



Ludwig Boltzmann Institute
Health Promotion Research

Forschungsbericht

LehrerInnenbildung für schulische Gesundheitsförderung

Bericht 2: Ausbildung

Edith Flaschberger
Lisa Gugglberger
Rosemarie Felder-Puig

LehrerInnenbildung für schulische Gesundheitsförderung

Bericht 2: Ausbildung

Wien, Jänner 2012

Unsere Praxispartner:



Key Researcher der Programmlinie Schule: Mag.^a Dr.ⁱⁿ Rosemarie Felder-Puig, MSc

AutorInnen: Mag.^a Edith Flaschberger
Mag.^a Dr.ⁱⁿ Lisa Gugglberger
Mag.^a Dr.ⁱⁿ Rosemarie Felder-Puig, MSc

Korrespondenz: Mag.^a Edith Flaschberger, edith.flaschberger@lbihpr.lbg.ac.at

Dieser Bericht soll folgendermaßen zitiert werden:

Flaschberger, Edith, Gugglberger, Lisa, Felder-Puig, Rosemarie (2012): LehrerInnenbildung für schulische Gesundheitsförderung . Bericht 2: Ausbildung. Wien: LBIHPR Forschungsbericht

IMPRESSUM

Medieninhaber und Herausgeber:

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

Für den Inhalt verantwortlich:

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

Inhalt

Zusammenfassung.....	5
1 Einleitung und Forschungsinteresse	9
1.1 LehrerInnenbildung für schulische Gesundheitsförderung	9
1.2 Studie zu österreichischer LehrerInnenbildung bezüglich Gesundheitsförderung	10
2 LehrerInnenausbildung für schulische Gesundheitsförderung an den österreichischen Pädagogischen Hochschulen	11
2.1 Fragestellung	11
2.2 Methodik	12
2.2.1 Analyse der Curricula	12
2.2.2 Qualitative Interviews mit ExpertInnen an den Pädagogischen Hochschulen.....	13
3 Ergebnisse der Analyse der Curricula.....	14
3.1 Häufigkeiten nach Ausbildungszweigen	15
3.2 Häufigkeiten nach Themenbereichen	16
3.3 Design der Module.....	21
3.4 Verhaltens- /Verhältnisorientierung und gesundheitsförderliches Lehren und Lernen	24
4 Ergebnisse der Analyse der ExpertInneninterviews.....	27
4.1 Berufliche Positionen der InterviewpartnerInnen und ihr generelles Verständnis von schulischer Gesundheitsförderung.....	27
4.2 Gesundheitsförderungsbezogene Lehrveranstaltungen an den Pädagogischen Hochschulen sowie förderliche bzw. hinderliche Faktoren für deren Integration ins Curriculum	28
4.3 Gesundheitsförderung an Schulen – Einschätzung von Umsetzbarkeit sowie Erfolgsfaktoren und Hindernissen	30
4.4 Die Rolle der Pädagogischen Hochschulen in der Verbreitung des Konzepts	32
4.5 Gesundheitsfördernde Pädagogische Hochschulen	34
5 Conclusio	36
6 Literatur	39
7 Anhang.....	41

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufteilung der analysierten Moduleinheiten auf die unterschiedlichen Ausbildungsrichtungen.....	15
Abbildung 2: Aufteilung der Modularten, in Prozent.....	21

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl der Moduleinheiten in den verschiedenen Fächern der Ausbildung für HauptschullehrerInnen.....	16
Tabelle 2: Absolute Häufigkeiten für die Kategorien „Verhaltensorientierung“, „Verhältnisorientierung“ und „Gesundheitsförderliches Lehren und Lernen“, nach Zielgruppe.....	26

Zusammenfassung

Um eine umfassende und erfolgsversprechende Form von Gesundheitsförderung an Schulen zu unterstützen, ist LehrerInnenbildung ein viel diskutierter Faktor. Daher wurde in der vorliegenden Arbeit die Ausbildung von LehrerInnen an den österreichischen Pädagogischen Hochschulen (PHs) hinsichtlich ihres Unterstützungsgrades für die Implementierung von umfassender Gesundheitsförderung untersucht.

Die Studie gliedert sich in zwei Teile, deren Ergebnisse miteinander in Verbindung gesetzt wurden: Einerseits wurde eine Analyse der Curricula aller 14 österreichischen PHs durchgeführt, die einen Überblick über die Art der Gesundheitsthemen und eventuelle Zusammenhänge sowie das Verständnis zu Gesundheitsförderung und die sich daraus ergebende Art der Vermittlung des Themas an den PHs geben sollte. Die ausgewählten Dokumente wurden mittels Inhaltsanalyse untersucht. Da eine derartige Studie durch den Fokus auf die Beschreibungen der Studienpläne nur begrenzt Auskunft über die Lage an den PHs geben kann, wurden andererseits VertreterInnen der PHs mittels Telefoninterviews zum Themenbereich befragt. Die insgesamt 14 ExpertInneninterviews wurden themenanalytisch untersucht.

Die insgesamt 286 Untersuchungseinheiten, die aufgrund ihres Gesundheitsbezugs in die Inhaltsanalyse aufgenommen wurden, entstammten zu einem großen Teil der HauptschullehrerInnenausbildung (ca. 52%), insbesondere in den Fächern „Ernährung und Haushalt“, aber auch in „Bewegung und Sport“ und „Biologie und Umweltkunde“. Ca. 30% aller Analyseeinheiten konnten Ausbildungszweigen zugeordnet werden, die mit Ernährung zu tun haben. Das bedeutet, dass ein bedeutender Anteil an Inhalten, die Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung betreffen, in Modulen vorkommt, die nicht alle zukünftigen Lehrkräfte besuchen.

Der überwiegende Anteil der in die Analyse aufgenommenen Moduleinheiten kam in Pflichtmodulen vor, wobei der zuvor erwähnte studienfachbereichsspezifische Aufbau der HauptschullehrerInnenausbildung bedacht werden sollte. Die Methoden, die in den untersuchten Moduleinheiten als Lehr- und Lernmethoden bzw. Aspekte der Leistungsfeststellung genannt wurden, zeigten einige Hinweise auf Praxistransfer bzw. praktisch-orientiertes Vorgehen (ca. 57% aller Moduleinheiten), den Einsatz von Reflexionsübungen (ca. 36%), projektorientiertes Arbeiten (ca. 6%) und Teamarbeit (ca. 5%). In ungefähr 20% aller untersuchten Modulbeschreibungen fanden sich Hinweise auf Wissenschaftsbasierung, Zielgruppenorientierung sowie ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis, welche den PH-Studierenden vermittelt werden sollten. Etwas seltener fielen eine Auseinandersetzung mit fächerübergreifendem Arbeiten (ca. 9%), einer systemischen Betrachtungsweise des Gesundheitsförderungsthemas (ca. 8%) oder der Dauerhaftigkeit von Maßnahmen in der schulischen Gesundheitsarbeit (ca. 5%) auf.

