscheinen verschiedene Aspekte betreffend das Schulklima für die Befragten relevant, um Gesundheitsbildung im Schulalltag realisieren zu können. Konkret geht es hier beispielsweise um ein wertschätzendes Miteinander oder auch ein gesundheitsförderliches Klassenklima. Diese Aspekte finden sich auch im Lehrplan, wonach Klassen- und Schulklima positiv gestaltet werden sowie soziale und gemeinschaftliche Aspekte im Sinne der Gesundheitsförderung gestärkt werden sollen (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 20; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 12). Damit befinden sich die Ansichten der Befragten in Bezug auf die beiden genannten Bereiche auf einer Linie mit den Ausführungen im Lehrplan.

Daneben konnte gezeigt werden, dass für die Befragten auch das Verhalten im Schulalltag eine zentrale Rolle bei der Verwirklichung von Gesundheitsbildung einnimmt. Wichtig dabei erscheint unter anderem die Vorbildfunktion der Lehrkraft sowie, dass darüber hinausgehend der Ansicht einer Lehrperson entsprechend alle an der Schule beteiligten Personen ihr Verhalten an gesundheitsförderlichen Prinzipien ausrichten sollten. In ähnlicher Weise betonen etwa Giger & Linsmeier (2019, S. 93) die Bedeutung einer „gesunde[n] Schule“ als Lern- und Lebensraum für alle Beteiligten“ und verweisen darauf, dass „Gesundheitsbildung als Teil der Schulkultur verankert, [...] und als Schulprogramm gelebt“ werden müsse. Auch Marchwacka (2016, S. 248) betrachtet Gesundheitsbildung als „Querschnittsaufgabe“, die den Einbezug sämtlicher an der Schule beteiligter Personengruppen betrifft.

Überdies zählen aus Sicht der befragten Lehrpersonen unterschiedliche Projekte, Exkursionen und Veranstaltungen, beispielsweise zum Themenbereich Ernährung, ebenfalls zu essentiellen Bereichen, um Gesundheitsbildung im Schulalltag zu verwirklichen. Auch Angebote für die mentale Gesundheit konnten im Rahmen der Studie als ein weiterer für die befragten Fachlehrkräfte bedeutsamer Bereich

ermittelt werden. Wie bereits an früherer Stelle erwähnt, zeigt ein Blick in den Lehrplan die Bedeutsamkeit von gesundheitsrelevanten Veranstaltungen und Workshops im Sinne der Umsetzung der festgeschriebenen *Gesundheitsförderung* auf (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 20; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 12). Daneben wird im Lehrplan der Bereich der mentalen Gesundheit als wichtiger Aspekt der *Gesundheitsförderung* angeführt, bei dem die Schüler*innen verschiedene näher beschriebene Kompetenzen erwerben sollen (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 20; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 12), womit auch an dieser Stelle festgehalten werden kann, dass die Sichtweisen der Lehrkräfte und die Vorgaben des Lehrplans in Einklang stehen.

9.6 Empirische Teilstudie 6

In welcher Weise sehen die befragten Lehrpersonen Gesundheitsbildung in der Lebenswelt Schule, also außerhalb des Fachunterrichts, gegenwärtig umgesetzt? Welche künftigen Möglichkeiten sehen sie?

Es konnte gezeigt werden, dass einerseits die Gestaltung der Schulverpflegung, insbesondere in Form einer gesunden Jause, einen zentralen Bereich darstellt, in dem die Befragten Gesundheitsbildung an ihrem jeweiligen Schulstandort gegenwärtig umgesetzt sehen. Es konnten jedoch anderseits auch mögliche Optimierungspotentiale betreffend der Angebote beim Schulbuffet aus Sicht der Befragten festgestellt werden. Demnach demonstrieren die Studienergebnisse, dass gemäß der im Lehrplan festgeschriebenen *Gesundheitsförderung*, wonach gesunde Mahlzeiten vor Ort zur Verfügung stehen sollen (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 20; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 12), überwiegend gesunde Jausen realisiert werden, jedoch auch weitere Umsetzungsmöglichkeiten dieses Bereichs gesehen werden, um wie bei Angele et al. (2021) nachzulesen, gesunde Ernährung „im Hier und Jetzt“ für die Schüler*innen erlebbar zu machen (Angele et al., 2021, S. 84).

Weiters konnte festgestellt werden, dass die befragten Fachlehrkräfte Gesundheitsbildung im Bereich der Pausengestaltung, unter anderem durch vorhandene Bewegungsmöglichkeiten, bereits integriert sehen. Hierzu passend konnte zusätzlich aufgezeigt werden, dass gegenwärtig auch während des Unterrichts gezielte Bewegungsintegration an den konkreten Schulstandorten stattfindet. Trotz dieser Ergebnisse sehen die Befragten bei der Bewegung künftiges Potential, um Gesundheitsbildung im Schulalltag weiter zu realisieren, etwa durch Maßnahmen im Bereich Pausengestaltung oder bei Schulausflügen. Daraus lässt sich ableiten, dass die im Lehrplan erwähnte Unterstützung von Bewegung und Sport in der Lebenswelt Schule im Sinne der dort verankerten *Gesundheitsförderung* (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 20; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 12) gegenwärtig an Schulstandorten in unterschiedlicher Weise verwirklicht wird, gleichzeitig aber noch

Verbesserungspotential gesehen wird. Ebenso in der Literatur zu finden sind Standards von WHO & UNESCO (2021), die die Gestaltung gesundheitsförderlicher Schulstandorte thematisieren, wobei unter anderem Möglichkeiten für Bewegung festgehalten werden (WHO & UNESCO, 2021, S. 25) und damit die Wichtigkeit der von Lehrkräften beschriebenen (künftigen) Umsetzung weiter unterstrichen wird.

Überdies konnte die Studie feststellen, dass mithilfe spezifischer Verhaltensregeln Gesundheitsbildung gegenwärtig an verschiedenen Schulstandorten umgesetzt wird. Ebenso sehen die Befragten Gesundheitsbildung durch die Umsetzung verschiedener gesundheitsrelevanter Projekte, Exkursionen und Veranstaltungen etwa zu den Themenbereichen Ernährung, Bewegung und mentale Gesundheit an ihrer Schule gegenwärtig integriert. Auch Erste-Hilfe-Kurse werden als konkretes Beispiel angeführt. Daneben sehen die befragten Fachlehrkräfte durch verschiedene Angebote, speziell für die mentale Gesundheit, Gesundheitsbildung an ihrem Schulstandort bereits realisiert. Dennoch erscheint der Bereich von Projekten, Exkursionen und Veranstaltungen aus Sicht der Befragten im Hinblick auf künftige Möglichkeiten zur Umsetzung von Gesundheitsbildung relevant. Hierzu werden von Fachlehrkräften zahlreiche spezifische Ideen und Möglichkeiten aufgebracht. Bezugnehmend auf den Lehrplan kann festgehalten werden, dass die dort erwähnte Bedeutung gesundheitsrelevanter Veranstaltungen und Workshops, um *Gesundheitsförderung* in der Lebenswelt Schule entsprechend zu berücksichtigen (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 20; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 12), in der Praxis bereits verwirklicht wird, zusätzlich jedoch weitere Umsetzungsideen aus Sicht der Befragten bestehen. Auch stellt laut Lehrplan die Anwendung von „Erste-Hilfe-Maßnahmen“ (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 20; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 12) eine wesentliche Kompetenz dar, die die Schüler*innen beim Themenbereich *Gesundheitsförderung* erlangen sollen, die gemäß den Studienergebnissen in der Praxis Berücksichtigung findet. Zusätzlich wird die Bedeutung der mentalen Gesundheit sowie der Umgang mit spezifischen Situationen wie Konflikten als wichtiger Aspekte der *Gesundheitsförderung* betont (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 21; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 13) und steht damit im Einklang mit der an den Schulen gelebten Praxis.

Außerdem konnten weitere Möglichkeiten für die künftige Umsetzung von Gesundheitsbildung aus Sicht der Befragten ermittelt werden. So betonen die Fachlehrkräfte das Potential einer möglichen Nutzung eines Schulgartens, dessen Einbezug insbesondere beim Thema Ernährung relevant erscheint. Diese Ansichten können mit den Ausführungen im Lehrplan zum Thema *Gesundheitsförderung* in Einklang gebracht werden, wonach der Bereich der Schulumgebung entsprechend Berücksichtigung finden soll (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 20; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 12).

Darüber hinaus sehen die befragten Fachlehrkräfte weitere Möglichkeiten über die Schulgrenzen hinweg, nämlich in Form von unterschiedlichen außerschulischen Vernetzungen und Schulkooperationen mit schulexternen Partner*innen wie beispielsweise Vereinen. Auch wird ein künftiges Potential für die Umsetzung von Gesundheitsbildung in Zusammenarbeit mit Eltern oder Erziehungsberechtigen gesehen. Nicht zuletzt besteht aus Sicht der Befragten eine weitere bedeutsame Möglichkeit, um Gesundheitsbildung künftig im Schulalltag (weiter) verwirklichen zu können, in der aktiven Einbeziehung der Schüler*innen. Wie bereits an früheren Stellen erwähnt, sieht Marchwacka (2016, S. 248) das Thema *Gesundheitsbildung* insgesamt als „Querschnittsaufgabe“ und hebt dabei unter anderem explizit die Notwendigkeit einer Einbeziehung von Eltern und Schüler*innen hervor, womit sowohl die Studienergebnisse als auch die Literatur deren Wichtigkeit unterstreichen. Daneben betonen auch WHO & UNESCO (2021, S. 21) die Bedeutung schulischer Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Akteuren wie beispielsweise Eltern oder verschiedenen Einrichtungen sowie die Einbindung sämtlicher am Schulleben beteiligter Personen (WHO & UNESCO, 2021, S. 20), um positive gesundheitliche Wirkungen zu erzielen, womit eine weitere Übereinstimmung von Literatur und Sichtweisen der Befragten erkannt wird.

Der Vollständigkeit halber muss abschließend festgehalten werden, dass die befragten Fachlehrkräfte neben der bereits erwähnten Bewegungsintegration auch in verschiedenen Aspekten betreffend der Stundenplangestaltung Gesundheitsbildung gegenwärtig an ihrem Schulstandort integriert sehen, beispielsweise in Form themenspezifischer unverbindlicher Übungen oder der Integration bestimmter gesundheitsrelevanter Unterrichtsfächer. Damit liegt die hier von den Lehrpersonen angesprochene Umsetzung von Gesundheitsbildung außerhalb ihres Fachunterrichts, betrifft aber dennoch den unterrichtlichen Bereich in der Schule. Ein Blick in die Literatur unterstreicht die Bedeutung solcher unterrichtlicher Umsetzungen, beispielsweise da WHO & UNESCO (2021), welche sich mit der Gestaltung einer insgesamt gesundheitsförderlichen Schule auseinandersetzen, dem unterrichtlichen Geschehen, genauer gesagt dem „School curriculum“, also dem *Lehrplan*, eine bedeutsame Rolle zuschreiben, um den Erwerb von Wissen und Fähigkeiten über gesundheitlich relevante Themengebiete zu ermöglichen (WHO & UNESCO, 2021, S. 22).

10. Kritische Methodendiskussion

Im Anschluss an die qualitative Studie, deren Vorbereitungs- und Durchführungsschritte einschließlich Ergebnisdarstellung und Ergebnisinterpretation in den vorangegangen Kapiteln dargestellt wurden, erfolgt nun eine kritische Auseinandersetzung mit den in dieser Arbeit gewählten Forschungsmethoden. Das Ziel besteht darin, rückblickend mögliche Stärken und Schwächen der Vorgangsweise zu identifizieren, zu reflektieren sowie mögliche Schlussfolgerungen daraus zu ziehen.

Im Rahmen der Arbeit wurde eine qualitative Studie mit ausgewählten Fachlehrpersonen der beiden Unterrichtsfächer *Ernährung und Haushalt* sowie *Biologie und Umweltbildung* in der Sekundarstufe 1 realisiert. Ziel dabei war es, mithilfe einer empirisch qualitativen Zugangsweise die Sichtweisen der Studienteilnehmer*innen zum Thema Gesundheitsbildung in der Schule zu erheben. Dabei wurden sowohl fachunterrichtliche Aspekte, als auch außerunterrichtliche Aspekte betreffend den Schulalltag in den Blick genommen. Im Vorfeld der Studie erfolgte eine systematische Literaturrecherche zu ausgewählten Erklärungsansätzen, Begriffsbestimmungen und allgemeinen Grundlagen zum Thema Gesundheit (siehe Kapitel 1 und 2), sowie zu aktuellen Daten betreffend Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Schüler*innen in Österreich (siehe Kapitel 3), als auch zu dem eigentlichen Hauptthema dieser Arbeit, der Gesundheitsbildung in der Schule (siehe Kapitel 4), wobei diesbezüglich eine Darstellung wichtiger Begriffe, der Umsetzung von Gesundheitsbildung sowie eine Betrachtung einschlägiger Grundlagendokumente wie etwa den aktuellen Lehrplänen der Sekundarstufe 1 erfolgte. Diese theoretische Aufarbeitung sollte als fundierte Grundlage für die folgende Studie dienen und umfassendes, aktuelles Hintergrundwissen zur Thematik Gesundheitsbildung in der Schule bieten.

Die Studie umfasst die Sichtweisen von elf Fachlehrkräften, drei davon unterrichten den Fachgegenstand *Ernährung und Haushalt*, weitere sechs Fachlehrkräfte das Unterrichtsfach *Biologie und Umweltbildung* und weitere zwei Fachlehrkräfte unterrichten beide genannten Gegenstände. Außerdem handelt es sich bei zwei der elf Studienteilnehmer*innen um AHS-Lehrpersonen, die neun übrigen sind Mittelschullehrkräfte. Zunächst festzuhalten ist, dass aufgrund der geringen Stichprobengröße die Studie als nicht repräsentativ für die Gesamtgruppe der *Biologie-* und *EH-* Lehrkräfte in Österreich gesehen werden kann und dementsprechend keine Rückschlüsse auf größere Zusammenhänge möglich sind. Darüber hinaus war das Hauptanliegen der Studie Sichtweisen zu erheben. Die Studie fokussiert damit auf individuelle und subjektive Aspekte. Die Analyse der Sichtweisen der Fachlehrkräfte ermöglicht eine detaillierte Betrachtung ihrer jeweiligen Einschätzungen, Erfahrungen und Expertise und eröffnet damit wichtige Einblicke in die tatsächlich gelebte Praxis an Schulen. Damit kann die durchgeführte Studie einerseits wertvolle aktuelle und praxisrelevante Hinweise bieten, andererseits kann sie auch wichtige Impulse für weitere Forschungen

zur Thematik geben. Aufgrund der Subjektivität gilt es allerdings, mögliche Verzerrungen zu bedenken. Dies betrifft nicht nur die Seite der Studienteilnehmer*innen, sondern auch das analytische Vorgehen betreffend der erhobenen Daten. Hierzu wurde die Studie unter anderem in Hinblick auf die Einhaltung von für qualitative Forschungen geltende universelle Gütekriterien nach Mayring (2023) reflektiert (siehe Kapitel 7.5).

Hinsichtlich der Datenerhebung wurde eine schriftliche Vorgangsweise gewählt. Den Studienteilnehmer*innen wurde die schriftliche Einladung zum Interview, der auszufüllende Interviewleitfaden sowie die zugehörige Zustimmungserklärung/Datenschutzmitteilung per E-Mail übermittelt und wurde von diesen innerhalb von zwei Wochen ausgefüllt zurückgeschickt. Rückfragen zur Vorgangsweise oder fachliche Nachfragen wurden von den teilnehmenden Fachlehrkräften nicht gestellt, allerdings gestaltete sich das digitale Übermitteln des benötigten unterschriebenen Datenschutzblattes teilweise als herausfordernd. Mögliche Stärken des schriftlichen Interviews liegen in der im Vergleich zu mündlichen Interviews deutlich flexibleren Durchführung, da für das Interview keine festen Zeiten und Orte festgelegt werden mussten und somit mögliche Hürden betreffend Terminvereinbarungen umgangen werden konnten. Insbesondere aufgrund der Tatsache, dass die Studie auf gegenwärtig unterrichtende Fachlehrpersonen abzielt, erscheint die flexible Gestaltung ein wesentlicher Aspekt für eine erfolgreiche Durchführung. Ebenso konnte aufgrund der zeitlichen und örtlichen Unabhängigkeit eine größere Stichprobe erzielt werden. Weiters unterliegen die befragten Fachlehrkräfte beim schriftlichen Beantworten der Fragen keinem Zeitdruck, der bei mündlichen Interviews gegeben sein könnte, da die Teilnehmer*innen mündlich Antworten unmittelbar formulieren müssten bzw. weniger Zeit zum Nachdenken hätten. Dadurch ergibt sich als möglicher Vorteil, dass die Studienteilnehmer*innen durch die Möglichkeit des längeren Nachdenkens differenziertere Antworten formulieren oder nachträgliche Ergänzungen vornehmen könnten. Allerdings müssen auch mögliche Schwächen bei schriftlichen Interviews bedacht werden: Das Setting erlaubt kein direktes Nachfragen, wodurch sich die Gefahr möglicher Unklarheiten oder unvollständiger Antworten ergibt, auf die nicht unmittelbar reagiert werden kann. Bei mündlichen Interviews könnte diesen Aspekten durch die direkte Interaktion leichter entgegengewirkt werden.

Ein weiterer Punkt, der sich durch das schriftliche Vorgehen ergibt ist, dass für die Studienteilnehmer*innen bereits von Beginn an sowie während der gesamten Interviewdauer alle Fragen ersichtlich waren, womit eine mögliche Beeinflussung der Antworten bedacht werden muss. Bei mündlichen Interviews wird den Befragten eine Frage nach der anderen gestellt, die Proband*innen können sich damit mehr auf die Beantwortung der gegenwärtig gestellten Frage konzentrieren und können damit nicht von gleichzeitig ersichtlichen späteren Fragen beeinflusst

werden. In der vorliegenden Studie wurde beispielsweise in einer der später formulierten Fragen nach Voraussetzungen für die fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung gefragt, während die Einstiegsfrage Assoziationen und Verständnis von Gesundheitsbildung erhab. Teilweise wurde von den Studienteilnehmer*innen bei der ersten Frage die Bedeutung einer fächerübergreifenden Umsetzung hervorgehoben, womit möglicherweise die spätere Frage die Antwort der ersten Frage beeinflusst haben könnte. Noch auffälliger war, dass die befragten Biologiefachlehrkräfte die Bedeutung der Ernährung sehr oft und in unterschiedlichen Kontexten betonten: Hier könnte es sich um eine Verzerrung aufgrund des Settings handeln, da die Studienteilnehmer gewusst haben, dass im Rahmen der Studie Biologie- und Ernährung und Haushalts-Fachlehrkräfte zum Thema Gesundheitsbildung befragt wurden und somit für sie ersichtlich war, dass Ernährung eine wesentliche Rolle bei Gesundheitsbildung zukommt.

Einen Aspekt der Forschung bildete das Anliegen, mögliche Unterschiede und Gemeinsamkeiten der beiden Unterrichtsfächer *Ernährung und Haushalt* sowie *Biologie und Umweltbildung* in Bezug auf Gesundheitsbildung zu ermitteln. Mit Blick auf den Gesamtumfang der Studie wurden hierzu lediglich jene Lehrkräfte, die beide Fachgegenstände unterrichten, befragt. Wie in Ergebnisdarstellung und Ergebnisdiskussion dargestellt lieferte die Studie dazu wertvolle Erkenntnisse, allerdings muss dabei bedacht werden, dass die Sichtweisen von nur zwei Fachlehrkräften ausgewertet wurden. Dieser Teilnehmer*innenumfang ist selbst für qualitative Studien vergleichsweise klein.

Rückblickend wäre zudem in Hinblick auf die Sichtweisen zu Gesundheitsbildung wissenswert gewesen, welches Zweitfach die Befragten neben den für die Studie relevanten unterrichten. Wie in Kapitel 4.7 erläutert handelt es sich beim im Lehrplan verankerten Thema *Gesundheitsförderung* um ein fächerübergreifendes, welches nicht nur die beiden Fächer *Ernährung und Haushalt* sowie *Biologie und Umweltbildung* betrifft, sondern darüber hinaus noch weitere Fächer namentlich nennt (vgl. BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 21; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 13). Vor diesem Hintergrund sowie in Hinblick auf eine mögliche Beeinflussung der individuellen Sichtweise aufgrund des Zweitfachs, könnten durch eine entsprechende Erhebung dieser Aspekt Berücksichtigung finden.

Abschließend kann festgehalten werden, dass die gewählte empirisch-qualitative Zugangsweise wertvolle Erkenntnisse zur gegenwärtigen fachunterrichtlichen als auch außerunterrichtlichen Umsetzung von Gesundheitsbildung in der Sekundarstufe 1 lieferte. Insbesondere die der Forschung vorangegangene systematische Literaturrecherche erwies sich als bedeutsam, da durch die fundierte theoretische Grundlage nicht nur wertvolles und für die Forschung an sich hilfreiches Hintergrundwissen generiert werden konnte, sondern dadurch auch ein fundiertes Verbinden und

Verknüpfen von Theorie und Empirie möglich war, was somit nicht zuletzt eine solide Ergebnisdiskussion der durchgeführten Forschung ermöglichte.

11. Gesamtfazit und Ausblick

Die vorliegende Arbeit setzt sich ausführlich mit dem Thema Gesundheitsbildung in der Schule auseinander. Das Hauptziel bestand darin, Sichtweisen von Fachlehrkräften der Unterrichtsfächer *Ernährung und Haushalt* sowie *Biologie und Umweltbildung* in der Sekundarstufe 1 zur genannten Thematik zu erheben. Das zugrundeliegende Hauptforschungsinteresse war, zu ermitteln, was Fachlehrpersonen dieser Unterrichtsfächer unter Gesundheitsbildung in der Sekundarstufe 1 verstehen, wie sie Gesundheitsbildung in ihrem eigenen Fachunterricht umsetzen und in welcher Form Gesundheitsbildung in den übrigen Bereichen des Schulalltags noch integriert und umgesetzt wird. Insbesondere vor dem Hintergrund der Aktualität der Lehrplanerneuerungen in der Sekundarstufe 1, die mit Beginn des Schuljahres 2023/24 in Kraft getreten sind (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 7; BMBWF, Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 3) und „Gesundheitsförderung“ als ein zentrales Themengebiet mit fächerübergreifender Relevanz festlegen (BMBWF, Lehrplan AHS, i.d.g.F., S. 13; BMBWF; Lehrplan MS, i.d.g.F., S. 6), wurde der Fokus dieser Arbeit auf Schultypen der Sekundarstufe 1 gesetzt.

Um dem genannten Hauptforschungsanliegen, das zugleich die Hauptforschungsfrage der Arbeit bildete, nachzugehen und entsprechend zu beantworten, wurden theoriezentrierte und empirische Teilstudien gebildet. In einem ersten Schritt wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, um eine fundierte theoretische Grundlage des zugrundeliegenden Themas zu erarbeiten. Hierzu wurden zunächst allgemeine Begriffsbestimmungen und Grundlagen zu Gesundheit, ausgewählte Erklärungsansätze sowie die Bedeutung von Gesundheit und das aktuelle Gesundheitsverhalten von Schüler*innen betreffend Ernährung, Bewegung und mentale Gesundheit beleuchtet. Einen weiteren theoretischen Schwerpunkt bildete schließlich das Thema Gesundheitsbildung in der Schule, wobei relevante Konzepte sowie Grundlagendokumente wie der Lehrplan theoretisch analysiert wurden. Diese eingehende Auseinandersetzung mit einschlägiger, ausgewählter Fachliteratur zeigt eindrücklich die enorme Bandbreite sowie die essentielle und vielschichtige Bedeutung von Gesundheit, insbesondere für Kinder und Jugendliche (vgl. Kapitel 1 und 2). Allerdings weisen aktuelle Daten für Schüler*innen in Österreich auf ein deutliches Verbesserungspotential von Gesundheit und gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen hin (vgl. z.B. Felder-Puig et al., 2023). In Anbetracht des dargelegten Stellenwerts von Gesundheit im Kindes- und Jugendalter erscheint das Thema Gesundheitsbildung in der Schule von hoher Bedeutung. In der theoretischen Aufarbeitung von Gesundheitsbildung konnte unter anderem auf Basis einschlägiger Fachliteratur aufgezeigt werden, dass Gesundheitsbildung sowohl den fachunterrichtlichen Bereich,

als auch außerunterrichtliche Aspekte, also den Schulalltag, sowie alle in der Schule involvierten Personen betrifft.

Vor dem Hintergrund der theoretischen Aufarbeitung zielt der zweite, empirische Abschnitt dieser Arbeit auf die Erforschung von Sichtweisen betreffender Fachlehrkräfte der Unterrichtsgegenstände *Ernährung und Haushalt* sowie *Biologie und Umweltbildung* in der Sekundarstufe 1 zu dieser Thematik ab. Hierzu wurde in Form einer empirisch qualitativen Zugangsweise eine Studie mit ausgewählten Fachlehrkräften mittels schriftlicher Leitfadeninterviews durchgeführt. Auf Basis der zugrundeliegenden empirischen Teilstudienfragen bezog sich das grundsätzliche Erkenntnisinteresse sowohl auf relevante Aspekte des jeweiligen Fachunterrichts der Studienteilnehmer*innen, als auch auf die Lebenswelt Schule an sich, also jene Bereiche, die außerhalb des fachunterrichtlichen Geschehens bedeutsam sein können. Wie in Ergebnisdarstellung und Ergebnisdiskussion dargelegt, konnte aufgezeigt werden, dass das Thema Gesundheitsbildung bei den befragten Fachlehrkräften präsent ist und damit verbunden auch in der gelebten Schulpraxis gegenwärtig sowohl im Fachunterricht als auch im Schulalltag eine bedeutende Rolle zu spielen scheint und in unterschiedlicher Weise bereits sowohl im Unterricht als auch im Schulalltag umgesetzt wird. Außerdem wurde insbesondere im Rahmen der Ergebnisdiskussion ersichtlich, dass das Verständnis bzw. die Sichtweisen der befragten Fachlehrpersonen in vielen Aspekten mit der Literatur übereinstimmt, womit sich unter anderem die theoretisch dargestellte Bedeutung auch in der Praxis widerspiegelt. Außerdem wurden verschiedene zukünftige Integrationspotentiale von Gesundheitsbildung aus Sicht der Befragten erkannt, womit im Rahmen der Studie ein Optimierungsbedarf für die schulische Umsetzung von Gesundheitsbildung, insbesondere betreffend außerunterrichtlicher Bereiche, festgestellt wurde.

Kritisch rückblickend auf die im Zuge der Arbeit durchgeführte qualitative Studie ergeben sich mögliche weitere Forschungsanliegen, deren Relevanz nachstehend kurz umrissen wird:

Wie bereits im Rahmen der kritischen Methodendiskussion (siehe Kapitel 10) erläutert, hoben die an der Studie teilnehmenden Biologiefachlehrkräfte im Zuge des Interviews die Bedeutung der Ernährung sehr oft und in unterschiedlichen Kontexten hervor, wofür ein möglicher Grund im zugrundeliegenden Studiensemester mit klar ersichtlicher Bedeutung der Ernährung liegen könnte. Es wäre daher aufschlussreich zu erheben, welche Relevanz das Thema Ernährung für Biologiefachlehrkräfte hat, ohne dabei den Ernährungsfokus vorweg zu nehmen und damit diese mögliche Beeinflussung zu vermeiden.

Daneben war die Stichprobengröße betreffend der Ermittlung von Unterschieden und Gemeinsamkeiten der beiden Unterrichtsfächer *Ernährung und Haushalt* sowie *Biologie und Umweltbildung* durch die Erhebung der Sichtweisen von Fachlehrkräften mit zutreffender Fächerkombination mit nur insgesamt zwei Studienteilnehmer*innen gering. Interessant wäre daher, das genannte Forschungsanliegen auf eine größere Stichprobe von Fachlehrkräften mit der genannten Fächerkombination auszuweiten oder im Rahmen einer weiterführenden Analyse die Sichtweisen von sowohl Ernährung und Haushalts- als auch Biologiefachlehrkräften umfassend vergleichend zu analysieren.

Außerdem war bezugnehmend auf die vorliegende Studie, wie in Kapitel 7.1 erwähnt, grundsätzlich die Teilnahme für alle Fachlehrkräfte der Sekundarstufe 1 mit den relevanten Unterrichtsfächern möglich. Es gab keinerlei Einschränkungen bezüglich Alter, Dienstjahren oder sonstiger Parameter. Bei der Auswertung wurde festgestellt, dass der Altersdurschnitt der Studienteilnehmer*innen bei 29,5 Jahren liegt und die Dienstjahre zwei bis maximal sieben Jahre betragen. Damit handelt es sich sowohl betreffend Alter als auch Dienstjahre um eher junge Lehrpersonen. Es könnte daher beispielsweise aufschlussreich sein, in einer weiteren Forschung die Sichtweisen von dienstälteren Fachlehrkräften zu erheben und mit den gefundenen Ergebnissen dieser Studie zu vergleichen oder gezielt spezifische Parameter zu analysieren. Ebenso nahmen hauptsächlich Mittelschullehrkräfte an der Studie teil, obwohl das Unterrichtsfach *Biologie und Umweltbildung* in der Sekundarstufe 1 auch die AHS betrifft. Hierzu wäre interessant, mehr Sichtweisen dieses Schultyps miteinzubeziehen, etwa um gezielt vertiefende Erkenntnisse zur Umsetzung von Gesundheitsbildung im AHS-Sektor zu erlangen.

Abschließend kann festgehalten werden, dass die Hauptforschungsfrage der vorliegenden Arbeit „*Was verstehen Fachlehrpersonen der Unterrichtsfächer Biologie und Umweltbildung sowie Ernährung und Haushalt unter Gesundheitsbildung in der Sekundarstufe 1, wie setzen sie diese Gesundheitsbildung im eigenen Fachunterricht um und in welcher Form wird Gesundheitsbildung in übrigen Bereichen des Schulalltags sonst noch integriert und umgesetzt?*“ mithilfe der Gliederung in mehrere theoriezentrierte und empirische Teilstudien umfassend beantwortet und dargestellt werden konnte. Der umfassende theoretische Umriss im Rahmen des ersten Teils der Arbeit bildete eine wertvolle Basis für den zweiten, empirischen Teil. Im Zuge der durchgeföhrten qualitativen Studie konnten mithilfe der erhobenen Sichtweisen von Fachlehrkräften aktuelle, bedeutungsvolle Erkenntnisse zum Thema Gesundheitsbildung in der Schule in der Sekundarstufe 1 gewonnen werden und darüber hinaus wichtige, auch zukünftig höchst relevante und wertvolle Hinweise für die Implementierung von schulischer Gesundheitsbildung sowohl für den Fachunterricht als auch die Lebenswelt Schule ermittelt werden.

Literaturverzeichnis

Abel, T. & Sommerhalder, K. (2015). Gesundheitskompetenz/Health Literacy. Das Konzept und seine Operationalisierung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung -Gesundheitsschutz*, 58(9), 923-929. <http://doi.org/10.1007/s00103-015-2198-2>

Alexy, U., Clausen, K. & Kersting, M. (2008). Die Ernährung gesunder Kinder und Jugendlicher nach dem Konzept der Optimierten Mischkost. *Ernährungs Umschau*, 3/08, 168-177. Zuletzt abgerufen am 4. Oktober 2024, von https://www.ernaehrungs-umschau.de/fileadmin/Ernaehrungs-Umschau/pdfs/pdf_2008/03_08/EU03_168_177.qxd.pdf

Altgeld, T. & Kolip, P. (2018). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz & S. Stock (Hrsg.), *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung* (5., vollständig überarbeitete Aufl., S. 57-72). Hogrefe Verlag. <http://doi.org/10.1024/85590-000>

Angele C., Buchner, U., Michenthaler, J., Obermoser, S. & Salzmann-Schojer, K. (2021). *Fachdidaktik Ernährung*. Waxmann: UTB-Reihe.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenetic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>

Bahrs, O. (2022). Salutogenese. In Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.), *Fachlexikon der Sozialen Arbeit* (9., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl., S. 740). Nomos Verlagsgesellschaft. <http://doi.org/10.5771/9783748911784>

Bak, P. M. (2023). *Gesundheitspsychologie. Eine Einführung – kompakt, prägnant und anwendungsorientiert*. Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-67181-8>

Bauer, R., Dorner, T., Felder-Puig, R., Fessl, C., Gollner, E., Halbwachs, C., Kayer, B., Lackinger, C., Lechner, N., Lercher, P., Mayer, S., Miko, H.-C., Ring-Dimitriou, S., Schöppl, I., Szabo, B., Titze, S., Windsperger, K. & Zillmann, N. (2020). *Österreichische Bewegungsempfehlungen* (Wissensband 17). Fonds Gesundes Österreich (FGÖ). Zuletzt abgerufen am 6. Oktober 2024, von https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/2020-06/WB17_bewegungsempfehlungen_bfrei.pdf

Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (2001). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*. (Erweiterte Neuauflage). Fachheftreihe „Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung“, Band 6. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Zuletzt abgerufen am 6. Oktober 2024, von <https://shop.bzga.de/band-06-was-erhaelt-menschen-gesund-antonovskys-modell-der-salutogen-60606000/>

Bengough, T., Kern, D., Gugglberger, L., Ofner, T. & Winkler, P. (2024). *Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie. Aktualisierung 2024*. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Zuletzt abgerufen am 4. Oktober 2024, von https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=755&attachmentName=Kinder_und_Jugendgesundheitsstrategie_Aktualisierung_2024.pdf

Biesalski, H. K., Grimm, P. & Nowitzki-Grimm, S. (2017). *Taschenatlas Ernährung* (7., unveränderte Aufl.). Georg Thieme Verlag.

Bilz, L. (2023). Psychische Gesundheit in der Schule. *Pädiatrie & Pädologie*, 58(1), S. 8-12.

<https://doi.org/10.1007/s00608-022-01031-7>

Bitzer, E. & Schaefer, C. (2022). Gesundheitskompetenz: Systeme, Organisationen und Individuen.

Public Health Forum, 30(2), 145-148. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2022-0002>

Boeger, A. & Lüdmann, M. (2022). *Psychologie für die Gesundheitswissenschaften*. Springer-Verlag.

<https://doi.org/10.1007/978-3-662-63622-0>

Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMBWF). (Hrsg.). (i.d.F. BGBl. II Nr.

204/2024). *Lehrpläne – allgemeinbildende höhere Schulen*. Zuletzt abgerufen am 5. Oktober 2024, von

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008568>

Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMBWF). (Hrsg.). (i.d.F. BGBl. II Nr.

204/2024). *Lehrpläne der Mittelschulen*. Zuletzt abgerufen am 5. Oktober 2024, von

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20007850>

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF). (2017). *Gesundheitsziele in Österreich*.

Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Langfassung. Zuletzt

abgerufen am 5. Oktober 2024, von [https://gesundheitsziele-](https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2024/wp-content/uploads/2024/03/gz-langfassung-2018-1.pdf)

[oesterreich.at/website2024/wp-content/uploads/2024/03/gz-langfassung-2018-1.pdf](https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2024/wp-content/uploads/2024/03/gz-langfassung-2018-1.pdf)

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). (2020). *Die österreichische Ernährungspyramide*. Zuletzt abgerufen am 4. Oktober 2024, von
<https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=617>

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). (2024). *Österreichische Ernährungsempfehlungen NEU*. [Stand: Letzte Aktualisierung: 24. Juli 2024]. Zuletzt abgerufen am 12. September 2024, von
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Ern%C3%A4hrung/%C3%96sterreichische-Ern%C3%A4hrungsempfehlungen-NEU.html>

Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten (BMUK). (1997). *Grundsatzerlass Gesundheitserziehung*. Zuletzt abgerufen am 5. Oktober 2024, von
https://www.schulpsychologie.at/fileadmin/user_upload/Gesundheitserlass.pdf

Bruns, W. (2013). *Gesundheitsförderung durch soziale Netzwerke. Möglichkeiten und Restriktionen*. Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-00674-7>

Dadaczynski, K., Paulus, P., Nieskens, B. & Hundeloh, H. (2015). Gesundheit im Kontext von Bildung und Erziehung – Entwicklung, Umsetzung und Herausforderungen der schulischen Gesundheitsförderung in Deutschland. *Zeitschrift für Bildungsforschung*, 5, 197-218.
<https://doi.org/10.1007/s35834-015-0122-3>

Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies to promote social equity in health*. Institute for Futures Studies. Zuletzt abgerufen am 4. Oktober 2024, von
<https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>

Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2021). The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on still chasing rainbows. *Public Health*, 199, 20-24.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.08.009>

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE). (o. D.-a). *Ernährung von Kindern und Jugendlichen*. Zuletzt abgerufen am 11. September 2024, von <https://www.dge.de/gesunde-ernaehrung/gezielte-ernaehrung/ernaehrung-von-kindern-und-jugendlichen/>

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE). (o. D.-b) *Referenzwerte*. Zuletzt abgerufen am 11. September 2024, von <https://www.dge.de/wissenschaft/referenzwerte/>

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE). (o. D.-c) *Referenzwert. Fett, essentielle Fettsäuren*. Zuletzt abgerufen am 11. September 2024, von <https://www.dge.de/wissenschaft/referenzwerte/fett-essenzielle-fettsaeuren/>

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE). (o. D.-d) *Referenzwert. Kohlenhydrate*. Zuletzt abgerufen am 11. September 2024, von <https://www.dge.de/wissenschaft/referenzwerte/kohlenhydrate/>

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE). (o. D.-e) *Referenzwert. Protein*. Zuletzt abgerufen am 11. September 2024, von <https://www.dge.de/wissenschaft/referenzwerte/protein/>

Elmadfa, I. (2015). *Ernährungslehre* (3. Aufl.). Verlag Eugen Ulmer Stuttgart.

Ernst, G., Franke, A. & Franzkowiak, P. (2022). Stress und Stressbewältigung. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und*

Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Zuletzt abgerufen am 6.

Oktober 2024, von <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i118-2.0>

Faltermaier, T. (2023). Salutogenese. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

(Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten,*

Strategien und Methoden. Zuletzt abgerufen am 6. Oktober 2024, von

<https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i104-3.0>

Faltermaier, T. (2024). Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln. In

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der*

Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.

Zuletzt abgerufen am 6. Oktober 2024, von <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i060-3.0>

Felder-Puig, R. & Ramelow, D. (2020). *Die Gesundheitskompetenz österreichischer Schülerinnen und*

Schüler. HBSC-Factsheet 02: Ergebnisse der HBSC-Studie 2018. Bundesministerium für

Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Zuletzt abgerufen am 5.