Der am häufigsten gezählte Themenbereich, der in den Modulbeschreibungen für die Ausbildungen an den PHs vorkam, ist die psychosoziale Gesundheit. In fast der Hälfte aller Untersuchungseinheiten wurden Aspekte dieses Themenfeldes genannt. Ebenfalls häufig wurden die Bereiche der physischen Gesundheit (ca. 36% aller analysierten Modulbeschreibungen), „Organisation und Planung“ von Gesundheitserziehung/ Gesundheitsförderung (ca. 36%) und Ernährung (ca. 35%) gefunden. Vergleichsweise häufig wurden auch Inhalte mit

**Studie zu
LehrerInnenausbildung
an österreichischen PHs
mit Fokus
Gesundheitsförderung**

**Inhaltsanalyse der
Ausbildungscurricula
und qualitative
Interviews mit
VertreterInnen der PHs**

**gesundheitsbezogene
Inhalte hauptsächlich in
den Modulen der
HauptschullehrerInnen-
ausbildung bzw. in
„Ernährung und
Haushalt“**

**Design der Module –
Pflichtfächer, Methodik**

**häufigste
Themenbereiche**

	<p>Bezug auf Ökologie bzw. Nachhaltigkeit (ca. 31%) sowie auf Bewegung und Sport (ca. 30%) in gesundheitsbezogenen Modulbeschreibungen identifiziert.</p>
<p>seltene, aber wichtige Themenbereiche für umfassende Gesundheitsförderung</p>	<p>Vergleichsweise selten kamen einige Themenbereiche vor, die aus Forschungssicht besonders entscheidend für die Implementierung von umfassenden Gesundheitsförderungsansätzen sind: Kompetenzen zur Teamarbeit (ca. 12% aller untersuchten Modulbeschreibungen), Vernetzung (ca. 8%), kollegiale Beratung/ Supervision (ca. 3%), Schulentwicklung (ca. 2%) und Evaluation (ca. 0,7%).</p>
<p>mehr Verhaltens- als Verhältnisorientierung</p>	<p>Die in die Analyse einbezogenen Moduleinheiten wurden auch dahingehend bewertet, ob sie sich eher einem verhaltens- oder eher einem verhältnisorientierten Ansatz verschreiben. Verhaltensorientierung mit der Zielgruppe der SchülerInnen wurde in etwa 47% aller Moduleinheiten gefunden, Verhaltensorientierung mit der Zielgruppe der (zukünftigen) LehrerInnen in 56%. Verhältnisorientierung hingegen kam seltener im Untersuchungsmaterial vor: Mit der Zielgruppe der SchülerInnen sowie der Lehrkräfte wurde es in jeweils ca. 20% aller Moduleinheiten gezählt. Häufig wurden sowohl bei Verhaltens- wie auch bei Verhältnisorientierung beide Zielgruppen gemeinsam adressiert.</p>
<p>gesundheitsförderliches Lehren und Lernen</p>	<p>Inputs zu einem gesundheitsförderlichen Unterricht wurden in etwa 23% aller analysierten Modulbeschreibungen gefunden. Dazu gehörten diverse Konzepte, die Lehr- und Lernprozesse gesundheitsförderlich gestalten sollen, wie z.B. „Bewegter Unterricht“, Motivationssteigerung durch Lehrkräfte oder ein differenzierter Unterricht.</p>
<p>qualitative Interviews mit ExpertInnen von PHs – breites Gesundheitsverständnis</p>	<p>Nach Anfragen bei den PHs konnten insgesamt 14 qualitative Telefoninterviews mit ExpertInnen von 13 PHs durchgeführt werden. Die interviewten Personen waren in unterschiedlichen Positionen an den PHs tätig – von Lehrenden bis hin zu RektorInnen. Am häufigsten wurden KoordinatorInnen für Bewegung und Sport sowie Gesundheit und (Vize-) RektorInnen befragt. In nahezu 80% der Interviews wurde ein recht breites Verständnis von Gesundheitsförderung identifiziert, das in den meisten Fällen zumindest ansatzweise auch eine verhältnisorientierte Komponente aufwies.</p>
<p>förderliche und hinderliche Faktoren für die Integration für Gesundheitsförderung an den PHs</p>	<p>Als förderliche Faktoren für die Integration von Gesundheitsförderung in die Curricula der PHs wurden insbesondere Personen genannt, die sich in diesem Bereich auskennen und auch engagieren wollen. Neben dieser Abhängigkeit von Einzelpersonen oder auch Teams wurde die Wichtigkeit der Unterstützung durch die Leitung in manchen Fällen erwähnt. Als Grund für die Eingliederung von Gesundheitsthemen in die Curricula war auch die von den befragten ExpertInnen attestierte Praxisrelevanz dieser Themen bedeutsam. Hinderlich für die Integration von Gesundheitsförderung an den PHs sind laut Interviews strukturelle Probleme, insbesondere in Hinblick auf die zeitliche Organisation. Die Ausbildung für die angehenden LehrerInnen enthalte zu viele Inhalte in zu kurzer Zeit, vor allem, wenn man die Kürzung der Präsenzstunden mitbedenkt.</p>
<p>Einschätzung der Umsetzbarkeit von Gesundheitsförderung an Schulen</p>	<p>Gefragt nach ihrer Einschätzung zur Umsetzbarkeit und Sinnhaftigkeit von schulischer Gesundheitsförderung antworteten nahezu alle befragten ExpertInnen mit einer klaren Zustimmung, allerdings begleitet von zahlreichen Nachsätzen bezüglich gewisser Rahmenbedingungen. Als besonders wichtig wurden (schul-)politischer Wille, finanzielle Ressourcen und Engagement der LehrerInnen erachtet. Letzteres führt zum Thema des Einzelkämpfertums an den Schulen, das in diesem Zusammenhang immer wieder thematisiert wurde. Daran anschließend wurde auch die Gefahr beschrieben, dass LehrerInnen durch das Engagement für Gesundheitsförderung belastet werden können. Zudem wurden Vorschläge für der Implementierung von Gesundheitsförderung zuträgliche Rahmenbedingungen an Schulen genannt: Unter anderem ging es in</p>

diesem Zusammenhang um die Auflösung des traditionellen 50-Minuten-Unterrichts, um die Veranstaltung von Projekttagen zu Gesundheitsthemen, die Einbettung von Gesundheitsförderung in das didaktische Konzept der Schule oder die Einführung einer täglichen Bewegungszeit bzw. von „Bewegtem Unterricht“. Als hinderliche Faktoren an Schulen, die aus Sicht der Befragten häufig nicht zu ändern sind, gelten mangelhafte räumliche Gegebenheiten wie etwa zu kleine Klassen, zu wenige Freizeitplätze oder zu wenige Rückzugsmöglichkeiten.

Einige der interviewten ExpertInnen gaben außerdem an, dass sie eine kontinuierliche Prozessbegleitung und Unterstützung wichtig finden, um Problemen der Überlastung und auch dem teilweise fehlenden Verständnis von Gesundheitsförderung entgegenzuwirken. Zusätzlich wurde auch die Konkretisierung von Inhalten und Wissenschaftsbasierung in der Gesundheitsförderung als bedeutsam erachtet, um auch LehrerInnen, die dem Gesundheitsgedanken nicht so nahe stehen, überzeugen zu können.

Die Rolle der PHs bei der Verbreitung des Konzepts sahen die Befragten vor allem in der Bewusstseinsbildung der zukünftigen Lehrkräfte. Durch Kooperation mit PH-externen ExpertInnen für Gesundheitsförderung könnten Kooperationen mit „außen“ geschlossen werden, die auch für die zukünftige Berufsausübung der Studierenden wichtig sind. Aber auch Fort- und Weiterbildung wurden neben der Ausbildung für Gesundheitsförderung als wichtig erachtet – von manchen sogar noch bedeutsamer als die Ausbildung. Neben einer „Überladung“ der Ausbildung wäre außerdem die Tatsache zu berücksichtigen, dass die Praxis Sichtweisen verändere. Der „Keim“ solle in der Ausbildung gelegt werden, die weitere praxisorientierte Ausformung dann durch Fort- und Weiterbildung erreicht werden.