Oktober 2024, von [https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:99899517-f964-445e-ab9f-491a5fe7416c/HBSC_2018_FS_02_-_Gesundheitskompetenz_\(2\)_Aktuelle_Letztversion.pdf](https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:99899517-f964-445e-ab9f-491a5fe7416c/HBSC_2018_FS_02_-_Gesundheitskompetenz_(2)_Aktuelle_Letztversion.pdf)

Felder-Puig, R. & Teufl, L. (2019). *Die psychische Gesundheit österreichischer Schülerinnen und*

Schüler. HBSC-Factsheet 01: Ergebnisse der HBSC-Studie 2018. Bundesministerium für Arbeit,

Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK). (Hrsg.). Zuletzt abgerufen am 5.

Oktober 2024, von <https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:aef19b93-d040-42f4-8df5-3435e2fdb22d/HBSC%202018%20FS%2001%20-%20Psychische%20Gesundheit.pdf>

Felder-Puig, R., Teutsch, F. & Winkler, R. (2023). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von*

österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2021/22.

Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Zuletzt abgerufen am 5. Oktober 2024, von https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/%C3%96sterr.%20HBSC-Bericht%202023_bf.pdf

Fonds Gesundes Österreich (FGÖ). (2020). *Bewegungsempfehlungen Kinder und Jugendliche 6 – 18 Jahre*. Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich. Zuletzt abgerufen am 5. Oktober 2024, von https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/inline-files/fgoe_bewegungsempfehlungen_kinder_jugendliche_bfrei.pdf

Franzkowiak, P. (2022). Prävention und Krankheitsprävention. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Zuletzt abgerufen am 6. Oktober 2024, von <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i091-3.0>

Franzkowiak, P. & Hurrelmann, K. (2022). Gesundheit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Zuletzt abgerufen am 6. Oktober 2024, von <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i023-1.0>

Fuchs, R. (2012). 4.4.1 Modelle des Gesundheitsverhaltens. In M. Egger & O. Razum (Hrsg.), *Public Health. Sozial- und Präventivmedizin kompakt* (S. 132-136). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110255416.132>

Giger, S. & Linsmeier, B. (2019). Gesunde Schule entwickeln. In E. Seethaler, S. Giger & W. Buchacher (Hrsg.), *Gesund und erfolgreich Schule leben. Praxis und Reflexion für Lehrerinnen und Lehrer* (S. 93-100). Verlag Julius Klinkhardt. <https://doi.org/10.36198/9783838552323>

Griebler, R., Winkler, P. & Bengough, T. (2016). *Österreichischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht. Ergebnisbericht*. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.). Zuletzt abgerufen am 5. Oktober 2024, von <https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:423c542c-b6a4-400f-8e28-cb1db57c38a8/kinderjugendgesundheitsbericht.pdf>

Hansen, G. (2023). Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 171(3), S. 206-207. <https://doi.org/10.1007/s00112-023-01714-w>

Hartung, S. & Rosenbrock, R. (2022). Settingansatz-Lebensweltansatz. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Zuletzt abgerufen am 6. Oktober 2024, von <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i106-2.0>

Hascher, T. & Winkler-Ebner C. (2010). Gesundheit und Bildung von Kindern und Jugendlichen. In P. Paulus (Hrsg.), *Bildungsförderung durch Gesundheit* (S. 31-56). Reihe Gesundheitsforschung. Juventa Verlag.

Herczeg, P. & Wippersberg, J. (2021). *Kommunikationswissenschaftliches Arbeiten. Eine Einführung* (2., vollst. überarb. Aufl.). Facultas Verlags- und Buchhandels AG. utb. <https://doi.org/10.36198/9783838556390>

Heseker, H. & Beer, S. (2004). Ernährung und ernährungsbezogener Unterricht in der Schule. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 47(3), 240-245. <https://doi.org/10.1007/s00103-003-0789-9>

Hörmann, G. (1999). Stichwort: Gesundheitserziehung. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 2(1), 5-29. <https://doi.org/10.25656/01:4911>

Hornberg, C. (2016). Gesundheit und Wohlbefinden. In U. Gebhard & T. Kistemann (Hrsg.), *Landschaft, Identität und Gesundheit. Zum Konzept der Therapeutischen Landschaften* (S. 63-69). Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-19723-4>

Hurrelmann, K. & Richter, M. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung* (8. Aufl.). Beltz Juventa.

Hurrelmann, K. & Richter, M. (2022). Determinanten der Gesundheit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Zuletzt abgerufen am 6. Oktober 2024, von <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i008-2.0>

Hurrelmann, K., Richter, M., Klotz, T. & Stock, S. (2018). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz & S. Stock (Hrsg.), *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung* (5., vollständig überarbeitete Aufl., S. 23-33). Hogrefe Verlag. <http://doi.org/10.1024/85590-000>

Jordan, S. (2023). Gesundheitskompetenz/Health Literacy. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Zuletzt abgerufen am 6. Oktober 2024, von <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i065-3.0>

Kaba-Schönstein, L. (2018). Gesundheitsförderung 1: Grundlagen. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und*

Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Zuletzt abgerufen am 6.

Oktober 2024, von <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i033-1.0>

Kirchhoff, S. & Okan, O. (2022). Gesundheitskompetente Schule: Konzeptenzwicklung für organisationale Gesundheitskompetenz in der Schule. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 65(7-8), 795-802.

<https://doi.org/10.1007/s00103-022-03546-7>

Kracke, E. & Sommer, D. (2022). Gesundheitsbildung. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.* Zuletzt abgerufen am 6. Oktober 2024, von <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i031-2.0>

Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2024). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Umsetzung mit Software und künstlicher Intelligenz* (6., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Beltz Juventa.

Lang, A. (2016). Mens sana in corpore sano? Schulische Gesundheitsförderung zwischen Gesunderhaltung und Krankheitsprävention. In B. Althans & J. Bilstein (Hrsg.), *Essen – Bildung – Konsum. Pädagogisch-anthropologische Perspektiven* (S. 49-64). Springer VS.
http://doi.org/10.1007/978-3-658-01543-5_3

Leppin, A. (2018). Konzepte und Strategien der Prävention. In K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz & S. Stock (Hrsg.), *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung* (5., vollständig überarbeitete Aufl., S. 47-55). Hogrefe Verlag. <http://doi.org/10.1024/85590-000>

Loosen, W. (2016). Das Leitfadeninterview – eine unterschätzte Methode. In S. Averbeck-Lietz & M. Meyen (Hrsg.), *Handbuch nicht standardisierte Methoden in der*

Kommunikationswissenschaft (S. 139-155). Springer VS. http://doi.org/10.1007/978-3-658-01656-2_9

Malli, G. & Zelinker-Roitner, I. (2020). *Schulen für Gesundheitskompetenz! Wissen, fragen, verstehen, anwenden. Ein Leitfaden, um gesunde Entscheidungen in der Lebenswelt Schule zu erleichtern* (1. Aufl.). Dachverband der Sozialversicherungsträger (Hrsg.). [Styria vitalis im Auftrag des Dachverbands der österreichischen Sozialversicherung]. Zuletzt abgerufen am 5. Oktober 2024, von <https://styriavitalis.at/wp-content/uploads/2021/06/2019leitfadenschulegesundheitskompetenz.pdf>

Marchwacka, M. A. (2016). Gesundheitsbildung als Herausforderung für den Schulentwicklungsprozess, *DDS- Die Deutsche Schule, 108. Jahrgang*(3), S. 239-255. Zuletzt abgerufen am 6. Oktober 2024, von https://www.waxmann.com/index.php?eID=download&id_artikel=ART101980&uid=frei

Mayring, P. (2023). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (7., überarbeitete Aufl.). Beltz.

Miko, H.-C., Zillmann, N., Ring-Dimitriou, S., Dorner, T. E., Titze, S. & Bauer, R. (2020). Auswirkungen von Bewegung auf die Gesundheit. *Gesundheitswesen, 82*(3), S. 184-195.
<http://doi.org/10.1055/a-1217-0549>

Misoch, S. (2019). *Qualitative Interviews* (2., erweiterte und aktualisierte Aufl.). De Gruyter.
<https://doi.org/10.1515/9783110545982-201>

Mittelmark, M. B. (2022). Salutogenesis from Its Origins to the Present. In M. B. Mittelmark, G. F. Bauer, L. Vaandrager, J. M. Pelikan, S. Sagy, M. Eriksson, B. Lindström & C. Meier Magistretti

(Hrsg.), *The Handbook of Salutogenesis* (2. Aufl., S. 3-4). Springer.

<https://doi.org/10.1007/978-3-030-79515-3>

Naidoo, J. & Wills, J. (2019). *Lehrbuch Gesundheitsförderung* (3., aktualisierte Aufl.). Hogrefe Verlag.

<http://doi.org/10.1024/85744-000>

Ohlbrecht, H. & Winkler, T. (2018). Gesundheit und Wohlbefinden im Kindes- und Jugendalter. In A.

Lange , H. Reiter, S. Schutter & C. Steiner (Hrsg.), *Handbuch Kindheits- und Jugendsoziologie* (S. 607-618). Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-04207-3>

Okan, O., Rauschmayr, S. & Krudewig, C. (2024). Organisationale Gesundheitskompetenz. In

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.*

Zuletzt abgerufen am 6. Oktober 2024, von <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i163-1.0>

Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES). (o. D.). *Mit 7 Stufen*

zur Gesundheit. Die Österreichische Ernährungspyramide. Zuletzt abgerufen am 12.

September 2024, von <https://www.ages.at/mensch/ernaehrung->

[lebensmittel/ernaehrungsempfehlungen/die-oesterreichische-ernaehrungspyramide](https://www.ages.at/mensch/ernaehrungsempfehlungen/die-oesterreichische-ernaehrungspyramide)

Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE). (o. D.). *Empfehlungen für Personengruppen.*

Ernährung von Kindern und Jugendlichen. Zuletzt abgerufen am 11. September 2024, von

<https://www.oege.at/category/wissenschaft/empfehlungen-fuer-personengruppen/#ernaehrungsempfehlungen-kinder-jugendliche>

Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK). (o. D.-a). *Gesundheitskompetenz – Was ist das?* Zuletzt abgerufen am 17. September 2024, von
<https://oepgk.at/gesundheitskompetenz-was-ist-das/>

Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK). (o. D.-b). *Gesundheitsverhalten*. Zuletzt abgerufen am 11. September 2024, von <https://oepgk.at/glossar/gesundheitsverhalten/>

Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK). (o. D.-c). *Psychosoziale Gesundheit*. Zuletzt abgerufen am 11. September 2024, von <https://oepgk.at/glossar/psychosoziale-gesundheit/>

Rathmann, K. (2019). Bildungsarmut und Gesundheit. In G. Quenzel & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Handbuch Bildungsarmut* (korrigierte Publikation 2019, S. 667-694). Springer VS.
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-19573-1>

Ravens-Sieberer, U., Erhart, M. & Ottová-Jordan, V. (2018). Prävention und Gesundheitsförderung im Kindesalter. In K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz & S. Stock (Hrsg.), *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung* (5., vollständig überarbeitete Aufl., S. 75-88). Hogrefe Verlag.
<http://doi.org/10.1024/85590-000>

Rohrauer-Näf, G., Waldherr, K. & Plunger, P. (2022). Gesundheitsförderung 6: Österreich. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Zuletzt abgerufen am 6. Oktober 2024, von <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i040-2.0>

Schiek, D. (2022). Schriftliche Online-Interviews in der qualitativen Sozialforschung: zur methodologischen Begründung einer neuen Forschungspraxis. *FQS. Forum: Qualitative Sozialforschung*, 23(1), 5. <https://doi.org/10.17169/fqs-23.1.3754>

Schulorganisationsgesetz. (1962, i.d.g.F.). Zuletzt abgerufen am 28. September 2024, von <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10009265>

Sørensen, K., Van den Brouke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H., for (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Sørensen, K. (2020). Definitionen und Konzepte von Health Literacy – Überblick und Einordnung. In T. M. Bollweg, J. Bröder & P. Pinheiro (Hrsg.), *Health Literacy im Kindes- und Jugendalter. Ein- und Ausblicke* (S. 39-53). Reihe Gesundheit und Gesellschaft. Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-29816-6>

Statistik Austria (2024-a). *Bevölkerung nach Alter/Geschlecht*. [Stand: Letzte Aktualisierung: 07.08.2024]. Zuletzt abgerufen am 5. Oktober 2024, von <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/bevoelkerungsstand/bevoelkerung-nach-alter/geschlecht>

Statistik Austria. (2024-b, 26. Juni). *Häufigste Todesursachen 2023 weiterhin Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs. Sterblichkeit um 1 % unter Vor-Pandemie-Niveau*. [Pressemitteilung: 13 366-132/24]. Zuletzt abgerufen am 19. September 2024, von

<https://www.statistik.at/fileadmin/announcement/2024/06/20240626Todesursachen2023.pdf>

Stroß, A. M. (2022). Gesundheitserziehung und -bildung als Handlungsfelder einer reflexiven Gesundheitspädagogik. Geschichte, Gegenwart und Perspektiven. In U. Bauer, U. H. Bittlingmayer & A. Scherr (Hrsg.), *Handbuch Bildungs- und Erziehungssoziologie* (2. Aufl., S. 961-983). Reihe Bildung und Gesellschaft. Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-30903-9_54

Weiglhofer, H. (2013). *Die Kompetenzlandkarte für Unterrichtsprinzipien und Bildungsanliegen*. BMUKK. Zuletzt abgerufen am 3. Oktober 2024, von https://www.bmbwf.gv.at/dam/jcr:a3f968fb-0cac-4fcc-b4ca-a4a7d67845b1/kl_weiglhofer_25649.pdf

Wettstein, F. (2016). Wie berücksichtigt Gesundheitsförderung die sozialen Determinanten? *Bioethica Forum*, 9(4), 136-142. Zuletzt abgerufen am 6. Oktober 2024, von <https://irf.fhnw.ch/server/api/core/bitstreams/6520dc7c-db13-4791-ae4a-46a452f4e905/content>

World Health Organization (WHO). (1946). *Constitution Of The World Health Organization*. Zuletzt abgerufen am 6. Oktober 2024, von <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>

World Health Organization (WHO). (1978). *Erklärung von Alma-Ata*. Regionalbüro für Europa. Zuletzt abgerufen am 6. Oktober 2024, von <https://iris.who.int/handle/10665/347881>

World Health Organization (WHO). (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Regionalbüro für Europa. Zuletzt abgerufen am 6. Oktober 2024, von <https://iris.who.int/handle/10665/349654>

World Health Organization (WHO). (1997). *The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. Zuletzt abgerufen am 6. Oktober 2024, von <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-4ICHP-BR-97.4>

World Health Organization (WHO). (2015). *Gesundheit 2020: Bildung und Gesundheit durch frühe Entwicklung*. Zuletzt abgerufen am 6. Oktober 2024, von <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363215/WHO-EURO-2015-6160-45925-66188-ger.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

World Health Organization (WHO). (2019). *Psychische Gesundheit – Faktenblatt*. Regionalbüro für Europa. Zuletzt abgerufen am 6. Oktober 2024, von https://www.dv-idee.at/assets/PDFs/Faktenblatt-WHO_Psychische-Gesundheit.pdf

World Health Organization (WHO). (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. Zuletzt abgerufen am 6. Oktober 2024, von <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>

World Health Organization (WHO). (2021). *Health literacy in the context of health, well-being and learning outcomes – the case of children and adolescents in schools. Concept paper*. WHO Regional Office for Europe. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Zuletzt abgerufen am 6. Oktober 2024, von <https://iris.who.int/handle/10665/344901>

World Health Organization (WHO) & United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). (2021). *Making every school a health-promoting school: global standards and indicators for health-promoting schools and systems*. Zuletzt abgerufen am 6. Oktober 2024, von <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341907/9789240025059-eng.pdf>

World Health Organization (WHO). (2022, 17 June). *Mental health*. who.int. Zuletzt abgerufen am 12. September 2024, von <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

World Health Organization (WHO). (2023, 11. Dezember). *Neue Instrumente der WHO zur Unterstützung von Maßnahmen gegen nichtübertragbare Krankheiten und Klimawandel*. who.int/europe. Zuletzt abgerufen am 12. September 2024, von <https://www.who.int/europe/de/news/item/11-12-2023-new-who-tools-to-support-action-on-noncommunicable-diseases-and-climate-change>

Wulffhorst, B. & Hurrelmann, K. (2009). Gesundheitserziehung: Konzeptionelle und disziplinäre Grundlagen. In B. Wulffhorst & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitserziehung* (1. Aufl., S. 9-34). Verlag Hans Huber.

Zielinski, J. (2018). Die Bedeutung von „Social Eating“ für die Gesundheit. *Ernährung & Medizin*, 33, S. 170-173. <https://doi.org/10.1055/s-0043-116304>

Online-Quellen:

GIVE – Servicestelle für Gesundheitsförderung an Österreichs Schulen. Alle zuletzt abgerufen am 3. Oktober 2024, von: <https://www.give.or.at/>

<https://www.give.or.at/about/partner/>

<https://www.give.or.at/angebote/>

<https://www.give.or.at/angebote/praxis/>

<https://www.give.or.at/angebote/themen/>

„*Tut gut!*“ Gesundheitsvorsorge GmbH. Alle zuletzt abgerufen am 3. Oktober 2024, von:

<https://www.noetutgut.at/angebote/bildungseinrichtungen>

<https://www.noetutgut.at/angebote/gesunde-schule>

Österreichische Sozialversicherung [Dachverband der Sozialversicherungsträger]. Zuletzt abgerufen

am 3. Oktober 2024, von

<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.844051&portal=svportal>

Wiener Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen (WieNGS). Alle zuletzt abgerufen am 3. Oktober

2024, von:

<https://www.wiengs.at/startseite/allgemeine-infos/>

<https://www.wiengs.at/kontakt/impressum/>

<https://www.wiengs.at/startseite/>

<https://www.wiengs.at/startseite/stufenkonzept/>

<https://www.wiengs.at/startseite/traeger-organisationen/>

Anhang

I. Interviewleitfaden: Schriftliches Interview

Interview-Fragebogen

Vorbemerkung:

Herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft, am schriftlichen Interview zum Thema „Gesundheitsbildung in der Schule“ teilzunehmen!

„Gesundheitsbildung in der Schule“ ist momentan unter anderem deswegen besonders relevant, weil mit dem Schuljahr 2023/24 neue Lehrpläne für die Sekundarstufe 1 in Kraft getreten sind, in denen „Gesundheitsförderung“ als ein für mehrere Unterrichtsfächer, darunter *Ernährung und Haushalt* sowie *Biologie und Umweltbildung*, übergreifender Themenschwerpunkt festgelegt wurde.

Das Interview zielt auf Ihre persönliche Sichtweise als Fachlehrperson zu dieser Thematik ab. Es gibt dabei keine falschen oder richtigen Antworten. Ich freue mich, dass Sie Ihre wertvolle Sichtweise mit mir teilen! Die Teilnahme am Interview ist freiwillig. Die erhobenen Daten werden vertraulich behandelt, anonymisiert ausgewertet und dienen ausschließlich zu Forschungszwecken im Rahmen der qualitativen Studie meiner Masterarbeit.

Bitte beachten Sie für Ihre Teilnahme, folgende Dokumente auszufüllen:

1. Zustimmungserklärung/Datenschutzmitteilung:

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift die Einwilligung zur Verwendung Ihrer Daten.

2. Schriftliches Interview:

Bestehend aus Erhebungsdaten und Interviewfragen – Bitte antworten Sie direkt im Word-Dokument.

Hinweis zur Rücksendung:

Ich möchte Sie höflich ersuchen, die ausgefüllten Dokumente **bis spätestens Montag, den 25. November 2024** an mich, Heike Strasser, an die E-Mail-Adresse [...] zu übermitteln. Danke!

Schriftliches Interview:

Erhebungsdaten

Bitte geben Sie in der nachstehenden Tabelle Ihre demografischen Angaben an!

Geschlecht:	
Alter:	
Dienstjahre der/des Interviewpartner*in:	
Schultyp:	

Unterrichtsfach bzw. -fächer: (Zutreffendes bitte ankreuzen)	<i>Ernährung und Haushalt</i>	
	<i>Biologie und Umweltbildung</i>	
Datum der Beantwortung des Interviews:		
Name der Interviewerin:	<i>Heike Strasser, BEd</i>	
Interviewmethode:	<i>Schriftliches, problemzentriertes Leitfadeninterview (Übermittlung & Durchführung via E-Mail)</i>	

Interviewfragen

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen!

- 1. Was verbinden Sie mit „Gesundheitsbildung“ in der Schule? Was verstehen Sie darunter?**

- 2. Ein weiterer thematisch nahestehender und häufig verwendeter Begriff im Kontext Schule lautet „Gesundheitserziehung“. Was verstehen Sie unter diesem Begriff?**

- 3. Worin sehen Sie grundsätzliche Gemeinsamkeiten von „Gesundheitsbildung“ und „Gesundheitserziehung“?**

- 4. Welche wesentlichen Unterschiede sind Ihrer Meinung nach kennzeichnend für diese beiden Fachbegriffe?**

- 5. Wie setzen Sie Gesundheitsbildung in Ihrem Fachunterricht um?**
Hinweis: Falls Sie sowohl Ernährung und Haushalt als auch Biologie und Umweltbildung unterrichten, kennzeichnen Sie bitte, auf welches Fach sich Ihre Aussagen beziehen.
 - a. Welche auf Gesundheitsbildung ausgerichteten Zielsetzungen verfolgen Sie in Ihrem Unterricht, was ist für Sie dabei zentral, den Schüler*innen zu vermitteln?**

 - b. Welche Themenbereiche in Ihrem Fachunterricht sind für Sie dabei im Hinblick auf Gesundheitsbildung essentiell? Gibt es bestimmte Schwerpunktsetzungen, wenn ja, welche?**

 - c. Falls Sie Ernährung und Haushalt und Biologie und Umweltbildung unterrichten: Worin liegen in Ihrem jeweiligen Fachunterricht Unterschiede und Gemeinsamkeiten bezüglich Gesundheitsbildung?**

- 6. Was ist aus Ihrer Sicht erforderlich, damit Gesundheitsbildung als übergreifendes Thema im Unterricht verschiedener Fächer umgesetzt werden kann?**

- 7. Kennen Sie schulexterne Organisationen bzw. deren Angebote, um den Schüler*innen Gesundheitsbildung näher zu bringen? Wenn ja, beziehen Sie diese in Ihrem Fachunterricht ein? Welche Angebote nutzen Sie? Falls Sie keine nutzen: Warum nicht?**

- 8. Welche Bereiche in der Lebenswelt Schule sehen Sie als essentiell an, um Gesundheitsbildung außerhalb des Fachunterrichts, also im Schulalltag, zu verwirklichen?**

- 9. In welcher Weise wird Gesundheitsbildung an Ihrer Schule außerhalb des Fachunterrichts umgesetzt?**

- 10. Sehen Sie weitere Möglichkeiten, Gesundheitsbildung an Ihrer Schule außerhalb des Fachunterrichts zu integrieren, wenn ja, welche?**

**Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihre damit verbundene Unterstützung
bei der qualitativen Studie meiner Masterarbeit!**

Die Auswertung der Daten erfolgt als *qualitative Inhaltsanalyse* nach Kuckartz & Rädiker (2024).
Falls Sie Interesse an den Studienergebnissen haben, kann ich Ihnen diese gerne zukommen lassen.

Mit freundlichen Grüßen, Heike Strasser, BEd

II. Codierleitfaden (eigene Entwicklung & Darstellung)

Bezeichnung der Kategorie	Art der Kategorienbildung	Definition	Ankerbeispiel	Codierregel
K1: Subjektive Assoziationen zu Gesundheitsbildung	Deduktiver Hauptcode	<p>Dieser Code umfasst subjektive Assoziationen zu Gesundheitsbildung aus Sicht der Befragten. Umfasst sind Aussagen über konkrete Aspekte und Beispiele, die zeigen, was die Befragten mit Gesundheitsbildung verbinden.</p>	<p>LP3, Pos. 4: „Mit Gesundheitsbildung in der Schule verbinde ich eine Wissens- und Handlungsvermittlung, die die eigene Gesundheit fördert. Aber auch die Übermittlung der Fähigkeit sich Informationen selbstständig zu beschaffen, diese für sich einzuordnen bzw. zu bewerten, gehört für mich zur Gesundheitsbildung dazu. Es braucht auch die Fertigkeit, die eingeholten Informationen ins eigene Handeln bzw. Verhalten einfließen zu lassen.“</p>	<p>Aussagen über subjektive Assoziationen zu Gesundheitsbildung</p>
K2: Subjektives Verständnis von Gesundheitsbildung	Deduktiver Hauptcode		<p>Dieser Code umfasst Aussagen über das subjektive Verständnis von Gesundheitsbildung aus Sicht der Befragten. Umfasst sind generelle und allgemeine Aussagen, die das subjektive Verständnis von Gesundheitsbildung der Befragten aufzeigen.</p>	<p>LP8, Pos. 4: „Unter „Gesundheitsbildung“ in der Schule verstehe ich die Förderung und richtigen Umgang mit der eigenen Gesundheit.“</p>
K3: Subjektives Verständnis von Gesundheitserziehung	Deduktiver Hauptcode		<p>Dieser Code umfasst Aussagen über das Verständnis von Gesundheitserziehung aus Sicht der Befragten.</p>	<p>LP7, Pos. 7: „Gesundheitserziehung stellen für mich gezielte Maßnahmen dar, die darauf abzielen, das Gesundheitsverhalten von Schüler*innen zu beeinflussen und sie zu</p>

		einem gesunden Lebensstil anzuleiten. Es geht dabei hierbei um klare Anweisungen und Vorbilder, die gesundheitsfördernde Gewohnheiten fördern sollen.“	
K4: Gemeinsamkeiten von Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung	Deduktiver Hauptcode	Dieser Code umfasst alle Aussagen, die sich auf die Gemeinsamkeiten der beiden Begriffe Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung aus Sicht der Befragten beziehen.	LP3, Pos. 9: „Bei beiden Begriffen steht die „Gesundheit“ im Fokus, welche fächerübergreifend im Unterricht thematisiert werden kann. Es geht um eine Wissens- und Handlungsvermittlung, (...)"
K5: Unterschiede von Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung	Deduktiver Hauptcode	Dieser Code umfasst alle Aussagen, die sich auf die Unterschiede der beiden Begriffe Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung aus Sicht der Befragten beziehen.	LP3, Pos. 11-12: „Bei der „Erziehung“ gibt es ein „richtiges“ und „falsches“ Verhalten und die Erziehung zielt auf eine Verhaltensanpassung ab, welche durch den/die Erzieher/-in herbeigeführt wird. „Bildung“ schließt die Reflexion ein – der/die Lernende bildet sich also eine eigene Meinung und ändert nicht einfach so sein/ihr Verhalten. Bei der Bildung ist also die Selbstbestimmung eingeschlossen.“
K6: Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht	Deduktiver Hauptcode	<u>Anmerkung:</u> Aufgrund der hier durchgeführten deduktiven Vorgangsweise, welche sich am Aufbau des Interviewleitfadens orientiert, wurden die zugehörigen erhobenen Daten sofort den nachstehenden zum Hauptcode K6 zughörigen deduktiv gebildeten Subcodes zugewiesen.	LP11, Pos. 16: „Mein Hauptziel ist, dass die Schüler*innen lernen, Verantwortung für ihre eigene Gesundheit zu übernehmen und ein kritisches Bewusstsein für gesundheitsbezogene Entscheidungen zu entwickeln.“
<i>K6_1: Individuelle Zielsetzungen</i>	Deduktiver Subcode	Dieser Code umfasst Aussagen über individuelle auf Gesundheitsbildung ausgerichtete Zielsetzungen im Fachunterricht der befragten Lehrkräfte.	Aussagen über individuelle auf Gesundheitsbildung ausgerichtete fachunterrichtliche Zielsetzungen

<p><i>K6_2: Zentrale Vermittlungsinhalte</i></p>	<p>Deduktiver Subcode</p> <p>Dieser Code umfasst Aussagen über zentrale Inhalte, die die befragten Lehrkräfte ihren Schüler*innen in ihrem Fachunterricht in Bezug auf Gesundheit vermitteln möchten.</p>	<p>LP5, Pos. 16: „Gesundheitsbildung hängt für mich stark damit zusammen, wie ich mich ernähre und meinen Körper behandle und dies vermitte ich meinen Schüler:innen auch.“</p>	<p>Aussagen über fachunterrichtliche zentrale Vermittlungsinhalte in Bezug auf Gesundheitsbildung</p>
<p><i>K6_3: Essentielle Themenbereiche</i></p>	<p>Deduktiver Subcode</p>	<p>Dieser Code umfasst Aussagen über aus Sicht der befragten Lehrpersonen essentielle Themenbereiche bei Gesundheitsbildung in ihrem Fachunterricht.</p>	<p>LP11, Pos. 18: „Themen wie gesunde Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung, Essstörungen, Schlaf, Suchtprävention und Medienkompetenz sowie die Auswirkungen von ungesunden Essgewohnheiten sind für mich absolut essenziell.“</p>
<p><i>K6_4: Individuelle inhaltliche Schwerpunktsetzungen</i></p>	<p>Deduktiver Subcode</p>	<p>Dieser Code umfasst Aussagen über individuelle inhaltliche Schwerpunkte, die die befragten Lehrkräfte in ihrem Fachunterricht in Bezug auf Gesundheitsbildung setzen.</p>	<p>LP4, Pos. 16: „Ernährung und sexuelle Gesundheit sind von mir persönlich gesetzte Schwerpunkte.“</p>
<p><i>K6_5: Unterschiede in EH und Biologie</i></p>	<p>Deduktiver Subcode</p>	<p>Dieser Code umfasst Aussagen, die sich auf die jeweiligen fachunterrichtlichen Unterschiede von</p>	<p>Aussagen von Lehrkräften mit der Fächerkombination <i>EH</i> und <i>Biologie</i> über subjektiv wahrgenommene Unterschiede von</p>
<p><i>K6_5: Unterschiede in EH und Biologie</i></p>	<p>Deduktiver Subcode</p>	<p>Gesundheitsbildung in den Unterrichtsgegenständen</p>	<p>Gesundheitsbildung in den Fächern <i>EH</i> und <i>Biologie</i> in ihrem Fachunterricht</p>
<p><i>K6_5: Unterschiede in EH und Biologie</i></p>	<p>Deduktiver Subcode</p>	<p><i>Ernährung und Haushalt</i> sowie <i>Biologie und Umweltbildung</i> aus Sicht befragter EH- und Biologie-Lehrkräfte beziehen.</p>	<p>„In „Ernährung und Haushalt“ lege ich den Schwerpunkt auf die praktische Anwendung – hier lernen die Schüler*innen, wie sie gesunde Mahlzeiten planen und zubereiten können. In „Biologie und Umweltbildung“ geht es mir hingegen stärker darum, das theoretische Verständnis zu vertiefen, also das „Warum“ hinter gesunden Entscheidungen zu erklären: Was passiert im Körper, wenn man sich gesund ernährt oder Sport treibt?“</p>

<p><i>K6_6: Gemeinsamkeiten in EH und Biologie</i></p>	<p>Deduktiver Subcode</p> <p>Dieser Code umfasst Aussagen, die sich auf die fachunterrichtlichen Gemeinsamkeiten von Gesundheitsbildung in den Unterrichtsgegenständen <i>Ernährung und Haushalt</i> sowie <i>Biologie und Umweltbildung</i> aus Sicht befragter EH- und Biologie-Lehrkräfte beziehen.</p>	<p>LP11, Pos. 22: „Beide Fächer ergänzen sich, weil sie den Schüler*innen helfen, ihre Gesundheit besser zu verstehen und eigenständig gesunde Entscheidungen zu treffen.“</p>	<p>Aussagen von Lehrkräften mit der Fächerkombination <i>EH</i> und <i>Biologie</i> über subjektiv empfundene Gemeinsamkeiten von Gesundheitsbildung in den Fächern <i>EH</i> und <i>Biologie</i> in ihrem Fachunterricht</p>
<p><i>K7: Voraussetzungen für fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung</i></p>	<p>Deduktiver Hauptcode</p> <p>Dieser Code umfasst alle Aussagen über nötige Voraussetzungen für eine fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung aus Sicht der befragten Lehrkräfte.</p>	<p>LP2, Pos. 27: „Die Kommunikation zwischen den Lehrkräften und bereits früh im Schuljahr die Abstimmung der Vernetzung der fachlichen Inhalte!“</p>	<p>Aussagen über Voraussetzungen für eine fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung</p>
<p><i>K7_1: Bewusstseinsentwicklung</i></p>	<p>Induktiver Subcode</p> <p>Dieser Code umfasst Aussagen, die die Wichtigkeit der Bildung eines entsprechenden Bewusstseins bei Lehrkräften für die Bedeutung von Gesundheitsbildung als relevante Voraussetzung für eine fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung in der Schule betonen.</p>	<p>LP8, Pos. 21: „(...) Außerdem müssen alle Lehrpersonen zunächst selbst über Gesundheitsbildung lernen bzw. sich bewusst machen, dass sie dieses Thema auch an die SuS weitergeben müssen.“</p>	<p>Aussagen über die Relevanz einer Bewusstseinsentwicklung bei Lehrkräften über die Bedeutsamkeit von Gesundheitsbildung als notwendige Voraussetzung für eine fächerübergreifende Umsetzung</p>
			<p>Auflistungen, die die Bedeutsamkeit von fachlicher Zusammenarbeit und Kooperation als Voraussetzung für</p>

	Fachlehrkräften als notwendige Voraussetzung für eine fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung eingehen.	nicht isoliert behandelt wird, sondern als gemeinsames Ziel.“	fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung aufzeigen
<i>K7_3: Unterstützungsmaterialien</i>	Dieser Code umfasst Äußerungen, die die Bedeutsamkeit von entsprechenden zur Verfügung stehenden Unterstützungsmaterialien und Dokumenten hervorheben, damit Lehrkräfte Gesundheitsbildung als fächerübergreifendes Thema umsetzen können.	LP1, Pos. 24: „Teilweise sollten auch die Verlage der Schulbücher in die Pflicht genommen werden, fächerübergreifende Schwerpunkte zu setzen und Materialien zu veröffentlichen.“	Äußerungen über die Notwendigkeit eines Angebotes verschiedener Unterstützungsmaterialien und Dokumente als Voraussetzung, um Gesundheitsbildung als fächerübergreifendes Thema umsetzen zu können
<i>K7_4: Fort-/Weiterbildungsmöglichkeiten</i>	Induktiver Subcode	Dieser Code umfasst Äußerungen, die auf die Bedeutung eines entsprechenden Angebots von Fort- bzw. Weiterbildungsmöglichkeiten für Lehrkräfte als eine Voraussetzung für eine Umsetzung von Gesundheitsbildung als übergreifendes Thema verschiedener Fächer hinweisen.	LP11, Pos. 24: „Außerdem wären regelmäßige Weiterbildungen für uns Lehrkräfte hilfreich, um uns in aktuellen Ansätzen und Methoden zu stärken und die Schüler*innen wirklich umfassend zu erreichen.“
<i>K7_5: Projektgestaltung</i>	Induktiver Subcode	Dieser Code umfasst Äußerungen zu beachtenswerten Aspekten, die	LP7, Pos. 23: „(...) eine aktive Einbindung der Schüler*innen (Schulsprecher*innen) in die Projektgestaltungen im Sinne“

	sich auf das Thema Projektgestaltung im Kontext einer fächerübergreifenden Umsetzung beziehen. Umfasst sind jene Äußerungen, die wichtige Hinweise für die fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung in Bezug auf Projekte enthalten und von den befragten Lehrkräften im Kontext notwendiger Voraussetzungen für eine fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung genannt werden.	Ausarbeitung und Durchführung von gesundheitsbezogenen Projekten.“	nötiger Voraussetzungen um Gesundheitsbildung fächerübergreifend umsetzen zu können
K8: Kenntnis schulexterner Organisationen & Angebote	Deduktiver Hauptcode	Dieser Code umfasst Aussagen, die zeigen, welche schulexternen Organisationen und Angebote zu Gesundheitsbildung die Befragten kennen.	LP3, Pos. 33: „Ja, ich kenne schulexterne Organisationen und deren Programme für Gesundheitsbildung – beispielsweise WiG (Wiener Gesundheitsförderung).“
K9: Nutzung schulexterner Organisationen & Angebote	Deduktiver Hauptcode	Dieser Code umfasst Aussagen, die zeigen, welche schulexternen Organisationen und Angebote zu Gesundheitsbildung die Befragten nutzen.	LP11, Pos. 27: „Ich nutze gerne Angebote der Bildungschancen. Ich beziehe diese in den Unterricht mit ein, aber vor allem auch, weil ich Klassenvorstand-Stellvertreterin bin und mir das Wohle in der Klasse am Herzen liegt.“
K10: Relevante außerunterrichtliche	Deduktiver Hauptcode	Dieser Code umfasst Äußerungen über verschiedene außerunterrichtliche Bereiche	LP2, Pos. 31-35: „Gesunde Jause in den Pausen“

Schulbereiche für Gesundheitsbildung	im Schulalltag, die aus Sicht der Befragten für Gesundheitsbildung relevant erscheinen. Umfasst sind Aussagen, die sich auf jene Schulbereiche und Aspekte beziehen, die außerhalb des Fachunterrichts der befragten Fachlehrkräfte liegen und damit den Schulalltag betreffen.	Gesunde Getränke in den Getränkeautomaten der Schule Förderung von gesunden Lebensmitteln durch die Gemeinde Bewegungsmöglichkeit in der Pause Ruhebereiche in der Pause, um zur Ruhe zu kommen (mentale Gesundheit)“	Bereiche außerhalb des Fachunterrichts
<i>K10_1: Verpflegungsmöglichkeiten</i>	Induktiver Subcode	Dieser Code umfasst Äußerungen, die sich auf den Bereich potentieller schulischer Verpflegungsmöglichkeiten und -angebote beziehen und auf dessen Bedeutung einer entsprechenden Umsetzung von Gesundheitsbildung im Schulalltag hinweisen.	LP7, Pos. 32: „Die Schulverpflegung spielt ebenfalls eine wesentliche Rolle dazu bei. So wäre es wichtig ein reichhaltiges Angebot an gesunden Speisen und Getränken in der Mensa zu haben.“
<i>K10_2: Bewegungsmöglichkeiten</i>	Induktiver Subcode	Dieser Code umfasst Äußerungen, die sich auf den Bereich potentieller Bewegungsmöglichkeiten und -angebote im Schulalltag beziehen und auf dessen Bedeutung einer entsprechenden Umsetzung von Gesundheitsbildung im Schulalltag hinweisen.	LP11, Pos. 32: „Bewegung und Sport: Aktive Pausen und zusätzliche Bewegungsangebote unterstützen die körperliche Gesundheit.“
<i>K10_3: Schulraumgestaltung</i>	Induktiver Subcode	Dieser Code umfasst Äußerungen, die auf Bedeutung der Gestaltung von	LP7, Pos. 31: „Entscheidend ist auch die räumliche und organisatorische Gestaltung des Schulalltags.“

	Räumlichkeiten und Umfeld der Schule als Bereich zur Realisierung von Gesundheitsbildung im Schulalltag hinweisen.	Bewegungsmöglichkeiten, ergonomisch gestaltete Stühle, Rückzugsorte für Entspannung und eine ansprechende, grünerer, Schulumgebung tragen mit Sicherheit zur Förderung von Gesundheit bei.“	Bereich zur Realisierung von Gesundheitsbildung beziehen
<i>K10_4: Schulklima</i>	Induktiver Subcode	Dieser Code umfasst Äußerungen, die sich auf die Bedeutung eines entsprechenden Schulklimas und dessen Aspekte für die Verwirklichung von Gesundheitsbildung im Schulalltag beziehen.	LP7, Pos. 30: „Ein Bereich ist die Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Schulklimas. Dazu gehört ein wertschätzendes Miteinander. Eine gute Kommunikation zwischen Lehrkräften, Schüler*innen sowie Eltern bildet hierfür die Basis.“
<i>K10_5: Verhalten im Schulalltag</i>	Induktiver Subcode	Dieser Code umfasst Äußerungen, die unterschiedliche Beispiele für konkret zu setzende Verhaltensweisen im Schulalltag anführen, die im Kontext von Gesundheitsbildung im Schulalltag relevant erscheinen.	LP8, Pos. 27 und LP9, Pos. 24: „Lehrkräfte/lehrpersonen als Vorbilder“
<i>K10_6: Projekte, Exkursionen & Veranstaltungen</i>	Induktiver Subcode	Dieser Code umfasst Äußerungen, die die Bedeutung unterschiedlicher Projekte, Exkursionen und Veranstaltungen betonen um Gesundheitsbildung im Schulalltag entsprechend zu verwirklichen.	LP10, Pos. 33: „(...) schulische Veranstaltungen, Projekte, Elternarbeit und Kooperation mit externen Partnern sind wichtig, um Gesundheitsbildung außerhalb des Fachunterrichts im Schulalltag verwirklichen zu können.“
<i>K10_7: Angebote für mentale Gesundheit</i>	Induktiver Subcode	Dieser Code umfasst Äußerungen, die auf die	LP10, Pos. 31: „...“

	Bedeutung unterschiedlicher Angebote für mentale Gesundheit hinweisen, um Gesundheitsbildung im Schulalltag entsprechend zu verwirklichen.	„Ebenso sind psychosoziale Angebote zur Stressbewältigung, zur Unterstützung bei Konflikten oder Mobbing von großer Bedeutung.“	mentale Gesundheit beziehen um Gesundheitsbildung im Schulalltag zu verwirklichen
K11: Schulspezifische außerunterrichtliche Umsetzung von Gesundheitsbildung	Deduktiver Hauptcode	<p>Dieser Code umfasst Äußerungen, die aufzeigen, wie Gesundheitsbildung außerhalb des Fachunterrichts an der Schule der Befragten konkret umgesetzt wird.</p>	<p>LP2, Pos. 37-40: „Angebot der gesunden Schuljause Möglichst zuckerarme Getränke in den Automaten Ruherraum in der Pause Pause im Freien (Schulgarten, mit Spielen und Bewegungsmöglichkeit“</p>
		<p>Dieser Code umfasst Äußerungen, die beispielhaft zeigen, wie die Ausgestaltung im Bereich der Verpflegung an der Schule der Befragten konkret aussieht und somit darstellen, wie</p>	<p>Äußerungen über konkrete Beispiele und Aspekte betreffend der Verpflegungsgestaltung an der Schule der Befragten, die aufzeigen wie Gesundheitsbildung in diesem Bereich umgesetzt wird</p>
	Induktiver Subcode <i>K11_1: Verpflegungsgestaltung</i>	<p>Gesundheitsbildung im Kontext von Essen und Trinken schulspezifisch umgesetzt wird. Umfasst sind auch jene Aussagen, die gesundheitsrelevante Verhaltensweisen im Bereich der Schulverpflegung an der Schule der Befragten thematisieren.</p>	<p>LP5, Pos. 28: „Es gibt wöchentlich eine gesunde Jause, angeliefert von einem Bio-Bauernladen, welcher lediglich mit regionalen Produzenten arbeitet.“</p>
K11_2: Pausengestaltung	Induktiver Subcode	Dieser Code umfasst Äußerungen, die Aspekte und	Aussagen, die sich auf konkret umgesetzte

	Beispiele im Bereich der Pausengestaltung an der Schule der Befragten ansprechen und damit zeigen, wie Gesundheitsbildung während der Pausenzeit konkret umgesetzt wird.	„Bewegung und Sport: In den großen Pausen gibt es eine bewegte Pause, die beaufsichtigt wird (in Turnräumen).“	gesundheitsrelevante Aspekte und Beispiele der Pausengestaltung beziehen
K11_3: Verhaltensregelungen	Induktiver Subcode Dieser Code umfasst Äußerungen, die bestimmte gesundheitsrelevante Verhaltensregeln anführen, die an der Schule der betreffenden Lehrkräfte im Schulalltag gelten. Umfasst sind dabei auch Ausführungen, die sich auf mögliche gesundheitliche Auswirkung bzw. deren Bedeutung beziehen.	LP4, Pos. 26: „In der Nachmittagsbetreuung gibt es die Regel, dass nur Wasser getrunken werden darf, wodurch die Kids kaum noch süße Getränke trinken.“	Äußerungen über an der Schule der Befragten geltende konkrete gesundheitsrelevante Verhaltensregeln
K11_4: Projekte, Exkursionen & Veranstaltungen	Induktiver Subcode Dieser Code umfasst Äußerungen, die sich auf die Thematik von Projekten, Exkursionen und Veranstaltungen am Schulstandort der Befragten beziehen. Umfasst sind auch mögliche konkrete Beispiele, die die schulspezifische Umsetzung von Gesundheitsbildung in diesem Feld veranschaulichen.	LP6, Pos. 25: „Gesunde Jause, diverse Sportevents, verschiedene Kochkurse, Yoga, Meditation, (...)“	Äußerungen zu gesundheitsrelevanten Projekten, Exkursionen & Veranstaltungen, die am Schulstandort der befragten Lehrkräfte umgesetzt werden.
K11_5: Angebote für mentale Gesundheit	Induktiver Subcode Dieser Code umfasst Äußerungen, die aufzeigen, welche konkreten Angebote es	LP4, Pos. 25:	Äußerungen über verschiedene Angebote für mentale Gesundheit die an

		am Schulstandort der Befragten gibt, die Aspekte betreffend die mentale Gesundheit adressieren.	„Die psychische Gesundheit ist für uns wichtig, weshalb es einmal im Schuljahr einen „Mental Health Day“ gibt.“	der Schule der befragten Lehrkräfte umgesetzt werden.
K12: Schulspezifische unterrichtliche Integration von Gesundheitsbildung	Induktiver Hauptcode	Dieser Code umfasst Aussagen, wie Gesundheitsbildung in der Gestaltung des Unterrichtsangebotes sowie innerhalb der Unterrichtseinheiten an der Schule der Befragten konkret integriert wird.	LP3, Pos. 31: „An meiner Schule (Ganztages-M) haben wir beispielsweise den bewegten Nachmittagseinstag eingeführt (5 Minuten Bewegung am Beginn der ersten Unterrichtseinheit am Nachmittag).“	Aussagen über konkrete schulspezifische unterrichtliche Integrationsansätze von Gesundheitsbildung
<i>K12_1: Bewegungsintegration</i>	Induktiver Subcode	Dieser Code umfasst Äußerungen über Maßnahmen, die darauf hinweisen, wie Bewegung während des Unterrichts an der Schule der befragten Lehrkräfte integriert wird.	LP6, Pos. 25: „Bewegungspausen während des Unterrichts“	Äußerungen über umgesetzte Maßnahmen, um Bewegung im Unterricht zu integrieren
<i>K12_2: Stundenplangestaltung</i>	Induktiver Subcode	Dieser Code umfasst Äußerungen über Beispiele konkret angebotener Übungen und Kursmöglichkeiten für Schüler*innen im Kontext von Gesundheitsbildung an der Schule der Befragten und betrifft somit den Bereich der Stundenplangestaltung.	LP5, Pos. 28: „Es gibt die unverbindliche Übung Boden- und Geräteturnen, um ein zusätzliches Bewegungsangebot zu schaffen. In der unverbindlichen Übung [Name der Übung] lernen die Schüler:innen das Gärtnern und damit wie sie ihre Lebensmittel selbst herstellen können.“	Äußerungen über konkret angebotene Übungen und Kursmöglichkeiten für Schüler*innen an der Schule der Befragten
K13: Künftige außerunterrichtliche Integrationspotentiale von Gesundheitsbildung	Deduktiver Hauptcode	Dieser Code umfasst Äußerungen über weitere zukünftige Möglichkeiten, die die Befragten sehen,	LP11, Pos. 43-48: „Weitere Möglichkeiten, Gesundheitsbildung außerhalb des Fachunterrichts zu integrieren, sind:	Äußerungen über künftige außerunterrichtliche Integrationspotentiale von

	Gesundheitsbildung an ihrem konkreten Schulstandort (weiter) zu integrieren. Umfasst sind dabei jene Schulbereiche, die außerhalb des Fachunterrichts der befragten Lehrkräfte liegen.	<ul style="list-style-type: none"> • Projekte und Aktionstage zu Gesundheitsthemen. • Schulpartnerschaften und Exkursionen zu Gesundheitszentren. • Schulgärten für nachhaltige Ernährung und Gartenarbeit. • Elternabende zur Aufklärung über Gesundheitsthemen. • Achtsamkeit und Entspannung im Schulalltag einführen.“ 	Gesundheitsbildung an der jeweiligen Schule
		Dieser Code umfasst Äußerungen, die sich auf künftige Potentiale im Bereich der Schulverpflegung beziehen, die die befragten Lehrkräfte für ihren konkreten Schulort sehen.	<p>LP1, Pos. 35: „gesundheitsförderliche Angebote beim Schulbuffet“</p>
	<i>K13_1: Verpflegungspotentiale</i>	Induktiver Subcode	Dieser Code umfasst Äußerungen über mögliche künftige Potentiale, Bewegung verstärkt in den Schulalltag zu integrieren, die die befragten Lehrkräfte konkret für ihre Schule sehen.
	<i>K13_2: Bewegungspotentiale</i>	Induktiver Subcode	<p>LP1, Pos. 35: „Bewegungsmöglichkeiten in den Pausen“</p>
	<i>K13_3: Projekte, Exkursionen & Veranstaltungen</i>	Induktiver Subcode	<p>Dieser Code umfasst Äußerungen, die sich auf die grundsätzliche Bedeutung von Projekten, Exkursionen und Veranstaltungen als mögliches Potential, Gesundheitsbildung im Schulalltag an der Schule der Befragten künftig zu integrieren, beziehen, sowie</p> <p>LP11, Pos. 44: „Projekte und Aktionstage zu Gesundheitsthemen.“</p>

		beziehen. Umfasst sind dabei auch mögliche beispielhafte Äußerungen.	mögliche dabei angeführte beispielhafte Äußerungen.
K13_4: Schulgartennutzung	Induktiver Subcode	Dieser Code umfasst Äußerungen, die das Potential einer möglichen Schulgartennutzung hervorheben, die die Befragten sehen, um Gesundheitsbildung an ihrer Schule im Schulalltag zu integrieren.	LP3, Pos. 44: „Schulgartenpflege (Kräuter- und Gemüsebeete wieder einführen, Ernte im EH-Unterricht verwenden)“
K13_5: Außerschulische Vernetzungen	Induktiver Subcode	Dieser Code umfasst Äußerungen, die das Potential möglicher Kooperationen mit schulexternen Partner*innen betonen und somit auf die Möglichkeit außerschulischer Vernetzungen hinweisen, die von den Befragten als mögliches künftiges Integrationspotential von Gesundheitsbildung an ihrer Schule gesehen wird.	LP5, Pos. 30: „Man könnte Kooperationen mit Vereinen ins Leben rufen, sodass die Schüler:innen im Zuge des Schulalltages mehr Bewegung machen. Im Ort gibt es ein Urban Gardening Projekt, welches man eventuell für eine Schulkooperation nutzen könnte. Die Besitzerin arbeitet aktuell an einem Konzept, sodass Schulen dies nutzen können.“
K13_6: Elternzusammenarbeit	Induktiver Subcode	Dieser Code umfasst Äußerungen, die auf die Bedeutung des Einbezugs von Eltern und Erziehungsberechtigten als mögliches künftiges Potential hinweisen, um Gesundheitsbildung an der Schule der befragten Lehrkräfte zu integrieren.	LP11, Pos. 47: „Elternabende zur Aufklärung über Gesundheitsthemen.“

<p>K13_7: Mitgestaltungsmöglichkeiten für Schüler*innen</p>	<p>Induktiver Subcode</p> <p>Dieser Code umfasst Äußerungen, die auf die Schaffung von Mitgestaltungsmöglichkeiten für Schüler*innen als mögliches künftiges Potential hinweisen, um Gesundheitsbildung konkret zu integrieren.</p>	<p>LP10, Pos. 37: „Mitbestimmung bei Pausenhofgestaltungen durch SS.“</p>	<p>Äußerungen über potentielle künftige Mitgestaltungsmöglichkeiten für Schüler*innen, um Gesundheitsbildung in Zukunft konkret zu integrieren</p>
--	---	---	--

III. Tabelle: Zusammenfassung der codierten Segmente (eigene Entwicklung & Darstellung)

Dokument, Textstelle	Code	Codiertes Segment	Zusammenfassung
Lehrperson 1, Pos. 4	Subjektive Assoziationen zu Gesundheitsbildung	„Erweitern des Wissens über Gesundheit und die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Aspekten, wie z.B. Sport, Ernährung, Psyche, etc. verstehen.“	Gesundheitsbildung wird mit einer Wissenserweiterung über Gesundheit und dem Verständnis über Zusammenhänge zwischen verschiedenen Aspekten wie z.B. Sport, Ernährung, Psyche etc. assoziiert.
Lehrperson 2, Pos. 4	Subjektive Assoziationen zu Gesundheitsbildung	„Diese Gesundheitsbildung kann als ein Gesamtkonzept der Schule betrachtet werden, indem einerseits in der Schule beispielsweise in den Pausen eine gesunde Jause angeboten wird und mit den Kindern generell eine „gesunde“ lause besprochen wird, auch in Getränkeautomaten sollten ausschließlich zuckerarme und gesunde Getränke angeboten werden. Andererseits wird die Gesundheitsbildung in den Unterrichtsfächern Biologie und Ernährung & Haushalt vermittelt – eine Zusammenarbeit dieser beiden Fächer ist daher anzustreben.“	Assoziation von Gesundheitsbildung als Gesamtkonzept der Schule mit außerunterrichtlicher Relevanz wie durch ein gesundes Speisen- und Getränkeangebot sowie fächerübergreifender unterrichtlicher Relevanz durch Vermittlung in Biologie sowie Ernährung und Haushalt.
Lehrperson 3, Pos. 4	Subjektive Assoziationen zu Gesundheitsbildung	„Mit Gesundheitsbildung in der Schule verbinde ich eine Wissens- und Handlungsvermittlung, die die eigene Gesundheit fördert. Aber auch die Übermittlung der Fähigkeit sich Informationen selbstständig zu beschaffen, diese für sich einzurichten bzw. zu bewerten, gehört für mich zur Gesundheitsbildung dazu. Es braucht auch die Fertigkeit, die eingeholten Informationen ins eigene Handeln bzw. Verhalten einfließen zu lassen.“	Assoziation von Gesundheitsbildung als eine für die persönliche Gesundheit förderliche Wissens- und Handlungsvermittlung sowie die Befähigung der selbstständigen Informationsbeschaffung inkl. kritischer Betrachtung dieser, sowie die Fertigkeit einer entsprechenden Handlungs- und Verhaltensumsetzung.

Lehrperson 4, Pos. 4	Subjektive Assoziationen zu Gesundheitsbildung	„Was ist wichtig für einen gesunden Körper, was passiert biologisch gesehen, wenn er nicht mehr gesund ist, was für Behandlungen gibt es und wie „funktionieren“ sie.“	Gesundheitsbildung wird mit körperlicher Gesundheit, biologischen Abläufen und Behandlungsmöglichkeiten assoziiert.
Lehrperson 5, Pos. 4	Subjektive Assoziationen zu Gesundheitsbildung	„Den Schüler:innen zu vermitteln, dass Gesundheit mehr als lediglich die Abwesenheit von Krankheit ist und auch, dass sie selbst für ihre Gesundheit verantwortlich sind und ihr Lebensstil viel dazu beträgt.“	Assoziation von Gesundheitsbildung als Vermittlung eines über die Abwesenheit von Krankheiten hinausgehenden Konzepts von Gesundheit und der damit verbundenen Bedeutung von Eigenverantwortlichkeit und Lebensstil.
Lehrperson 6, Pos. 4	Subjektive Assoziationen zu Gesundheitsbildung	„Alle Themen die relevant für die Gesundheit und Wohlergehen des menschlichen Körpers sind. (Zahnhygiene, Ernährung, Richtige Bewegungen und Haltung, ...)“	Gesundheitsbildung wird mit sämtlichen für Gesundheit und körperliches Wohlergehen relevanten Themen assoziiert, wie beispielsweise Zahnhygiene, Ernährung, Bewegung und Haltung.
Lehrperson 7, Pos. 4-5	Subjektive Assoziationen zu Gesundheitsbildung	„Mit dem Begriff Gesundheitsbildung verbinde ich unterschiedlichste Aspekte, die sowohl die individuelle Gesundheit der Schüler*innen als auch das eigentliche Lernen über dessen Gesundheit und gesundheitsförderliche Lebensweisen betreffen. Die Vermittlung von Wissen über gesunde Ernährung, regelmäßige Bewegung, Hygiene, psychische Gesundheit (Stressbewältigung, Umgang mit Konflikten, Mobbing, Selbstwertgefühl anderer politischen und gesellschaftlichen Meinungen sowie Steigerung sozialer Kompetenzen), Sexualaufklärung, Drogen- und Suchtprävention, die Bedeutung und Wichtigkeit von Schlaf sowie die Prävention von Krankheiten sind hier zu nennen. Auch praktische Fähigkeiten und Fertigkeiten sind hier zu nennen wie z.B. das Anbieten von Erste-Hilfe-Kursen durch das ÖRK. Zur allgemeinen Gesundheitsbildung an der Schule zählt meiner Ansicht auch das schulische Umfeld dazu. Essenziell an einer guten Gesundheitsbildung sind zudem noch eine	Gesundheitsbildung wird mit gesundheitlichen Aspekten auf individueller Ebene, dem Lernen darüber und einer entsprechenden Lebensweise assoziiert. Sowohl die Bedeutung einer Wissensvermittlung über verschiedenste Themen als auch von praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten z.B. durch das Angebot von Erste-Hilfe-Kursen werden damit in Verbindung gebracht. Konkret assoziierte Themenbereiche sind etwa Ernährung, Bewegung, zahlreiche psychisch-gesundheitlich relevante Themen wie z.B. Management von Stress oder Konflikten, Mobbing, Selbstwertgefühl oder soziale Kompetenzen u.a., Hygiene, Schlaf, Sexualität, Prävention bzg. Drogen, Sucht und Krankheiten. Weitere Assoziationen betreffen die Schulumgebung bzw. das Umfeld. Konkrete Beispiele sind Frischluftversorgung durch Lüften, ergonomische

		gesundheitsfördernde Umgebung, sprich ausreichend Frischluft in den Klassen (regelmäßiges Lüften), ergonomische Möbel, (bewegte) Pausenzeiten, ausreichend und abwechslungsreiche Bewegungsangebote, gesundes Kantinenessen sowie ausreichendes Wassertrinken (auch in den Stunden!!). Daneben ist die Einbindung von Eltern, Lehrkräften und externen Expert, z. B. dem/der Schularzt*, in Psychologen*innen wichtig.“	Möbel, Bewegungsangebote bzw. Bewegung in der Pause sowie entsprechende Verpflegungsmöglichkeiten und das Trinkverhalten (Wasser). Zudem erscheint die Einbindung von Eltern, Lehrkräften sowie externen Expert*innen wie Gesundheitspersonal von Bedeutung.
Lehrperson 8, Pos. 4	Subjektive Assoziationen zu Gesundheitsbildung	„Dabei spielen meiner Meinung nach das Wissen über gesunde Ernährung und richtige Bewegung eine wichtige Rolle, damit die SuS eine gesunde Lebensweise entwickeln. Wichtig ist es für mich auch, dass sie auch ins Erwachsenenalter mitnehmen.“	Gesundheitsbildung wird mit dem Wissen über gesunde Ernährung und Bewegung assoziiert mit dem Ziel der Entwicklung einer nachhaltig gesunden Lebensweise.
Lehrperson 9, Pos. 4	Subjektive Assoziationen zu Gesundheitsbildung	„Gesundheitsbildung ist für mich den Schüler:innen zu erklären, wie sie gesund leben, also sich gesund ernähren, wie sie richtig sitzen, wie ihr Körper funktioniert usw.“	Gesundheitsbildung wird mit der Erklärung einer gesunden Lebensweise wie z.B. gesunder Ernährung, richtigem Sitzen sowie von körperlichen Funktionsweisen assoziiert.
Lehrperson 10, Pos. 4	Subjektive Assoziationen zu Gesundheitsbildung	„Gesundheit umfasst nach WHO die körperliche, psychische sowie die soziale Gesundheit, um in der Schule auch den Schüler*innen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen. Die Schüler*innen sollen für dieses Thema in der Schule sensibilisiert werden, um verantwortungsvoll mit der eigenen Gesundheit und der anderen umzugehen. Wichtig ist „Gesundheitsbildung“ fächerübergreifend zu unterrichten und die Gesundheitskompetenzen von Schüler*innen zu stärken.“	Gesundheitsbildung wird mit der WHO-Gesundheitsdefinition in Verbindung gebracht und mit der Stärkung gesundheitlicher Selbstbestimmung assoziiert. Wichtig erscheint eine Sensibilisierung im Hinblick auf einen verantwortungsvollen gesundheitlichen Umgang auf persönlicher und kollektiver Ebene. Damit wird die Bedeutung eines fächerübergreifenden Unterrichts sowie die Stärkung von Beispielsweise durch ein gesundes Schul-, und Klassenklima und/ oder durch ein gesundes Schulbuffet. Wichtig dabei die Schule als Lern- und Arbeitsort gesund zu gestalten, darauf zu achten, dass sich alle an Schule Beteiligten wohl fühlen. Dass Wert auf, klare und wertschätzende Kommunikation sowie auf einen respektvollen Umgang miteinander gelegt wird. Dies kann unterschiedlich erreicht werden. Zum Beispiel mittels

		Dokumentation und Verbreitung innovativer Projekte und Maßnahmen in der Schule. Schulinterne Fortbildungen für Lehrpersonen, aber auch Öffentlichkeitsarbeit sind von großer Bedeutung.“	Personen an der Schule. Bzgl. Kommunikation und Umgang sind Klarheit, Wertschätzung und Respekt von Bedeutung. Konkrete Ideen einer entsprechenden Umsetzung betreffen Projekte und Maßnahmen an der Schule sowie Fortbildungsangebote oder Öffentlichkeitsarbeit.
Lehrperson 11, Pos. 4	Subjektive Assoziationen zu Gesundheitsbildung	„Mir geht es nicht nur um Theorie, sondern darum, ihnen zu zeigen, wie wichtig eine gesunde Ernährung, Bewegung und ein achtsamer Umgang mit sich selbst sind. Die Schule ist für mich der perfekte Ort, um genau das zu fördern – im Unterricht und auch durch Angebote, die den Schulalltag gesünder und bewusster machen.“	Gesundheitsbildung wird mit dem Aufzeigen der Bedeutung von gesunder Ernährung, Bewegung sowie achtsamen Selbstumgang in Unterricht und Schulalltag assoziiert und geht damit über bloße Theorie hinaus.
Lehrperson 2, Pos. 4	Subjektives Verständnis von Gesundheitsbildung	„Unter Gesundheitsbildung verstehe ich die Bewusstseinsentwicklung bei den Schüler:innen für eine gesunde Ernährung und einen gesunden Lebensstil.“	Unter Gesundheitsbildung wird die Bewusstseinsentwicklung für eine gesunde Ernährung und gesunden Lebensstil verstanden.
Lehrperson 3, Pos. 5	Subjektives Verständnis von Gesundheitsbildung	„Gesundheitsbildung“ ist für mich ein fächerübergreifender Begriff, der Einzug in fast allen Unterrichtsfächern nehmen kann. Der Grund dafür ist die Komplexität des „Gesundheitsbegriffs“, der viele Themen tangiert – Bewegung, Ernährung, Umwelt, Psychologie, Soziales,	Gesundheitsbildung wird als ein komplexer fächerübergreifender Begriff verstanden, der verschiedene Themen wie Bewegung, Ernährung, Umwelt, Psychologie und Soziales berührt.
Lehrperson 3, Pos. 31	Subjektives Verständnis von Gesundheitsbildung	„Gesunde Schlafgewohnheiten gehören auch zur Gesundheitsbildung dazu.“	Das Verständnis von Gesundheitsbildung umfasst auch entsprechende Schlafgewohnheiten.
Lehrperson 4, Pos. 4	Subjektives Verständnis von Gesundheitsbildung	„Den SuS Bildung zu vermitteln im Hinblick auf Gesundheit.“	Unter Gesundheitsbildung wird die Vermittlung gesundheitsrelevanter Bildung verstanden.
Lehrperson 5, Pos. 4	Subjektives Verständnis von Gesundheitsbildung	„Den Schüler:innen zu vermitteln, dass Gesundheit mehr als lediglich die Abwesenheit von Krankheit ist“	Unter Gesundheitsbildung wird die Vermittlung einer über die bloße Abwesenheit von Krankheiten hinausgehenden Gesundheitsauffassung verstanden.

Lehrperson 8, Pos. 4	Subjektives Verständnis von Gesundheitsbildung	„Unter „Gesundheitsbildung“ in der Schule verstehe ich die Förderung und richtigen Umgang mit der eigenen Gesundheit.“	Unter Gesundheitsbildung wird die individuelle Gesundheitsförderung verstanden
Lehrperson 9, Pos. 4	Subjektives Verständnis von Gesundheitsbildung	„Gesundheitsbildung ist für mich den Schüler:innen zu erklären, wie sie gesund leben.“	Unter Gesundheitsbildung wird die Vermittlung einer entsprechenden Lebensweise verstanden.
Lehrperson 10, Pos. 4	Subjektives Verständnis von Gesundheitsbildung	„Damit verbinde ich die Stärkung der Gesundheit.“	Das Verständnis von Gesundheitsbildung umfasst die Stärkung von Gesundheit.
Lehrperson 11, Pos. 4	Subjektives Verständnis von Gesundheitsbildung	„Für mich bedeutet „Gesundheitsbildung“ in der Schule, den Schüler*innen alltagsnahes Wissen und praktische Fähigkeiten mitzugeben, um gesundheitsfördernde Gewohnheiten und ein Bewusstsein für ihr Wohlbefinden auf körperlicher und seelischer Ebene zu entwickeln.“	Gesundheitsbildung wird als Vermittlung von alltagsnahem Wissen und praktischen Fähigkeiten verstanden mit dem Ziel der Entwicklung von gesundheitsfördernden Gewohnheiten sowie einem Bewusstsein für körperliches und seelisches Wohlbefinden.
Lehrperson 11, Pos. 5	Subjektives Verständnis von Gesundheitsbildung	„Besonders wichtig ist mir, dass Gesundheitsbildung die Schüler*innen in ihrer aktuellen Lebenswelt abholt und sie in kleinen, praktischen Schritten zu einem achtsamen Umgang mit sich selbst anregt.“	Gesundheitsbildung umfasst die Bedeutung der Anknüpfung an die aktuelle Lebenswelt und die Anregung zu einem achtsamen Selbstumgang anhand kleiner, praktischer Schritte.
Lehrperson 1, Pos. 6	Subjektives Verständnis von Gesundheitserziehung	„Neben dem Erweitern des Wissens auch konkrete Vorschläge bzw. pädagogische Maßnahmen für eine gute Gesundheit.“	Das Verständnis von Gesundheitserziehung umfasst Wissenserweiterung, Handlungsvorschläge und pädagogische Maßnahmen.
Lehrperson 2, Pos. 6	Subjektives Verständnis von Gesundheitserziehung	„Gesundheitserziehung kann als Weiterführung der Gesundheitsbildung betrachtet werden, wobei die Gesundheitserziehung oftmals im allgemeinen schulischen und familiären Kontext vermittelt wird. Wie in Frage 1 bereits beschrieben, geht es hierbei um die alltägliche Umsetzung und Erinnerung, sowie das Besprechen, was „gesund“ ist und wie dies umgesetzt werden kann. Beispielsweise im Zuge einer gesunden Schuljause können die Kinder hierbei unterstützt werden, die Schule sowie die Lehrkräfte übernehmen hierbei	Gesundheitserziehung wird als Weiterführung der Gesundheitsbildung im schulischen und familiären Bereich verstanden. Besonders relevant erscheinen Umsetzung und Erläuterung gesundheitsrelevanter Aspekte. Konkrete Beispiele sind eine gesunde Schuljause, Vorbildfunktion der Lehrkräfte und Einbezug der Eltern.

		eine Vorbildfunktion – auch die Eltern sollten hierbei miteinbezogen werden!“	
Lehrperson 3, Pos. 7	Subjektives Verständnis von Gesundheitserziehung	„Gesundheitserziehung ist meiner Ansicht nach engmaschiger zu verstehen. Der Begriff ist zwar genauso fächerübergreifend aufzufassen, aber „Erziehung“ hat mit Verhaltensänderung durch Lenkung zu tun und lässt den Aspekt der selbstbestimmten und selbstständigen Aneignung von Wissens- und Handlungskompetenz außen vor. „Erziehung“ – „man wird erzogen“: Das bedeutet für mich, dass es fremdbestimmt ist und Erziehung bewirkt eine Verhaltensanpassung. „Man tut etwas oder tut es nicht.““	Gesundheitserziehung wird als ein fächerübergreifendes Gebiet verstanden, wobei „Erziehung“ als fremdbestimmte Verhaltensänderung durch „Lenkung“ aufgefasst wird und eine Verhaltensanpassung dabei kennzeichnend ist, wobei Selbstständigkeitsaspekte in Bezug auf Wissens- und Handlungskompetenz wegfallen.
Lehrperson 4, Pos. 6	Subjektives Verständnis von Gesundheitserziehung	„Was jeder einzelne Schüler und Schülerin tun kann, um sich gesund zu halten. Wie kann ich das erworbene Wissen um Gesundheit umsetzen in meinem Alltag, worauf gilt es zu achten, damit ich persönlich gesund bleibe.“	Das Verständnis von Gesundheitserziehung umfasst individuelle Alltagsmaßnahmen für den eigenen Gesundheitserhalt sowie die Umsetzung von erworbenem Wissen im individuellen Alltag.
Lehrperson 5, Pos. 6	Subjektives Verständnis von Gesundheitserziehung	„Ich verstehe darunter, dass man Schüler:innen beim Lernen über Gesundheit unterstützen muss und ihnen die Konzepte einer ganzheitlichen Gesundheit beibringen muss.“	Das Verständnis von Gesundheitserziehung umfasst Lernunterstützung bezüglich Gesundheit sowie die Vermittlung ganzheitlicher Gesundheitskonzepte.
Lehrperson 6, Pos. 6	Subjektives Verständnis von Gesundheitserziehung	„Eine gewisse Umerziehung hinsichtlich einer gesunden Lebensweise, sofern im Vorfeld nicht vollständiges oder inkorrektes Wissen vorhanden war.“	Unter Gesundheitserziehung wird eine „Umerziehung“ zu einer gesunden Lebensweise bei wenig oder falschem Wissen verstanden.
Lehrperson 7, Pos. 7	Subjektives Verständnis von Gesundheitserziehung	„Gesundheitserziehung stellen für mich gezielte Maßnahmen dar, die darauf abzielen, das Gesundheitsverhalten von Schüler*innen zu beeinflussen und sie zu einem gesunden Lebensstil anzuleiten. Es geht dabei hierbei um klare	Unter Gesundheitserziehung werden gezielte Maßnahmen zur Beeinflussung der Gesundheit und Anleitungen zu einem gesunden Lebensstil durch klare Anweisungen und Vorbilder verstanden.

		Anweisungen und Vorbilder, die gesundheitsfördernde Gewohnheiten fördern sollen.“	
Lehrperson 8, Pos. 6	Subjektives Verständnis von Gesundheitserziehung	„Ich persönliche würde spontan unter den Begriff Gesundheitserziehung das gleiche wie unter Gesundheitsbildung. Wenn ich jedoch darüber nachdenke, verstehe ich unter dem Begriff Gesundheitsbeziehung einen stärkeren Bezug zur Schule. Also hier erfährt man nicht nur wichtige Dinge über die Gesundheit (Bildung), sondern wird auch bewusst zu gesunder Lebensweise hingeleitet (Erziehung).“	Gesundheitserziehung steht in stärkerem Schulbezug als Gesundheitsbildung. Neben theoretischen Aspekten wird darunter auch die bewusste Hinleitung zu einer gesunden Lebensweise (Erziehung) verstanden.
Lehrperson 9, Pos. 6	Subjektives Verständnis von Gesundheitserziehung	„Dies bedeutet für mich das Selbe wie „Gesundheitsbildung“, außer dass es altmodischer und strenger, weniger selbsterfahrender wirkt.“	Der Begriff Gesundheitserziehung wird als „altmodisch“ und streng beschrieben.
Lehrperson 10, Pos. 6	Subjektives Verständnis von Gesundheitserziehung	„Meiner Meinung nach beschäftigt sich die „Gesundheitserziehung“ damit, Schüler*innen durch verstärkte Information und Aufklärung über gefährliche Verhaltensfaktoren, wie zum Beispiel Bewegungsmangel, Alkohol- und Nikotinmissbrauch sowie einseitige Ernährung aufzuklären, um eine Verhaltensänderung in eine positive Richtung zu bewirken.“	Unter Gesundheitserziehung wird Aufklärung und Information über gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen verstanden mit dem Ziel einer positiven Verhaltensänderung, beispielsweise in den Bereichen Nikotin, Alkohol, Ernährung und Bewegung.
Lehrperson 11, Pos. 7	Subjektives Verständnis von Gesundheitserziehung	„Für mich bedeutet „Gesundheitserziehung“, die Einstellungen und Verhaltensweisen der Schüler*innen gezielt in eine gesundheitsförderliche Richtung zu lenken. Es geht dabei mehr darum, ihnen konkrete Verhaltensweisen an die Hand zu geben, die ihrer Gesundheit gütten.“	Unter Gesundheitserziehung wird die gezielte Lenkung von Einstellungen und Verhalten hin zu konkreten gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen verstanden.
Lehrperson 1, Pos. 8	Gemeinsamkeiten von Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung	„Gemeinsamkeiten sind das Erweitern des Wissens und Erlernen von Kompetenzen, die eine gute Gesundheit fördern.“	Gemeinsamkeiten sind eine Wissenserweiterung sowie das Erlernen gesundheitsförderlicher Kompetenzen.

Lehrperson 3, Pos. 9	Gemeinsamkeiten von Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung	„Bei beiden Begriffen steht die „Gesundheit“ im Fokus, welche fächerübergreifend im Unterricht thematisiert werden kann. Es geht um eine Wissens- und Handlungsvermittlung.“	Gemeinsam ist der Fokus auf Gesundheit sowie Wissens- und Handlungsvermittlung.
Lehrperson 5, Pos. 8	Gemeinsamkeiten von Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung	„Ich sehe die Gemeinsamkeit in meiner Rolle als Pädagogin, dass ich Schüler:innen in beiden Fällen unterstützen und heranführen.“	Bei beiden Begriffen ist eine Unterstützung und Heranführung durch die Lehrperson wichtig.
Lehrperson 6, Pos. 8	Gemeinsamkeiten von Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung	„Eigentlich nur, dass sich beides um die menschliche Gesundheit dreht.“	Gemeinsam ist der Fokus auf menschliche Gesundheit.
Lehrperson 7, Pos. 9	Gemeinsamkeiten von Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung	„Beide verfolgen das gemeinsame Ziel, nämlich die Förderung und Selbstbestimmung der Gesundheit von Individuen, um sie in die Lage zu versetzen, ein gesundes Leben zu führen. Dabei stehen sowohl die Prävention von Krankheiten als auch die Förderung von Wohlbefinden der Schüler*innen im Mittelpunkt. Sowohl Gesundheitsbildung als auch Gesundheitserziehung vermitteln Wissen über zentrale und gesellschaftsrelevante Themen wie Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung und Hygiene.“	Gemeinsamkeiten liegen im Ziel der Förderung und Selbstbestimmung der individuellen Gesundheit durch Befähigung zu einer entsprechenden Lebensführung sowie in den zentralen Themengebieten: Krankheitsprävention, Förderung des Wohlbefindens sowie Wissensvermittlung über Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung und Hygiene.
Lehrperson 8, Pos. 8	Gemeinsamkeiten von Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung	„Eine Gemeinsamkeit sind meiner Meinung nach vor allem die Themen. In beiden Richtungen beschäftigt man sich mit einer gesunden Lebensweise, die Schülerinnen und Schüler lernen sollen.“	Gemeinsamkeiten liegen in den Themen wie z.B. dem Erlernen einer gesunden Lebensweise.
Lehrperson 9, Pos. 8	Gemeinsamkeiten von Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung	„Gleich ist bei beiden das Unterrichten von lebensnahen und wichtigen Inhalten in der Schule und das Lenken der Aufmerksamkeit der Schüler:innen auf ihren Körper selbst und auf ein gesundes Leben.“	Gemeinsam sind lebensnahe und relevante Inhalte sowie der Fokus auf den eigenen Körper und ein gesundes Leben.