Als bis zu einem gewissen Grad widersprüchlich stellte sich die Frage heraus, ob Gesundheitsförderung in alle Studienfächer bzw. Lehrveranstaltungen integriert werden sollte, oder der Themenbereich eher in eigenen, explizit so betitelten Lehrveranstaltungen behandelt werden sollte.

Nach ihrer Vorstellung von einer „Gesundheitsfördernden Pädagogischen Hochschule“ gefragt antworteten die ExpertInnen wiederum im Sinne der zuvor erwähnten Bewusstseinsbildung: Die PH selbst solle Vorbildwirkung haben, was auch die Ausbildung an der PH betrifft. Obwohl es schon einiges an positiven Beispielen an manchen PHs bzw. in manchen Bereichen gibt, so gibt es von den Befragten auch kritische Anmerkungen in diesem Kontext, insbesondere wenn es um Prinzipien der Gesundheitsförderung in der Lehre bzw. in der Organisation der Lehre geht.

In einer Zusammenschau der Ergebnisse der Analyse der Curricula und der Interviews konnte festgestellt werden, dass Verhältnisorientierung zwar immer wieder in den Modulbeschreibungen zu finden ist bzw. von den befragten ExpertInnen miteinbezogen wird. Trotzdem zeigt sich deutlich, dass ein umfassendes Verständnis schulischer Gesundheitsförderung im Sinne einer Verknüpfung von Verhaltens- und Verhältnisorientierung inklusive einer Integration von Gesundheitsförderung in die Gestaltung des Unterrichts wohl selten transportiert wird. Die Vorbildwirkung der PH wird immer wieder als besonders bedeutsam unterstrichen, aber auch hier gibt es – neben allen Unterschieden zwischen den PHs – wohl einige Defizite.

Sowohl in den Modulbeschreibungen wie auch in den Ausführungen der Befragten kann Gesundheitsförderung häufig als sogenanntes „add-on“ identifiziert werden. Das bedeutet, dass Gesundheit eine „extra Sache“ ist und von anderen Kernthemen getrennt behandelt wird. Die ExpertInnen sprachen

**kontinuierliche
Prozessbegleitung und
Unterstützung**

**Bewusstseinsbildung
durch PHs; Fort- und
Weiterbildung**

**Integration oder
Explikation**

**Vorbildwirkung der
Gesundheitsfördernden
Pädagogischen
Hochschule und die
Probleme**

**Verständnis
umfassender
Gesundheitsförderung
vorhanden, Umsetzung
oft schwierig**

**„add-on“ versus
Integration**

sich einerseits für eine Integration von Gesundheitsförderung in die Lehrpläne aller Studienfächer aus, andererseits wurde auch betont, dass Gesundheitsförderung sichtbarer gemacht werden sollte.

**Parallelen zwischen
Schulen und PHs**

Auffallend ist generell, dass es sehr viele Parallelen zwischen der Situation von Gesundheitsförderung an Schulen mit der an PHs zu geben scheint. In beiden Fällen werden ähnliche Erfolgsfaktoren wie auch Hindernisse genannt, die die Umsetzung des umfassenden Konzepts fördern bzw. dem entgegenstehen. Das Thema der Kooperation, das aus Sicht der Wissenschaft wesentlich für das Gelingen umfassender Gesundheitsförderung ist, kommt in den Curricula zwar vor, ist aber verhältnismäßig selten. Die InterviewpartnerInnen sprachen zwar von der Wichtigkeit von Teams sowohl an PHs wie an Schulen, um das Gesundheitsthema zu aktivieren, doch es wird keine sichtbare Verbindung zur Aus-, Fort- und Weiterbildung gezogen.

**keine flächendeckenden
Konzepte; zu wenig
Verhältnisorientierung
in der Ausbildung, zu
wenig Vorbildwirkung**

Zusammenfassend kann man sagen, dass sich die LehrerInnenbildung für Gesundheitsförderung an den österreichischen PHs differenziert darstellt. Es kann weder eine besonders negative, noch eine besonders positive Tendenz festgestellt werden. Es wird aber deutlich, dass es keine flächendeckenden Konzepte für Österreichs PHs gibt, dass jede PH doch in verschiedenem Maß unterschiedliche Konzepte und unterschiedlich gestaltete Lehrveranstaltungen aufweist und Bewusstsein und tatsächliche Praxis oft auseinanderklaffen. Viele Aspekte, die in den Studienplänen gefunden oder in den Interviews erfahren wurden, sind als durchaus erfolgsversprechend im Sinne der LehrerInnenbildung zu werten; anderen würde man wohl weniger Unterstützungsfunktion für die zukünftigen Lehrkräfte attestieren, wenn es darum geht, eine umfassende Form von Gesundheitsförderung zu implementieren. Ein stärkerer Fokus auf Verhältnisorientierung und mehr Möglichkeit zum Erleben von Gesundheitsförderung in Bildungsinstitutionen – Stichwort: Gesundheitsfördernde Hochschulen – sind für die Zukunft zu raten.

1 Einleitung und Forschungsinteresse

1.1 LehrerInnenbildung für schulische Gesundheitsförderung

Gesundheit ist kein neues Thema an Schulen. Seit Ende des 18. Jahrhunderts wurde SchülerInnen Hygiene gelehrt, um die Verbreitung von Infektionskrankheiten einzudämmen. Für lange Zeit allerdings blieb das Thema der Hygiene im Sinne von Sauberkeitserziehung das einzige Gesundheitsthema an den Schulen. Erst in den 1970er und 1980er Jahren fand ein breiteres Verständnis von Gesundheitserziehung Eingang in die Schulen. Nahezu gleichzeitig wurde auch evident, dass eine Gesundheitserziehung, die rein auf Veränderung des Verhaltens der Menschen abzielt, nicht ausreichend ist, um den gesundheitsbezogenen Bedürfnissen der Menschen zu begegnen (vgl. z.B. Denman et al. 2002).

Seit der Ottawa-Charter der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1986) wird ein umfassenderes Konzept der Gesundheitsförderung propagiert, das nicht nur auf das Verhalten der Menschen, sondern auch auf die Lebensverhältnisse abzielt. Der Setting-Ansatz entstand als ein Konzept, das sich die gesundheitsfördernde Gestaltung von Settings wie beispielsweise Krankenhäusern, Städten bzw. Gemeinden als auch Schulen zum Ziel setzt.

In einer rezenten Definition (St Leger et al. 2010) wird schulische Gesundheitsförderung als jede Aktivität, die die Gesundheit aller am Schulleben beteiligten Personen verbessert und/oder schützt, verstanden. Folgende Bereiche werden dabei fokussiert:

- gesundheitsbezogene Richtlinien („policies“)
- materielle Umwelt der Schule
- soziale Umwelt der Schule
- individuelle Gesundheits- und Handlungskompetenzen/ Curriculum
- Verbindungen mit der Gemeinde („community“) bzw. dem schulischen Umfeld
- Gesundheitsservices

Schulische Gesundheitsförderung in diesem Sinne ist laut Evaluationsstudien dann wirksam, wenn sie in einem umfassenden, multifaktoriellen und die ganze Schule betreffenden Ansatz („whole-school approach“) über einen längeren Zeitraum umgesetzt wird (Stewart-Brown 2006). Dieser sogenannte „health-promoting school approach“ berücksichtigt sowohl Verhalten wie auch Verhältnisse. Allerdings belegen zahlreiche Studien wie auch Erfahrungen von PraktikerInnen, dass dieser umfassende Ansatz nur selten in die Realität umgesetzt werden konnte (vgl. z.B. Bond et al. 2001). Die förderlichen und hinderlichen Faktoren, die die Verbreitung des zugleich wohl komplexesten wie auch erfolgsversprechenden Ansatzes betreffen, werden immer wieder unter unterschiedlichen Blickwinkeln und mit verschiedenen Schwerpunkten untersucht.