Lehrperson 10, Pos. 8	Gemeinsamkeiten von Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung	<p>„Eine Gemeinsamkeit sehe ich darin, dass sich beide Konzepte auf die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden konzentrieren. Beispielsweise die Förderung von Gesundheit. Ein gesundheitsbewusstes Verhalten zu fördern und somit die Gesundheitskompetenzen zu stärken. Dann auch die Veränderung von Wissen und Verhalten bezüglich Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung. Den Schüler*innen wird Wissen vermittelt, um ihr Gesundheitsverhalten positiv zu beeinflussen und somit sie bei gesundheitsförderlichen Entscheidungen zu unterstützen. Beide Konzepte zielen darauf, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu nehmen. Beide Konzepte setzen auf präventive Maßnahmen, um Erkrankungen vorzubeugen. Dabei sind bei beiden auch praktische und theoretische Inhalte (Bewegung und mentale Gesundheit z.B.) inkludiert. Beide Konzepte schauen auf einen ganzheitlichen Ansatz (Körper, Geist und Soziales), wie ausgewogener Lebensstil, psychische Gesundheit, soziale Faktoren usw. Als letzter Punkt zielen beide Konzepte auf eine aktive Teilnahme aller an Schule Beteiligten (Partizipation sehr wichtig).“</p>	<p>Gemeinsamkeiten sind der Fokus auf die Förderung von Gesundheit, Wohlbefinden, entsprechenden Verhaltensweisen und Gesundheitskompetenzen. Gemeinsam ist zudem eine Wissensvermittlung, um gesundheitsförderliche Entscheidungen zu unterstützen. Sowohl praktische als auch theoretische Inhalte erscheinen relevant.</p> <p>Gemeinsam ist sowohl der Fokus auf krankheitspräventive Maßnahmen als auch auf einen ganzheitlichen, d.h. Körper, Geist und Soziales berücksichtigenden Ansatz wie z.B. Lebensstil, psychische Gesundheit oder soziale Faktoren.</p>	<p>Gemeinsame Ziele liegen einerseits in der Verantwortungsübernahme für die eigene Gesundheit und anderseits in der aktiven Partizipation aller an der Schule beteiligten Personen.</p> <p>Eine Vernetzung und Verbindung beider Begriffe ist aufgrund praktischer Überscheidungen und Ergänzungen möglich.</p>
Lehrperson 10, Pos. 10	Gemeinsamkeiten von Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung	<p>„Ich finde, dass sich beide Konzepte in der Praxis überschneiden und sich die Ansätze ergänzen. Man kann sie gut miteinander vernetzen und verbinden.“</p>	<p>„Beide Begriffe verfolgen das Ziel, Schüler*innen darin darin zu unterstützen, sich für ihre Gesundheit zu interessieren und verantwortungsbewusste Entscheidungen zu treffen.“</p>	<p>Gemeinsame Ziele sind, verantwortungsbewusste Entscheidungsfindung zu unterstützen und Interesse für die eigene Gesundheit zu wecken.</p>
Lehrperson 11, Pos. 9	Gemeinsamkeiten von Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung	<p>„Bildung ist eher bezogen auf Wissen;</p>	<p>Gesundheitsbildung bezieht sich auf Wissen, Gesundheitserziehung auf Praxis und pädagogische Maßnahmen.</p>	

		Erziehung bezieht sich auf Praxis und pädagogische Maßnahmen“	
Lehrperson 2, Pos. 8	Unterschiede von Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung	„Gesundheitsbildung umfasst die theoretische Erarbeitung und den fachlichen Hintergrund was Gesundheit umfasst, so beispielweise gesunde Ernährung, gesunder Lebensstil, aber auch persönliche mentale und körperliche Gesundheit (wobei auch der Sportunterricht dazu beiträgt). Gesundheitserziehung geht mehr über alltägliche Situationen, indem den Kindern aufgezeigt wird, wie sie gesunde Alternativen wählen können und so bewusst zu mehr Gesundheit gelangen.“	Gesundheitsbildung umfasst Theorie und fachlichen Hintergrund über z.B. Ernährung, Lebensstil, persönliche, mentale und körperliche Gesundheit, während bei Gesundheitserziehung der Fokus auf alltäglichen Situationen wie z.B. dem Aufzeigen gesunder Alternativen liegt.
Lehrperson 3. Pos. 9	Unterschiede von Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung	„Es geht um eine Wissens- und Handlungsvermittlung, ABER bei der Gesundheitserziehung fällt die Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit weg.“	Beide Begriffe umfassen eine Wissens- und Handlungsvermittlung mit dem Unterschied des Fehlens von Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit bei Gesundheitserziehung.
Lehrperson 3, Pos. 11-12	Unterschiede von Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung	„Bei der „Erziehung“ gibt es ein „richtiges“ und „falsches“ Verhalten und die Erziehung zielt auf eine Verhaltensanpassung ab, welche durch den/die Erzieher/-in herbeigeführt wird.“ „Bildung“ schließt die Reflexion ein – der/die Lernende bildet sich also eine eigene Meinung und ändert nicht einfach so sein/ihr Verhalten. Bei der Bildung ist also die Selbstbestimmung eingeschlossen.“	Gesundheitsbildung umfasst Reflexion, eigene Meinungsbildung und Selbstbestimmung. Im Unterschied dazu wird bei Gesundheitserziehung ein „richtiges“ und „falsches“ Verhalten angenommen mit dem Ziel einer durch den/die Erzieher* in herbeigeführten Verhaltensanpassung.
Lehrperson 5, Pos. 10	Unterschiede von Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung	„Bildung geschieht auch ohne mein Zutun durch beispielsweise Peers, wohin gegen Erziehung das Zutun von Eltern und Pädagog:innen bedarf.“	Gesundheitsbildung kann durch Peers erfolgen, wogegen bei Gesundheitserziehung Eltern und Lehrpersonen essentiell sind.
Lehrperson 6, Pos. 10	Unterschiede von Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung	„Bildung ist gesamtheitlich, also Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die je nach Wissenstand und Wissensveränderung Fähigkeiten.“	Gesundheitsbildung ist gesamtheitlich und umfasst Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten. Gesundheitserziehung setzt den Fokus auf Fähigkeiten.

		sich auch verändern. Erziehung hat weniger mit Wissen dafür mehr Fähigkeiten zu tun.“	
Lehrperson 7, Pos. 11-12	Unterschiede von Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung	„Gesundheitserziehung zielt auf die Einflussnahme und die Vermittlung von klaren Zielen ab. Während die Gesundheitsbildung darauf aus ist, Eigenverantwortung und Selbstbestimmung zu fördern. Gesundheitserziehung vermittelt häufig konkrete Verhaltensweisen und gibt vor, was z.B. „gesund“ ist.“ Gesundheitsbildung ist meiner Ansicht nach die Vermittlung von Wissen und Ausbildung sowie die eigenverantwortliche Entwicklung von Kompetenzen, die es den Schüler*innen ermöglichen sollen, Entscheidungen über ihre eigene Gesundheit zu treffen.“	Gesundheitsbildung meint Vermittlung von Wissen und Ausbildung. Wichtig sind Eigenverantwortung und Selbstbestimmung. Es geht um die Entwicklung von Kompetenzen, auf Basis derer Schüler*innen Entscheidungen über die eigene Gesundheit treffen können. Gesundheitserziehung fokussiert dagegen auf Einflussnahme, klare Ziele und die Vermittlung konkreter Verhaltensweisen und Vorgaben, z.B. darüber was „gesund“ ist.
Lehrperson 8, Pos. 10	Unterschiede von Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung	„Der wesentliche Unterschied ist meiner Meinung nach, dass bei der Gesundheitserziehung mehr Fokus darauf liegt, die SuS bewusst zur gesunden Lebensweise zu erziehen.“	Im Unterschied zu Gesundheitsbildung fokussiert Gesundheitserziehung stärker auf die bewusste Erziehung zu einer gesunden Lebensweise.
Lehrperson 9, Pos. 10	Unterschiede von Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung	„„Gesundheitserziehung“ ist strenger und mit weniger Selbsterfahrung sondern mehr Theorie.“	Gesundheitserziehung umfasst mehr Theorie, bringt weniger Selbsterfahrung und ist „strenger“ als Gesundheitsbildung
Lehrperson 10, Pos. 10	Unterschiede von Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung	„Ein wesentlicher Unterschied wäre zum Beispiel, dass bei der Gesundheitsbildung die Wissensvermittlung und die Förderung von Gesundheitskompetenz im Vordergrund steht und bei der Gesundheitserziehung die Verhaltensänderung und praktische Umsetzung. Beispiel: Methoden bei Gesundheitsbildung: Wissensvermittlung, Aufklärung und Informationsveranstaltungen (langfristig). Beispiel: Methoden bei Gesundheitserziehung: Workshops, Schulbuffets usw. (kurzfristig).“	Gesundheitsbildung fokussiert langfristig auf Wissensvermittlung und die Förderung von Gesundheitskompetenz, z.B. durch Wissensvermittlung und Informationsveranstaltungen. Gesundheitserziehung fokussiert dagegen auf kurzfristige Verhaltensänderung und praktische Umsetzung, z.B. durch Workshops und Schulbuffets.

Lehrperson 11, Pos. 9	Unterschiede von Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung	„Ich sehe „Gesundheitserziehung“ als Grundlage, auf der „Gesundheitsbildung“ aufbaut. So können die Schüler*innen eigenständig darüber nachdenken und lernen, was ihnen wirklich guttut.“	Gesundheitserziehung wird als Grundlage für Gesundheitsbildung betrachtet, um Eigenständigkeit der Schüler*innen zu ermöglichen.
Lehrperson 11, Pos. 11	Unterschiede von Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung	„Aus meiner Sicht liegt der Unterschied vor allem im Ansatz: Bei der „Gesundheitserziehung“ gebe ich den Schüler*innen oft konkrete Verhaltensregeln an die Hand. Die „Gesundheitsbildung“ dagegen zielt darauf ab, dass sie selbst ein Verständnis entwickeln und lernen, informierte Entscheidungen für ihre eigene Gesundheit zu treffen.“	Gesundheitsbildung fördert Entscheidungsfindung durch Verständnis, wogegen Gesundheitserziehung die Vermittlung konkreter Verhaltensweisen durch die Lehrperson ist.
Lehrperson 1, Pos. 16	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Individuelle Zielsetzungen	„Für Zusammenhänge zwischen Ernährung und Faktoren wie (sportliche/schulische) Leistungsfähigkeit, psychisches Wohlbefinden usw. Bewusstsein schaffen.“	Es soll Bewusstsein über Zusammenhänge zwischen Ernährung und verschiedenen Faktoren wie z.B. Leistungsfähigkeit oder psychischem Wohlbefinden gebildet werden.
Lehrperson 2, Pos. 23	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Individuelle Zielsetzungen	„ - Gesunde Alternativen kennen und zubereiten können“	Eine Zielsetzung betrifft die Kenntnis über und die Fähigkeit der Zubereitung gesunder Alternativen.
Lehrperson 3, Pos. 25	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Individuelle Zielsetzungen	„Ich möchte Ihnen die Vielfalt der saisonalen vegetarischen Küche näher bringen.“	Es soll die Vielfalt saisonaler vegetarischer Küche vermittelt werden.
Lehrperson 4, Pos. 14	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Individuelle Zielsetzungen	„Je nach Altersstufe die Themen, die in Biologie am Lehrplan stehen, warum ist es bspw. in der 1. Klasse wichtig, dass meine Zähne gesund sind.“	Zielsetzungen richten sich nach den im Lehrplan vorgesehenen Themen.
Lehrperson 5, Pos. 14	Umsetzung von Gesundheitsbildung im	„Zusätzlich versuche ich regelmäßig aktives Lernen durch Integration von Bewegung in den Unterricht einzubauen.“	Regelmäßige Bewegung soll in den Unterricht integriert werden.

	Fachunterricht > Individuelle Zielsetzungen		
Lehrperson 5, Pos. 16	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Individuelle Zielsetzungen	„Vor allem versuche ich ein gutes Vorbild zu sein.“	Die Lehrperson möchte als Vorbild fungieren.
Lehrperson 7, Pos. 16	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Individuelle Zielsetzungen	„Mit meinem Unterricht möchte ich, dass meine Schüler*innen ein bewusstes und eigenverantwortliches Verhältnis zu ihrer Gesundheit entwickeln.“	Es soll Bewusstsein und Eigenverantwortung bezüglich der eigenen Gesundheit entwickelt werden.
Lehrperson 7, Pos. 16	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Individuelle Zielsetzungen	„Sie sollen lernen, eigenständig Entscheidungen zu treffen, die ihre körperliche, psychische und soziale Gesundheit fördern.“	Eigenständige Entscheidungsfindung zur Förderung der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit soll erlernt werden.
Lehrperson 8, Pos. 15	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Individuelle Zielsetzungen	„Ich möchte den SuS im Fach Biologie einen bewussten Umgang mit Lebensmittel und vor allem auch eine gesunde Ernährung näher bringen.“	Im Biologieunterricht sollen ein bewusster Lebensmittelumgang und gesunde Ernährung vermittelt werden.
Lehrperson 10, Pos. 14	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Individuelle Zielsetzungen	„Wichtig dabei ist die fächerübergreifende Integration der beiden Konzepte in den Unterricht!“	Wichtig ist eine fächerübergreifende unterrichtliche Integration.
Lehrperson 11, Pos. 14	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Individuelle Zielsetzungen	„Bezug auf EH/HÖK: In meinem Unterricht für Ernährung und Haushalt versuche ich, durch praktische Übungen, wie das Zubereiten gesunder Gerichte, ein Bewusstsein für eine ausgewogene Ernährung zu schaffen.“	In EH soll mithilfe praktischer Übungen wie der Zubereitung gesunder Gerichte Bewusstsein für eine ausgewogene Ernährung geschaffen werden.
Lehrperson 11, Pos. 16	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Individuelle Zielsetzungen	„Mein Hauptziel ist, dass die Schüler*innen lernen, Verantwortung für ihre eigene Gesundheit zu übernehmen und ein kritisches Bewusstsein für gesundheitsbezogene Entscheidungen zu entwickeln.“	Schüler*innen sollen Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen und ein kritisches Bewusstsein für gesundheitsbezogene Entscheidungen bilden.

Lehrperson 11, Pos. 18	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Individuelle Zielsetzungen	„Ich versuche, Strategien zur Prävention und Förderung eines bewussten Umgangs mit digitalen Medien zu geben.“	Es sollen Strategien zur Prävention und Förderung eines bewussten Umgangs mit digitalen Medien vermittelt werden.
Lehrperson 1, Pos. 15	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Zentrale Vermittlungsinhalte	„Im Praxisunterricht geht es vor allem darum, die Kompetenz zu erweitern, eigenständig Mahlzeiten zuzubereiten, die zu einem großen Teil gesundheitsfördernd sind.“	Die Kompetenz, eigenständig gesundheitsförderliche Mahlzeiten zubereiten zu können, ist zentraler Vermittlungsinhalt des Praxisunterrichts.
Lehrperson 2, Pos. 13	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Zentrale Vermittlungsinhalte	„Gesundheitsbildung vermittele ich den Schüler:innen, indem ich bewusst über gesunde Ernährung spreche und hervorhebe, was denn „gesund“ heißt im Gegensatz zu ungessund.“	Ein zentraler Vermittlungsinhalt ist die Unterscheidung von „gesunder“ und „ungesunder“ Ernährung.
Lehrperson 3, Pos. 17-22	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Zentrale Vermittlungsinhalte	<p>„- Hygiene (Händehygiene, Küchenhygiene, Lebensmittelhygiene): Hände gründlich Waschen, Verwendung von Haargummi, Kopfbedeckung und Schürze, Lebensmittel waschen und gründliches Geschirr spülen</p> <p>- Gemeinsames, stressfreies sowie bewusstes Essen am Tisch mit Tischmanieren und mit sozialer Interaktion (Gespräche während des Essens), kein Schlingen, keine Ablenkung durch Medien (An meiner Schule herrscht sowieso Handyverbot, außer es ist für den Unterricht nötig)</p> <p>- Sicherheit in der Küche: Verwendung von geeigneten Messern, Verwendung von Topflappen/Hitzehandschuhen, rutschfeste Schneidebretter</p> <p>- Wissen über Nährstoffe und deren Wichtigkeit und Funktion für den menschlichen Körper, nährstoffschonende Lagerung und Verarbeitung der Lebensmittel</p>	<p>Zentrale Vermittlungsinhalte betreffen:</p> <p>Erstens Hygiene in Form von Händewaschen, Verwendung von Kochkleidung, Reinigung von Lebensmitteln und Geschirr;</p> <p>Zweitens gemeinsames, stressfreies und bewusstes Essen bei Tisch einschließlich Tischmanieren und sozialer Interaktionen;</p> <p>Drittens Sicherheit in der Küche z.B. durch Verwendung geeigneter Arbeitsmaterialien;</p> <p>Viertens Bedeutung und Funktion von Nährstoffen sowie nährstoffschonender Umgang mit Lebensmitteln;</p> <p>Fünftens die Reflexion des eigenen Ernährungsverhaltens in Hinblick auf bestimmte Lebensmittelgruppen wie beispielsweise Süßigkeiten;</p> <p>Sechstens Umwelt & Nachhaltigkeit bei der Lebensmittelauswahl sowie durch Mülltrennung, dem Sparen von Wasser und Strom und dem Umgang mit nichtmehr benötigten Lebensmitteln.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Reflexion des eigenen Ernährungsverhalten: Süßigkeiten-, Snack- & Fleischkonsum, Trinkgewohnheiten (Wasser statt Limonaden, Trinkmenge) - Umwelt & Nachhaltigkeit: saisonale (& regionale) und vorrangig BIO-Lebensmittel bei den Kocheinheiten verwenden, Wasser sparen beim Abwaschen, richtige Mülltrennung, Strom sparen (Kühlschrank nicht zu lange offen lassen, Ofen nicht zu lange vorheizen, Licht abdrehen), Restküche/ Einkochen oder Einfrieren von nicht benötigten Lebensmitteln“
Lehrperson 4, Pos. 14	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Zentrale Vermittlungsinhalte	<p>„Wie sind die Zähne aufgebaut und was passiert biologisch, wenn ich sie nicht mehr putze. Was sind die weiteren Auswirkungen, was passiert mit meinem Körper und wie verhindere ist das. Einzelne Schüler erzählen und man kann voneinander lernen.“</p>
Lehrperson 5, Pos. 13	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Zentrale Vermittlungsinhalte	<p>„Ich vermittele, dass die Ernährung einen besonders großen Einfluss auf unseren Körper und unser Wohlbefinden hat. Außerdem lege ich sehr viel Wert darauf, dass die Schüler:innen wissen, wo ihre Nahrung herkommt und dass sie den Unterschied zwischen konventioneller und biologischer Landwirtschaft kennen.“</p>
Lehrperson 5, Pos. 16	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Zentrale Vermittlungsinhalte	<p>„Gesundheitsbildung hängt für mich stark damit zusammen, wie ich mich ernähre und meinen Körper behandle und dies vermittele ich meinen Schüler:innen auch.“</p>
Lehrperson 5, Pos. 18	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Zentrale Vermittlungsinhalte	<p>„Die Schüler:innen sollten lernen, dass Bewegung essentiell für einen gesunden Körper ist, vor allem in Anbetracht der Tatsache, dass ein Großteil der Schüler:innenschaft die von der</p>

		WHO vorgegebene Bewegungsmenge regelmäßig nicht erreicht.“	
Lehrperson 7, Pos. 16	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Zentrale Vermittlungsinhalte	„Mit meinem Unterricht möchte ich, dass meine Schüler*innen ein bewusstes und eigenverantwortliches Verhältnis zu ihrer Gesundheit entwickeln. Dabei ist es mir wesentlich, ihnen nicht nur das nötige Wissen über Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung oder Prävention zu vermitteln, sondern auch ihnen die Fähigkeit geben, dieses Wissen zu hinterfragen und auf ihre eigene Lebensrealität anzuwenden.“	Wichtig sind die Entwicklung von Bewusstsein und Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit. Zentral ist dabei sowohl Wissen als auch die Fähigkeit zur praktischen Umsetzung bezüglich Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung und Prävention.
Lehrperson 9, Pos. 14	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Zentrale Vermittlungsinhalte	„Was wichtig ist, um Übergewicht, Fehlhaltungen, Sucht usw. ab dem Kindesalter zu vermeiden.“	Aspekte zur Vermeidung von Übergewicht, Fehlhaltungen und Sucht sind zentral.
Lehrperson 11, Pos. 16	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Zentrale Vermittlungsinhalte	„Im Fach „Ernährung und Haushalt“ möchte ich Ihnen zeigen, dass eine ausgewogene Ernährung kein Zufall ist, sondern eine bewusste Entscheidung, die sie durch Wissen und Übung selbst gestalten können. Mir geht es darum, dass sie nachvollziehen können, warum beispielsweise Bewegung und Schlaf so wichtig sind. Zentral ist für mich, dass die Schüler*innen sowohl praktisch als auch theoretisch erfahren, wie sie ihre Gesundheit aktiv beeinflussen können.“	In EH zentral ist, dass ausgewogene Ernährung durch Wissen und Übung bewusst selbst gestaltet werden kann. Weiters sind die Bedeutung von Bewegung und Schlaf sowie theoretische und praktische Möglichkeiten zur aktiven Beeinflussung der eigenen Gesundheit zentral.
Lehrperson 1, Pos. 19	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Essentielle Themenbereiche	„Ein weiterer Themenbereich sind die Inhaltsstoffe der Nahrung und deren Nutzen/Aufgaben für den Körper.“	Inhaltsstoffe der Nahrung und deren Bedeutung und Aufgaben im Körper sind ein wichtiges Thema.
Lehrperson 2, Pos. 13	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Essentielle Themenbereiche	„Gesundheit heißt für mich auch, dass die Schüler:innen die Ernährungspyramide kennen, ihre eigenen Ernährungsgewohnheiten kennen und sie so bewerten können, wie gesund sie sich ernähren.“	Kenntnis über die Ernährungspyramide und die Fähigkeit zur kritischen Bewertung der eigenen Ernährungsgewohnheiten sowie die Mahlzeiten des Tages sind wichtige Themenbereiche.

Lehrperson 2, Pos. 21-22	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Essentielle Themenbereiche	„- Ernährungypyramide, eigene Essgewohnheiten kennen und bewerten können - Mahlzeiten des Tages“	
Lehrperson 3, Pos. 24-27	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Essentielle Themenbereiche	<p>„Folgende Themenbereiche sind mir wichtig:</p> <ul style="list-style-type: none"> - abwechslungsreiche, aber dennoch saisonale, ausgewogene und vorrangig vegetarische Küche den Schüler*innen näher bringen – Viele meiner Schüler*innen essen zu Hause mehrmals in der Woche Fleisch und auch sehr salzhaltig. Ich möchte ihnen die Vielfalt der saisonalen vegetarischen Küche näher bringen. - Was machen zuckerhaltige Limonaden und Energydrinks mit deinem Körper? – Viele meiner Schüler*innen trinken außerhalb der Schule Limonaden oder Energydrinks. In der Schule Wasser wird ausschließlich Wasser getrunken. - bewusstes und genussvolles Essen am Tisch ohne Medien“ 	<p>Essentielle Themenbereiche sind sowohl eine abwechslungsreiche, saisonale, ausgewogene, vielfältige, vorrangig vegetarische, Küche als auch die Auswirkungen zuckerhaltiger Getränkearten auf den Körper sowie bewusstes und medienfreies Essen bei Tisch.</p>
Lehrperson 5, Pos. 13	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Essentielle Themenbereiche	„dass sie den Unterschied zwischen konventioneller und biologischer Landwirtschaft kennen.“	<p>Ein essentielles Thema betrifft die Unterscheidung von konventioneller und biologischer Landwirtschaft.</p>
Lehrperson 5, Pos. 18	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Essentielle Themenbereiche	„Die Themen Ernährung und Verdauung und der menschliche Körper sind essentiell. Zusätzlich sind die Pflanzen äußerst wichtig, da sie die Grundlage für unsere Ernährung(-sicherheit) darstellen. Bewegung ist mir als Sportlehrerin auch besonders wichtig, da ab 30 Minuten der komplette Stoffwechsel auf Sparflamme schaltet und dies in Konzentrationsschwierigkeiten seitens der Schüler:innen resultiert.“	<p>Essentielle Themenbereiche sind der menschliche Körper, Bewegung, Ernährung und Verdauung sowie Pflanzen und deren Bedeutung als Grundlage von Ernährung und Ernährungssicherheit.</p>

Lehrperson 6, Pos. 16	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Essentielle Themenbereiche	„Ernährung, Haltung und Bewegung (BUB)“	Essentielle Themenbereiche in Biologie sind Ernährung, Haltung und Bewegung.
Lehrperson 7, Pos. 18	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Essentielle Themenbereiche	<p>„Hinsichtlich der Themenbereiche in Biologie und Umweltbildung ist bei nahe der gesamte Lehrplan wichtig und dient hier als Grundlage einer sinnvollen Gesundheitsbildung. Sei es die Funktionsweise des menschlichen Körpers (selbst die kleinste Einheit, die Zelle, bzw. ein Verständnis über deren Funktionsweise), Ernährung (welche Nährstoffe gibt es, wie sind diese aufgebaut, wo kommen unsere Nahrungsmittel her, welche Ernährungsform ist „gesund“) und Verdauung, das Immunsystem, die Wirkungen von Bewegung auf den Körper, sowie die Bedeutung von Schlaf und Stressbewältigung. Ebenso relevant sind Einheiten zur Suchtprävention, der Sexualaufklärung und Genetik, insbesondere im Hinblick auf Krankheitsrisiken und diverser Präventionsmöglichkeiten. Auch der Fokus auf der Wechselwirkung zwischen Umwelt und Gesundheit spielt eine maßgebliche Rolle für die Gesundheitsbildung. Die Bedeutung von sauberer Luft, gesunder Böden und sauberem Wassers, Umweltfaktoren wie Lärm, Schadstoffe oder die Auswirkungen des Klimawandels auf die körperliche und psychische Gesundheit nehmen hier einen immens wichtigen Stellenwert ein.“</p>	<p>In Biologie sind die Funktionsweise des menschlichen Körpers einschließlich des Verständnisses über die Funktionsweise von Zellen, Ernährung mit Fokus auf Nährstoffe sowie der Herkunft von Nahrungsmitteln und „gesunde“ Ernährungsformen, weiters Verdauungs- und Immunsystem, Bewegung, Schlaf und Stressbewältigung wichtig.</p> <p>Weiters essentiell sind Suchtprävention, Sexualaufklärung und Genetik mit besonderem Fokus auf Krankheitsrisiken und Prävention. Ebenso sind Wechselwirkungen zwischen Umwelt und Gesundheit in Form von Luft- und Wasserreinheit, gesunder Böden, Lärm, Schadstoffen sowie Klimawandelauswirkungen wichtig.</p>
Lehrperson 8, Pos. 13	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Essentielle Themenbereiche	<p>„gesunde Ernährung, viel Obst, Gemüse, ausreichend Wasser, ...“</p>	Gesunde Ernährung mit entsprechenden Nahrungsmitteln wie viel Obst, Gemüse und Wasser ist ein wichtiges Thema.

Lehrperson 9, Pos. 16	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Essentielle Themenbereiche	„Ernährung, Suchtprävention und Wirkungen von Drogen, Alkohol etc., sexuelle Bildung und Bildung über weiblichen Zyklus, Körperhaltung und -funktionen.“	Essentiell sind Ernährung, Suchtprävention, Alkohol, Drogen, Sexualität und der weibliche Zyklus sowie Körperhaltung und -funktionen.
Lehrperson 10, Pos. 15-16	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Essentielle Themenbereiche	„Biologie: Themen der Gesundheit behandeln, wie zum Beispiel der Körper des Menschen, die Ernährung, das Immunsystem, Bewegung, der Herz-Kreislauf, usw. Ernährung und Haushalt: Makro- und Mikronährstoffe vor allem. Gesunde und abwechslungsreiche Ernährung. Wasser und die Bedeutung für den Körper. Essstörungen. BMI berechnen und reflektieren (bei Sportler*innen BMI übernehmbar?). Wie viel Würfelzucker ist einem Softdrink drinnen? Mit Schüler*innen Alltagsbeispiele besprechen und sie darauf aufmerksam machen.“	In Biologie sind der menschliche Körper, Ernährung, Immunsystem, Bewegung und Herz-Kreislaufsystem wichtige Themen. In EH wichtig sind Makro- und Mikronährstoffe, Wasser, Essstörungen, gesunde Ernährung, Berechnung und kritische Betrachtung des BMI und die Zuckermenge in Getränken. Wichtig erscheint zudem ein entsprechender Einbezug von Alltagsbeispielen.
Lehrperson 11, Pos. 18	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Essentielle Themenbereiche	„Themen wie gesunde Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung, Essstörungen, Schlaf, Suchtprävention und Medienkompetenz sowie die Auswirkungen von ungesunden Essgewohnheiten sind für mich absolut essenziell.“	Essentielle Themenbereiche umfassen gesunde Ernährung sowie Auswirkungen ungesunder Essgewohnheiten, Essstörungen, Bewegung, Stressbewältigung, Schlaf, Suchtprävention und Medienkompetenz.
Lehrperson 11, Pos. 18	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Essentielle Themenbereiche	„Themen wie Körperwahrnehmung und Selbstbild sind vor allem durch die sozialen Medien für mich auch Themen, die im Unterricht aufgegriffen werden. Dafür gibt es auch tolle Angebote der „Bildungschancen“. Auch die Themen Nachhaltigkeit und Umweltauswirkungen auf die Gesundheit sind wichtige Aspekte, die thematisiert werden.“	Essentielle Themenbereiche betreffen Körperwahrnehmung und Selbstbild (insbesondere aufgrund sozialer Medien), sowie Nachhaltigkeit und Auswirkungen der Umwelt auf die Gesundheit.
Lehrperson 1, Pos. 18	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Individuelle	„Der Schwerpunkt liegt auf jeglicher Fachpraxis.“	Der Schwerpunkt wird auf sämtliche Aspekte der Fachpraxis gesetzt.

	inhaltliche Schwerpunktsetzungen	
Lehrperson 2, Pos. 13	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Individuelle inhaltliche Schwerpunktsetzungen	„Die Mahlzeiten des Tages sind auch besonders wichtig, Frühstück für mehr Leistungsfähigkeit am Vormittag, mehrere kleinere Mahlzeiten am Tag.“
Lehrperson 3, Pos. 25	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Individuelle inhaltliche Schwerpunktsetzungen	„Ich möchte Ihnen die Vielfalt der saisonalen vegetarischen Küche näher bringen.“
Lehrperson 4, Pos. 16	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Individuelle inhaltliche Schwerpunktsetzungen	„Ernährung und sexuelle Gesundheit sind von mir persönlich gesetzte Schwerpunkte.“
Lehrperson 5, Pos. 13	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Individuelle inhaltliche Schwerpunktsetzungen	„Außerdem lege ich sehr viel Wert darauf, dass die Schüler:innen wissen, wo ihre Nahrung herkommt“
Lehrperson 5, Pos. 13	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Individuelle inhaltliche Schwerpunktsetzungen	„Zusätzlich zum fachlichen Unterricht, der die im Lehrplan enthaltenen Themen der Gesundheitsbildung (1. Klasse = menschlicher Körper, 2. Klasse = Ökosystem Wald und Wasser, 3. Klasse = Landwirtschaft, Ökosystem Boden, 4. Klasse = menschlicher Körper) behandelt, lege ich Wert auch praktische Anwendung. Ich führe Versuche durch (Boden- und Pflanzenexperimente), ziehe Pflanzen mit den Schüler:innen, um diese anschließend zu ernten. Außerdem machen wir regelmäßig Ausflüge zu lokalen Produzenten.“

Lehrperson 6, Pos. 14	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Individuelle inhaltliche Schwerpunktsetzungen	„Ich erfrage immer zuerst die Lebenswelt bzw. die Erfahrungen. Dann setzte ich erst mit Bildungsthemen an.“	Inhaltliche Schwerpunkte orientieren sich an der jeweiligen Lebenswelt bzw. Erfahrungen.
Lehrperson 7, Pos. 18	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Individuelle inhaltliche Schwerpunktsetzungen	„Besonders bedeutend ist es, den Schüler*innen zu vermitteln, wie sie durch nachhaltige Verhaltensweisen nicht nur die Umwelt schützen, sondern auch ihre eigene Gesundheit damit fördern können.“	Ein Schwerpunkt ist, dass nachhaltige Verhaltensweisen neben dem Schutz der Umwelt auch für persönliche Gesundheitsförderung relevant sein können.
Lehrperson 8, Pos. 13	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Individuelle inhaltliche Schwerpunktsetzungen	„Ich behandle das Thema bewusst in der 1. & 4. Klasse (steht hier im Lehrplan). Dabei achte ich besonders beim Thema Ernährung auf eine Gesundheitsbildung, indem ich mit den SuS über dieses Thema spreche: unter anderem bespreche ich mit ihnen die Ernährungspyramide und in diesem Zusammenhang bespreche ich mit den SuS, wie man eine gesunde Lebensweise führen kann (gesunde Ernährung, viel Obst, Gemüse, ausreichend Wasser, ...“	Eine Schwerpunktsetzung liegt auf Ernährung, der Ernährungspyramide sowie der Umsetzung einer gesunden Lebensweise durch viel Obst und Gemüse und genügend Wasser.
Lehrperson 10, Pos. 16	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Individuelle inhaltliche Schwerpunktsetzungen	„Ernährung und Haushalt: Makro- und Mikronährstoffe vor allem.“	Inhaltlich wird der Schwerpunkt in EH auf Makro- und Mikronährstoffe gesetzt.
Lehrperson 10, Pos. 17	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Individuelle inhaltliche Schwerpunktsetzungen	„Als KV: Wasser trinken im Unterricht, gesunde Schulbuffets mit Schüler*innen“	Inhaltliche Schwerpunktsetzungen in der Rolle als KV betreffen das Trinken von Wasser im Unterricht und gesunde Schulbuffets.
Lehrperson 10, Pos. 19-20	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Individuelle	„Da ich BUB und EH unterrichte,achte ich darauf, dass in meinem Unterricht auf gesunde und ausgewogene Ernährung der Schwerpunkt gesetzt wird. Wichtig dabei ist für mich in	Der Schwerpunkt wird in Biologie und EH auf gesunde und ausgewogene Ernährung gesetzt. Fokus wird dabei auf ausschließliches Trinken von

	inhaltliche Schwerpunktsetzungen	meinem Unterricht auch, die Schüler*innen dazu zu führen, ausschließlich Wasser im Unterricht zu trinken und 2-mal die Woche eine Portion Obst und/oder Obst als Jause mit in die Schule mitzunehmen. Wichtig ist für mich auch, beim Thema „Ernährung“ im Biologieunterricht immer wieder auf Alltagsbeispiele zurückzugreifen. Da dies greifbarer für Schüler*innen ist. Beispiel: SS nehmen leere Capri Sun oder Ketchup Flasche mit und wir berechnen im Unterricht, wie viel Kristallzucker diese beinhalten.“	Wasser im Unterricht und die Schuljause (Obst) gelegt. In Biologie wird der Schwerpunkt bei Ernährung auf Alltagsbeispiele gelegt, z.B. die Berechnung des Zuckergehalts ausgewählter Nahrungsmittel oder Getränke.
Lehrperson 11, Pos. 19	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Individuelle inhaltliche Schwerpunktsetzungen	„Ich versuche, immer wieder Schwerpunkte auf Aspekte zu setzen, die die Schüler*innen direkt betreffen und motivieren, wie zum Beispiel die Verbindung zwischen gesunder Ernährung und Energie oder die Rolle von Bewegung für das Wohlbefinden.“	Inhaltliche Schwerpunktsetzungen orientieren sich an Aspekten, die Schüler*innen direkt betreffen und motivierend wirken, wie z.B. Zusammenhang von gesunder Ernährung und Energie oder Bewegung und Wohlbefinden.
Lehrperson 11, Pos. 21	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Individuelle inhaltliche Schwerpunktsetzungen	„In „Ernährung und Haushalt“ legt ich den Schwerpunkt auf die praktische Anwendung – hier lernen die Schüler*innen, wie sie gesunde Mahlzeiten planen und zubereiten können.“	Der Schwerpunkt in EH wird auf die praktische Anwendung wie Planung und Zubereitung gesunder Mahlzeiten gelegt.
Lehrperson 10, Pos. 22	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Unterschiede in EH und Biologie	„Ich unterrichte beide Fächer und würde sagen, dass der Unterschied darin liegt, dass ich viel mehr Zeit im EH-Unterricht habe (da geblockt wöchentlich), um auf solche Themen einzugehen als im Biologie Unterricht.“	Der Unterricht in EH bietet im Vergleich zu Biologie wegen der wöchentlich geblockten Organisation mehr Zeit, um entsprechende Themen zu behandeln.
Lehrperson 11, Pos. 21	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht >	„In „Ernährung und Haushalt“ legt ich den Schwerpunkt auf die praktische Anwendung – hier lernen die Schüler*innen, wie sie gesunde Mahlzeiten planen und zubereiten können. In „Biologie und Umweltbildung“ geht es mir hingegen stärker darum, das	In EH wird der Schwerpunkt auf die praktische Anwendung, etwa die Planung und Zubereitung gesunder Mahlzeiten, gelegt. In Biologie wird dagegen auf theoretisches Wissen und die

	Unterschiede in EH und Biologie	theoretische Verständnis zu vertiefen, also das „Warum“ hinter gesunden Entscheidungen zu erklären: Was passiert im Körper, wenn man sich gesund ernährt oder Sport treibt?“	Bedeutung gesundheitsförderlicher Entscheidungen fokussiert. Beispiele sind körperliche Auswirkungen von gesunder Ernährung und Sport.
Lehrperson 10, Pos. 22	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Gemeinsamkeiten in EH und Biologie	„Die Gemeinsamkeit liegt darin, dass in beiden Fächern „die Ernährung“ vorkommt.“	Eine Gemeinsamkeit von EH und Biologie ist das Thema Ernährung.
Lehrperson 11, Pos. 21	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Gemeinsamkeiten in EH und Biologie	„Beide Fächer haben für mich dasselbe Ziel: den Schüler*innen ein Bewusstsein für gesundheitsförderliches Wissen zu vermitteln.“	Eine Gemeinsamkeit von EH und Biologie liegt in der Zielsetzung der Vermittlung von Bewusstsein für gesundheitsförderliches Wissen.
Lehrperson 11, Pos. 22	Umsetzung von Gesundheitsbildung im Fachunterricht > Gemeinsamkeiten in EH und Biologie	„Beide Fächer ergänzen sich, weil sie den Schüler*innen helfen, ihre Gesundheit besser zu verstehen und eigenständig gesunde Entscheidungen zu treffen.“	EH und Biologie wirken unterstützend beim Verständnis über die eigene Gesundheit und beim eigenständigen Treffen gesunder Entscheidungen und ergänzen sich daher.
Lehrperson 5, Pos. 22	Voraussetzungen für fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung	„Es muss ein vom gesamten Lehrpersonal getragener Leitgedanke der Schule sein. Die Ressourcen müssen vorhanden sein. Außerdem brauchte es Konzepte, eventuell vorgefertigte und geteilte Stundenbilder, die in jedem Fach zur Verfügung stehen, sodass Lehrpersonen, die mit dem Thema nicht vertraut sind, auch Möglichkeiten zur Umsetzung haben.“	Ein vom gesamten Lehrpersonal getragener Leitgedanke, das Vorhandensein von Ressourcen sowie Konzepte wie vorgefertigte und geteilte Stundenbilder für alle Lehrpersonen bilden Voraussetzungen für eine fächerübergreifende Umsetzung.
Lehrperson 7, Pos. 23	Voraussetzungen für fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung	„(…) Eine gesundheitsförderliche Schulkultur ist meiner Ansicht ebenfalls entscheidend. Gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen wie eine Verpflegung, ausreichend Bewegungspausen und ein respektvolles Miteinander. (...)“	Voraussetzungen für eine fächerübergreifende Umsetzung sind eine gesundheitsförderliche Schulkultur und Rahmenbedingungen wie z.B. Verpflegung, Bewegungspausen, respektvolles Miteinander.