von Hygieneerziehung zu Gesundheitserziehung

Gesundheitsförderung in Settings

Definition von schulischer Gesundheitsförderung

„health-promoting school approach“ als effektiver, aber schwierig umzusetzender Ansatz

**LehrerInnenbildung
besonders für HPS-
Ansatz als wichtig
erachtet, jedoch relativ
wenig Forschung dazu**

Eine mögliche Herangehensweise ist es, auf die LehrerInnen zu fokussieren: In der internationalen Literatur werden LehrerInnen als zentrale PromotorInnen für schulische Gesundheitsförderung identifiziert, sowohl für den verhaltens- wie auch besonders für den verhältnisorientierten Ansatz. Dabei wird LehrerInnenbildung im Sinne von Aus-, Fort- und Weiterbildung für schulische Gesundheitsförderung als besonders wichtig erachtet (vgl. u.a. Jourdan et al. 2008). Zu LehrerInnenbildung für Gesundheitsförderung gibt es verhältnismäßig wenige empirische Studien, vor allem im Bereich des umfassenden Ansatzes. In den meisten Fällen wird eher auf themenzentrierte Projekte oder Programme fokussiert.

1.2 Studie zu österreichischer LehrerInnenbildung bezüglich Gesundheitsförderung

**Studie zu
österreichischer
LehrerInnenbildung**

Aus den oben genannten Gründen erscheint es relevant, Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für Lehrkräfte zu schulischer Gesundheitsförderung in Österreich zu untersuchen, um mehr Informationen über die bestehende LehrerInnenbildungslandschaft zu diesem Themenbereich zu bekommen.

**LehrerInnenausbildung
an PHs – Curricula und
ExpertInnen**

Während im Jahr 2010 die LehrerInnenfort- und -weiterbildung im Zentrum der Untersuchungen standen (siehe Flaschberger et al. 2010), wurde 2011 auf die Ausbildungsangebote fokussiert. Neben einer Analyse der Curricula für die Ausbildungszweige an den österreichischen Pädagogischen Hochschulen (PHs) wurden auch Interviews mit ExpertInnen an den PHs zum Thema durchgeführt. Die Gespräche mit den zuständigen Personen dienten dazu, die Ergebnisse aus der Analyse der Studienpläne zu ergänzen.

2 LehrerInnenausbildung für schulische Gesundheitsförderung an den österreichischen Pädagogischen Hochschulen

2.1 Fragestellung

In dieser Studie geht es darum, die Ausbildungsangebote zu schulischer Gesundheitsförderung an den österreichischen Pädagogischen Hochschulen (PHs) zu analysieren. Diese Analyse der Curricula der LehrerInnenausbildung an den PHs bietet einen Überblick, was PHs in ihrer Ausbildung zu Gesundheit/Gesundheitsförderung/Gesundheitserziehung anbieten. Das bedeutet, es werden zum einen die unterrichteten Themen und deren Verteilung analysiert, d.h. wie und in welchen Zusammenhängen kommen welche Themen vor. Zum anderen wird untersucht, ob in den Studienplänen einem Settingansatz der Gesundheitsförderung (vgl. Kap. 1.1) Rechnung getragen wird. Letzteres befasst sich mit dem Verständnis von Gesundheitsförderung als sowohl verhaltens- wie auch verhältnisorientiertes Konzept.

Aus Sicht der Wissenschaft, die einen umfassenden, ganzheitlichen Ansatz der Gesundheitsförderung im Sinne eines „health-promoting school approach“/ „whole school approach“ als Ideal ansieht, ist das Konzept der Verhältnisorientierung besonders wesentlich. Das heißt aber nicht, dass verhaltensorientierte Ansätze nicht auch ihre Berechtigung haben; ganz im Gegenteil sind diese wertvolle Bestandteile einer umfassenden Gesundheitsförderung. Verhältnisorientierung im Sinne einer gesundheitsförderlichen Gestaltung der Lebenswelt Schule ist jedoch ein erfolgsversprechendes Konzept, dessen Implementierung aus unterschiedlichen Gründen schwierig ist. Daher ist es wichtig, die LehrerInnenbildung danach auszurichten und zumindest zu erreichen, dass Lehrkräfte in ihrer Ausbildung bzw. in der Fortbildung schon einmal mit dem verhältnisorientierten Ansatz der Gesundheitsförderung in irgendeiner Form in Berührung gekommen sind (vgl. z.B. Jourdan 2011).

Während eine derartige Analyse einen guten Überblick über Angebote geben und Tendenzen aufzeigen kann, kann in dieser Form natürlich nicht „in die Lehrsäle der PHs geschaut werden“, d.h. es wird nur untersucht, was – oft stichwortartig – verschriftlicht wurde. Was tatsächlich unterrichtet wird, bleibt – wie auch an den Schulen – im Dunkeln. Um diesen offensichtlichen Limitationen einer Analyse der Curricula entgegenzuwirken, werden im Sinne einer methodischen Triangulation (vgl. Flick 2008) auch ExpertInnen an den Pädagogischen Hochschulen zur curricularen Einbettung des Gesundheitsthemas sowie zu ihren Meinungen und Einstellungen dazu befragt. Dadurch kann ein tieferes Verständnis zur untersuchten Thematik erreicht werden.

Themen, Verteilung sowie Setting-Orientierung in Curricula

Verhältnisorientierung/ Settingorientierung als wesentliches Element für umfassende Gesundheitsförderung

tiefere Verständnis durch zusätzliche Interviews mit ExpertInnen an den PHs

2.2 Methodik

2.2.1 Analyse der Curricula

Ziel der Analyse der Curricula	Die Analyse der Ausbildungscurricula wurde mit dem Ziel durchgeführt, zu erfassen, was Pädagogische Hochschulen (PHs) unter Gesundheitserziehung/Gesundheitsförderung verstehen, was sie explizit so beschreiben und bezeichnen; es sollen Tendenzen aufgezeigt werden, um die zukünftige Beschäftigung mit dem Thema zu erleichtern.
Suche nach „gesund“sm	Die Analyse der Ausbildungscurricula wurde in einem mehrstufigen Verfahren durchgeführt. Zuerst wurden mittels Schlagwortsuche („gesund*“) in den online verfügbaren Dokumenten aller österreichischen PHs mit Stand Frühjahr 2011 die entsprechenden Teile ausgewählt, die einer qualitativen Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring (2003) unterzogen wurden. Dabei wurden die Curricula aller an den PHs vorhandenen Ausbildungs- bzw. Bachelor-Lehrgänge (mit Ausnahme der Ausbildung zu SonderschullehrerInnen) einbezogen. Das Schlagwort „gesund*“ umfasst alle Wörter, die „gesund“ in irgendeiner Form beinhalten, also beispielsweise Begriffe wie „Gesundheitsförderung“, „Gesundheitspädagogik“, „gesundheitslich“ oder „psychosoziale Gesundheit“.
qualitative Inhaltsanalyse mit quantitativen Elementen	Die Inhaltsanalyse ging sowohl induktiv (inhaltsgeleitet) wie deduktiv (theoriegeleitet) vor – es gibt konzeptuelle Vorannahmen für das Codieren, es werden aber auch Kategorien aus dem Material gebildet. Der Prozess des Codierens ist rekursiv, es entstehen neue Kategorien und es wird re-codiert, wenn es notwendig ist. Die durchgeführte Inhaltsanalyse hat auch quantitative Elemente: Unter anderem wird gezählt, wie häufig gewisse Themen vorkommen, um einen Überblick bieten und Tendenzen aufzeigen zu können. Zudem wird eine Kategorisierung der Inhalte in Hinblick darauf vorgenommen, ob sie eher auf eine verhaltens- und/oder verhältnisorientierte Vermittlung von Gesundheit abzielen.
Forschungsfragen	Folgende Hauptforschungsfragen werden durch die Analyse der Curricula bearbeitet: <ul style="list-style-type: none">▪ Wie bzw. in welchen Zusammenhängen kommen welche Gesundheitsthemen in den Curricula vor?▪ Wie wird Gesundheitserziehung bzw. Gesundheitsförderung verstanden und demzufolge vermittelt (Verhalten- versus Verhältnisorientierung)?
Limitationen der Dokumentenanalyse	Wie schon weiter oben erwähnt hat diese Dokumentenanalyse jedoch klare Einschränkungen: Die Curricula sind oft sehr stichwortartig formuliert, was nicht auf die tatsächlichen Lehrinhalte bzw. die Ausformulierung der einzelnen Punkte im Unterricht schließen lässt. Um das Verständnis an den PHs zum Thema der Gesundheitsförderung zu untersuchen, wurde auf die expliziten Beschreibungen geachtet – d.h. was beschreiben die PHs, wenn sie beispielsweise ein Modul mit der Bezeichnung „Gesundheit“ versehen. Was auf diesem Wege nicht miteingebunden wurde, sind diverse gesundheitsrelevante Aspekte, die nicht explizit genannt oder aber gar nicht in die Untersuchung aufgenommen wurden, aber von den zuständigen Personen an den PHs vielleicht trotzdem so verstanden werden. Aus diesem Grund wurde im Sinne einer methodischen Triangulation eine Befragung von ExpertInnen aus den PHs durchgeführt, um die

Ergebnisse der Analyse der Curricula zu ergänzen und besser interpretieren zu können.

2.2.2 Qualitative Interviews mit ExpertInnen an den Pädagogischen Hochschulen

Die qualitativen, leitfadenbasierten Interviews (Flick 2009) mit ExpertInnen an den Pädagogischen Hochschulen (PHs) wurden telefonisch geführt, mit Einverständnis der interviewten Personen aufgenommen und anschließend transkribiert.

**qualitative
Leitfadeninterviews**

Die Rekrutierung der InterviewpartnerInnen erfolgte durch das Senden einer Anfrage per E-Mail an die Rektorate bzw. Institutsleitungen der PHs. Das Interview wurde dann mit der Person geführt, die empfohlen wurde. In einigen Fällen war dies die/der RektorIn bzw. VizerektorIn selbst. In manchen Fällen wurde auch über andere Kontakte an den PHs die für LehrerInnenausbildung bzw. Gesundheitsthemen zuständige Person ausfindig gemacht.

**Auswahl der
InterviewpartnerInnen
durch PH selbst**

Die Interviews behandelten die curriculare Einbindung von Gesundheitsthemen/ Gesundheitserziehung/ Gesundheitsförderung in die LehrerInnenausbildung aus Sicht der zuständigen Personen an den PHs, ihr Verständnis von Gesundheitsförderung, ihre Einstellung und Meinungen zum Thema generell und in der LehrerInnenbildung sowie die historische Praxis an ihrer PH.

Themen der Interviews

Die Analyse der Interviews wurde in Anlehnung an das Textreduktionsverfahren der Themenanalyse nach Froschauer & Lueger (2003) durchgeführt. Diese Form der Analyse dient einer Zusammenfassung des manifesten Sinngehalts der vorliegenden Interviewtranskripte. Dabei werden wichtige Themen bzw. wichtige Charakteristika von Themen in den Interviews identifiziert und Gemeinsamkeiten und Unterschiede innerhalb oder zwischen den Gesprächen untersucht (Froschauer & Lueger 2003).

Themenanalyse

Insgesamt wurden 14 Interviews mit ExpertInnen von 13 Pädagogischen Hochschulen geführt. Von einer Pädagogischen Hochschule wurden zwei Personen interviewt, da es im Gespräch noch eine weitere Empfehlung gab. Von einer der Hochschulen konnte kein/e InterviewpartnerIn akquiriert werden. Ansonsten wurde pro Hochschule eine Person, in einem Fall drei Personen gleichzeitig interviewt. Die durchschnittliche Interviewdauer betrug 19,5 Minuten.

14 Interviews

3 Ergebnisse der Analyse der Curricula

286 Module/Moduleile

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse der Analyse der Curricula der Pädagogischen Hochschulen (PHs) dargestellt. Insgesamt wurden 286 Module bzw. Moduleile in die Analyse eingeschlossen. Im Regelfall galt das Modul, in dem das Schlagwort „gesund*“ gefunden wurde, als Analyseeinheit. In einigen Ausnahmefällen galt das allerdings nicht: Wenn ein Modul in mehrere, klar erkennbare Teile aufgeteilt ist (nicht unbedingt einzelne Lehrveranstaltungen wie z.B. Wahlpflichtfächer) und "gesund*" nur in einem der Teile vorkam, dann wurde ein Moduleil zur Analyseeinheit. Insgesamt wurde von allen 286 Analyseeinheiten in 98 Fällen mit „Moduleil“ gecodet. Das bedeutet, dass in diesen Fällen die Forschungsfrage in den Vordergrund gestellt wurde, die auf die Beschreibung und Verwendung von „gesund*“ in den Curricula fokussiert.

Haupt- versus Nebenthema

Um Tendenzen aufzuzeigen, wie prominent Gesundheitsförderung in den Curricula präsent ist, wurden die Analyseeinheiten (Modul bzw. Moduleil) dahingehend zugeordnet, ob sie Gesundheitsthemen als Haupt- oder als Nebenthema beinhalten. In 135 Fällen waren Gesundheit und verwandte Aspekte das Hauptthema, was etwa 47% des Untersuchungsmaterials entspricht. Fast genauso häufig, nämlich 112 Mal (ca. 39%) wurde „Nebenthema“ gecodet. Das bedeutet, dass bei diesen Analyseeinheiten Gesundheit nur einer von vielen Themenbereichen war.

Berufseignung; Literaturhinweise; Verbindung zu gesundheitsrelevanten Modulen

Anzumerken ist weiters, dass insgesamt 39 der untersuchten Moduleinheiten (ca. 14%) spezifische Kategorien darstellten: In zehn Fällen (ca. 3 %) ging es um Module, bei denen die Gesundheitsreferenz von Hinweisen zur Berufs- bzw. Moduleignung von Studierenden stammte. Das bedeutet, dass angehende LehrerInnen keine „gesundheitlichen Beeinträchtigungen“ aufweisen dürfen, wenn sie die Ausbildung bzw. das Modul absolvieren möchten. Diese Moduleinheiten wurden deshalb nicht ausgeschlossen, da sie zeigen, in welchen Bereichen die PHs LehrerInnengesundheit als besonders wichtig einschätzen. In sieben Fällen (ca.2%) fand sich „gesund*“ nur in den Literaturhinweisen wieder. Auch diese Moduleinheiten wurden in die Analyse eingeschlossen, da angenommen wird, dass die Literaturangaben für die jeweiligen Module Aufschluss über deren Inhalt geben können. In 22 Fällen – entspricht etwa 8% des Untersuchungsmaterials – wurde das Suchwort „gesund*“ nur in der Verbindung zu anderen gesundheitsrelevanten Modulen gefunden. Diese Module wurden ebenfalls eingeschlossen, da sie einen für die PH direkten Konnex zu gesundheitsbezogenen Modulen aufweisen.