Lehrperson 1, Pos. 22	Voraussetzungen für fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung > Bewusstseinentwicklung	„Bewusstsein dafür schaffen, was Gesundheitsbildung ist und wie sie in verschiedenen Fächern, vor allem in denen, wo es nicht offensichtlich ist, umgesetzt werden kann.“	Bewusstsein über die Bedeutung von Gesundheitsbildung und deren Umsetzungsmöglichkeiten in verschiedenen Fächern schaffen.
Lehrperson 3, Pos. 31	Voraussetzungen für fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung > Bewusstseinentwicklung	„Die Lehrpersonen müssen sich der Wichtigkeit dieses Themas bewusst sein. Damit ist schon ein großer Schritt in die richtige Richtung gemacht und es braucht dann nur noch die Zusammenarbeit der Lehrpersonen unterschiedlicher Fächer.“	Bewusstsein bei Lehrpersonen über die Bedeutung von Gesundheitsbildung wird als Voraussetzung für eine Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachlehrpersonen gesehen.
Lehrperson 5, Pos. 22	Voraussetzungen für fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung > Bewusstseinentwicklung	„Es muss ein vom gesamten Lehrpersonal getragener Leitgedanke der Schule sein.“	Gesundheitsbildung soll als schulischer Leitgedanke fungieren, der vom gesamten Lehrpersonal getragen wird.
Lehrperson 7, Pos. 22	Voraussetzungen für fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung > Bewusstseinentwicklung	„Um als übergreifendes Thema im Unterricht bzw. der Schule erfolgreich umgesetzt werden zu können, braucht es eine klare Verankerung im Lehrplan, sodass die Bedeutung dieses Themas als gemeinschaftliche Aufgabe aller Fächer anerkannt wird.“	Die Verankerung im Lehrplan ist Voraussetzung zur Anerkennung von Gesundheitsbildung als fachunabhängige Aufgabe.
Lehrperson 8, Pos. 21	Voraussetzungen für fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung > Bewusstseinentwicklung	„Es ist erforderlich, dass dieses Thema bewusst in allen Fächern auch vermittelt wird, wobei ich es in Fächern wie Mathematik schwierig finde. Außerdem müssen alle Lehrpersonen zunächst selbst über Gesundheitsbildung lernen bzw. sich bewusst machen, dass sie dieses Thema auch an die SuS weitergeben müssen.“	Bewusste Vermittlung von Gesundheitsbildung in allen Fächern, sowie zunächst ein Lernen auf Seiten der Lehrpersonen über Gesundheitsbildung und entsprechende Bewusstseinsentwicklung für die Notwendigkeit der Vermittlung gesundheitsrelevanter Aspekte bilden wichtige Voraussetzungen.
Lehrperson 9, Pos. 20	Voraussetzungen für fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung > Bewusstseinentwicklung	„Eine Einigkeit der Wichtigkeit des Themas im Kollegium,“	Eine Voraussetzung ist die Einigkeit im Kollegium über die Bedeutsamkeit von Gesundheitsbildung.

			Sensibilisierung aller Lehrpersonen für Gesundheitsbildung und aktive Auseinandersetzung der Lehrkräfte mit der jeweiligen fachlichen Bedeutung von Gesundheitsbildung sind Voraussetzung.
Lehrperson 10, Pos. 24	Voraussetzungen für fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung > Bewusstseinsentwicklung	„Ich finde, dass diesbezüglich alle Lehrpersonen für die Gesundheitsbildung sensibilisiert werden, da dies im Schulalltag meistens in den Hintergrund rückt oder ins Vergessen gerät. LP müssten sich aktiv mit Gesundheitsbildung für ihr Fach befassen und ihren Unterricht so planen, dass diese auch umgesetzt wird.“	Sensibilisierung aller Lehrpersonen für Gesundheitsbildung und aktive Auseinandersetzung der Lehrkräfte mit der jeweiligen fachlichen Bedeutung von Gesundheitsbildung sind Voraussetzung.
Lehrperson 1, Pos. 23	Voraussetzungen für fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung > Fachliche Zusammenarbeit	„Zusammenarbeit der unterschiedlichen Fachgruppen in einer Schule;“	Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachgruppen ist eine Voraussetzung zur fächerübergreifende Umsetzung.
Lehrperson 2, Pos. 27	Voraussetzungen für fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung > Fachliche Zusammenarbeit	„Die Kommunikation zwischen den Lehrkräften und bereits früh im Schuljahr die Abstimmung der Vernetzung der fachlichen Inhalte!“	Kommunikation zwischen Lehrpersonen sowie Abstimmung und Vernetzung fachlicher Inhalte sind nötig.
Lehrperson 3, Pos. 31	Voraussetzungen für fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung > Fachliche Zusammenarbeit	„es braucht dann nur noch die Zusammenarbeit der Lehrpersonen unterschiedlicher Fächer. Es können beispielsweise große Projektarbeiten, die auf die gesamte Schule ausgeweitet werden können, ins Rollen gebracht werden.“	Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachlehrkräfte, z.B. in Form von großen, schulumfassenden Projekten ist eine Voraussetzung zur fächerübergreifende Umsetzung.
Lehrperson 6, Pos. 19	Voraussetzungen für fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung > Fachliche Zusammenarbeit	„Kommunikation zwischen den Lehrkräften und der Wille gemeinsame Projekte zu machen.“	Kommunikation zwischen Lehrpersonen und gemeinsame Projekte als Zielsetzung sind nötig.
Lehrperson 7, Pos. 22	Voraussetzungen für fächerübergreifende Umsetzung von	„Es ist wichtig, dass Lehrkräfte aus den unterschiedlichsten Fachbereichen wie eben Biologie und Umweltbildung, Sport, Ernährung und Haushalt, Ethik oder Geografie und wirtschaftliche Bildung zusammenarbeiten, um	Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachlehrkräfte, unterstützt durch Fortbildungen, interne Absprachen und einen interdisziplinären Austausch

	Gesundheitsbildung > Fachliche Zusammenarbeit	Gesundheitsbildung thematisch zu verknüpfen und in ihre jeweiligen Unterrichtsinhalte zu integrieren. Diese Zusammenarbeit sollte durch regelmäßige interne Absprachen, Fortbildungen (SCHiLF oder SCHÜLF) sowie einen interdisziplinären Austausch unterstützt werden, damit ein abgestimmter Ansatz entsteht.“	bilden Voraussetzungen zur fächerübergreifende Umsetzung.
Lehrperson 11, Pos. 24	Voraussetzungen für fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung > Fachliche Zusammenarbeit	„Ich glaube, eine enge Zusammenarbeit zwischen den Fachbereichen ist entscheidend, damit Gesundheitsbildung nicht isoliert behandelt wird, sondern als gemeinsames Ziel.“	Zusammenarbeit zwischen Fachbereichen ist eine Voraussetzung, um Gesundheitsbildung als gemeinsames Ziel anzuerkennen.
Lehrperson 11, Pos. 24	Voraussetzungen für fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung > Fachliche Zusammenarbeit	„Weiters von Bedeutung sehe ich auch eine gute Zusammenarbeit unter den Lehrkräften.“	Zusammenarbeit der Lehrpersonen ist eine notwendige Voraussetzung.
Lehrperson 1, Pos. 24	Voraussetzungen für fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung > Unterstützungsmaterialien	„Teilweise sollten auch die Verlage der Schulbücher in die Pflicht genommen werden, fächerübergreifende Schwerpunkte zu setzen und Materialien zu veröffentlichen.“	Schulbuchverlage sollten fächerübergreifende Schwerpunkte setzen und entsprechende Materialien anbieten.
Lehrperson 4, Pos. 19	Voraussetzungen für fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung > Unterstützungsmaterialien	„Konkrete Umsetzungsvorschläge in den Schulbüchern bzw. Lehrerhandexemplaren“	Konkrete Umsetzungsvorschläge in Schulbüchern oder Lehrerhandexemplaren werden als notwendig erachtet. Angebote dieser Art werden gegenwärtig als nicht ausreichend vorhanden empfunden.
Lehrperson 4, Pos. 19	Voraussetzungen für fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung > Unterstützungsmaterialien	„Wenn es vorgefertigte oder zumindest anregende Vorschläge gäbe, wie dies fächerübergreifend aussehen könnte, würden es sicher sehr viel mehr solcher Projekte geben.“	

Lehrperson 5, Pos. 22	Voraussetzungen für fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung > Unterstützungsmaterialien	„Außerdem bräuchte es Konzepte, eventuell vorgefertigte und geteilte Stundenbilder, die in jedem Fach zur Verfügung stehen, sodass Lehrpersonen, die mit dem Thema nicht vertraut sind, auch Möglichkeiten zur Umsetzung haben.“	Mögliche Konzepte wie z.B. fachunabhängig zur Verfügung stehende vorgefertigte und geteilte Stundenbilder, um eine Umsetzung für alle Lehrpersonen zu ermöglichen, werden als notwendig erachtet.
Lehrperson 7, Pos. 22	Voraussetzungen für fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung > Unterstützungsmaterialien	„Um als übergreifendes Thema im Unterricht bzw. der Schule erfolgreich umgesetzt werden zu können, braucht es eine klare Verankerung im Lehrplan,“	Gesundheitsbildung muss im Lehrplan eindeutig verankert sein, um eine fächerübergreifende Umsetzung zu ermöglichen.
Lehrperson 9, Pos. 20	Voraussetzungen für fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung > Unterstützungsmaterialien	„eine Anweisung ans Kollegium und Material, mit dem es in verschiedenen Fächern gut eingebaut werden kann.“	Anweisungen für das Lehrpersonal sowie entsprechende Materialien werden als bedeutsam für eine fächerübergreifende Umsetzung erachtet.
Lehrperson 7, Pos. 22	Voraussetzungen für fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung > Fort-/Weiterbildungsmöglichkeiten	„Diese Zusammenarbeit sollte durch regelmäßige interne Absprachen, Fortbildungen (SCHÜLF oder SCHÜLF) sowie einen interdisziplinären Austausch unterstützt werden, damit ein abgestimmter Ansatz entsteht.“	Bestimmte regelmäßige Fortbildungsangebote werden als Voraussetzung für einen abgestimmten Ansatz betrachtet.
Lehrperson 10, Pos. 25	Voraussetzungen für fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung > Fort-/Weiterbildungsmöglichkeiten	„Und LP müssten sich diesbezüglich fortbilden, um Gesundheitsbildung qualitativ in ihren Unterricht einzubauen.“	Verpflichtende Fortbildungen werden als Voraussetzung einer qualitativen unterrichtlichen Umsetzung angesehen.
Lehrperson 11, Pos. 24	Voraussetzungen für fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung > Fort-/Weiterbildungsmöglichkeiten	„Außerdem wären regelmäßige Weiterbildungen für uns Lehrkräfte hilfreich, um uns in aktuellen Ansätzen und Methoden zu stärken und die Schüler*innen wirklich umfassend zu erreichen.“	Regelmäßige Weiterbildungen würde als mögliche Unterstützung hinsichtlich der Kenntnis aktueller Ansätze und Methoden und der umfassenden Vermittlung von Gesundheitsbildung dienen.

Lehrperson 3, Pos. 31	Voraussetzungen für fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung > Projektgestaltung	„es braucht dann nur noch die Zusammenarbeit der Lehrpersonen unterschiedlicher Fächer. Es können beispielsweise große Projektarbeiten, die auf die gesamte Schule ausgeweitet werden können, ins Rollen gebracht werden.“	Eine Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachlehrkräfte wird als Voraussetzung für schulumfassende Projekte betrachtet.
Lehrperson 7, Pos. 23	Voraussetzungen für fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung > Projektgestaltung	„eine aktive Einbindung der Schüler*innen (Schulsprecher*innen) in die Ausarbeitung und Durchführung von gesundheitsbezogenen Projekten.“	Schüler*innen sollten aktiv bei der Umsetzung gesundheitsbezogener Projekte eingebunden werden.
Lehrperson 10, Pos. 25	Voraussetzungen für fächerübergreifende Umsetzung von Gesundheitsbildung > Projektgestaltung	„Des Weiteren kann klassenübergreifend an Projekten, Workshops oder Vorträgen teilgenommen werden.“	Eine klassenübergreifende Teilnahme an Projekten, Workshops oder Vorträgen ist eine Möglichkeit zur fächerübergreifenden Umsetzung.
Lehrperson 1, Pos. 26	Kenntnis schulexterner Organisationen und Angebote	„Ich kenne Organisationen (z.B. GIVE, Global 2000; Südwind),“	Kenntnis folgender Organisationen: GIVE, Global 2000, Südwind
Lehrperson 3, Pos. 33	Kenntnis schulexterner Organisationen und Angebote	„Ja, ich kenne schulexterne Organisationen und deren Programme für Gesundheitsbildung – beispielsweise WiG (Wiener Gesundheitsförderung).“	Kenntnis über verschiedene Organisationen und Programme, z.B. WiG (Wiener Gesundheitsförderung)
Lehrperson 4, Pos. 21	Kenntnis schulexterner Organisationen und Angebote	„Ich kenne nur sexuell orientierte Workshops, die dieses Thema und auch sexuelle Gesundheit näherbringen. Andere kenne und nutze ich leider nicht.“	Es sind ausschließlich Workshops zu Themen über Sexualität bekannt.
Lehrperson 5, Pos. 24	Kenntnis schulexterner Organisationen und Angebote	„Letztes Schuljahr habe ich den Trink- und Lausenführerschein in den ersten Klassen durchgeführt. Dieses Schuljahr sind wir Teil der bewegten Klasse. Dies sind zusätzliche Bewegungseinheiten mit einem speziellen Pädagogen:in, der/die bestimmte Schwerpunkte setzt.“	Kenntnis folgender Angebote: „Trink- und Jausenführerschein“, „bewegte Klasse“

Lehrperson 7, Pos. 25-26	Kenntnis schulexterner Organisationen und Angebote	<ul style="list-style-type: none"> • „Mental Health days von VsUM.tv. • ÖRK – ÖJRK (Erste-Hilfe-Kurse)“ 	Kenntnis folgender Organisationen: ÖRK – ÖJRK, VsUM.tv Kenntnis folgender Angebote: „Mental Health days“ sowie verschiedene Workshops von VsUM.tv, Erste-Hilfe-Kurse vom ÖRK – ÖJRK
Lehrperson 7, Pos. 27	Kenntnis schulexterner Organisationen und Angebote	„VsUM.tv organisierte Workshops“	
Lehrperson 9, Pos. 22	Kenntnis schulexterner Organisationen und Angebote	<p>„Ich nutze die Angebote der Fachstelle [Name des Bundeslandes], welche zum Thema Suchtprävention und Sexualpädagogik arbeiten. Ebenso habe ich das plus-Programm an der Schule initiiert, um Suchtprävention auch schulintern besser einbauen zu können.“</p>	Kenntnis einer bestimmten bundeslandspezifischen Fachstelle mit Angeboten zu Suchtprävention und Sexualpädagogik sowie „plus-Programm“ zur schulinternen Integration von Suchtprävention.
Lehrperson 10, Pos. 27	Kenntnis schulexterner Organisationen und Angebote	<p>„Zum Beispiel möchte mein Schulstandort zur „Gesunden Schule“ werden. Die Anmeldung erfolgte auch schon und somit wurden auch ein paar Kolleg*innen ins Boot geholt, um ein „Gesunde Schule Team“ zu bilden. Im Anschluss gibt es auch den Wunsch zu einer „Wasserschule“ zu werden. Ebenso wird in unserer Schule „Erste Hilfe Kurs“ für die 4. Klassen angeboten.“</p>	Kenntnis folgender Angebote: „Gesunde Schule“, „Wasserschule“, Erste-Hilfe-Kurs
Lehrperson 11, Pos. 26	Kenntnis schulexterner Organisationen und Angebote	<p>„Ja, es gibt viele tolle Organisationen, die Gesundheitsprogramme anbieten, und ich arbeite gerne mit Ernährungsberatern oder Sportvereinen zusammen.“</p>	Kenntnis verschiedener Organisationen und Workshops wie z.B. „Körperbilder und soziale Medien“, „Grüner Teller“, sowie Möglichkeit der Zusammenarbeit mit Ernährungsberater*innen oder Sportvereinen
Lehrperson 11, Pos. 28	Kenntnis schulexterner Organisationen und Angebote	„z.B. Workshops: „Körperbilder und soziale Medien“, „Grüner Teller“	
Lehrperson 1, Pos. 26-27	Nutzung schulexterner Organisationen und Angebote	<p>„Ich kenne Organisationen (z.B. GIVE, Global 2000; Südwind), nutze sie aber zurzeit nicht im Unterricht, mit Ausnahme von Materialien von GIVE.“</p>	Aufgrund zeitlicher und organisatorischer Aspekte werden lediglich Materialien von GIVE im Unterricht verwendet. Das hat vor allem zeitliche und organisatorische Gründe.“

Lehrperson 3, Pos. 33	Nutzung schulexterner Organisationen und Angebote	„beispielsweise WiG (Wiener Gesundheitsförderung). Ich habe bis jetzt nur Unterlagen (z.B. Jausenführerschein) in meinen Unterricht eingebunden, aber keine Workshops gebucht.“	Es werden lediglich externe Materialien (z.B. „Jausenführerschein“) im Unterricht genutzt.
Lehrperson 5, Pos. 24	Nutzung schulexterner Organisationen und Angebote	„Letztes Schuljahr habe ich den Trink- und Jausenführerschein in den ersten Klassen durchgeführt. Dieses Schuljahr sind wir Teil der bewegten Klasse. Dies sind zusätzliche Bewegungseinheiten mit einem speziellen Pädagogen:in, der/die bestimmte Schwerpunkte setzt.“	Es werden bzw. wurden externe Angebote zum Thema Ernährung („Trink- und Jausenführerschein“) und Bewegung („bewegte Klasse“) in Anspruch genommen.
Lehrperson 7, Pos. 27-28	Nutzung schulexterner Organisationen und Angebote	„Einmal jährlich werden an unserer Schule die Mental Health Days organisiert, die im Zeichen der psychischen Gesundheit stehen. An diesen Tagen wird das Thema in allen Fachbereichen aufgegriffen und vertieft, sodass die Schüler*innen in verschiedenen Kontexten ein besseres Verständnis für die Bedeutung der mentalen Gesundheit entwickeln. Zusätzlich finden zahlreiche von den VsUM.tv organisierte Workshops statt, die altersgerecht aufbereitet sind. Ein weiterer wichtiger Bestandteil ist auch die Organisation von Erste-Hilfe-Kursen, die sowohl von ausgebildeten Lehrkräften an unserer Schule als auch von Übungsleiter*innen vom Österreichischen Roten Kreuz (ÖRK) geleitet werden.“	Es werden unterschiedliche Workshops von VsUM.tv und Erste-Hilfe-Kurse, angeleitet durch Expert*innen des ÖRK, genutzt.
Lehrperson 8, Pos. 23	Nutzung schulexterner Organisationen und Angebote	„Ich nutze keine externe Organisation, da ich keine wirklich kenne. Außerdem sind meiner Meinung nach andere Themen wichtiger, wo man externe Organisationen besuchen kann (z.B. Sexualkunde)“	Es werden aufgrund mangelnder Kenntnis keine externen Organisationen genutzt, außer im Bereich der Sexualkunde.
Lehrperson 9, Pos. 22	Nutzung schulexterner Organisationen und Angebote	„Ich nutze die Angebote der Fachstelle [Name des Bundeslandes], welche zum Thema Suchtprävention und Sexualpädagogik arbeiten. Ebenso habe ich das p/us-Programm schulinternen Integration von Suchtprävention.	Nutzung von Angeboten zu Suchtprävention und Sexualpädagogik einer bundeslandspezifischen Fachstelle, sowie Umsetzung eines externen Programms („p/us-Programm) an der Schule zur schulinternen Integration von Suchtprävention.

		an der Schule initiiert, um Suchtprävention auch schulintern besser einbauen zu können.“	
Lehrperson 10, Pos. 27	Nutzung schulexterner Organisationen und Angebote	„Zum Beispiel möchte mein Schulstandort zur „Gesunden Schule“ werden. Die Anmeldung erfolgte auch schon und somit wurden auch ein paar Kolleg*innen ins Boot geholt, um ein „Gesunde Schule Team“ zu bilden.“	Eine zukünftige Umsetzung des externen Angebots „Gesunde Schule“ ist gegenwärtig in Planung.
Lehrperson 10, Pos. 27	Nutzung schulexterner Organisationen und Angebote	„Ebenso wird in unserer Schule „Erste Hilfe Kurs“ für die 4. Klassen angeboten.“	Es gibt ein Angebot von Erste-Hilfe-Kursen an der Schule.
Lehrperson 11, Pos. 26	Nutzung schulexterner Organisationen und Angebote	„ich arbeite gerne mit Ernährungsberatern oder Sportvereinen zusammen. Solche Angebote bereichern den Unterricht ungemein, weil sie den Schüler*innen ermöglichen, Wissen aus dem Klassenzimmer direkt in die Praxis umzusetzen und von Expertinnen zu lernen.“	Es wird mit Ernährungsberater*innen oder Sportvereinen zusammen gearbeitet, um praktische Erfahrungen und Lernen von Expert*innen zu ermöglichen.
Lehrperson 11, 27-28	Nutzung schulexterner Organisationen und Angebote	„Ich nutze gerne Angebote der Bildungschancen. Ich beziehe diese in den Unterricht mit ein, aber vor allem auch, weil ich Klassenvorstand-Stellvertreterin bin und mir das Wohlbefinden der Klasse am Herzen liegt. z.B. Workshops: „Körperbilder und soziale Medien“, „Grüner Teller““	Nutzung externer Angebote der Bildungschancen wie beispielsweise Workshops zu verschiedenen gesundheitsrelevanten Themen (z.B. „Körperbilder und soziale Medien“, „Grüner Teller“)
Lehrperson 6, Pos. 23	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung	„Buffet, Sportunterricht, Kochen, ...“	Buffet, Sportunterricht und Kochen sind Beispiele für relevante Schulbereiche, die außerhalb des Fachunterrichts der betreffenden Lehrperson liegen.
Lehrperson 1, Pos. 29	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für	„Schulkantine/Buffet;“	Potentiell bedeutsame Verpflegungsmöglichkeiten sind Schulkantine und Schulbuffet.

	Gesundheitsbildung > Verpflegungsmöglichkeiten	
Lehrperson 2, Pos. 31-33	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Verpflegungsmöglichkeiten	„Gesunde Jause in den Pausen Gesunde Getränke in den Getränkeautomaten der Schule Förderung von gesunden Lebensmitteln durch die Gemeinde“
Lehrperson 3, Pos. 35	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Verpflegungsmöglichkeiten	„Präsenz einer Wasserflasche am Tisch, damit die Schüler*innen genügend Wasser trinken“
Lehrperson 4, Pos. 23	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Verpflegungsmöglichkeiten	„Ein überwiegend gesundes Schulbuffet bspw“
Lehrperson 5, Pos. 26	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Verpflegungsmöglichkeiten	„Außerdem sollte man auf gesunde Schuljauseangebote achten.“
Lehrperson 6, Pos. 23	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Verpflegungsmöglichkeiten	„Buffet“
Lehrperson 6, Pos. 23	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für	„Kochen“

	Gesundheitsbildung > Verpflegungsmöglichkeiten	
Lehrperson 7, Pos. 5	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Verpflegungsmöglichkeiten	„gesundes Kantinenessen sowie ausreichendes Wassertrinken (auch in den Stunden!!)“
Lehrperson 7, Pos. 32	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Verpflegungsmöglichkeiten	„Die Schulverpflegung spielt ebenfalls eine wesentliche Rolle dazu bei. So wäre es wichtig ein reichhaltiges Angebot an gesunden Speisen und Getränken in der Mensa zu haben.“
Lehrperson 8, Pos. 25	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Verpflegungsmöglichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • „Die Bereitstellung von gesunden Mahlzeiten in der Schule“
Lehrperson 9, Pos. 24	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Verpflegungsmöglichkeiten	„Beim Buffet“
Lehrperson 10, Pos. 30	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Verpflegungsmöglichkeiten	„Des Weiteren sind die Verpflegung und die Schulküche von großer Bedeutung. Schüler*innen sollten die Möglichkeit haben, sich in der Schule ausgewogen und gesundheitsförderlich ernähren zu können. Eine Cafeteria und/oder eine Schulkantine wäre vorteilhaft.“
Lehrperson 11, Pos. 33	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für	<ul style="list-style-type: none"> • „Ernährungsbildung: Gesunde Schulverpflegung fördert gesunde Essgewohnheiten.“

	Gesundheitsbildung > Verpflegungsmöglichkeiten		
Lehrperson 1, Pos. 29	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Bewegungsmöglichkeiten	„bewegte Pause an der frischen Lu.“	Bewegungsmöglichkeiten in der Pause an der Frischluft sind wichtig, um Gesundheitsbildung im Schulalltag zu verwirklichen.
Lehrperson 2, Pos. 34	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Bewegungsmöglichkeiten	„Bewegungsmöglichkeit in der Pause“	Bewegungsmöglichkeiten in der Pause sind wichtig, um Gesundheitsbildung im Schulalltag zu verwirklichen.
Lehrperson 5, Pos. 26	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Bewegungsmöglichkeiten	„Eine bewegte Pause ist besonders wichtig.“	Bewegungsmöglichkeiten in der Pause sind wichtig, um Gesundheitsbildung im Schulalltag zu verwirklichen.
Lehrperson 7, Pos. 5	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Bewegungsmöglichkeiten	„(bewegte) Pausenzeiten, ausreichend und abwechslungsreiche Bewegungsangebote,“	Bewegungsmöglichkeiten in der Pause sowie vielfältige Bewegungsangebote sind wichtig, um Gesundheitsbildung im Schulalltag zu verwirklichen.
Lehrperson 7, Pos. 31	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Bewegungsmöglichkeiten	„Entscheidend ist auch die räumliche und organisatorische Gestaltung des Schulalltags. Bewegungsmöglichkeiten,“	Bewegungsmöglichkeiten in Hinblick auf räumliche und organisatorische Gestaltung des Schulalltags zu berücksichtigen ist wichtig.
Lehrperson 8, Pos. 26	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für	• „Mehr Bewegungsangebote neben Sport als Unterrichtsfach“	Zusätzliche Bewegungsangebote neben dem Sportunterricht anzubieten erscheint im Hinblick auf die Realisierung von Gesundheitsbildung im Schulalltag relevant.

	Gesundheitsbildung > Bewegungsmöglichkeiten	
Lehrperson 10, Pos. 30	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Bewegungsmöglichkeiten	„Des Weiteren spielt leider auch immer wieder das Budget eine Rolle bezüglich der Gestaltung der Schule oder des Pausenhofs für Schüler*innen für eine bessere Gesundheitsbildung außerhalb des Fachunterrichts. Zum Beispiel durch Sportgeräte, Kletterwände, Fußball- oder Volleyballplätze. Damit sich Schüler*innen bewegen und austoben können.“
Lehrperson 11, Pos. 32	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Bewegungsmöglichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> „Bewegung und Sport: Aktive Pausen und zusätzliche Bewegungsangebote unterstützen die körperliche Gesundheit.“
Lehrperson 1, Pos. 29	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Schulraumgestaltung	„Lebensraum-/Schulraumgestaltung“
Lehrperson 2, Pos. 35	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Schulraumgestaltung	„Ruhebereiche in der Pause, um zur Ruhe zu kommen (mentale Gesundheit)“
Lehrperson 7, Pos. 5	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Schulraumgestaltung	„Zur allgemeinen Gesundheitsbildung an der Schule zählt meiner Ansicht auch das schulische Umfeld dazu. Essenziell an einer guten Gesundheitsbildung sind zudem noch eine gesundheitsfördernde Umgebung, sprich ausreichend Frischluft in den Klassen (regelmäßiges Lüften), ergonomische Möbel,“
Lehrperson 7, Pos. 31	Relevante außerunterrichtliche	„Entscheidend ist auch die räumliche und organisatorische Gestaltung des Schulalltags. Bewegungsmöglichkeiten, Gestaltung des Schulalltags. Hierzu zählen

	Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Schulraumgestaltung	ergonomisch gestaltete Stühle, Rückzugsorte für Entspannung und eine ansprechende, grünerer, Schulumgebung tragen mit Sicherheit zur Förderung von Gesundheit bei.“	Bewegungsmöglichkeiten, ergonomisches Mobiliar, räumliche Möglichkeiten zur Entspannung sowie eine ansprechende und „grüne“ Schulumgebung.
Lehrperson 10, Pos. 33	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Schulraumgestaltung	„Weiteres ist eine gesundheitsfördernde Schulumgebung wichtig. Wie z.B. gesunde Lernumgebung im Schulgebäude, gute Luftqualität, wenig Lärm, naturnahe Pausenbereiche, Grünflächen, schulische Veranstaltungen, Projekte, Elternarbeit und Kooperation mit externen Partnern sind wichtig, um Gesundheitsbildung außerhalb des Fachunterrichts im Schulalltag verwirklichen zu können.“	Bedeutsam ist die Schulumgebung, insbesondere eine gesundheitsförderliche Lernumgebung in der Schule, gute Luftqualität, wenig Lärm, naturnahe Pausenbereiche und Grünflächen.
Lehrperson 11, Pos. 36	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Schulraumgestaltung	• „Umweltgestaltung: Ein gesundes Schulumfeld fördert das körperliche Wohl.“	Ein gesundes Schulumfeld stärkt insbesondere die körperliche Gesundheit.
Lehrperson 7, Pos. 30	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Schulklima	„Ein Bereich ist die Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Schulklimas. Dazu gehört ein wertschätzendes Miteinander. Eine gute Kommunikation zwischen Lehrkräften, Schüler*innen sowie Eltern bildet hierfür die Basis.“	Ein wertschätzendes Miteinander ist bedeutsam für ein gesundheitsförderliches Schulklima. Basis hierfür ist eine gute Kommunikation zwischen beteiligten Personengruppen.
Lehrperson 10, Pos. 32	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Schulklima	„Die Bildung eines gesunden Schul- und Klassenklimas, Respekt, Wertschätzung, Toleranz, Gleichberechtigung, Vielfalt und Inklusion müssen in Schulen große Bedeutung haben und so vermittelt werden.“	Bedeutsam ist ein gesundheitsförderliches Schul- und Klassenklima durch Respekt, Wertschätzung, Toleranz, Gleichberechtigung, Vielfalt und Inklusion.
Lehrperson 11, Pos. 31	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Schulklima	• „Schulklima und -kultur: Ein positives, respektvolles Umfeld fördert das Wohlbefinden.“	Ein positives Schulklima mit respektvollem Umfeld stärkt das Wohlbefinden.

Lehrperson 3, Pos. 35-37	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Verhalten im Schulalltag	„ Präsenz einer Wasserflasche am Tisch, damit die Schüler*innen genügend Wasser trinken - Händewaschen vor dem Mittagessen - Pausen nutzen um zu trinken, essen, verschraufen und auf die Toilette zu gehen“	Die Präsenz einer Wasserflasche, um ausreichend zu trinken, Händewaschen vor dem Essen, Nutzung der Pause für Verpflegung, Entspannung und für den Toilettengang sind relevante Verhaltensweisen im Schulalltag.
Lehrperson 7, Pos. 30	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Verhalten im Schulalltag	„ein wertschätzendes Miteinander. Eine gute Kommunikation zwischen Lehrkräften, Schüler*innen sowie Eltern“	Ein wertschätzendes Miteinander und eine gute Kommunikation zwischen allen an der Schule beteiligten Personen zählen zu konkreten Verhaltensweisen.
Lehrperson 8, Pos. 27	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Verhalten im Schulalltag	„Lehrkräfte als Vorbilder“	Das Verhalten der Lehrperson als Vorbild erscheint im Schulalltag relevant.
Lehrperson 9, Pos. 24	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Verhalten im Schulalltag	„Lehrpersonen als Vorbilder“	Das Verhalten der Lehrperson als Vorbild erscheint im Schulalltag relevant.
Lehrperson 10, Pos. 30	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Verhalten im Schulalltag	„Um dies verwirklichen zu können, müssen auf jeden Fall alle an Schule Beteiligten ins Boot geholt werden und am selben Strang ziehen. Für Schüler*innen müsste es klar erkennbar sein, dass alle Lehrpersonen, der Schulwart, die Schulleitung nach diesem Prinzip leben.“	Alle an der Schule beteiligten Personen sollten ihr Verhalten an gesundheitsförderlichen Prinzipien ausrichten und dies für Schüler*innen erkennbar als gemeinsames Ziel anerkennen.
Lehrperson 2, Pos. 33	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für	„Förderung von gesunden Lebensmitteln durch die Gemeinde“	Gemeindeförderungen für gesunde Lebensmittel sind ein Beispiel für relevante außerunterrichtliche Schulbereiche.

	Gesundheitsbildung > Projekte, Exkursionen & Veranstaltungen		
Lehrperson 7, Pos. 32	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Projekte, Exkursionen & Veranstaltungen	„Zusätzlich können Projekte wie Schulgärten (Hochbeete), in denen Lebensmittel selbst angebaut werden, einen wertvollen Beitrag zur Gesundheitsbildung leisten.“	Projekte mit Einbezug von Schulgärten wie z.B. Eigenanbau von Lebensmitteln sind wichtig.
Lehrperson 9, Pos. 24	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Projekte, Exkursionen & Veranstaltungen	„anhand von Ausflügen und Exkursionen“	Ausflüge und Exkursionen zählen zu relevanten außerunterrichtlichen Veranstaltungen
Lehrperson 10, Pos. 30	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Projekte, Exkursionen & Veranstaltungen	„Projekttag oder Aktionswochen zur Integration von Ernährungsbildung sind ebenso von großer Bedeutung.“	Projekte zur Integration von Ernährungsbildung (Dauer: Tage bis Wochen) sind wichtig, um Gesundheitsbildung im Schulalltag zu realisieren.
Lehrperson 10, Pos. 33	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Projekte, Exkursionen & Veranstaltungen	„schulische Veranstaltungen, Projekte, Elternarbeit und Kooperation mit externen Partnern sind wichtig, um Gesundheitsbildung außerhalb des Fachunterrichts im Schulalltag verwirklichen zu können.“	Veranstaltungen, Projekte sowie Kooperation mit Eltern und externen Partnern sind wichtig, um Gesundheitsbildung im Schulalltag zu realisieren.
Lehrperson 1, Pos. 29	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung >	„Vertrauenslehrpersonen“	Vertrauenslehrpersonen sind eine relevante außerunterrichtliche Anlaufstelle.

	Angbote für mentale Gesundheit		
Lehrperson 2, Pos. 35	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Angebote für mentale Gesundheit	„Ruhebereiche in der Pause, um zur Ruhe zu kommen (mentale Gesundheit)“	Ruhebereiche in der Pause, um Entspannung zu ermöglichen.
Lehrperson 7, Pos. 33	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Angebote für mentale Gesundheit	„Angebote wie Peer-Mentoring tragen ebenfalls dazu bei, Stress untereinander abzubauen und die psychische Widerstandskraft der Schüler*innen zu fördern.“	Angebote wie Peer-Mentoring unterstützen den Stressabbau und stärken die psychische Widerstandskraft der Schüler*innen.
Lehrperson 10, Pos. 31	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Angebote für mentale Gesundheit	„Ebenso sind psychosoziale Angebote zur Stressbewältigung, zur Unterstützung bei Konflikten oder Mobbing von großer Bedeutung.“	Angebote zur Unterstützung im Umgang mit Stress, Konflikten und Mobbing sind im Schulalltag wichtig.
Lehrperson 11, Pos. 34-35	Relevante außerunterrichtliche Schulbereiche für Gesundheitsbildung > Angebote für mentale Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> • „Mentale Gesundheit: Programme zur Stressbewältigung und Prävention von Mobbing stärken das psychische Wohl. • Schulsozialarbeit und Beratung: Unterstützung bei persönlichen Problemen fördert das Wohlbefinden.“ 	Angebote zur Unterstützung im Umgang mit Stress und Prävention von Mobbing, Schulsozialarbeit und Beratung zur individuell abgestimmten Unterstützung sind im Schulalltag wichtig.
Lehrperson 3, Pos. 31	Schulspezifische außerunterrichtliche Umsetzung von Gesundheitsbildung	„Zudem wurde auch in einer Freizeitstunde die sogenannte „Ruhestunde“ eingeführt. In dieser Stunde können die“	Zeitlich begrenzte Möglichkeiten im Schulalltag, die Schüler*innen zum Schlafen nutzen können, sind ein Beispiel für eine schulspezifische außerunterrichtliche Umsetzung.

		Schüler*innen einfach schlafen anstatt in ihren regulären Freizeitworkshop zu gehen.“	
Lehrperson 2, Pos. 37-38	Schulspezifische außerunterrichtliche Umsetzung von Gesundheitsbildung > Verpflegungsgestaltung	„Angebot der gesunden Schuljause Möglichst zuckerarme Getränke in den Automaten“	Das Angebot von gesunder Schuljause und zuckerarmen Getränken kennzeichnet die konkrete Verpflegungsgestaltung.
Lehrperson 3, Pos. 42	Schulspezifische außerunterrichtliche Umsetzung von Gesundheitsbildung > Verpflegungsgestaltung	„Lautstärkenregulierung (Lärm = Stress) beim Mittagessen im Speiseplan (Sessel nicht schieben sondern anheben, Teller und Gläser leise am Geschirrwagen abstellen, normale Gesprächslautstärke)“	An der Schule wichtig ist die Beachtung bestimmter Verhaltensweisen im Speisesaal mit dem Ziel einer Lautstärkenreduktion, um Lärm (= Stress) zu vermeiden.
Lehrperson 5, Pos. 28	Schulspezifische außerunterrichtliche Umsetzung von Gesundheitsbildung > Verpflegungsgestaltung	„Es gibt wöchentlich eine gesunde Jause, angeliefert von einem Bio-Bauernladen, welcher lediglich mit regionalen Produzenten arbeitet.“	Wichtige Aspekte der konkreten Verpflegungsgestaltung sind ein regelmäßiges Angebot einer gesunden Jause aus regionalen Produkten von lokalen Anbietern.
Lehrperson 6, Pos. 25	Schulspezifische außerunterrichtliche Umsetzung von Gesundheitsbildung > Verpflegungsgestaltung	„Gesunde Jause“	Es gibt das Angebot einer gesunden Jause an der Schule.
Lehrperson 9, Pos. 26	Schulspezifische außerunterrichtliche Umsetzung von Gesundheitsbildung > Verpflegungsgestaltung	„Ab und zu finden in der großen Pause gesunde Jausen statt.“	Gelegentlich gibt es das Angebot einer gesunden Jause in der Pause an der Schule.
Lehrperson 10, Pos. 35	Schulspezifische außerunterrichtliche Umsetzung von	„organisieren von gesunden Schulbuffets,“	An der Schule werden gesunde Schulbuffets organisiert.