„gesund** – am häufigsten gefundene Begriffe (wörtlich)

Die Suche nach „gesund*“ lieferte einige unterschiedliche Begriffskombinationen, von denen am häufigsten „Gesundheit“ (137 Fälle; ca. 48%), „Gesundheitserziehung“ (57 Fälle, ca. 20%), „Gesundheitsförderung“ (43 Fälle, ca. 15%) und „Gesundheitsbildung“ (11 Fälle; ca. 4%) wörtlich im Untersuchungsmaterial vorkommen. Bei etwa 12% aller ausgewählten Module kommt eine explizite Gesundheitsreferenz im Titel vor. Wenn man sich die Titel der Moduleile extra ansieht, können nochmal 8% mit direktem, wörtlichem Gesundheitsbezug dazugezählt werden.

Gesundheitsbewusstsein / -orientierung in 71% aller Module

Ein generelles, unspezifisches „Gesundheitsbewusstsein bzw. Gesundheitsorientierung“ wurde in 202 Fällen, d.h. ca. 71% aller untersuchten Modulbeschreibungen verortet. Beispiele für diese Kategorie sind etwa die

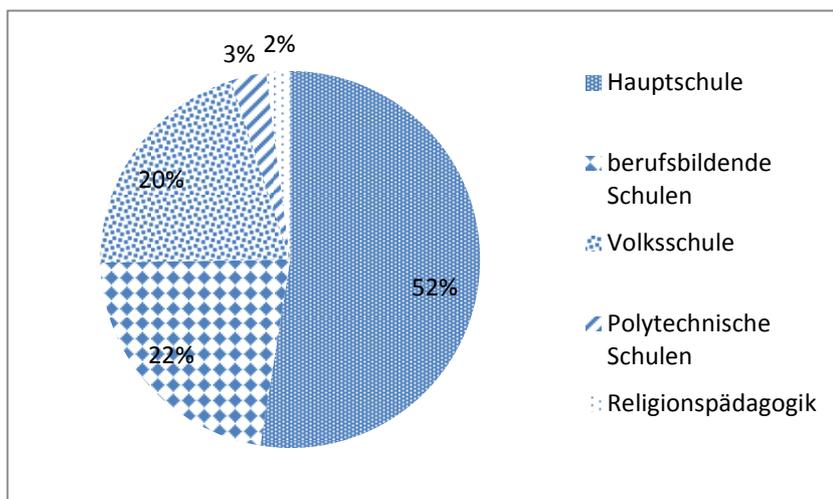
Kenntnis von „Vorschriften zum Schutz des Lebens, der Gesundheit und der Umwelt“ (z.B. P103:PHS_TGP_3¹), die den Studierenden im jeweiligen Modul vermittelt werden soll. Ein anderes Beispiel fand sich in der Formulierung einer (Teil-)Kompetenz: „Studierende(...) besitzen Handlungskompetenz in Bezug auf die Planung, Gestaltung und Auswertung von Bewegungs- und Sportunterricht im spielerischen, gesundheitsbedachten, gestalterischen und sportlichen Bereich.“ (P23: KPHVIE_VS_4). Einerseits geht es in den dieser Kategorie zugeordneten Moduleinheiten also darum, Gesundheitsbewusstsein schaffen – vor allem bei zukünftigen SchülerInnen, aber auch bei sich selbst –, andererseits wiederum darum, Gesundheitsorientierung bei der schulischen Arbeit bzw. im Unterricht zu haben, z.B. den Unterricht in Bewegung und Sport gesundheitsorientiert zu gestalten: „Leichtathletische Fertigkeiten/ Bewegungsmuster unter gesundheitsorientierten Gesichtspunkten“ (P65: PHNÖ_HS_4).

3.1 Häufigkeiten nach Ausbildungszweigen

Die meisten Moduleinheiten sind den Ausbildungslehrgängen für HauptschullehrerInnen zuzuordnen (150 Module; ca. 52%), insgesamt 64 Moduleinheiten den diversen Ausbildungslehrgängen für berufsbildende Schulen (ca. 22%), 57 Moduleinheiten der Ausbildung zur/m VolksschullehrerIn (ca. 20%), neun Moduleinheiten zur Ausbildung für Polytechnische Schulen (ca. 3%) und insgesamt sechs Moduleinheiten zu diversen Richtungen der Religionspädagogik (ca. 2%) (vgl. Abb. 1). Diese Verteilung der gefundenen Analyseeinheiten auf die verschiedenen Ausbildungsrichtungen kann vor allem durch das Vorhandensein von Gesundheitsthemen in Fächern wie „Ernährung und Haushalt“, aber auch „Bewegung und Sport“ sowie „Biologie und Umweltkunde“ in der Ausbildung für HauptschullehrerInnen verdeutlicht werden (vgl. Tabelle 1).

**am häufigsten in
HauptschullehrerInnen-
Ausbildung**

Abbildung 1: Aufteilung der analysierten Moduleinheiten auf die unterschiedlichen Ausbildungsrichtungen



¹ Im Folgenden werden Zitate aus den analysierten Dokumenten in dieser Form dargestellt: *fortlaufende Nummer der Analyseeinheit: Name der PH_Studienrichtung_fortlaufende Nummer der Analyseeinheiten dieser Studienrichtung.*

Tabelle 1: Anzahl der Moduleinheiten in den verschiedenen Fächern der Ausbildung für HauptschullehrerInnen

Fach	Anzahl der Moduleinheiten
Ernährung und Haushalt	66
Bewegung und Sport	22
Biologie und Umweltkunde	15
Textiles Werken	6
Physik und Chemie	3
Berufsorientierung und Lebenskunde	1
Englisch	1
Mathematik	1
Musikerziehung	1
Technisches Werken	1

**Ernährung und Haushalt/
Ernährungspädagogik
dominierend**

Insbesondere die Tatsache, dass fast ein Viertel (23%) aller untersuchten Moduleinheiten in der Ausbildung für „Ernährung und Haushalt“-Lehrkräfte zu finden ist, zeigt die momentane Konzentration in diesem Fachgebiet. Zusätzlich kommen noch 18 der 286 untersuchten Moduleinheiten hinzu, die aus dem Ausbildungszweig „Ernährungspädagogik“ stammen. Das bedeutet also, dass per se fast 30% der analysierten Module mit Gesundheitsbezug in Ausbildungsrichtungen vorkommen, die sich mit Ernährung beschäftigen.

3.2 Häufigkeiten nach Themenbereichen

**psychosoziale
Gesundheit in 49% aller
untersuchten
Moduleinheiten**

In ca. 49% aller untersuchten Module (139 Module) wird das Überthema der „psychosozialen Gesundheit“ behandelt. Dabei geht es entweder um die psychosoziale Gesundheit der SchülerInnen, der LehrerInnen oder um psychosoziale Thematik allgemein. In einigen Fällen wird spezifisch auf die Persönlichkeitsbildung bzw. –entwicklung, entweder der angehenden LehrerInnen selber oder in Hinblick auf die zukünftigen SchülerInnen, eingegangen. Auch Stressbewältigung ist ein Thema: Auch hier kann es z.B. um Stressvermeidungsstrategien mit der Zielgruppe der SchülerInnen gehen oder auch um Burnoutprävention bei den angehenden Lehrkräften. Zum Stressbewältigungsthema wurden auch Inhalte gezählt, die Entspannungstechniken für die Studierenden wie für deren zukünftige SchülerInnen umfassen. Ein weiterer Aspekt, der zumeist mit Themen der psychosozialen Gesundheit zusammen genannt wird, ist die Psychosomatik. Dieses Thema wird auch spezifisch für psychosomatische Belastungen bei SchülerInnen gebraucht. Weitere verwandte Aspekte im Themenkomplex der psychosozialen Gesundheit sind das Konfliktmanagement bzw. die Schul- bzw.

Peer Mediation mit 23 Fällen (ca. 8%) und die Gewaltprävention, die in 13 aller untersuchten Moduleinheiten vorkommt (ca. 5%).

Aspekte rund um physische Gesundheit wurden bei 104 Moduleinheiten gezählt. Das entspricht ca. 36% des Datenmaterials. Unter „physischer Gesundheit“ finden sich vor allem Lehrveranstaltungen, die Kenntnisse zum menschlichen Körper vermitteln. Dazu gehören unter anderem Themenbereiche wie Sportanatomie, Haltungsproblematik, aber auch muskuläre Dysbalancen und motorische Defizite. Für FachlehrerInnen für „Ernährung und Haushalt“ gibt es auch Inhalte wie „*ernährungsphysiologische Grundlagen*“ (P262: PHV_HS_4) oder „*Nährwertberechnungen*“ (P302: PHS_HS_6).

**physische Gesundheit in
36% aller
Moduleinheiten**

Dies leitet gleich zu einem weiteren verhältnismäßig großen Themenkomplex über: In 99 Moduleinheiten (ca. 35%) kommt der Themenbereich der (gesunden) Ernährung vor. Aspekte wie „Ernährungskultur“ (ca. 7% aller Moduleinheiten), „Ernährungsbildung“ (ca. 5%) und „Ernährungskommunikation bzw. -beratung“ (ca. 3%) sind Bestandteile mancher Studienpläne. In einigen Fällen wird auch „Ernährungspsychologie“ (ca. 2%) und in einem Fall explizit „Ernährungssoziologie“ unterrichtet. 14 Moduleinheiten (ca. 5%) beschäftigen sich unter anderem mit Ernährung im Zusammenhang mit Sport oder Leistungssteigerung. Fünf der untersuchten Moduleinheiten (ca. 2%) enthalten Hinweise, dass die Studierenden Inputs zu einer gesundheitsfördernden Schulverpflegung – z.B. in Hinblick auf das Konzept der Gesunden Jause oder den Mittagstisch – erhalten.

**Ernährung in 35% aller
Moduleinheiten**

Auffallend erscheint aus Sicht der Gesundheitsförderungsforschung die Verortung des Themas der Essstörungen (ca. 5% aller analysierten Moduleinheiten). Ein überwiegender Teil der Moduleinheiten, in denen dieses Thema vorkommt, sind dem Hauptschulfach „Ernährung und Haushalt“ bzw. der „Ernährungspädagogik“-Ausbildung zuzuordnen. Obwohl Essstörungen ein Thema der psychosozialen Gesundheit bzw. eventuell auch der Suchtprävention sind, werden in ihrem Kontext allerdings eher Begriffe wie „ernährungsbedingte Krankheiten“ oder auch „Ernährung bei besonderen Bedürfnissen“ verwendet, die irreführend erscheinen.

**Verortung des Themas
Essstörungen**

Eine weitere Kategorie konnte zum Themenbereich von Organisation und Planung gebildet werden. 104 Fälle wurden dieser Kategorie zugeordnet, was ca. 36% aller analysierten Moduleinheiten entspricht. Darunter wurden auch Inhalte zum Zeit- und Arbeitsmanagement subsummiert, aber auch die Vermittlung von „*Planungskompetenz*“ (z.B. P298: PHS_HS_3), also die Fähigkeit, den Unterricht bzw. Maßnahmen im spezifischen Themenbereich zu planen und dabei relevante Rahmenbedingungen zu berücksichtigen.

**Organisation und
Planung in 36% aller
Moduleinheiten**

Der Themenbereich Ökologie und Nachhaltigkeit wurde in 88 Fällen (ca. 31%) gezählt. Es gibt – zumindest laut Studienplänen – Inputs zu Fragen der Ökologie, zu Fair Trade und zu Aspekten der Nachhaltigkeit. Immer wieder geht es in den Modulbeschreibungen um die Anwendung einer ökologischen Perspektive auf diverse Fragestellungen und Themenbereiche. Auch Naturorientierung – etwa im Sinne von „*naturorientierten Bewegungshandlungen*“ (P24: KPHVIE_VS_5) – und Umwelterziehung wurden in diese Kategorie aufgenommen.

**Ökologie und
Nachhaltigkeit in 31%
aller Moduleinheiten**

Der Themenkomplex Bewegung und Sport kann in 86 Moduleinheiten gefunden werden, was etwa 30% des gesamten Analysematerials entspricht. Auch Begriffe wie „Bewegungsbildung“ (ca. 6%) und „Bewegungskultur“ (ca. 1%) werden in manchen Modulbeschreibungen verwendet. Zu jeweils knapp 2% finden sich Aspekte von Sportpädagogik und Sportpsychologie im Analysematerial. Außerdem wird „*Sport als Ausgleich zu schulischen und beruflichen*