	Gesundheitsbildung > Verpflegungsgestaltung		
Lehrperson 2, Pos. 39-40	Schulspezifische außerunterrichtliche Umsetzung von Gesundheitsbildung > Pausengestaltung	„Ruherraum in der Pause Pause im Freien (Schulgarten, mit Spielen und Bewegungsmöglichkeit)“	Wichtige Aspekte der Pausengestaltung sind das Vorhandensein eines Ruheraums sowie eines Schulgartens mit Bewegungsmöglichkeiten zur Pausengestaltung im Freien an der Schule.
Lehrperson 9, Pos. 26	Schulspezifische außerunterrichtliche Umsetzung von Gesundheitsbildung > Pausengestaltung	„Ab und zu finden in der großen Pause gesunde Jause statt.“	Gelegentlich gibt es das Angebot einer gesunden Jause in der Pause an der Schule.
Lehrperson 11, Pos. 39	Schulspezifische außerunterrichtliche Umsetzung von Gesundheitsbildung > Pausengestaltung	„Bewegung und Sport: In den großen Pausen gibt es eine bewegte Pause, die beaufsichtigt wird (in Turnräumen).“	Beaufsichtigte Turnräume, um Bewegung in der Pause zu ermöglichen, sind ein Aspekt der schulspezifischen Pausengestaltung.
Lehrperson 3, Pos. 40-42	Schulspezifische außerunterrichtliche Umsetzung von Gesundheitsbildung > Verhaltensregelungen	„ Hygieneregeln (Hände waschen vor dem Essen, nach dem Toilettenbesuch, ...) - strenge Mülltrennung im Schulhaus (Umweltverschmutzung wirkt sich negativ auf die Gesundheit aus)	Folgende Verhaltensregeln sind an der Schule relevant: diverse Hygieneregeln, Mülltrennung zur Vermeidung negativer gesundheitlicher Auswirkung durch Umweltverschmutzung, Verhaltensregeln im Speisesaal zur Lautstärkereduktion, um Lärm (=Stress) zu vermeiden.
Lehrperson 4, Pos. 26	Schulspezifische außerunterrichtliche Umsetzung von	„In der Nachmittagsbetreuung gibt es die Regel, dass nur Wasser getrunken werden darf, wodurch die Kids kaum noch süße Getränke trinken.“	Ausschließliches Wassertrinken in der Nachmittagsbetreuung ist eine schulspezifische Verhaltensregel.

	Gesundheitsbildung > Verhaltensregelungen		
Lehrperson 1, Pos. 31	Schulspezifische außerunterrichtliche Umsetzung von Gesundheitsbildung > Projekte, Exkursionen & Veranstaltungen	„Durch Exkursionen; auch teilweise durch Zusammenarbeit mit dem Naturpark in der Region“	An der Schule finden verschiedene Exkursionen, unter anderem in Kooperation mit regionalen Angeboten, statt.
Lehrperson 4, Pos. 25	Schulspezifische außerunterrichtliche Umsetzung von Gesundheitsbildung > Projekte, Exkursionen & Veranstaltungen	„Die psychische Gesundheit ist für uns wichtig, weshalb es einmal im Schuljahr einen „Mental Health Day“ gibt.“	An der Schule wird jährlich ein „Mental Health Day“ veranstaltet.
Lehrperson 6, Pos. 25	Schulspezifische außerunterrichtliche Umsetzung von Gesundheitsbildung > Projekte, Exkursionen & Veranstaltungen	„Gesunde Jause, diverse Sportevents, verschiedene Kochkurse, Yoga, Meditation,“	An der Schule gibt es folgende Angebote: gesunde Jause, diverse Sportveranstaltungen, Kochkurse, Yoga und Meditation.
Lehrperson 7, Pos. 35-38	Schulspezifische außerunterrichtliche Umsetzung von Gesundheitsbildung > Projekte, Exkursionen & Veranstaltungen	• „Projekt Wasserschule • Mental Health Days • Erste-Hilfe-Kurse • Peer-Mentoring“	Folgende Veranstaltungen und Projekte werden an der Schule umgesetzt: Projekt „Wasserschule“, „Mental Health Days“, Erste Hilfe Kurse und Peer-Mentoring.
Lehrperson 10, Pos. 35	Schulspezifische außerunterrichtliche Umsetzung von	„Wie oben erwähnt: auf dem Weg zur Gesunden Schule, Angebot des Erste Hilfe Kurses,“	Zukünftig ist die Umsetzung des Projekts „Gesunde Schule“ geplant, gegenwärtig gibt es das Angebot eines Erste-Hilfe-Kurses an der Schule.

	Gesundheitsbildung > Projekte, Exkursionen & Veranstaltungen		
Lehrperson 1, Pos. 32	Schulspezifische außerunterrichtliche Umsetzung von Gesundheitsbildung > Angebote für mentale Gesundheit	„Bei psychischer Gesundheit: enger Kontakt zwischen Lehrpersonen, Eltern und Schüler:innen und bestimmte Maßnahmen gegen Mobbing“	Bestimmte Maßnahmen gegen Mobbing sowie enger Kontakt zwischen den an der Schule beteiligten Personen sind Beispiele für schulspezifische Angebote im Bereich der mentalen Gesundheit.
Lehrperson 4, Pos. 25	Schulspezifische außerunterrichtliche Umsetzung von Gesundheitsbildung > Angebote für mentale Gesundheit	„Die psychische Gesundheit ist für uns wichtig, weshalb es einmal im Schuljahr einen „Mental Health Day“ gibt.“	Es gibt das Angebot eines jährlichen „Mental Health Days“ an der Schule.
Lehrperson 7, Pos. 36	Schulspezifische außerunterrichtliche Umsetzung von Gesundheitsbildung > Angebote für mentale Gesundheit	• „Mental Health Days“	Es gibt das Angebot von „Mental Health Days“ an der Schule.
Lehrperson 10, Pos. 35	Schulspezifische außerunterrichtliche Umsetzung von Gesundheitsbildung > Angebote für mentale Gesundheit	„Schülerberatung durch Sozialpädagogin an der Schule.“	Es gibt das Angebot von sozialpädagogischen Beratungsmöglichkeiten für Schüler*innen an der Schule.
Lehrperson 11, Pos. 40-41	Schulspezifische außerunterrichtliche Umsetzung von Gesundheitsbildung >	„Mentale Gesundheit: An der Schule gibt es das Angebot der Peer-Mediation.“	Es gibt Angebote von Peer-Mediation und Schulsozialarbeit an der Schule.

	Angebote für mentale Gesundheit	Schulsozialarbeit: An unserer Schule gibt es zwei Schulsozialarbeiterinnen.“	
Lehrperson 10, Pos. 35	Schulspezifische unterrichtliche Integration von Gesundheitsbildung	„Fächerübergreifendes Unterrichten zu diesem Thema. Vernetzung mit anderen Fachgegenständen.“	Konkrete unterrichtliche Integrationsansätze sind fächerübergreifendes Unterrichten und Vernetzung verschiedener Fachgegenstände im Bereich Gesundheitsbildung
Lehrperson 3, Pos. 31	Schulspezifische unterrichtliche Integration von Gesundheitsbildung > Bewegungsintegration	„An meiner Schule (Ganztages-MS) haben wir beispielsweise den bewegten Nachmittagseinsteig eingeführt (5 Minuten Bewegung am Beginn der ersten Unterrichtseinheit am Nachmittag)“	An der Schule gibt es eine gezielte Bewegungsintegration zu Beginn der ersten Unterrichtseinheit am Nachmittag.
Lehrperson 5, Pos. 22	Schulspezifische unterrichtliche Integration von Gesundheitsbildung > Bewegungsintegration	„An unserer Schule wurde eine Zeit lang versucht, 10 Minuten Bewegung in den Schultag (zusätzlich zum Sportunterricht) einzubauen. Dies haben wir mit Bewegungskärtchen die AUVA durchgeführt.“	An der Schule gibt es eine gezielte Bewegungsintegration in Form kurzer Bewegungseinheiten unter Zuhilfenahme externer Materialien („Bewegungskärtchen“)
Lehrperson 5, Pos. 28	Schulspezifische unterrichtliche Integration von Gesundheitsbildung > Bewegungsintegration	„Es gibt die unverbindliche Übung Boden- und Geräteturnen, um ein zusätzliches Bewegungsangebot zu schaffen.“	Die Schule bietet ein zusätzliches Bewegungsangebot in Form der unverbindlichen Übung „Boden- und Geräteturnen“ an.
Lehrperson 6, Pos. 25	Schulspezifische unterrichtliche Integration von Gesundheitsbildung > Bewegungsintegration	„Bewegungspausen während des Unterrichts“	An der Schule gibt es eine gezielte Bewegungsintegration in Form von Bewegungspausen während der Unterrichtseinheiten.
Lehrperson 5, Pos. 28	Schulspezifische unterrichtliche Integration von Gesundheitsbildung > Stundenplangestaltung	„Es gibt die unverbindliche Übung Boden- und Geräteturnen, um ein zusätzliches Bewegungsangebot zu schaffen. In der unverbindlichen Übung [Name der Übung] lernen die Schüler:innen das Gärtnern und damit wie sie ihre Lebensmittel selbst herstellen können.“	Die Schule bietet folgende unverbindliche Übungen an: „Boden- und Geräteturnen“ als ein zusätzliches Bewegungsangebot, sowie eine unverbindliche Übung zum Thema Gärtnern, um Lebensmittelherstellung zu lernen.

Lehrperson 7, Pos. 39	Schulspezifische unterrichtliche Integration von Gesundheitsbildung > Stundenplangestaltung	• „Diverse Wahlkurse“	An der Schule werden diverse Wahlkurse angeboten.
Lehrperson 11, Pos. 38	Schulspezifische unterrichtliche Integration von Gesundheitsbildung > Stundenplangestaltung	„Über das Schulklima: Einmal pro Woche findet eine Stunde KOKOKO (Kommunikation, Kooperation und Konfliktlösung) als Unterrichtsfach statt.“	Regelmäßige Integration des Unterrichtsfaches „KOKOKO (Kommunikation, Kooperation und Konfliktlösung)“ an der Schule, um das Schulklima zu fördern.
Lehrperson 1, Pos. 35	Künftige außerunterrichtliche Integrationspotentiale von Gesundheitsbildung	„(...) Bewusstseinsbildung durch Vorleben (...)"	Die Bildung von Bewusstsein für die Bedeutung von Gesundheitsbildung durch Vorleben ist ein relevanter Aspekt im Kontext künftiger Integrationspotentiale an der Schule.
Lehrperson 10, Pos. 37	Künftige außerunterrichtliche Integrationspotentiale von Gesundheitsbildung	„(...) Mehr unterrichten im Freien (vor allem im Frühling und Sommer). (...)"	Ein verstärktes Angebot von Unterricht im Freien ist eine Option, Gesundheitsbildung an der Schule weiter zu integrieren.
Lehrperson 11, Pos. 43-48	Künftige außerunterrichtliche Integrationspotentiale von Gesundheitsbildung	„Weitere Möglichkeiten, Gesundheitsbildung außerhalb des Fachunterrichts zu integrieren, sind: (...)" • Achtsamkeit und Entspannung im Schulalltag einführen.“	Die künftige Integration von Aspekten zu Achtsamkeit und Entspannung im Schulalltag wird als eine weitere Möglichkeit im Bereich der außerunterrichtlichen Gesundheitsbildung gesehen.
Lehrperson 1, Pos. 35	Künftige außerunterrichtliche Integrationspotentiale von Gesundheitsbildung > Verpflegungspotentiale	„gesundheitsförderliche Angebote beim Schulbuffet“	Die künftige Integration gesundheitsförderlicher Angebote beim Schulbuffet erscheint im Bereich der Schulverpflegung relevant.
Lehrperson 4, Pos. 28	Künftige außerunterrichtliche Integrationspotentiale von Gesundheitsbildung > Verpflegungspotentiale	„Zusammenarbeit mit dem Buffet“	Die Zusammenarbeit mit dem an der Schule extern organisierten Buffet forcieren erscheint im Bereich der Schulverpflegung relevant.
Lehrperson 10, Pos. 37	Künftige außerunterrichtliche Integrationspotentiale von	„Gesunde Schulbuffets;“	Ein künftiges Angebot gesundheitsförderlicher Schulbuffets ist für die Schulverpflegung relevant.

	Gesundheitsbildung > Verpflegungspotentiale		
Lehrperson 10, Pos. 37	Künftige außerunterrichtliche Integrationspotentiale von Gesundheitsbildung > Verpflegungspotentiale	„Schulverpflegung, gesunde Snacks als Schulfause“	Ein künftiges Angebot einer gesundheitsförderlichen Schulverpflegung unter Berücksichtigung gesunder Snacks erscheint für den Schulstandort wichtig.
Lehrperson 1, Pos. 35	Künftige außerunterrichtliche Integrationspotentiale von Gesundheitsbildung > Bewegungspotentiale	„Bewegungsmöglichkeiten in den Pausen“	Die Schaffung von Bewegungsmöglichkeiten während der Pausen erscheint relevant, um Bewegung in den Schulalltag zu integrieren.
Lehrperson 3, Pos. 44	Künftige außerunterrichtliche Integrationspotentiale von Gesundheitsbildung > Bewegungspotentiale	„Ja, zum Beispiel in Bewegungsgewohnheiten bei Schulausflügen (Stiegen statt Rolltreppe bei U-Bahnen, eine Station früher aussteigen und zu Fuß gehen, ...)“	Gezielte Maßnahmen zur Förderung des Bewegungsverhaltens bei Schulausflügen werden als künftiges Integrationspotential gesehen.
Lehrperson 5, Pos. 30	Künftige außerunterrichtliche Integrationspotentiale von Gesundheitsbildung > Bewegungspotentiale	„Man könnte Kooperationen mit Vereinen ins Leben rufen, sodass die Schüler:innen im Zuge des Schulalltags mehr Bewegung machen“	Mögliche Kooperation mit Vereinen mit dem Ziel einer verstärkten Bewegungsintegration im Schulalltag werden als Potential für die Schule gesehen.
Lehrperson 10, Pos. 37	Künftige außerunterrichtliche Integrationspotentiale von Gesundheitsbildung > Bewegungspotentiale	„Eine weitere Idee von mir wäre noch, die großen Pause nach draußen zu verlegen (egal welches Wetter herrscht). Bewegung und frische Luftzufuhr für LP und SS.“	Eine Pausengestaltung im Freien wird als eine künftige Möglichkeit gesehen, um Bewegung im Schulalltag zu forcieren.
Lehrperson 10, Pos. 37	Künftige außerunterrichtliche Integrationspotentiale von Gesundheitsbildung > Bewegungspotentiale	„Tägliche Bewegungseinheit einführt. SS können nicht lange ruhig sitzen und sich lange konzentrieren. Sie müssen diese Energie loswerden.“	Die Einführung einer täglichen Bewegungseinheit an der Schule wird als künftiges Potential gesehen, Bewegung verstärkt zu integrieren.
Lehrperson 1, Pos. 34	Künftige außerunterrichtliche Integrationspotentiale von Gesundheitsbildung > Projekte, Exkursionen & Veranstaltungen	„Durch Workshops, Exkursionen, Lehrausgänge etc.“	Durchführung verschiedener Workshops, Exkursionen und von Lehrausgängen zählen zu Möglichkeiten, Gesundheitsbildung künftig im Schulalltag zu integrieren.

Lehrperson 3, Pos. 44	Künftige außerunterrichtliche Integrationspotentiale von Gesundheitsbildung > Projekte, Exkursionen & Veranstaltungen	„Ja, zum Beispiel in Bewegungsgewohnheiten bei Schulausflügen (Stiegen statt Rolltreppe bei U-Bahnen, eine Station früher aussteigen und zu Fuß gehen, ...)“	Bei Schulausflügen kann künftig verstärkt auf eine Steigerung des Bewegungsverhaltens durch gezielte Maßnahmen geachtet werden.
Lehrperson 4, Pos. 29	Künftige außerunterrichtliche Integrationspotentiale von Gesundheitsbildung > Projekte, Exkursionen & Veranstaltungen	„Nicht nur einen Mental Health Day sondern evtl. einen allgemeinen Health Day“	Mögliche Veranstaltungen wie z.B. Gesundheitstage an der Schule werden als künftige Potentiale für Gesundheitsbildung im Schulalltag gesehen.
Lehrperson 6, Pos. 27-28	Künftige außerunterrichtliche Integrationspotentiale von Gesundheitsbildung > Projekte, Exkursionen & Veranstaltungen	„Verschiedene Fachexkursionen am Schuljahresanfang bzw. Schüljahresende Projektwochen an denen sich mehrere Fächer (Deutsch, Chemie, Physik, ...) beteiligen.“	Durchführung verschiedener Fachexkursionen sowie Angebote fächerübergreifender Projektwochen werden als Möglichkeiten für künftige Integrationspotentiale an der Schule gesehen.
Lehrperson 10, Pos. 37	Künftige außerunterrichtliche Integrationspotentiale von Gesundheitsbildung > Projekte, Exkursionen & Veranstaltungen	„Mehr Workshops, Projekttage für Schüler*innen zu diesem Thema. Da dies leider immer wieder zu kurz kommt und SS meistens im Klassenraum unterrichtet werden.“	Ein verstärktes Angebot diverser Workshops und Projekttage zum Thema Gesundheit wird als mögliches künftiges Integrationspotential im Schulalltag gesehen.
Lehrperson 10, Pos. 37	Künftige außerunterrichtliche Integrationspotentiale von Gesundheitsbildung > Projekte, Exkursionen & Veranstaltungen	„Naturprojekte“	Als konkretes Beispiel werden in diesem Zusammenhang „Naturprojekte“ genannt.
Lehrperson 10, Pos. 37	Künftige außerunterrichtliche Integrationspotentiale von Gesundheitsbildung > Projekte, Exkursionen & Veranstaltungen	„Gesundheitsziele per App spielerisch zu erreichen oder gesundheitsrelevante Informationen aneignen (Digitale Grundbildung einbauen, miteinbeziehen).“	Die Nutzung digitaler Angebote wie Apps zur Informationsbeschaffung oder Erreichung bestimmter Ziele, also eine Integration von Digitaler Grundbildung, wird als mögliches Potential für die Integration von Gesundheitsbildung an der Schule gesehen.

<p>Lehrperson 11, Pos. 44</p> <p>Künftige außerunterrichtliche Integrationspotentiale von Gesundheitsbildung > Projekte, Exkursionen & Veranstaltungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> „Projekte und Aktionstage zu Gesundheitsthemen.“ 	<p>Folgende Bereiche werden für eine künftige Integration als relevant betrachtet :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Projekte und tageweise Veranstaltungen zu unterschiedlichen gesundheitsbezogenen Themen sowie
<p>Lehrperson 11, Pos. 45</p> <p>Künftige außerunterrichtliche Integrationspotentiale von Gesundheitsbildung > Projekte, Exkursionen & Veranstaltungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> „Exkursionen zu Gesundheitszentren.“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Exkursionen zu externen Einrichtungen wie Gesundheitszentren.
<p>Lehrperson 3, Pos. 44</p> <p>Künftige außerunterrichtliche Integrationspotentiale von Gesundheitsbildung > Schulgarten Nutzung</p>	<p>„Schulgartepflege (Kräuter- und Gemüsebeete wieder einführen, Ernte im EH-Unterricht verwenden).“</p>	<p>Die Möglichkeit der Schulgartennutzung, beispielsweise in Form eines aktiven Einbezugs von Kräuter- und Gemüsebeeten im EH-Unterricht, wird als möglicher Bereich für die künftige Integration von Gesundheitsbildung im Schulalltag aufgebracht.</p>
<p>Lehrperson 10, Pos. 37</p> <p>Künftige außerunterrichtliche Integrationspotentiale von Gesundheitsbildung > Schulgarten Nutzung</p>	<p>„Kräuterbeete anlegen“</p>	<p>Das Anlegen von Kräuterbeeten wird als Möglichkeit gesehen, um Gesundheitsbildung im Schulalltag künftig zu integrieren.</p>
<p>Lehrperson 11, Pos. 46</p> <p>Künftige außerunterrichtliche Integrationspotentiale von Gesundheitsbildung > Schulgarten Nutzung</p>	<ul style="list-style-type: none"> „Schulgärten für nachhaltige Ernährung und Gartenarbeit.“ 	<p>Der gezielte Einbezug von Schulgärten für nachhaltige Ernährung und Gartenarbeit wird als Möglichkeit einer künftigen Integration von Gesundheitsbildung gesehen.</p>
<p>Lehrperson 5, Pos. 30</p> <p>Künftige außerunterrichtliche Integrationspotentiale von Gesundheitsbildung > Außerschulische Vernetzungen</p>	<p>„Man könnte Kooperationen mit Vereinen ins Leben rufen, sodass die Schüler:innen im Zuge des Schulalltages mehr Bewegung machen. Im Ort gibt es ein Urban Gardening Projekt, welches man eventuell für eine Schulkooperation nutzen könnte. Die Besitzerin arbeitet aktuell an einem Konzept, sodass Schulen dies nutzen können.“</p>	<p>Außerschulische Vernetzungen in Form von künftigen Kooperationen mit Vereinen, um Bewegung verstärkt in den Schulalltag zu integrieren, sowie Kooperation mit einem lokalen „Urban Gardening Projekt“ werden als künftige</p>

		Möglichkeiten für die weitere Integration von Gesundheitsbildung im Schulalltag betrachtet.
Lehrperson 11, Pos. 45	Künftige außerunterrichtliche Integrationspotentiale von Gesundheitsbildung > Außerschulische Vernetzungen • „Schulpartnerschaften“	Außerschulische Vernetzung in Form von Schulpartnerschaften werden als künftiges Integrationspotential von Gesundheitsbildung im Schulalltag gesehen.
Lehrperson 10, Pos. 37	Künftige außerunterrichtliche Integrationspotentiale von Gesundheitsbildung > Elternzusammenarbeit „Gesundheitsnewsletter von SS an SS, LP und Erziehungsberechtigten (Tipps zur gesunden Ernährung, Bewegung, Achtsamkeit) unterschiedliche Themen zur Gesundheitsbildung. Informationsabende für Erziehungsberechtigte und Aufklärung der Gesundheitsbildung in Schulen.“	Der Einkenzug von Eltern durch verschiedene Maßnahmen wie z.B. an sie adressierte „Gesundheitsnewsletter“ mit konkreten Anregung zu bestimmten Gesundheitsthemen oder an Eltern gerichtete Informationsveranstaltungen wird als Möglichkeit zur weiteren Integration von Gesundheitsbildung betrachtet.
Lehrperson 11, Pos. 47	Künftige außerunterrichtliche Integrationspotentiale von Gesundheitsbildung > Elternzusammenarbeit • „Elternabende zur Aufklärung über Gesundheitsthemen“	Angebote von Elternabenden zur Aufklärung über Gesundheitsthemen sind für die künftige Integration relevant.
Lehrperson 10, Pos. 37	Künftige außerunterrichtliche Integrationspotentiale von Gesundheitsbildung > Mitgestaltungsmöglichkeiten für Schüler*innen „Schülervertretung und Gesundheitsrat unter den SS bestimmen.“	Mitgestaltungsmöglichkeiten für Schüler*innen durch Verantwortungsübernahme für bestimmte Ämter (z.B. Schüler*innenvertretung, Gesundheitsrat) werden als Möglichkeiten einer künftigen Integration von Gesundheitsbildung gesehen.
Lehrperson 10, Pos. 37	Künftige außerunterrichtliche Integrationspotentiale von Gesundheitsbildung > Mitgestaltungsmöglichkeiten für Schüler*innen „Mitbestimmung bei Pausenhofgestaltungen durch SS.“	Ein aktiver Einbezug von Schüler*innen im Bereich der Pausengestaltung wird als Möglichkeit einer künftigen Integration von Gesundheitsbildung gesehen.
Lehrperson 10, Pos. 37	Künftige außerunterrichtliche Integrationspotentiale von „Gesundheitsnewsletter von SS an SS, LP und Erziehungsberechtigten (Tipps zur gesunden Ernährung,	Die Gestaltung eines „Gesundheitsnewsletters“ von Schüler*innen mit konkreten Anregungen zu

	Gesundheitsbildung > Mitgestaltungsmöglichkeiten für Schüler*innen	Bewegung, Achtsamkeit) unterschiedliche Themen zur Gesundheitsbildung.“	bestimmten Gesundheitsthemen für unterschiedlichen Zielgruppen wie Schüler*innen, Lehrpersonen oder Eltern werden als Möglichkeit einer künftigen Integration von Gesundheitsbildung gesehen.
--	--	---	---

IV. Textdokumente der schriftlichen Interviews

Lehrperson 1

1	LP1				
2	Geschlecht:				
	Alter:				
	Dienstjahre der/des Interviewpartner*in:				
	Schultyp:	Mittelschule			
	Unterrichtsfach bzw. -fächer: (Zutreffendes bitte ankreuzen)	Ernährung und Haushalt	X		
		Biologie und Umweltbildung			
	Datum der Beantwortung des Interviews:	18.11.24			
	Name der Interviewerin:	Heike Strasser, BEd			
	Interviewmethode:	Schriftliches, problemzentriertes Leitfadeninterview (Übermittlung & Durchführung via E-Mail)			
3	I: 1. Was verbinden Sie mit „Gesundheitsbildung“ in der Schule? Was verstehen Sie darunter?				
4	LP1: Erweitern des Wissens über Gesundheit und die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Aspekten, wie z.B. Sport, Ernährung, Psyche, etc. verstehen.				
5	I: 2. Ein weiterer thematisch nahestehender und häufig verwandelter Begriff im Kontext Schule lautet „Gesundheitserziehung“. Was verstehen Sie unter diesem Begriff?				
6	LP1: Neben dem Erweitern des Wissens auch konkrete Vorschläge bzw. pädagogische Maßnahmen für eine gute Gesundheit.				
7	I: 3. Worin sehen Sie grundsätzliche Gemeinsamkeiten von „Gesundheitsbildung“ und „Gesundheitserziehung“?				
8	LP1: Gemeinsamkeiten sind das Erweitern des Wissens und Erlernen von Kompetenzen, die eine gute Gesundheit fördern.				
9	I: 4. Welche wesentlichen Unterschiede sind Ihrer Meinung nach kennzeichnend für diese beiden Fachbegriffe?				
10	LP 1: Bildung ist eher bezogen auf Wissen;				
11	Erziehung bezieht sich auf Praxis und pädagogische Maßnahmen				
12	I: 5. Wie setzen Sie Gesundheitsbildung in Ihrem Fachunterricht um?				
13	Hinweis: Falls Sie sowohl Ernährung und Haushalt als auch Biologie und Umweltbildung unterrichten, kennzeichnen Sie bitte, auf welches Fach sich Ihre Aussagen beziehen.				
14	a. Welche auf Gesundheitsbildung ausgerichteten Zielsetzungen verfolgen Sie in Ihrem Unterricht, was ist für Sie dabei zentral, den Schüler*innen zu vermitteln?				
15	LP1: Im Praxisunterricht geht es vor allem darum, die Kompetenz zu erweitern, eigenständig Mahlzeiten zuzubereiten, die zu einem großen Teil gesundheitsfördernd sind.				
16	Für Zusammenhänge zwischen Ernährung und Faktoren wie (sportliche/schulische) Leistungsfähigkeit, psychisches Wohlbefinden usw. Bewusstsein schaffen.				
17	I: b. Welche Themenbereiche in Ihrem Fachunterricht sind für Sie dabei im Hinblick auf Gesundheitsbildung essentiell? Gibt es bestimmte Schwerpunktsetzungen, wenn ja, welche?				

18	LP1: Der Schwerpunkt liegt auf jeglicher Fachpraxis.
19	Ein weiterer Themenbereich sind die Inhaltsstoffe der Nahrung und deren Nutzen/Aufgaben für den Körper
20	I: c. Falls Sie Ernährung und Haushalt und Biologie und Umweltbildung unterrichten: Worin liegen in Ihrem jeweiligen Fachunterricht Unterschiede und Gemeinsamkeiten bezüglich Gesundheitsbildung?
21	I: 6. Was ist aus Ihrer Sicht erforderlich, damit Gesundheitsbildung als übergreifendes Thema im Unterricht verschiedener Fächer umgesetzt werden kann?
22	LP1: Bewusstsein dafür schaffen, was Gesundheitsbildung ist und wie sie in verschiedenen Fächern, vor allem in denen, wo es nicht offensichtlich ist, umgesetzt werden kann.
23	Zusammenarbeit der unterschiedlichen Fachgruppen in einer Schule;
24	Teilweise sollten auch die Verlage der Schulbücher in die Pflicht genommen werden, fächerübergreifende Schwerpunkte zu setzen und Materialien zu veröffentlichen.
25	I: 7. Kennen Sie schulexterne Organisationen bzw. deren Angebote, um den Schüler*innen Gesundheitsbildung näher zu bringen? Wenn ja, beziehen Sie diese in Ihrem Fachunterricht ein? Welche Angebote nutzen Sie? Falls Sie keine nutzen: Warum nicht?
26	LP1: Ich kenne Organisationen (z.B. GIVE, Global 2000; Südwind), nutze sie aber zurzeit nicht im Unterricht, mit Ausnahme von Materialien von GIVE.
27	Das hat vor allem zeitliche und organisatorische Gründe.
28	I: 8. Welche Bereiche in der Lebenswelt Schule sehen Sie als essentiell an, um Gesundheitsbildung außerhalb des Fachunterrichts, also im Schulalltag, zu verwirklichen?
29	LP1: Schulkantine/Buffet; bewegte Pausen an der frischen Lu.; Lebensraum-/Schulraumgestaltung; Vertrauenslehrpersonen;
30	I: 9. In welcher Weise wird Gesundheitsbildung an Ihrer Schule außerhalb des Fachunterrichts umgesetzt?
31	LP1: Durch Exkursionen; auch teilweise durch Zusammenarbeit mit dem Naturpark in der Region
32	Bei psychischer Gesundheit: enger Kontakt zwischen Lehrpersonen, Eltern und Schüler:innen und bestimmte Maßnahmen gegen Mobbing
33	I: 10. Sehen Sie weitere Möglichkeiten, Gesundheitsbildung an Ihrer Schule außerhalb des Fachunterrichts zu integrieren, wenn ja, welche?
34	LP1: Durch Workshops, Exkursionen, Lehrausgänge etc.
35	Bewusstseinsschaffung durch Vorleben z.B. Bewegungsmöglichkeiten in den Pausen; gesundheitsförderliche Angebote beim Schulbuffet

Lehrperson 2

1	LP2				
2	Geschlecht:				
	Alter:				
	Dienstjahre der/des Interviewpartner*in:				
	Schultyp:	Mittelschule			
	Unterrichtsfach bzw. -fächer: (Zutreffendes bitte ankreuzen)	Ernährung und Haushalt	X		
		Biologie und Umweltbildung			
	Datum der Beantwortung des Interviews:	17.11.2024			
	Name der Interviewerin:	Heike Strasser, BEd			
	Interviewmethode:	Schriftliches, problemzentriertes Leitfadeninterview (Übermittlung & Durchführung via E-Mail)			
3	I: 1. Was verbinden Sie mit „Gesundheitsbildung“ in der Schule? Was verstehen Sie darunter?				
4	LP2: Unter Gesundheitsbildung verstehe ich die Bewusstseinsentwicklung bei den Schüler:innen für eine gesunde Ernährung und einen gesunden Lebensstil. Diese Gesundheitsbildung kann als ein Gesamtkonzept der Schule betrachtet werden, indem einerseits in der Schule beispielsweise in den Pausen eine gesunde Jause angeboten wird und mit den Kindern generell eine „gesunde“ Jause besprochen wird, auch in Getränkeautomaten sollten ausschließlich zuckerarme und gesunde Getränke angeboten werden. Andererseits wird die Gesundheitsbildung in den Unterrichtsfächern Biologie und Ernährung & Haushalt vermittelt – eine Zusammenarbeit dieser beiden Fächer ist daher anzustreben.				
5	I: 2. Ein weiterer thematisch nahestehender und häufig verwendeter Begriff im Kontext Schule lautet „Gesundheitserziehung“. Was verstehen Sie unter diesem Begriff?				
6	LP2: Gesundheitserziehung kann als Weiterführung der Gesundheitsbildung betrachtet werden, wobei die Gesundheitserziehung oftmals im allgemeinen schulischen und familiären Kontext vermittelt wird. Wie in Frage 1 bereits beschrieben, geht es hierbei um die alltägliche Umsetzung und Erinnerung, sowie das Besprechen, was „gesund“ ist und wie dies umgesetzt werden kann. Beispielsweise im Zuge einer gesunden Schuljause können die Kinder hierbei unterstützt werden, die Schule sowie die Lehrkräfte übernehmen hierbei eine Vorbildfunktion – auch die Eltern sollten hierbei miteinbezogen werden!				
7	I: 3. Worin sehen Sie grundsätzliche Gemeinsamkeiten von „Gesundheitsbildung“ und „Gesundheitserziehung“?				
8	LP2: Gesundheitsbildung umfasst die theoretische Erarbeitung und den fachlichen Hintergrund was Gesundheit umfasst, so beispielweise gesunde Ernährung, gesunder Lebensstil, aber auch persönliche mentale und körperliche Gesundheit (wobei auch der Sportunterricht dazu beiträgt). Gesundheitserziehung geht mehr über alltägliche Situationen, indem den Kindern aufgezeigt wird, wie sie gesunde Alternativen wählen können und so bewusst zu mehr Gesundheit gelangen.				
9	I: 4. Welche wesentlichen Unterschiede sind Ihrer Meinung nach kennzeichnend für diese beiden Fachbegriffe?				
10	LP2: Oben bereits beschrieben (Fragen 1-3)				
11	I: 5. Wie setzen Sie Gesundheitsbildung in Ihrem Fachunterricht um?				
12	Hinweis: Falls Sie sowohl Ernährung und Haushalt als auch Biologie und Umweltbildung unterrichten, kennzeichnen Sie bitte, auf welches Fach sich Ihre Aussagen beziehen.				

13	LP2: Gesundheitsbildung vermitte ich den Schüler:innen, indem ich bewusst über gesunde Ernährung spreche und hervorhebe, was denn „gesund“ heißt im Gegensatz zu ungesund. Gesundheit heißt für mich auch, dass die Schüler:innen die Ernährungspyramide kennen, ihre eigenen Ernährungsgewohnheiten kennen und sie so bewerten können, wie gesund sie sich ernähren. Die Mahlzeiten des Tages sind auch besonders wichtig, Frühstück für mehr Leistungsfähigkeit am Vormittag, mehrere kleinere Mahlzeiten am Tag.
14	a. Welche auf Gesundheitsbildung ausgerichteten Zielsetzungen verfolgen Sie in Ihrem Unterricht, was ist für Sie dabei zentral, den Schüler*innen zu vermitteln?
15	LP2: <ul style="list-style-type: none">• Mahlzeiten des Tages
16	<ul style="list-style-type: none">• Ernährungspyramide, eigene Essgewohnheiten kennen und bewerten können
17	<ul style="list-style-type: none">• Mahlzeiten des Tages
18	<ul style="list-style-type: none">• Gesunde Alternativen kennen und zubereiten können
19	I: b. Welche Themenbereiche in Ihrem Fachunterricht sind für Sie dabei im Hinblick auf Gesundheitsbildung essentiell? Gibt es bestimmte Schwerpunktsetzungen, wenn ja, welche?
20	LP2: <ul style="list-style-type: none">• Mahlzeiten des Tages
21	<ul style="list-style-type: none">• Ernährungspyramide, eigene Essgewohnheiten kennen und bewerten können
22	<ul style="list-style-type: none">• Mahlzeiten des Tages
23	<ul style="list-style-type: none">• Gesunde Alternativen kennen und zubereiten können
24	I: c. Falls Sie Ernährung und Haushalt und Biologie und Umweltbildung unterrichten: Worin liegen in Ihrem jeweiligen Fachunterricht Unterschiede und Gemeinsamkeiten bezüglich Gesundheitsbildung?
25	LP2: -
26	I: 6. Was ist aus Ihrer Sicht erforderlich, damit Gesundheitsbildung als übergreifendes Thema im Unterricht verschiedener Fächer umgesetzt werden kann?
27	LP2: Die Kommunikation zwischen den Lehrkräften und bereits früh im Schuljahr die Abstimmung der Vernetzung der fachlichen Inhalte!
28	I: 7. Kennen Sie schulexterne Organisationen bzw. deren Angebote, um den Schüler*innen Gesundheitsbildung näher zu bringen? Wenn ja, beziehen Sie diese in Ihrem Fachunterricht ein? Welche Angebote nutzen Sie? Falls Sie keine nutzen: Warum nicht?
29	LP2: -
30	I: 8. Welche Bereiche in der Lebenswelt Schule sehen Sie als essentiell an, um Gesundheitsbildung außerhalb des Fachunterrichts, also im Schulalltag, zu verwirklichen?
31	LP2: Gesunde Jause in den Pausen
32	Gesunde Getränke in den Getränkeautomaten der Schule
33	Förderung von gesunden Lebensmitteln durch die Gemeinde
34	Bewegungsmöglichkeit in der Pause
35	Ruhebereiche in der Pause, um zur Ruhe zu kommen (mentale Gesundheit)
36	I: 9. In welcher Weise wird Gesundheitsbildung an Ihrer Schule außerhalb des Fachunterrichts umgesetzt?
37	LP1: Angebot der gesunden Schuljause

38	Möglichst zuckerarme Getränke in den Automaten
39	Ruheraum in der Pause
40	Pause im Freien (Schulgarten, mit Spielen und Bewegungsmöglichkeit)
41	I: 10. Sehen Sie weitere Möglichkeiten, Gesundheitsbildung an Ihrer Schule außerhalb des Fachunterrichts zu integrieren, wenn ja, welche?
	LP2: -

Lehrperson 3

1	LP3				
2	Geschlecht:				
	Alter:				
	Dienstjahre der/des Interviewpartner*in:				
	Schultyp:	Mittelschule			
	Unterrichtsfach bzw. -fächer: (Zutreffendes bitte ankreuzen)	Ernährung und Haushalt	X		
		Biologie und Umweltbildung			
	Datum der Beantwortung des Interviews:	24.11.2024			
	Name der Interviewerin:	Heike Strasser, BEd			
	Interviewmethode:	Schriftliches, problemzentriertes Leitfadeninterview (Übermittlung & Durchführung via E-Mail)			
3	I: 1. Was verbinden Sie mit „Gesundheitsbildung“ in der Schule? Was verstehen Sie darunter?				
4	LP3: Mit Gesundheitsbildung in der Schule verbinde ich eine Wissens- und Handlungsvermittlung, die die eigene Gesundheit fördert. Aber auch die Übermittlung der Fähigkeit sich Informationen selbstständig zu beschaffen, diese für sich einzuordnen bzw. zu bewerten, gehört für mich zur Gesundheitsbildung dazu. Es braucht auch die Fertigkeit, die eingeholten Informationen ins eigene Handeln bzw. Verhalten einfließen zu lassen.				
5	„Gesundheitsbildung“ ist für mich ein fächerübergreifender Begriff, der Einzug in fast allen Unterrichtsfächern nehmen kann. Der Grund dafür ist die Komplexität des „Gesundheitsbegriffs“, der viele Themen tangiert – Bewegung, Ernährung, Umwelt, Psychologie, Soziales,				
6	I: 2. Ein weiterer thematisch nahestehender und häufig verwendeter Begriff im Kontext Schule lautet „Gesundheitserziehung“. Was verstehen Sie unter diesem Begriff?				
7	LP3: Gesundheitserziehung ist meiner Ansicht nach engmaschiger zu verstehen. Der Begriff ist zwar genauso fächerübergreifend aufzufassen, aber „Erziehung“ hat mit Verhaltensänderung durch Lenkung zu tun und lässt den Aspekt der selbstbestimmten und selbstständigen Aneignung von Wissens- und Handlungskompetenz außen vor. „Erziehung“ – „man wird erzogen“: Das bedeutet für mich, dass es fremdbestimmt ist und Erziehung bewirkt eine Verhaltensanpassung. „Man tut etwas oder tut es nicht.“				
8	I: 3. Worin sehen Sie grundsätzliche Gemeinsamkeiten von „Gesundheitsbildung“ und „Gesundheitserziehung“?				
9	LP3: Bei beiden Begriffen steht die „Gesundheit“ im Fokus, welche fächerübergreifend im Unterricht thematisiert werden kann. Es geht um eine Wissens- und Handlungsvermittlung, ABER bei der Gesundheitserziehung fällt die Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit weg.				
10	I: 4. Welche wesentlichen Unterschiede sind Ihrer Meinung nach kennzeichnend für diese beiden Fachbegriffe?				
11	LP3: Bei der „Erziehung“ gibt es ein „richtiges“ und „falsches“ Verhalten und die Erziehung zielt auf eine Verhaltensanpassung ab, welche durch den/die Erzieher/-in herbeigeführt wird.				
12	„Bildung“ schließt die Reflexion ein – der/die Lernende bildet sich also eine eigene Meinung und ändert nicht einfach so sein/ihr Verhalten. Bei der Bildung ist also die Selbstbestimmung eingeschlossen.				
13	I: 5. Wie setzen Sie Gesundheitsbildung in Ihrem Fachunterricht um?				

14	Hinweis: Falls Sie sowohl Ernährung und Haushalt als auch Biologie und Umweltbildung unterrichten, kennzeichnen Sie bitte, auf welches Fach sich Ihre Aussagen beziehen.
15	a. Welche auf Gesundheitsbildung ausgerichteten Zielsetzungen verfolgen Sie in Ihrem Unterricht, was ist für Sie dabei zentral, den Schüler*innen zu vermitteln?
16	LP3: Ich verfolge folgende Ziele in meinem Unterricht:
17	- Hygiene (Händehygiene, Küchenhygiene, Lebensmittelhygiene): Hände gründlich Waschen, Verwendung von Haargummi, Kopfbedeckung und Schürze, Lebensmittel waschen und gründliches Geschirr spülen
18	- Gemeinsames, stressfreies sowie bewusstes Essen am Tisch mit Tischmanieren und mit sozialer Interaktion (Gespräche während des Essens), kein Schlingen, keine Ablenkung durch Medien (An meiner Schule herrscht sowieso Handyverbot, außer es ist für den Unterricht nötig)
19	- Sicherheit in der Küche: Verwendung von geeigneten Messern, Verwendung von Topflappen/Hitzehandschuhen, rutschfeste Schneidebretter
20	- Wissen über Nährstoffe und deren Wichtigkeit und Funktion für den menschlichen Körper, nährstoffschonende Lagerung und Verarbeitung der Lebensmittel
21	- Reflexion des eigenen Ernährungsverhalten: Süßigkeiten-, Snack- & Fleischkonsum, Trinkgewohnheiten (Wasser statt Limonaden, Trinkmenge)
22	- Umwelt & Nachhaltigkeit: saisonale (& regionale) und vorrangig BIO-Lebensmittel bei den Kocheinheiten verwenden, Wasser sparen beim Abwaschen, richtige Mülltrennung, Strom sparen (Kühlschrank nicht zu lange offen lassen, Ofen nicht zu lange vorheizen, Licht abdrehen), Restlküche/ Einkochen oder Einfrieren von nicht benötigten Lebensmitteln
23	I: b. Welche Themenbereiche in Ihrem Fachunterricht sind für Sie dabei im Hinblick auf Gesundheitsbildung essentiell? Gibt es bestimmte Schwerpunktsetzungen, wenn ja, welche?
24	LP3: Folgende Themenbereiche sind mir wichtig:
25	- abwechslungsreiche, aber dennoch saisonale, ausgewogene und vorrangig vegetarische Küche den Schüler*innen näher bringen – Viele meiner Schüler*innen essen zu Hause mehrmals in der Woche Fleisch und auch sehr salzhaltig. Ich möchte ihnen die Vielfalt der saisonalen vegetarischen Küche näher bringen.
26	- Was machen zuckerhaltige Limonaden und Energydrinks mit deinem Körper? – Viele meiner Schüler*innen trinken außerhalb der Schule Limonaden oder Energydrinks. In der Schule Wasser wird ausschließlich Wasser getrunken.
27	- bewusstes und genussvolles Essen am Tisch ohne Medien
28	I: c. Falls Sie Ernährung und Haushalt und Biologie und Umweltbildung unterrichten: Worin liegen in Ihrem jeweiligen Fachunterricht Unterschiede und Gemeinsamkeiten bezüglich Gesundheitsbildung?
29	LP3: Ich unterrichte bei Biologie und Umweltbildung
30	I: 6. Was ist aus Ihrer Sicht erforderlich, damit Gesundheitsbildung als übergreifendes Thema im Unterricht verschiedener Fächer umgesetzt werden kann?
31	LP3: Die Lehrpersonen müssen sich der Wichtigkeit dieses Themas bewusst sein. Damit ist schon ein großer Schritt in die richtige Richtung gemacht und es braucht dann nur noch die Zusammenarbeit der Lehrpersonen unterschiedlicher Fächer. Es können beispielsweise große Projektarbeiten, die auf die gesamte Schule ausgeweitet werden können, ins Rollen gebracht werden. An meiner Schule (Ganztages-MS) haben wir beispielsweise den bewegten Nachmittagseinstieg eingeführt (5 Minuten Bewegung am Beginn der ersten Unterrichtseinheit am Nachmittag). Zudem wurde auch in einer Freizeitstunde die sogenannte „Ruhestunde“ eingeführt. In dieser Stunde können die Schüler*innen

	einfach schlafen anstatt in ihren regulären Freizeitworkshop zu gehen. Gesunde Schlafgewohnheiten gehören auch zur Gesundheitsbildung dazu.
32	I: 7. Kennen Sie schulexterne Organisationen bzw. deren Angebote, um den Schüler*innen Gesundheitsbildung näher zu bringen? Wenn ja, beziehen Sie diese in Ihrem Fachunterricht ein? Welche Angebote nutzen Sie? Falls Sie keine nutzen: Warum nicht?
33	LP3: Ja, ich kenne schulexterne Organisationen und deren Programme für Gesundheitsbildung – beispielsweise WiG (Wiener Gesundheitsförderung). Ich habe bis jetzt nur Unterlagen (z.B. Jausenführerschein) in meinen Unterricht eingebunden, aber keine Workshops gebucht
34	I: 8. Welche Bereiche in der Lebenswelt Schule sehen Sie als essentiell an, um Gesundheitsbildung außerhalb des Fachunterrichts, also im Schulalltag, zu verwirklichen?
35	LP3: - Präsenz einer Wasserflasche am Tisch, damit die Schüler*innen genügend Wasser trinken
36	- Händewaschen vor dem Mittagessen
37	- Pausen nutzen um zu trinken, essen, verschaffen und auf die Toilette zu gehen
38	I: 9. In welcher Weise wird Gesundheitsbildung an Ihrer Schule außerhalb des Fachunterrichts umgesetzt?
39	LP3: In schulalltäglichen Situationen kann die Gesundheitsbildung integriert werden. An meiner Schule sieht das folgendermaßen aus:
40	- Hygieneregeln (Hände waschen vor dem Essen, nach dem Toilettenbesuch, ...)
41	- strenge Mülltrennung im Schulhaus (Umweltverschmutzung wirkt sich negativ auf die Gesundheit aus)
42	- Lautstärkenregulierung (Lärm = Stress) beim Mittagessen im Speiseplan (Sessel nicht schieben sondern anheben, Teller und Gläser leise am Geschirrwagen abstellen, normale Gesprächslautstärke)
43	I: 10. Sehen Sie weitere Möglichkeiten, Gesundheitsbildung an Ihrer Schule außerhalb des Fachunterrichts zu integrieren, wenn ja, welche?
44	LP3: Ja, zum Beispiel in Bewegungsgewohnheiten bei Schulausflügen (Stiegen statt Rolltreppe bei U-Bahnen, eine Station früher aussteigen und zu Fuß gehen, ...) oder in der Schulgartenpflege (Kräuter- und Gemüsebeete wieder einführen, Ernte im EH-Unterricht verwenden).

Lehrperson 4

1	LP4	
2	Geschlecht:	
	Alter:	
	Dienstjahre der/des Interviewpartner*in:	
	Schultyp:	Gymnasium
	Unterrichtsfach bzw. -fächer: (Zutreffendes bitte ankreuzen)	Ernährung und Haushalt <input checked="" type="checkbox"/> Biologie und Umweltbildung X
	Datum der Beantwortung des Interviews:	15min
	Name der Interviewerin:	Heike Strasser, BEd
	Interviewmethode:	Schriftliches, problemzentriertes Leitfadeninterview (Übermittlung & Durchführung via E-Mail)
3	I: 1. Was verbinden Sie mit „Gesundheitsbildung“ in der Schule? Was verstehen Sie darunter?	
4	LP4: Den SuS Bildung zu vermitteln im Hinblick auf Gesundheit. Was ist wichtig für einen gesunden Körper, was passiert biologisch gesehen, wenn er nicht mehr gesund ist, was für Behandlungen gibt es und wie „funktionieren“ sie.	
5	I: 2. Ein weiterer thematisch nahestehender und häufig verwendeter Begriff im Kontext Schule lautet „Gesundheitserziehung“. Was verstehen Sie unter diesem Begriff?	
6	LP4: Was jeder einzelne Schüler und Schülerin tun kann, um sich gesund zu halten. Wie kann ich das erworbene Wissen um Gesundheit umsetzen in meinem Alltag, worauf gilt es zu achten, damit ich persönlich gesund bleibe.	
7	I: 3. Worin sehen Sie grundsätzliche Gemeinsamkeiten von „Gesundheitsbildung“ und „Gesundheitserziehung“?	
8	LP4: Erziehung wird nur umgesetzt, wenn ich den Wert dessen kenne und eine dementsprechende Bildung darüber habe.	
9	I: 4. Welche wesentlichen Unterschiede sind Ihrer Meinung nach kennzeichnend für diese beiden Fachbegriffe?	
10	LP4: Bildung vermittelt Wissen über die biologischen Hintergründe und liefert die notwendige Motivation um das dann in meine Erziehung und meinen Alltag zu integrieren und ihn dementsprechend anzupassen.	
11	I: 5. Wie setzen Sie Gesundheitsbildung in Ihrem Fachunterricht um?	
12	Hinweis: Falls Sie sowohl Ernährung und Haushalt als auch Biologie und Umweltbildung unterrichten, kennzeichnen Sie bitte, auf welches Fach sich Ihre Aussagen beziehen.	
13	a. Welche auf Gesundheitsbildung ausgerichteten Zielsetzungen verfolgen Sie in Ihrem Unterricht, was ist für Sie dabei zentral, den Schüler*innen zu vermitteln?	
14	LP4: Je nach Altersstufe die Themen, die in Biologie am Lehrplan stehen, warum ist es bspw. in der 1.Klasse wichtig, dass meine Zähne gesund sind. Wie sind die Zähne aufgebaut und was passiert biologisch, wenn ich sie nicht mehr putze. Was sind die weiteren Auswirkungen, was passiert mit meinem Körper und wie verhindere ich das. Einzelne Schüler erzählen und man kann voneinander lernen.	
15	I: b. Welche Themenbereiche in Ihrem Fachunterricht sind für Sie dabei im Hinblick auf Gesundheitsbildung essentiell? Gibt es bestimmte Schwerpunktsetzungen, wenn ja, welche?	

16	LP4: Ernährung und sexuelle Gesundheit sind von mir persönlich gesetzte Schwerpunkte.
17	I: c. Falls Sie Ernährung und Haushalt und Biologie und Umweltbildung unterrichten: Worin liegen in Ihrem jeweiligen Fachunterricht Unterschiede und Gemeinsamkeiten bezüglich Gesundheitsbildung?
18	I: 6. Was ist aus Ihrer Sicht erforderlich, damit Gesundheitsbildung als übergreifendes Thema im Unterricht verschiedener Fächer umgesetzt werden kann?
19	LP4: Konkrete Umsetzungsvorschläge in den Schulbüchern bzw. Lehrerhandexemplaren, da sich die einzelnen Kollegen nicht zusammensetzen und sagen „hey, das Thema mach ich demnächst in Bio, machst du da in Deutsch was dazu, könntest du das einbauen, wollen wir uns was überlegen, wie wir das fächerübergreifend aufgreifen können?“. Wenn es vorgefertigte oder zumindest anregende Vorschläge gäbe, wie dies fächerübergreifend aussehen könnte, würden es sicher sehr viel mehr solcher Projekte geben.
20	I: 7. Kennen Sie schulexterne Organisationen bzw. deren Angebote, um den Schüler*innen Gesundheitsbildung näher zu bringen? Wenn ja, beziehen Sie diese in Ihrem Fachunterricht ein? Welche Angebote nutzen Sie? Falls Sie keine nutzen: Warum nicht?
21	LP4: Ich kenne nur sexuell orientierte Workshops, die dieses Thema und auch sexuelle Gesundheit näherbringen. Andere kenne und nutze ich leider nicht.
22	I: 8. Welche Bereiche in der Lebenswelt Schule sehen Sie als essentiell an, um Gesundheitsbildung außerhalb des Fachunterrichts, also im Schulalltag, zu verwirklichen?
23	LP4: Ein überwiegend gesundes Schulbuffet bspw. Bei uns wird leider überwiegend ungesundes Essen und Unmengen an Süßigkeiten angeboten. Das wäre ein unmittelbarer Punkt
24	I: 9. In welcher Weise wird Gesundheitsbildung an Ihrer Schule außerhalb des Fachunterrichts umgesetzt?
25	LP4: Die psychische Gesundheit ist für uns wichtig, weshalb es einmal im Schuljahr einen „Mental Health Day“ gibt.
26	In der Nachmittagsbetreuung gibt es die Regel, dass nur Wasser getrunken werden darf, wodurch die Kids kaum noch süße Getränke trinken. Das Buffet agiert hier mehr oder weniger gegen uns, da sie viel von genau diesen süßen Getränken anbieten.
27	I: 10. Sehen Sie weitere Möglichkeiten, Gesundheitsbildung an Ihrer Schule außerhalb des Fachunterrichts zu integrieren, wenn ja, welche?
28	LP4: Zusammenarbeit mit dem Buffet
29	Nicht nur einen Mental Health Day sondern evtl. einen allgemeinen Health Day

Lehrperson 5

1	LP5	
2	Geschlecht:	
	Alter:	
	Dienstjahre der/des Interviewpartner*in:	
	Schultyp:	Mittelschule
	Unterrichtsfach bzw. -fächer: (Zutreffendes bitte ankreuzen)	Ernährung und Haushalt <input checked="" type="checkbox"/> Biologie und Umweltbildung X
	Datum der Beantwortung des Interviews:	13.11.2024
	Name der Interviewerin:	Heike Strasser, BEd
	Interviewmethode:	Schriftliches, problemzentriertes Leitfadeninterview (Übermittlung & Durchführung via E-Mail)
3	I: 1. Was verbinden Sie mit „Gesundheitsbildung“ in der Schule? Was verstehen Sie darunter?	
4	LP5: Den Schüler:innen zu vermitteln, dass Gesundheit mehr als lediglich die Abwesenheit von Krankheit ist und auch, dass sie selbst für ihre Gesundheit verantwortlich sind und ihr Lebensstil viel dazu beiträgt.	
5	I: 2. Ein weiterer thematisch nahestehender und häufig verwendeter Begriff im Kontext Schule lautet „Gesundheitserziehung“. Was verstehen Sie unter diesem Begriff?	
6	LP5: Ich verstehe darunter, dass man Schüler:innen beim Lernen über Gesundheit unterstützen muss und ihnen die Konzepte einer ganzheitlichen Gesundheit beibringen muss.	
7	I: 3. Worin sehen Sie grundsätzliche Gemeinsamkeiten von „Gesundheitsbildung“ und „Gesundheitserziehung“?	
8	LP5: Ich sehe die Gemeinsamkeit in meiner Rolle als Pädagogin, dass ich Schüler:innen in beiden Fällen unterstütze und heranführe.	
9	I: 4. Welche wesentlichen Unterschiede sind Ihrer Meinung nach kennzeichnend für diese beiden Fachbegriffe?	
10	LP5: Bildung geschieht auch ohne mein Zutun durch beispielsweise Peers, wohin gegen Erziehung das Zutun von Eltern und Pädagog:innen bedarf.	
11	I: 5. Wie setzen Sie Gesundheitsbildung in Ihrem Fachunterricht um?	
12	Hinweis: Falls Sie sowohl Ernährung und Haushalt als auch Biologie und Umweltbildung unterrichten, kennzeichnen Sie bitte, auf welches Fach sich Ihre Aussagen beziehen.	
13	LP5: Ich vermittele, dass die Ernährung einen besonders großen Einfluss auf unseren Körper und unser Wohlbefinden hat. Außerdem lege ich sehr viel Wert darauf, dass die Schüler:innen wissen, wo ihre Nahrung herkommt und dass sie den Unterschied zwischen konventioneller und biologischer Landwirtschaft kennen. Zusätzlich zum fachlichen Unterricht, der die im Lehrplan enthaltenen Themen der Gesundheitsbildung (1. Klasse = menschlicher Körper, 2. Klasse = Ökosystem Wald und Wasser, 3. Klasse = Landwirtschaft, Ökosystem Boden, 4. Klasse = menschlicher Körper) behandelt, lege ich Wert auch praktische Anwendung. Ich führe Versuche durch (Boden- und Pflanzenexperimente), ziehe Pflanzen mit den Schüler:innen, um diese anschließend zu ernten. Außerdem machen wir regelmäßig Ausflüge zu lokalen Produzenten.	
14	Zusätzlich versuche ich regelmäßig aktives Lernen durch Integration von Bewegung in den Unterricht einzubauen.	

15	a. Welche auf Gesundheitsbildung ausgerichteten Zielsetzungen verfolgen Sie in Ihrem Unterricht, was ist für Sie dabei zentral, den Schüler*innen zu vermitteln?
16	LP5: Gesundheitsbildung hängt für mich stark damit zusammen, wie ich mich ernähre und meinen Körper behandle und dies vermittele ich meinen Schüler:innen auch. Vor allem versuche ich ein gutes Vorbild zu sein.
17	I: b. Welche Themenbereiche in Ihrem Fachunterricht sind für Sie dabei im Hinblick auf Gesundheitsbildung essentiell? Gibt es bestimmte Schwerpunktsetzungen, wenn ja, welche?
18	LP5: Die Themen Ernährung und Verdauung und der menschliche Körper sind essentiell. Zusätzlich sind die Pflanzen äußerst wichtig, da sie die Grundlage für unsere Ernährung(-ssicherheit) darstellen. Bewegung ist mir als Sportlehrerin auch besonders wichtig, da ab 30 Minuten der komplette Stoffwechsel auf Sparflamme schaltet und dies in Konzentrationsschwierigkeiten seitens der Schüler:innen resultiert. Die Schüler:innen sollten lernen, dass Bewegung essentiell für einen gesunden Körper ist, vor allem in Anbetracht der Tatsache, dass ein Großteil der Schüler:innenschaft die von der WHO vorgegebene Bewegungsmenge regelmäßig nicht erreicht.
19	I: c. Falls Sie Ernährung und Haushalt und Biologie und Umweltbildung unterrichten: Worin liegen in Ihrem jeweiligen Fachunterricht Unterschiede und Gemeinsamkeiten bezüglich Gesundheitsbildung?
20	LP5: --
21	I: 6. Was ist aus Ihrer Sicht erforderlich, damit Gesundheitsbildung als übergreifendes Thema im Unterricht verschiedener Fächer umgesetzt werden kann?
22	LP5: Es muss ein vom gesamten Lehrpersonal getragener Leitgedanke der Schule sein. Die Ressourcen müssen vorhanden sein. Außerdem bräuchte es Konzepte, eventuell vorgefertigte und geteilte Stundenbilder, die in jedem Fach zur Verfügung stehen, sodass Lehrpersonen, die mit dem Thema nicht vertraut sind, auch Möglichkeiten zur Umsetzung haben. An unserer Schule wurde eine Zeit lang versucht, 10 Minuten Bewegung in den Schulalltag (zusätzlich zum Sportunterricht) einzubauen. Dies haben wir mit Bewegungskärtchen der AUVA durchgeführt.
23	I: 7. Kennen Sie schulexterne Organisationen bzw. deren Angebote, um den Schüler*innen Gesundheitsbildung näher zu bringen? Wenn ja, beziehen Sie diese in Ihrem Fachunterricht ein? Welche Angebote nutzen Sie? Falls Sie keine nutzen: Warum nicht?
24	LP5: Letztes Schuljahr habe ich den Turn- und Jausenführerschein in den ersten Klassen durchgeführt. Dieses Schuljahr sind wir Teil der bewegten Klasse. Dies sind zusätzliche Bewegungseinheiten mit einem speziellen Pädagogen:in, der/die bestimmte Schwerpunkte setzt.
25	I: 8. Welche Bereiche in der Lebenswelt Schule sehen Sie als essentiell an, um Gesundheitsbildung außerhalb des Fachunterrichts, also im Schulalltag, zu verwirklichen?
26	LP5: Eine bewegte Pause ist besonders wichtig. Außerdem sollte man auf gesunde Schuljausenangebote achten.
27	I: 9. In welcher Weise wird Gesundheitsbildung an Ihrer Schule außerhalb des Fachunterrichts umgesetzt?
28	LP5: Es gibt wöchentlich eine gesunde Jause, angeliefert von einem Bio-Bauernladen, welcher lediglich mit regionalen Produzenten arbeitet. Es gibt die unverbindliche Übung Boden- und Geräteturnen, um ein zusätzliches Bewegungsangebot zu schaffen. In der unverbindlichen Übung [Name der Übung] lernen die Schüler:innen das Gärtnern und damit wie sie ihre Lebensmittel selbst herstellen können.
29	I: 10. Sehen Sie weitere Möglichkeiten, Gesundheitsbildung an Ihrer Schule außerhalb des Fachunterrichts zu integrieren, wenn ja, welche?

30 LP5: Man könnte Kooperationen mit Vereinen ins Leben rufen, sodass die Schüler:innen im Zuge des Schulalltages mehr Bewegung machen. Im Ort gibt es ein Urban Gardening Projekt, welches man eventuell für eine Schulkooperation nutzen könnte. Die Besitzerin arbeitet aktuell an einem Konzept, sodass Schulen dies nutzen können.

Lehrperson 6

1	LP6	
2	Geschlecht:	
	Alter:	
	Dienstjahre der/des Interviewpartner*in:	
	Schultyp:	Mittelschule
	Unterrichtsfach bzw. -fächer: (Zutreffendes bitte ankreuzen)	Ernährung und Haushalt
		Biologie und Umweltbildung <input checked="" type="checkbox"/>
	Datum der Beantwortung des Interviews:	21.11.24
	Name der Interviewerin:	Heike Strasser, BEd
	Interviewmethode:	Schriftliches, problemzentriertes Leitfadeninterview (Übermittlung & Durchführung via E-Mail)
3	I: 1. Was verbinden Sie mit „Gesundheitsbildung“ in der Schule? Was verstehen Sie darunter?	
4	LP6: Alle Themen die relevant für die Gesundheit und Wohlergehen des menschlichen Körpers sind. (Zahnhygiene, Ernährung, Richte Bewegungen und Haltung, ...)	
5	I: 2. Ein weiterer thematisch nahestehender und häufig verwendeter Begriff im Kontext Schule lautet „Gesundheitserziehung“. Was verstehen Sie unter diesem Begriff?	
6	LP6: Eine gewisse Umerziehung hinsichtlich einer gesunden Lebensweise, sofern imVorfeld nicht vollständiges oder inkorrekte Wissen vorhanden war.	
7	I: 3. Worin sehen Sie grundsätzliche Gemeinsamkeiten von „Gesundheitsbildung“ und „Gesundheitserziehung“?	
8	LP6: „Eigentlich nur, dass sich beides um die menschliche Gesundheit dreht. Bildung und Erziehung gehen verschiedene Wege.“	
9	I: 4. Welche wesentlichen Unterschiede sind Ihrer Meinung nach kennzeichnend für diese beiden Fachbegriffe?	
10	LP6: Bildung ist gesamtheitlich, also Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die je nach Wissenstand und Wissensveränderung sich auch verändern. Erziehung hat weniger mit Wissen dafür mehr Fähigkeiten zu tun.	
11	I: 5. Wie setzen Sie Gesundheitsbildung in Ihrem Fachunterricht um?	
12	Hinweis: Falls Sie sowohl Ernährung und Haushalt als auch Biologie und Umweltbildung unterrichten, kennzeichnen Sie bitte, auf welches Fach sich Ihre Aussagen beziehen.	
13	a. Welche auf Gesundheitsbildung ausgerichteten Zielsetzungen verfolgen Sie in Ihrem Unterricht, was ist für Sie dabei zentral, den Schüler*innen zu vermitteln?	
14	LP6: In jedem Themengebiet werden gesundheitsspezifische Themen angeschnitten. Ich erfrage immer zuerst die Lebenswelt bzw. die Erfahrungen. Dann setzte ich erst mit Bildungsthemen an.	
15	I: b. Welche Themenbereiche in Ihrem Fachunterricht sind für Sie dabei im Hinblick auf Gesundheitsbildung essentiell? Gibt es bestimmte Schwerpunktsetzungen, wenn ja, welche?	
16	LP6: Ernährung, Haltung und Bewegung (BUB)	
17	I: c. Falls Sie Ernährung und Haushalt und Biologie und Umweltbildung unterrichten: Worin liegen in Ihrem jeweiligen Fachunterricht Unterschiede und Gemeinsamkeiten bezüglich Gesundheitsbildung?	

18	I: 6. Was ist aus Ihrer Sicht erforderlich, damit Gesundheitsbildung als übergreifendes Thema im Unterricht verschiedener Fächer umgesetzt werden kann?
19	LP6: Kommunikation zwischen den Lehrkräften und der Wille gemeinsame Projekte zu machen.
20	I: 7. Kennen Sie schulexterne Organisationen bzw. deren Angebote, um den Schüler*innen Gesundheitsbildung näher zu bringen? Wenn ja, beziehen Sie diese in Ihrem Fachunterricht ein? Welche Angebote nutzen Sie? Falls Sie keine nutzen: Warum nicht?
21	LP6: Mir fallen aktuell keine ein.
22	I: 8. Welche Bereiche in der Lebenswelt Schule sehen Sie als essentiell an, um Gesundheitsbildung außerhalb des Fachunterrichts, also im Schulalltag, zu verwirklichen?
23	LP6: Buffet, Sportunterricht, Kochen, ...
24	I: 9. In welcher Weise wird Gesundheitsbildung an Ihrer Schule außerhalb des Fachunterrichts umgesetzt?
25	LP6: Gesunde Jause, diverse Sportevents, verschiedene Kochkurse, Yoga, Meditation, Bewegungspausen während des Unterrichts
26	I: 10. Sehen Sie weitere Möglichkeiten, Gesundheitsbildung an Ihrer Schule außerhalb des Fachunterrichts zu integrieren, wenn ja, welche?
27	Verschiedene Fachexkursionen am Schuljahresanfang bzw. Schuljahresende
28	Projektwochen an denen sich mehrere Fächer (Deutsch, Chemie, Physik, ...) beteiligen.

Lehrperson 7

1	LP7		
2	Geschlecht:		
	Alter:		
	Dienstjahre der/des Interviewpartner*in:		
	Schultyp:	AHS	
	Unterrichtsfach bzw. -fächer: (Zutreffendes bitte ankreuzen)	Ernährung und Haushalt	
		Biologie und Umweltbildung	<input checked="" type="checkbox"/>
	Datum der Beantwortung des Interviews:	19.11.2024	
	Name der Interviewerin:	Heike Strasser, BEd	
	Interviewmethode:	Schriftliches, problemzentriertes Leitfadeninterview (Übermittlung & Durchführung via E-Mail)	
3	I: 1. Was verbinden Sie mit „Gesundheitsbildung“ in der Schule? Was verstehen Sie darunter?		
4	LP7: Mit dem Begriff Gesundheitsbildung verbinde ich unterschiedlichste Aspekte, die sowohl die individuelle Gesundheit der Schüler*innen als auch das eigentliche Lernen über dessen Gesundheit und gesundheitsförderliche Lebensweisen betreffen.		
5	Die Vermittlung von Wissen über gesunde Ernährung, regelmäßige Bewegung, Hygiene, psychische Gesundheit (Stressbewältigung, Umgang mit Konflikten, Mobbing, Selbstwertgefühl anderer politischen und gesellschaftlichen Meinungen sowie Steigerung sozialer Kompetenzen), Sexualaufklärung, Drogen- und Suchtprävention, die Bedeutung und Wichtigkeit von Schlaf sowie die Prävention von Krankheiten sind hier zu nennen. Auch praktische Fähigkeiten und Fertigkeiten sind hier zu nennen wie z.B. das Anbieten von Erste-Hilfe-Kursen durch das ÖRK. Zur allgemeinen Gesundheitsbildung an der Schule zählt meiner Ansicht auch das schulische Umfeld dazu. Essenziell an einer guten Gesundheitsbildung sind zudem noch eine gesundheitsfördernde Umgebung, sprich ausreichend Frischluft in den Klassen (regelmäßiges Lüften), ergonomische Möbel, (bewegte) Pausenzeiten, ausreichend und abwechslungsreiche Bewegungsangebote, gesundes Kantinenessen sowie ausreichendes Wassertrinken (auch in den Stunden!!). Daneben ist die Einbindung von Eltern, Lehrkräften und externen Expert, z. B. dem/der Schularzt*in, Psychologen*innen wichtig.		
6	I: 2. Ein weiterer thematisch nahestehender und häufig verwendeter Begriff im Kontext Schule lautet „Gesundheitserziehung“. Was verstehen Sie unter diesem Begriff?		
7	LP7: Gesundheitserziehung stellen für mich gezielte Maßnahmen dar, die darauf abzielen, das Gesundheitsverhalten von Schüler*innen zu beeinflussen und sie zu einem gesunden Lebensstil anzuleiten. Es geht dabei hierbei um klare Anweisungen und Vorbilder, die gesundheitsfördernde Gewohnheiten fördern sollen.		
8	I: 3. Worin sehen Sie grundsätzliche Gemeinsamkeiten von „Gesundheitsbildung“ und „Gesundheitserziehung“?		
9	LP7: Beide verfolgen das gemeinsame Ziel, nämlich die Förderung und Selbstbestimmung der Gesundheit von Individuen, um sie in die Lage zu versetzen, ein gesundes Leben zu führen. Dabei stehen sowohl die Prävention von Krankheiten als auch die Förderung von Wohlbefinden der Schüler*innen im Mittelpunkt. Sowohl Gesundheitsbildung als auch Gesundheitserziehung vermitteln Wissen über zentrale und gesellschaftsrelevante Themen wie Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung und Hygiene.		
10	I: 4. Welche wesentlichen Unterschiede sind Ihrer Meinung nach kennzeichnend für diese beiden Fachbegriffe?		

11	LP7: <u>Gesundheitserziehung</u> zielt auf die Einflussnahme und die Vermittlung von klaren Zielen ab. Während die Gesundheitsbildung darauf aus ist, Eigenverantwortung und Selbstbestimmung zu fördern. Gesundheitserziehung vermittelt häufig konkrete Verhaltensweisen und gibt vor, was z.B. „gesund“ ist.
12	<u>Gesundheitsbildung</u> ist meiner Ansicht nach die Vermittlung von Wissen und Ausbildung sowie die eigenverantwortliche Entwicklung von Kompetenzen, die es den Schüler*innen ermöglichen sollen, Entscheidungen über ihre eigene Gesundheit zu treffen.
13	I: 5. Wie setzen Sie Gesundheitsbildung in Ihrem Fachunterricht um?
14	Hinweis: Falls Sie sowohl Ernährung und Haushalt als auch Biologie und Umweltbildung unterrichten, kennzeichnen Sie bitte, auf welches Fach sich Ihre Aussagen beziehen.
15	a. Welche auf Gesundheitsbildung ausgerichteten Zielsetzungen verfolgen Sie in Ihrem Unterricht, was ist für Sie dabei zentral, den Schüler*innen zu vermitteln?
16	LP7: Mit meinem Unterricht möchte ich, dass meine Schüler*innen ein bewusstes und eigenverantwortliches Verhältnis zu ihrer Gesundheit entwickeln. Dabei ist es mir wesentlich, ihnen nicht nur das nötige Wissen über Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung oder Prävention zu vermitteln, sondern auch ihnen die Fähigkeit geben, dieses Wissen zu hinterfragen und auf ihre eigene Lebensrealität anzuwenden. Sie sollen lernen, eigenständig Entscheidungen zu treffen, die ihre körperliche, psychische und soziale Gesundheit fördern.
17	I: b. Welche Themenbereiche in Ihrem Fachunterricht sind für Sie dabei im Hinblick auf Gesundheitsbildung essentiell? Gibt es bestimmte Schwerpunktsetzungen, wenn ja, welche?
18	LP7: Hinsichtlich der Themenbereiche in Biologie und Umweltbildung ist beinahe der gesamte Lehrplan wichtig und dient hier als Grundlage einer sinnvollen Gesundheitsbildung. Sei es die Funktionsweise des menschlichen Körpers (selbst die kleinste Einheit, die Zelle, bzw. ein Verständnis über deren Funktionsweise), Ernährung (welche Nährstoffe gibt es, wie sind diese aufgebaut, wo kommen unsere Nahrungsmittel her, welche Ernährungsform ist „gesund“) und Verdauung, das Immunsystem, die Wirkungen von Bewegung auf den Körper, sowie die Bedeutung von Schlaf und Stressbewältigung. Ebenso relevant sind Einheiten zur Suchtprävention, der Sexualaufklärung und Genetik, insbesondere im Hinblick auf Krankheitsrisiken und diverser Präventionsmöglichkeiten. Auch der Fokus auf der Wechselwirkung zwischen Umwelt und Gesundheit spielt eine maßgebliche Rolle für die Gesundheitsbildung. Die Bedeutung von sauberer Luft, gesunder Böden und sauberen Wassers, Umweltfaktoren wie Lärm, Schadstoffe oder die Auswirkungen des Klimawandels auf die körperliche und psychische Gesundheit nehmen hier einen immens wichtigen Stellenwert ein. Besonders bedeutend ist es, den Schüler*innen zu vermitteln, wie sie durch nachhaltige Verhaltensweisen nicht nur die Umwelt schützen, sondern auch ihre eigene Gesundheit damit fördern können.
19	I: c. Falls Sie Ernährung und Haushalt und Biologie und Umweltbildung unterrichten: Worin liegen in Ihrem jeweiligen Fachunterricht Unterschiede und Gemeinsamkeiten bezüglich Gesundheitsbildung?
20	LP7: Nur Biologie und Umweltbildung
21	I: 6. Was ist aus Ihrer Sicht erforderlich, damit Gesundheitsbildung als übergreifendes Thema im Unterricht verschiedener Fächer umgesetzt werden kann?
22	LP7: Um als übergreifendes Thema im Unterricht bzw. der Schule erfolgreich umgesetzt werden zu können, braucht es eine klare Verankerung im Lehrplan, sodass die Bedeutung dieses Themas als gemeinschaftliche Aufgabe aller Fächer anerkannt wird. Es ist wichtig, dass Lehrkräfte aus den unterschiedlichsten Fachbereichen wie eben Biologie und Umweltbildung, Sport, Ernährung und Haushalt, Ethik oder Geografie und wirtschaftliche Bildung zusammenarbeiten, um Gesundheitsbildung thematisch zu verknüpfen und in ihre jeweiligen Unterrichtsinhalte zu

	<p>integrieren. Diese Zusammenarbeit sollte durch regelmäßige interne Absprachen, Fortbildungen (SCHiLF oder SCHÜLF) sowie einen interdisziplinären Austausch unterstützt werden, damit ein abgestimmter Ansatz entsteht.</p>
23	<p>Eine gesundheitsförderliche Schulkultur ist meiner Ansicht ebenfalls entscheidend. Gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen wie eine Verpflegung, ausreichend Bewegungspausen und ein respektvolles Miteinander, als auch eine aktive Einbindung der Schüler*innen (Schulsprecher*innen) in die Ausarbeitung und Durchführung von gesundheitsbezogenen Projekten.</p>
24	<p>I: 7. Kennen Sie schulexterne Organisationen bzw. deren Angebote, um den Schüler*innen Gesundheitsbildung näher zu bringen? Wenn ja, beziehen Sie diese in Ihrem Fachunterricht ein? Welche Angebote nutzen Sie? Falls Sie keine nutzen: Warum nicht?</p>
25	<p>LP7:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mental Health days von VsUM.tv.
26	<ul style="list-style-type: none"> • ÖRK – ÖJRK (Erste-Hilfe-Kurse)
27	<p>Einmal jährlich werden an unserer Schule die Mental Health Days organisiert, die im Zeichen der psychischen Gesundheit stehen. An diesen Tagen wird das Thema in allen Fachbereichen aufgegriffen und vertieft, sodass die Schüler*innen in verschiedenen Kontexten ein besseres Verständnis für die Bedeutung der mentalen Gesundheit entwickeln. Zusätzlich finden zahlreiche von den VsUM.tv organisierte Workshops statt, die altersgerecht aufbereitet sind.</p>
28	<p>Ein weiterer wichtiger Bestandteil ist auch die Organisation von Erste-Hilfe-Kursen, die sowohl von ausgebildeten Lehrkräften an unserer Schule als auch von Übungsleiter*innen vom Österreichischen Roten Kreuz (ÖRK) geleitet werden.</p>
29	<p>I: 8. Welche Bereiche in der Lebenswelt Schule sehen Sie als essentiell an, um Gesundheitsbildung außerhalb des Fachunterrichts, also im Schulalltag, zu verwirklichen?</p>
30	<p>LP7: Ein Bereich ist die Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Schulklimas. Dazu gehört ein wertschätzendes Miteinander. Eine gute Kommunikation zwischen Lehrkräften, Schüler*innen sowie Eltern bildet hierfür die Basis.</p>
31	<p>Entscheidend ist auch die räumliche und organisatorische Gestaltung des Schulalltags. Bewegungsmöglichkeiten, ergonomisch gestaltete Stühle, Rückzugsorte für Entspannung und eine ansprechende, grünerer, Schulumgebung tragen mit Sicherheit zur Förderung von Gesundheit bei.</p>
32	<p>Die Schulverpflegung spielt ebenfalls eine wesentliche Rolle dazu. So wäre es wichtig ein reichhaltiges Angebot an gesunden Speisen und Getränken in der Mensa zu haben. Zusätzlich können Projekte wie Schulgärten (Hochbeete), in denen Lebensmittel selbst angebaut werden, einen wertvollen Beitrag zur Gesundheitsbildung leisten.</p>
33	<p>Angebote wie Peer-Mentoring tragen ebenfalls dazu bei, Stress untereinander abzubauen und die psychische Widerstandskraft der Schüler*innen zu fördern.</p>
34	<p>I: 9. In welcher Weise wird Gesundheitsbildung an Ihrer Schule außerhalb des Fachunterrichts umgesetzt?</p>
35	<p>LP7:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Projekt Wasserschule
36	<ul style="list-style-type: none"> • Mental Health Days
37	<ul style="list-style-type: none"> • Erste-Hilfe-Kurse
38	<ul style="list-style-type: none"> • Peer-Mentoring
39	<ul style="list-style-type: none"> • Diverse Wahlkurse

40 I: 10. Sehen Sie weitere Möglichkeiten, Gesundheitsbildung an Ihrer Schule außerhalb des Fachunterrichts zu integrieren, wenn ja, welche?

41 LP7: Im Moment, bedingt durch zeitliche Einschränkungen, nicht.

Lehrperson 8

1	LP8	
2	Geschlecht:	
	Alter:	
	Dienstjahre der/des Interviewpartner*in:	
	Schultyp:	Mittelschule
	Unterrichtsfach bzw. -fächer: (Zutreffendes bitte ankreuzen)	Ernährung und Haushalt <input checked="" type="checkbox"/> Biologie und Umweltbildung X
	Datum der Beantwortung des Interviews:	24.11.
	Name der Interviewerin:	Heike Strasser, BEd
	Interviewmethode:	Schriftliches, problemzentriertes Leitfadeninterview (Übermittlung & Durchführung via E-Mail)
3	I: 1. Was verbinden Sie mit „Gesundheitsbildung“ in der Schule? Was verstehen Sie darunter?	
4	LP8: Unter „Gesundheitsbildung“ in der Schule verstehe ich die Förderung und richtigen Umgang mit der eigenen Gesundheit. Dabei spielen meiner Meinung nach das Wissen über gesunde Ernährung und richtige Bewegung eine wichtige Rolle, damit die SuS eine gesunde Lebensweise entwickeln. Wichtig ist es für mich auch, dass sie auch ins Erwachsenenalter mitnehmen.	
5	I: 2. Ein weiterer thematisch nahestehender und häufig verwendeter Begriff im Kontext Schule lautet „Gesundheitserziehung“. Was verstehen Sie unter diesem Begriff?	
6	LP8: Ich persönliche würde spontan unter den Begriff Gesundheitserziehung das gleiche wie unter Gesundheitsbildung. Wenn ich jedoch darüber nachdenke, verstehe ich unter dem Begriff Gesundheitsbeziehung einen stärkeren Bezug zur Schule. Also hier erfährt man nicht nur wichtige Dinge über die Gesundheit (Bildung), sondern wird auch bewusst zu gesunder Lebensweise hingeleitet (Erziehung).	
7	I: 3. Worin sehen Sie grundsätzliche Gemeinsamkeiten von „Gesundheitsbildung“ und „Gesundheitserziehung“?	
8	LP8: Eine Gemeinsamkeit sind meiner Meinung nach vor allem die Themen. In beiden Richtungen beschäftigt man sich mit einer gesunden Lebensweise, die Schülerinnen und Schüler lernen sollen.	
9	I: 4. Welche wesentlichen Unterschiede sind Ihrer Meinung nach kennzeichnend für diese beiden Fachbegriffe?	
10	LP8: Der wesentliche Unterschied ist meiner Meinung nach, dass bei der Gesundheitserziehung mehr Fokus darauf liegt, die SuS bewusst zur gesunden Lebensweise zu erziehen.	
11	I: 5. Wie setzen Sie Gesundheitsbildung in Ihrem Fachunterricht um?	
12	Hinweis: Falls Sie sowohl Ernährung und Haushalt als auch Biologie und Umweltbildung unterrichten, kennzeichnen Sie bitte, auf welches Fach sich Ihre Aussagen beziehen.	
13	LP8: Ich behandle das Thema bewusst in der 1. & 4. Klasse (steht hier im Lehrplan). Dabei achte ich besonders beim Thema Ernährung auf eine Gesundheitsbildung, indem ich mit den SuS über dieses Thema spreche: unter anderem bespreche ich mit ihnen die Ernährungspyramide und in diesem Zusammenhang bespreche ich mit den SuS, wie man eine gesunde Lebensweise führen kann (gesunde Ernährung, viel Obst, Gemüse, ausreichend Wasser, ...)	
14	a. Welche auf Gesundheitsbildung ausgerichteten Zielsetzungen verfolgen Sie in Ihrem Unterricht, was ist für Sie dabei zentral, den Schüler*innen zu vermitteln?	

15	LP8: Ich möchte den SuS im Fach Biologie einen bewussten Umgang mit Lebensmittel und vor allem auch eine gesunde Ernährung näher bringen.
16	I: b. Welche Themenbereiche in Ihrem Fachunterricht sind für Sie dabei im Hinblick auf Gesundheitsbildung essentiell? Gibt es bestimmte Schwerpunktsetzungen, wenn ja, welche?
17	LP8: s.Frage 5
18	I: c. Falls Sie Ernährung und Haushalt und Biologie und Umweltbildung unterrichten: Worin liegen in Ihrem jeweiligen Fachunterricht Unterschiede und Gemeinsamkeiten bezüglich Gesundheitsbildung?
19	LP8: -
20	I: 6. Was ist aus Ihrer Sicht erforderlich, damit Gesundheitsbildung als übergreifendes Thema im Unterricht verschiedener Fächer umgesetzt werden kann?
21	LP8: Es ist erforderlich, dass dieses Thema bewusst in allen Fächern auch vermittelt wird, wobei ich es in Fächern wie Mathematik schwierig finde. Außerdem müssen alle Lehrpersonen zunächst selbst über Gesundheitsbildung lernen bzw. sich bewusst machen, dass sie dieses Thema auch an die SuS weitergeben müssen.
22	I: 7. Kennen Sie schulexterne Organisationen bzw. deren Angebote, um den Schüler*innen Gesundheitsbildung näher zu bringen? Wenn ja, beziehen Sie diese in Ihrem Fachunterricht ein? Welche Angebote nutzen Sie? Falls Sie keine nutzen: Warum nicht?
23	LP8: Ich nutze keine externe Organisation, da ich keine wirklich kenne. Außerdem sind meiner Meinung nach andere Themen wichtiger, wo man externe Organisationen besuchen kann (z.B. Sexukunde)
24	I: 8. Welche Bereiche in der Lebenswelt Schule sehen Sie als essentiell an, um Gesundheitsbildung außerhalb des Fachunterrichts, also im Schulalltag, zu verwirklichen?
25	<ul style="list-style-type: none"> • Die Bereitstellung von gesunden Mahlzeiten in der Schule
26	<ul style="list-style-type: none"> • Mehr Bewegungsangebote neben Sport als Unterrichtsfach
27	Lehrkräfte als Vorbilder
28	I: 9. In welcher Weise wird Gesundheitsbildung an Ihrer Schule außerhalb des Fachunterrichts umgesetzt?
29	LP8: Ist mir jetzt nicht wirklich etwas bekannt.
30	I: 10. Sehen Sie weitere Möglichkeiten, Gesundheitsbildung an Ihrer Schule außerhalb des Fachunterrichts zu integrieren, wenn ja, welche?
	LP8: -

Lehrperson 9

1	LP9	
2	Geschlecht:	
	Alter:	
	Dienstjahre der/des Interviewpartner*in:	
	Schultyp:	Mittelschule
	Unterrichtsfach bzw. -fächer: (Zutreffendes bitte ankreuzen)	Ernährung und Haushalt
		Biologie und Umweltbildung
	Datum der Beantwortung des Interviews:	
	Name der Interviewerin:	Heike Strasser, BEd
	Interviewmethode:	Schriftliches, problemzentriertes Leitfadeninterview (Übermittlung & Durchführung via E-Mail)
3	I: 1. Was verbinden Sie mit „Gesundheitsbildung“ in der Schule? Was verstehen Sie darunter?	
4	LP9: Gesundheitsbildung ist für mich den Schüler:innen zu erklären, wie sie gesund leben, also sich gesund ernähren, wie sie richtig sitzen, wie ihr Körper funktioniert usw. Dies geschieht bei mir sehr häufig in Biologie und Umweltbildung und in Ernährung und Haushalt, jedoch auch in anderen Fächern.	
5	I: 2. Ein weiterer thematisch nahestehender und häufig verwendeter Begriff im Kontext Schule lautet „Gesundheitserziehung“. Was verstehen Sie unter diesem Begriff?	
6	LP9: Dies bedeutet für mich das Selbe wie „Gesundheitsbildung“, außer dass es altmodischer und strenger, weniger selbsterfahrender wirkt.	
7	I: 3. Worin sehen Sie grundsätzliche Gemeinsamkeiten von „Gesundheitsbildung“ und „Gesundheitserziehung“?	
8	LP9: Gleich ist bei beiden das Unterrichten von lebensnahen und wichtigen Inhalten in der Schule und das Lenken der Aufmerksamkeit der Schüler:innen auf ihren Körper selbst und auf ein gesundes Leben.	
9	I: 4. Welche wesentlichen Unterschiede sind Ihrer Meinung nach kennzeichnend für diese beiden Fachbegriffe?	
10	LP9: „Gesundheitserziehung“ ist strenger und mit weniger Selbsterfahrung sondern mehr Theorie.	
11	I: 5. Wie setzen Sie Gesundheitsbildung in Ihrem Fachunterricht um?	
12	Hinweis: Falls Sie sowohl Ernährung und Haushalt als auch Biologie und Umweltbildung unterrichten, kennzeichnen Sie bitte, auf welches Fach sich Ihre Aussagen beziehen.	
13	a. Welche auf Gesundheitsbildung ausgerichteten Zielsetzungen verfolgen Sie in Ihrem Unterricht, was ist für Sie dabei zentral, den Schüler*innen zu vermitteln?	
14	LP9: Was wichtig ist, um Übergewicht, Fehlhaltungen, Sucht usw. ab dem Kindesalter zu vermeiden.	
15	I: b. Welche Themenbereiche in Ihrem Fachunterricht sind für Sie dabei im Hinblick auf Gesundheitsbildung essentiell? Gibt es bestimmte Schwerpunktsetzungen, wenn ja, welche?	
16	LP9: Ernährung, Suchtprävention und Wirkungen von Drogen, Alkohol etc., sexuelle Bildung und Bildung über weiblichen Zyklus, Körperhaltung und -funktionen	
17	I: c. Falls Sie Ernährung und Haushalt und Biologie und Umweltbildung unterrichten: Worin liegen in Ihrem jeweiligen Fachunterricht Unterschiede und Gemeinsamkeiten bezüglich Gesundheitsbildung?	

18	LP9: /
19	I: 6. Was ist aus Ihrer Sicht erforderlich, damit Gesundheitsbildung als übergreifendes Thema im Unterricht verschiedener Fächer umgesetzt werden kann?
20	LP9: Eine Einigkeit der Wichtigkeit des Themas im Kollegium, eine Anweisung ans Kollegium und Material, mit dem es in verschiedenen Fächern gut eingebaut werden kann.
21	I: 7. Kennen Sie schulexterne Organisationen bzw. deren Angebote, um den Schüler*innen Gesundheitsbildung näher zu bringen? Wenn ja, beziehen Sie diese in Ihrem Fachunterricht ein? Welche Angebote nutzen Sie? Falls Sie keine nutzen: Warum nicht?
22	LP9: Ich nutze die Angebote der Fachstelle [Name des Bundeslandes], welche zum Thema Suchtprävention und Sexualpädagogik arbeiten. Ebenso habe ich das <i>plus</i> -Programm an der Schule initiiert, um Suchtprävention auch schulintern besser einzubauen zu können.
23	I: 8. Welche Bereiche in der Lebenswelt Schule sehen Sie als essentiell an, um Gesundheitsbildung außerhalb des Fachunterrichts, also im Schulalltag, zu verwirklichen?
24	LP9: Beim Buffet, anhand von Ausflügen und Exkursionen, Lehrpersonen als Vorbilder
25	I: 9. In welcher Weise wird Gesundheitsbildung an Ihrer Schule außerhalb des Fachunterrichts umgesetzt?
26	LP9: Ab und zu finden in der großen Pause gesunde Jausen statt.
27	I: 10. Sehen Sie weitere Möglichkeiten, Gesundheitsbildung an Ihrer Schule außerhalb des Fachunterrichts zu integrieren, wenn ja, welche?
28	Mit den derzeitigen Möglichkeiten nicht

Lehrperson 10

1	LP10				
2	Geschlecht:				
	Alter:				
	Dienstjahre der/des Interviewpartner*in:				
	Schultyp:	Mittelschule			
	Unterrichtsfach bzw. -fächer: (Zutreffendes bitte ankreuzen)	Ernährung und Haushalt	X		
		Biologie und Umweltbildung	X		
	Datum der Beantwortung des Interviews:	17.11.2024			
	Name der Interviewerin:	Heike Strasser, BEd			
	Interviewmethode:	Schriftliches, problemzentriertes Leitfadeninterview (Übermittlung & Durchführung via E-Mail)			
3	I: 1. Was verbinden Sie mit „Gesundheitsbildung“ in der Schule? Was verstehen Sie darunter?				
4	LP10: Damit verbinde ich die Stärkung der Gesundheit. Gesundheit umfasst nach WHO die körperliche, psychische sowie die soziale Gesundheit, um in der Schule auch den Schüler*innen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen. Die Schüler*innen sollen für dieses Thema in der Schule sensibilisiert werden, um verantwortungsvoll mit der eigenen Gesundheit und der anderen umzugehen. Wichtig ist „Gesundheitsbildung“ fächerübergreifend zu unterrichten und die Gesundheitskompetenzen von Schüler*innen zu stärken. Beispielsweise durch ein gesundes Schul-, und Klassenklima und/ oder durch ein gesundes Schulbuffet. Wichtig dabei die Schule als Lern- und Arbeitsort gesund zu gestalten, darauf zu achten, dass sich alle an Schule Beteiligten wohl fühlen. Dass Wert auf, klare und wertschätzende Kommunikation sowie auf einen respektvollen Umgang miteinander gelegt wird. Dies kann unterschiedlich erreicht werden. Zum Beispiel mittels Dokumentation und Verbreitung innovativer Projekte und Maßnahmen in der Schule. Schulinterne Fortbildungen für Lehrpersonen, aber auch Öffentlichkeitsarbeit sind von großer Bedeutung.				
5	I: 2. Ein weiterer thematisch nahestehender und häufig verwendeter Begriff im Kontext Schule lautet „Gesundheitserziehung“. Was verstehen Sie unter diesem Begriff?				
6	LP10: Meiner Meinung nach beschäftigt sich die „Gesundheitserziehung“ damit, Schüler*innen durch verstärkte Information und Aufklärung über gefährliche Verhaltensfaktoren, wie zum Beispiel Bewegungsmangel, Alkohol- und Nikotinmissbrauch sowie einseitige Ernährung aufzuklären, um eine Verhaltensänderung in eine positive Richtung zu bewirken.				
7	I: 3. Worin sehen Sie grundsätzliche Gemeinsamkeiten von „Gesundheitsbildung“ und „Gesundheitserziehung“?				
8	LP10: Eine Gemeinsamkeit sehe ich darin, dass sich beide Konzepte auf die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden konzentrieren. Beispielsweise die Förderung von Gesundheit. Ein gesundheitsbewusstes Verhalten zu fördern und somit die Gesundheitskompetenzen zu stärken. Dann auch die Veränderung von Wissen und Verhalten bezüglich Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung. Den Schüler*innen wird Wissen vermittelt, um ihr Gesundheitsverhalten positiv zu beeinflussen und somit sie bei gesundheitsförderlichen Entscheidungen zu unterstützen. Beide Konzepte zielen darauf, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu nehmen. Beide Konzepte setzen auf präventive Maßnahmen, um Erkrankungen vorzubeugen. Dabei sind bei beiden auch praktische und theoretische Inhalte (Bewegung und mentale Gesundheit z.B.) inkludiert. Beide Konzepte schauen auf einen ganzheitlichen Ansatz (Körper, Geist und Soziales), wie ausgewogener				

	Lebensstil, psychische Gesundheit, soziale Faktoren usw. Als letzter Punkt zielen beide Konzepte auf eine aktive Teilnahme aller an Schule Beteiligten (Partizipation sehr wichtig!).
9	I: 4. Welche wesentlichen Unterschiede sind Ihrer Meinung nach kennzeichnend für diese beiden Fachbegriffe?
10	LP9: Ich finde, dass sich beide Konzepte in der Praxis überschneiden und sich die Ansätze ergänzen. Man kann sie gut miteinander vernetzen und verbinden. Ein wesentlicher Unterschied wäre zum Beispiel, dass bei der Gesundheitsbildung die Wissensvermittlung und die Förderung von Gesundheitskompetenz im Vordergrund steht und bei der Gesundheitserziehung die Verhaltensänderung und praktische Umsetzung. Beispiel: Methoden bei Gesundheitsbildung: Wissensvermittlung, Aufklärung und Informationsveranstaltungen (langfristig). Beispiel: Methoden bei Gesundheitserziehung: Workshops, Schulbuffets usw. (kurzfristig).
11	I: 5. Wie setzen Sie Gesundheitsbildung in Ihrem Fachunterricht um?
12	Hinweis: Falls Sie sowohl Ernährung und Haushalt als auch Biologie und Umweltbildung unterrichten, kennzeichnen Sie bitte, auf welches Fach sich Ihre Aussagen beziehen.
13	a. Welche auf Gesundheitsbildung ausgerichteten Zielsetzungen verfolgen Sie in Ihrem Unterricht, was ist für Sie dabei zentral, den Schüler*innen zu vermitteln?
14	LP10: Wichtig dabei ist die fächerübergreifende Integration der beiden Konzepte in den Unterricht!
15	Biologie: Themen der Gesundheit behandeln, wie zum Beispiel der Körper des Menschen, die Ernährung, das Immunsystem, Bewegung, der Herz-Kreislauf, usw.
16	Ernährung und Haushalt: Makro- und Mikronährstoffe vor allem. Gesunde und abwechslungsreiche Ernährung. Wasser und die Bedeutung für den Körper. Essstörungen. BMI berechnen und reflektieren (bei Sportler*innen BMI übernehmbar?). Wie viel Würfelzucker ist einem Softdrink drinnen? Mit Schüler*innen Alltagsbeispiele besprechen und sie darauf aufmerksam machen.
17	Als KV: Wasser trinken im Unterricht, gesunde Schulbuffets mit Schüler*innen, Fortbildungen für Lehrpersonen wahrnehmen, Workshops in den Unterricht integrieren.
18	I: b. Welche Themenbereiche in Ihrem Fachunterricht sind für Sie dabei im Hinblick auf Gesundheitsbildung essentiell? Gibt es bestimmte Schwerpunktsetzungen, wenn ja, welche?
19	LP10: Da ich BUB und EH unterrichte,achte ich darauf, dass in meinem Unterricht auf gesunde und ausgewogene Ernährung der Schwerpunkt gesetzt wird. Wichtig dabei ist für mich in meinem Unterricht auch, die Schüler*innen dazu zu führen, ausschließlich Wasser im Unterricht zu trinken und 2-mal die Woche eine Portion Obst und/oder Obst als Jause mit in die Schule mitzunehmen.
20	Wichtig ist für mich auch, beim Thema „Ernährung“ im Biologieunterricht immer wieder auf Alltagsbeispiele zurückzugreifen. Da dies greifbarer für Schüler*innen ist. Beispiel: SS nehmen leere Capri Sun oder Ketchup Flasche mit und wir berechnen im Unterricht, wie viel Kristallzucker diese beinhalten.
21	I: c. Falls Sie Ernährung und Haushalt und Biologie und Umweltbildung unterrichten: Worin liegen in Ihrem jeweiligen Fachunterricht Unterschiede und Gemeinsamkeiten bezüglich Gesundheitsbildung?
22	LP10: Ich unterrichte beide Fächer und würde sagen, dass der Unterschied darin liegt, dass ich viel mehr Zeit im EH-Unterricht habe (da geblockt wöchentlich), um auf solche Themen einzugehen als im Biologie Unterricht. Dies wird gemacht, wenn das jeweilige Kapitel an der Reihe ist und man fährt dann mit dem nächsten Kapitel fort. Die Gemeinsamkeit liegt darin, dass in beiden Fächern „die Ernährung“ vorkommt.
23	I: 6. Was ist aus Ihrer Sicht erforderlich, damit Gesundheitsbildung als übergreifendes Thema im Unterricht verschiedener Fächer umgesetzt werden kann?

24	LP10: Ich finde, dass diesbezüglich alle Lehrpersonen für die Gesundheitsbildung sensibilisiert werden, da dies im Schulalltag meistens in den Hintergrund rückt oder ins Vergessen gerät. LP müssten sich aktiv mit Gesundheitsbildung für ihr Fach befassen und ihren Unterricht so planen, dass diese auch umgesetzt wird.
25	Des Weiteren kann klassenübergreifend an Projekten, Workshops oder Vorträgen teilgenommen werden. Und LP müssten sich diesbezüglich fortbilden, um Gesundheitsbildung qualitativ in ihren Unterricht einzubauen.
26	I: 7. Kennen Sie schulexterne Organisationen bzw. deren Angebote, um den Schüler*innen Gesundheitsbildung näher zu bringen? Wenn ja, beziehen Sie diese in Ihrem Fachunterricht ein? Welche Angebote nutzen Sie? Falls Sie keine nutzen: Warum nicht?
27	LP10: Zum Beispiel möchte mein Schulstandort zur „Gesunden Schule“ werden. Die Anmeldung erfolgte auch schon und somit wurden auch ein paar Kolleg*innen ins Boot geholt, um ein „Gesunde Schule Team“ zu bilden. Im Anschluss gibt es auch den Wunsch zu einer „Wasserschule“ zu werden. Ebenso wird in unserer Schule „Erste Hilfe Kurs“ für die 4. Klassen angeboten.
28	Des Weiteren möchten einige Kolleg*innen die Fortbildung und Workshops für Sexualpädagogik sowie zur Suchtprävention machen, um ihren Unterricht diesbezüglich kompetent zu planen und umzusetzen.
29	I: 8. Welche Bereiche in der Lebenswelt Schule sehen Sie als essentiell an, um Gesundheitsbildung außerhalb des Fachunterrichts, also im Schulalltag, zu verwirklichen?
30	LP10: Um dies verwirklichen zu können, müssen auf jeden Fall alle an Schule Beteiligten ins Boot geholt werden und am selben Strang ziehen. Für Schüler*innen müsste es klar erkennbar sein, dass alle Lehrpersonen, der Schulwart, die Schulleitung nach diesem Prinzip leben. Des Weiteren spielt leider auch immer wieder das Budget eine Rolle bezüglich der Gestaltung der Schule oder des Pausenhofs für Schüler*innen für eine bessere Gesundheitsbildung außerhalb des Fachunterrichts. Zum Beispiel durch Sportgeräte, Kletterwände, Fußball- oder Volleyballplätze. Damit sich Schüler*innen bewegen und austoben können. Des Weiteren sind die Verpflegung und die Schulküche von großer Bedeutung. Schüler*innen sollten die Möglichkeit haben, sich in der Schule ausgewogen und gesundheitsförderlich ernähren zu können. Eine Cafeteria und/oder eine Schulkantine wäre vorteilhaft. Projekttag oder Aktionswochen zur Integration von Ernährungsbildung sind ebenso von großer Bedeutung.
31	Ebenso sind psychosoziale Angebote zur Stressbewältigung, zur Unterstützung bei Konflikten oder Mobbing von großer Bedeutung.
32	Die Bildung eines gesunden Schul- und Klassenklimas, Respekt, Wertschätzung, Toleranz, Gleichberechtigung, Vielfalt und Inklusion müssen in Schulen große Bedeutung haben und so vermittelt werden.
33	Weiteres ist eine gesundheitsfördernde Schulumgebung wichtig. Wie z.B. gesunde Lernumgebung im Schulgebäude, gute Luftqualität, wenig Lärm, naturnahe Pausenbereiche, Grünflächen, schulische Veranstaltungen, Projekte, Elternarbeit und Kooperation mit externen Partnern sind wichtig, um Gesundheitsbildung außerhalb des Fachunterrichts im Schulalltag verwirklichen zu können.
34	I: 9. In welcher Weise wird Gesundheitsbildung an Ihrer Schule außerhalb des Fachunterrichts umgesetzt?
35	LP10: Wie oben erwähnt: auf dem Weg zur Gesunden Schule, Angebot des Erste Hilfe Kurses, Fortbildungen von LP zu Sexualpädagogik und Suchtprävention, organisieren von gesunden Schulbuffets, Schülerberatung durch Sozialpädagogin an der Schule. Ebenso EH Unterricht immer in der 7. Schulstufe für alle SS. Fächerübergreifendes Unterrichten zu diesem Thema. Vernetzung mit anderen Fachgegenständen.

36	I: 10. Sehen Sie weitere Möglichkeiten, Gesundheitsbildung an Ihrer Schule außerhalb des Fachunterrichts zu integrieren, wenn ja, welche?
37	<p>Mehr Workshops, Projekttage für Schüler*innen zu diesem Thema. Da dies leider immer wieder zu kurz kommt und SS meisten im Klassenraum unterrichtet werden. Eine weitere Idee von mir wäre noch, die großen Pause nach draußen zu verlegen (egal welches Wetter herrscht). Bewegung und frische Luftzufuhr für LP und SS. Mehr unterrichten im Freien (vor allem im Frühling und Sommer). Tägliche Bewegungseinheit einföhrt. SS können nicht lange ruhig sitzen und sich lange konzentrieren. Sie müssen diese Energie loswerden. Schülervertretung und Gesundheitsrat unter den SS bestimmen. Gesunde Schulbuffets, Naturprojekte, Mitbestimmung bei Pausenhofgestaltungen durch SS. Kräuterbeete anlegen, Gesundheitsnewsletter von SS an SS, LP und Erziehungsberechtigten (Tipps zur gesunden Ernährung, Bewegung, Achtsamkeit) unterschiedliche Themen zur Gesundheitsbildung. Informationsabende für Erziehungsberechtigte und Aufklärung der Gesundheitsbildung in Schulen. Schulverpflegung, gesunde Snacks als Schuljause. Gesundheitsziele per App spielerisch zu erreichen oder gesundheitsrelevante Informationen aneignen (Digitale Grundbildung einbauen, miteinbeziehen).</p>

Lehrperson 11

1	LP11				
2	Geschlecht:				
	Alter:				
	Dienstjahre der/des Interviewpartner*in:				
	Schultyp:	Mittelschule; letztes Jahr auch AHS			
	Unterrichtsfach bzw. -fächer: (Zutreffendes bitte ankreuzen)	Ernährung und Haushalt	X		
		Biologie und Umweltbildung	X		
	Datum der Beantwortung des Interviews:	13.11.2024			
	Name der Interviewerin:	Heike Strasser, BEd			
	Interviewmethode:	Schriftliches, problemzentriertes Leitfadeninterview (Übermittlung & Durchführung via E-Mail)			
3	I: 1. Was verbinden Sie mit „Gesundheitsbildung“ in der Schule? Was verstehen Sie darunter?				
4	LP11: Für mich bedeutet „Gesundheitsbildung“ in der Schule, den Schüler*innen alltagsnahes Wissen und praktische Fähigkeiten mitzugeben, um gesundheitsfördernde Gewohnheiten und ein Bewusstsein für ihr Wohlbefinden auf körperlicher und seelischer Ebene zu entwickeln. Mir geht es nicht nur um Theorie, sondern darum, ihnen zu zeigen, wie wichtig eine gesunde Ernährung, Bewegung und ein achtsamer Umgang mit sich selbst sind. Die Schule ist für mich der perfekte Ort, um genau das zu fördern – im Unterricht und auch durch Angebote, die den Schulalltag gesünder und bewusster machen.				
5	Besonders wichtig ist mir, dass Gesundheitsbildung die Schüler*innen in ihrer aktuellen Lebenswelt abholt und sie in kleinen, praktischen Schritten zu einem achtsamen Umgang mit sich selbst anregt.				
6	I: 2. Ein weiterer thematisch nahestehender und häufig verwendeter Begriff im Kontext Schule lautet „Gesundheitserziehung“. Was verstehen Sie unter diesem Begriff?				
7	LP11: Für mich bedeutet „Gesundheitserziehung“, die Einstellungen und Verhaltensweisen der Schüler*innen gezielt in eine gesundheitsförderliche Richtung zu lenken. Es geht dabei mehr darum, ihnen konkrete Verhaltensweisen an die Hand zu geben, die ihrer Gesundheit guttun.				
8	I: 3. Worin sehen Sie grundsätzliche Gemeinsamkeiten von „Gesundheitsbildung“ und „Gesundheitserziehung“?				
9	LP11: Beide Begriffe verfolgen das Ziel, Schüler*innen darin zu unterstützen, sich für ihre Gesundheit zu interessieren und verantwortungsbewusste Entscheidungen zu treffen. Ich sehe „Gesundheitserziehung“ als Grundlage, auf der „Gesundheitsbildung“ aufbaut. So können die Schüler*innen eigenständig darüber nachdenken und lernen, was ihnen wirklich guttut.				
10	I: 4. Welche wesentlichen Unterschiede sind Ihrer Meinung nach kennzeichnend für diese beiden Fachbegriffe?				
11	LP11: Aus meiner Sicht liegt der Unterschied vor allem im Ansatz: Bei der „Gesundheitserziehung“ gebe ich den Schüler*innen oft konkrete Verhaltensregeln an die Hand. Die „Gesundheitsbildung“ dagegen zielt darauf ab, dass sie selbst ein Verständnis entwickeln und lernen, informierte Entscheidungen für ihre eigene Gesundheit zu treffen.				
12	I: 5. Wie setzen Sie Gesundheitsbildung in Ihrem Fachunterricht um?				
13	Hinweis: Falls Sie sowohl Ernährung und Haushalt als auch Biologie und Umweltbildung unterrichten, kennzeichnen Sie bitte, auf welches Fach sich Ihre Aussagen beziehen.				

14	LP11: Bezug auf EH/HÖK: In meinem Unterricht für Ernährung und Haushalt versuche ich, durch praktische Übungen, wie das Zubereiten gesunder Gerichte, ein Bewusstsein für eine ausgewogene Ernährung zu schaffen.
15	a. Welche auf Gesundheitsbildung ausgerichteten Zielsetzungen verfolgen Sie in Ihrem Unterricht, was ist für Sie dabei zentral, den Schüler*innen zu vermitteln?
16	LP11: Mein Hauptziel ist, dass die Schüler*innen lernen, Verantwortung für ihre eigene Gesundheit zu übernehmen und ein kritisches Bewusstsein für gesundheitsbezogene Entscheidungen zu entwickeln. Im Fach „Ernährung und Haushalt“ möchte ich ihnen zeigen, dass eine ausgewogene Ernährung kein Zufall ist, sondern eine bewusste Entscheidung, die sie durch Wissen und Übung selbst gestalten können. Mir geht es darum, dass sie nachvollziehen können, warum beispielsweise Bewegung und Schlaf so wichtig sind. Zentral ist für mich, dass die Schüler*innen sowohl praktisch als auch theoretisch erfahren, wie sie ihre Gesundheit aktiv beeinflussen können.
17	I: b. Welche Themenbereiche in Ihrem Fachunterricht sind für Sie dabei im Hinblick auf Gesundheitsbildung essentiell? Gibt es bestimmte Schwerpunktsetzungen, wenn ja, welche?
18	LP11: Themen wie gesunde Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung, Essstörungen, Schlaf, Suchtprävention und Medienkompetenz sowie die Auswirkungen von ungesunden Essgewohnheiten sind für mich absolut essenziell. Ich versuche, Strategien zur Prävention und Förderung eines bewussten Umgangs mit digitalen Medien zu geben. Themen wie Körperwahrnehmung und Selbstbild sind vor allem durch die sozialen Medien für mich auch Themen, die im Unterricht aufgegriffen werden. Dafür gibt es auch tolle Angebote der „Bildungschancen“. Auch die Themen Nachhaltigkeit und Umweltauswirkungen auf die Gesundheit sind wichtige Aspekte, die thematisiert werden.
19	Ich versuche, immer wieder Schwerpunkte auf Aspekte zu setzen, die die Schüler*innen direkt betreffen und motivieren, wie zum Beispiel die Verbindung zwischen gesunder Ernährung und Energie oder die Rolle von Bewegung für das Wohlbefinden.
20	I: c. Falls Sie Ernährung und Haushalt und Biologie und Umweltbildung unterrichten: Worin liegen in Ihrem jeweiligen Fachunterricht Unterschiede und Gemeinsamkeiten bezüglich Gesundheitsbildung?
21	LP11: Beide Fächer haben für mich dasselbe Ziel: den Schüler*innen ein Bewusstsein für gesundheitsförderliches Wissen zu vermitteln. In „Ernährung und Haushalt“ lege ich den Schwerpunkt auf die praktische Anwendung – hier lernen die Schüler*innen, wie sie gesunde Mahlzeiten planen und zubereiten können. In „Biologie und Umweltbildung“ geht es mir hingegen stärker darum, das theoretische Verständnis zu vertiefen, also das „Warum“ hinter gesunden Entscheidungen zu erklären: Was passiert im Körper, wenn man sich gesund ernährt oder Sport treibt?
22	Beide Fächer ergänzen sich, weil sie den Schüler*innen helfen, ihre Gesundheit besser zu verstehen und eigenständig gesunde Entscheidungen zu treffen.
23	I: 6. Was ist aus Ihrer Sicht erforderlich, damit Gesundheitsbildung als übergreifendes Thema im Unterricht verschiedener Fächer umgesetzt werden kann?
24	LP11: Ich glaube, eine enge Zusammenarbeit zwischen den Fachbereichen ist entscheidend, damit Gesundheitsbildung nicht isoliert behandelt wird, sondern als gemeinsames Ziel. Außerdem wären regelmäßige Weiterbildungen für uns Lehrkräfte hilfreich, um uns in aktuellen Ansätzen und Methoden zu stärken und die Schüler*innen wirklich umfassend zu erreichen. Weiters von Bedeutung sehe ich auch eine gute Zusammenarbeit unter den Lehrkräften.
25	I: 7. Kennen Sie schulexterne Organisationen bzw. deren Angebote, um den Schüler*innen Gesundheitsbildung näher zu bringen? Wenn ja, beziehen Sie diese in Ihrem Fachunterricht ein? Welche Angebote nutzen Sie? Falls Sie keine nutzen: Warum nicht?
26	LP11: Ja, es gibt viele tolle Organisationen, die Gesundheitsprogramme anbieten, und ich arbeite gerne mit Ernährungsberatern oder Sportvereinen zusammen. Solche Angebote bereichern den

	Unterricht ungemein, weil sie den Schüler*innen ermöglichen, Wissen aus dem Klassenzimmer direkt in die Praxis umzusetzen und von Expertinnen zu lernen.
27	Ich nutze gerne Angebote der Bildungschancen. Ich beziehe diese in den Unterricht mit ein, aber vor allem auch, weil ich Klassenvorstand-Stellvertreterin bin und mir das Wohlsein der Klasse am Herzen liegt.
28	z.B. Workshops: „Körperbilder und soziale Medien“, „Grüner Teller“
29	I: 8. Welche Bereiche in der Lebenswelt Schule sehen Sie als essentiell an, um Gesundheitsbildung außerhalb des Fachunterrichts, also im Schulalltag, zu verwirklichen?
30	LP11: Essenzielle Bereiche für die Gesundheitsbildung im Schulalltag sind für mich:
31	<ul style="list-style-type: none"> • Schulklima und -kultur: Ein positives, respektvolles Umfeld fördert das Wohlbefinden.
32	<ul style="list-style-type: none"> • Bewegung und Sport: Aktive Pausen und zusätzliche Bewegungsangebote unterstützen die körperliche Gesundheit.
33	<ul style="list-style-type: none"> • Ernährungsbildung: Gesunde Schulverpflegung fördert gesunde Essgewohnheiten.
34	<ul style="list-style-type: none"> • Mentale Gesundheit: Programme zur Stressbewältigung und Prävention von Mobbing stärken das psychische Wohl.
35	<ul style="list-style-type: none"> • Schulsozialarbeit und Beratung: Unterstützung bei persönlichen Problemen fördert das Wohlbefinden.
36	<ul style="list-style-type: none"> • Umweltgestaltung: Ein gesundes Schulumfeld fördert das körperliche Wohl.
37	I: 9. In welcher Weise wird Gesundheitsbildung an Ihrer Schule außerhalb des Fachunterrichts umgesetzt?
38	LP11: Über das Schulklima: Einmal pro Woche findet eine Stunde KOKOKO (Kommunikation, Kooperation und Konfliktlösung) als Unterrichtsfach statt.
39	Bewegung und Sport: In den großen Pausen gibt es eine bewegte Pause, die beaufsichtigt wird (in Turnräumen).
40	Mentale Gesundheit: An der Schule gibt es das Angebot der Peer-Mediation.
41	Schulsozialarbeit: An unserer Schule gibt es zwei Schulsozialarbeiterinnen.
42	I: 10. Sehen Sie weitere Möglichkeiten, Gesundheitsbildung an Ihrer Schule außerhalb des Fachunterrichts zu integrieren, wenn ja, welche?
43	LP11: Weitere Möglichkeiten, Gesundheitsbildung außerhalb des Fachunterrichts zu integrieren, sind:
44	<ul style="list-style-type: none"> • Projekte und Aktionstage zu Gesundheitsthemen.
45	<ul style="list-style-type: none"> • Schulpartnerschaften und Exkursionen zu Gesundheitszentren.
46	<ul style="list-style-type: none"> • Schulgärten für nachhaltige Ernährung und Gartenarbeit.
47	<ul style="list-style-type: none"> • Elternabende zur Aufklärung über Gesundheitsthemen.
48	<ul style="list-style-type: none"> • Achtsamkeit und Entspannung im Schulalltag einführen.