**Bewegung und Sport in
30% aller
Moduleinheiten**

	<p><i>Belastungssituationen“</i> (P29: PHK_BS_2) thematisiert. Immer wieder wird auch dezidiert zwischen Gesundheits- und Leistungssport, z.B. „<i>Hochleistungs- und Gesundheitssport“</i> (P87: PHOÖ_HS_5) unterschieden.</p>
<p>Bewegte Schule und Bewegter Unterricht</p>	<p>Im Kontext von Bewegung und Sport kommt immer wieder auch das Konzept der Bewegten Schule vor, wobei in der Analyse zwischen „Bewegter Schule“ und „Bewegtem Unterricht“ unterschieden wurde. Letzteres bezieht sich dezidiert auf die gesundheitsförderliche und bewegte Unterrichtsgestaltung. Knapp 3% aller analysierten Moduleinheiten wiesen eine derartige Formulierung auf. Im Gegensatz dazu ist das Konzept der Bewegten Schule umfassender und bezieht die gesamte Schule mit ein. Dieses Konzept wurde in zehn Fällen, d.h. ebenfalls in ca. 3% aller untersuchten Module gefunden.</p>
<p>Prävention und Prophylaxe in 23% aller Moduleinheiten</p>	<p>In Modulen zur Persönlichkeitsentwicklung ist immer wieder von „<i>prophylaktischen Maßnahmen bezogen auf psychische, physische und soziale Probleme pubertierender Jugendlicher“</i> (z.B. P26: PHK_BMHS_1) die Rede. Präventionsaspekte werden auch besonders häufig im Kontext von Ernährung und Bewegung genannt. Prävention bzw. Prophylaxe wurde insgesamt in 66 Modulbeschreibungen identifiziert, was ca. 23% des Analysematerials entspricht.</p>
<p>Sicherheit in 23% aller Moduleinheiten</p>	<p>Aspekte der Sicherheit inklusive Sicherheitserziehung werden ebenfalls in 66 Moduleinheiten behandelt. Diese 23% des Untersuchungsmaterials umfassen vor allem Inputs zu Sicherheitsmaßnahmen, Unfallvermeidung, Erste Hilfe, Verkehrserziehung, Lebensmittelsicherheit und Verbraucherschutz.</p>
<p>Wohlbefinden in 17% aller Moduleinheiten</p>	<p>Inhalte, die auf eine Auseinandersetzung mit Aspekten von Wohlbefinden, der Steigerung von Lebensfreude und auch Lebensqualität hinweisen, wurden in 48 Fällen (ca. 17%) gefunden. Es wurden auch Hinweise auf „<i>Sinnesschulungen“</i> (P253: KPHEHS_HS_8) und Schulungen der „<i>Genusswahrnehmung“</i> (P10: KPHVIE_HS_3) einbezogen.</p>
<p>Krankheit und Medizin in 15% bzw. 7% aller Moduleinheiten</p>	<p>Die weiter oben erwähnten, eher körperlich-medizinisch-orientierten Zugänge von Prävention und Sicherheit führen zu zwei weiteren Themenbereichen im Analysematerial. Krankheiten werden in 44 aller analysierten Moduleinheiten (ca. 15%) inkludiert. Die Curricula beschreiben u.a. die Vermittlung von Wissen rund um bekannte Krankheitsbilder, teilweise mit einem Fokus auf Krankheiten des Kindes- und Jugendalters. Auch der Umgang mit Krankheit, Leiden und Tod steht in manchen Ausbildungslehrgängen in den Studienplänen. Berufskrankheiten bzw. „<i>arbeitsbedingte Gefährdungen und Überlastungen“</i> (P71: PHNÖ_TG_1) werden in 19 Fällen, d.h. in ca. 7% aller untersuchten Fälle als Inhalt genannt. Sehr häufig geht es hierbei auch um die Gesunderhaltung der Stimme der zukünftigen Lehrkräfte. Medizinische Referenzen werden in 19 Fällen gemacht, was etwa 7% des gesamten Untersuchungsmaterials entspricht. Eine medizinische Rahmung der Gesundheitsförderung kommt also immer wieder vor; manchmal wird auch im Rahmen von Gesundheitserziehung/-förderung ausschließlich auf „<i>medizinische Grundlagen“</i> hingewiesen.</p>
<p>Hygiene in 14% aller Moduleinheiten</p>	<p>40 Modulbeschreibungen (ca. 14%) weisen auch auf den Themenbereich der Hygiene hin, wobei dabei von Schul-, Unterrichts- und SchülerInnenhygiene, aber auch Lebensmittelhygiene die Rede ist. Ein Konnex zu den Themenbereichen von Krankheit und Medizin kann dabei attestiert werden: Wo Hygiene thematisiert wird, werden häufig auch medizinische Problematiken und Krankheitsbilder angesprochen.</p>
<p>Lebensstil in 14% aller Moduleinheiten</p>	<p>Von einem gesunden Lebensstil bzw. einer gesundheitsförderlichen Lebensführung ist in 41 Fällen die Rede, was etwa 14% des analysierten Materials entspricht. Am häufigsten kommt dieser Begriff in Modulen vor, die</p>

angehende „Ernährung und Haushalt“-Lehrkräfte besuchen müssen oder können. Aber auch im Kontext von „Bewegung und Sport“ bzw. im Fach „Biologie und Umweltkunde“ gibt es eine Auseinandersetzung mit Lebensstilfragen.

Das Thema Sucht bzw. Suchtprävention wurde in 38 Modulbeschreibungen (ca. 13%) verortet. Während in den meisten Fällen eher nur die eben genannten Schlagworte verwendet werden, gibt es in einigen Moduleinheiten auch etwas genauere Beschreibungen dessen, was konkret vermittelt werden soll. Etwa geht es in einem Modul um das „*Erkennen des schädlichen Einflusses von Alkohol und Drogen auf den Organismus Jugendlicher*“ (P27: PHK_BMHS_2), was einer eher gesundheitsbildenden Maßnahme gleicht. Es kommen aber auch weitaus settingorientierte, umfassendere Inhalte vor, wie z.B. „*Möglichkeiten zur Suchtprävention in der eigenen schulischen Arbeit erkennen und Maßnahmen in der Schulgemeinschaft mittragen*“ (P226: PHDL_HS_8).

In 37 Moduleinheiten geht es um Projekte bzw. Veranstaltungen. Das entspricht ca. 13% des Analysematerials. Zu dieser Kategorie wurden einerseits Moduleinheiten gezählt, wo Inputs zu Projektarbeit vorkommen, also beispielsweise Inhalte wie „*Prinzipien der Projektarbeit*“ (P7: HAUP_AP_1). Andererseits wurden auch diverse Erwähnungen von spezifischen Projekten bzw. Veranstaltungen dazugezählt, etwa die „*bewegungsorientierte Sommersportwoche*“ (P24: KPHVIE_VS_5) oder Organisation und Durchführung von „*Gesundheitstagen*“ (P269: PHV_VS_2). Projektorientiertes Arbeiten wurde immer wieder auch explizit als Methode in den Modulen angegeben (siehe Kap. 3.3).

Themen rund um Konsum bzw. Werbung und Gesundheit wurden in 33 Fällen (ca. 12%) im Untersuchungsmaterial gefunden. Sehr häufig waren diese Teile von Modulen im Bereich „Ernährung und Haushalt“. Einerseits wurde auf direkt gesundheitsbezogene Aspekte hingewiesen, etwa wenn es in einem Bildungsziel darum geht, dass Studierende „*den Stellenwert von gesundheitsbezogenen Aussagen in der Werbung für Lebensmittel*“ beurteilen können sollen (u.a. P11: KPHVIE_HS_4). Vielfach wurde in diesem Zusammenhang generell „*Verbraucherbildung*“ (z.B. P48: PHK_HS_9) erwähnt. Andererseits sind Aspekte von Konsum auch immer wieder im Kontext von Nachhaltigkeitsthemen zu finden.

29 Modulbeschreibungen erwähnen die Themen sexuelle Gesundheit und Sexualerziehung. Dies entspricht ca. 10% aller analysierten Moduleinheiten. Zu dieser Kategorie werden auch Inputs zu HIV und AIDS gezählt. Aber auch die im Rahmen von Gesundheitslehre subsumierten Themen wie „*Embryonalentwicklung, Schwangerschaft und Geburt, Geburtshilfe*“ (P70: PHNÖ_HS_9) wurden als Teilbereiche der Sexualerziehung gesehen.

In 34 Fällen wurde „Teamarbeit/-fähigkeit als Kompetenz“ gezählt, was ca.12% des Untersuchungsmaterials entspricht. Dabei ging es nicht nur um den Kompetenzerwerb bei den angehenden Lehrkräften, sondern auch um Möglichkeiten der Vermittlung von Teamfähigkeit und Sozialkompetenz an SchülerInnen: „*Ausgewähltes Übungsgut zur Förderung von Partnerverhalten, Teamfähigkeit, Wir-Erlebnisse, Rücksicht nehmen, Zusammenarbeit, Verantwortung übernehmen*“ (P53: PHK_VS_4), „*Gruppenlernen*“ (P173: PHT_VS_5) oder „*Kooperative Spiele*“ (P171: PHT_VS_3). In einigen Fällen war Teamarbeit auch als Methode für das jeweilige Modul im Material sichtbar, was in 14 Fällen bzw. in ca. 5% aller Module evident war (siehe Kap. 3.3).

**Suchtprävention in 13%
aller Moduleinheiten**

**Projekte/
Veranstaltungen in 13%
aller Moduleinheiten**

**Konsum/ Werbung in
12% aller
Moduleinheiten**

**Sexuelle Gesundheit/
Sexualerziehung in 10%
aller Moduleinheiten**

**Teamarbeit als
Kompetenz in 12% aller
Moduleinheiten**

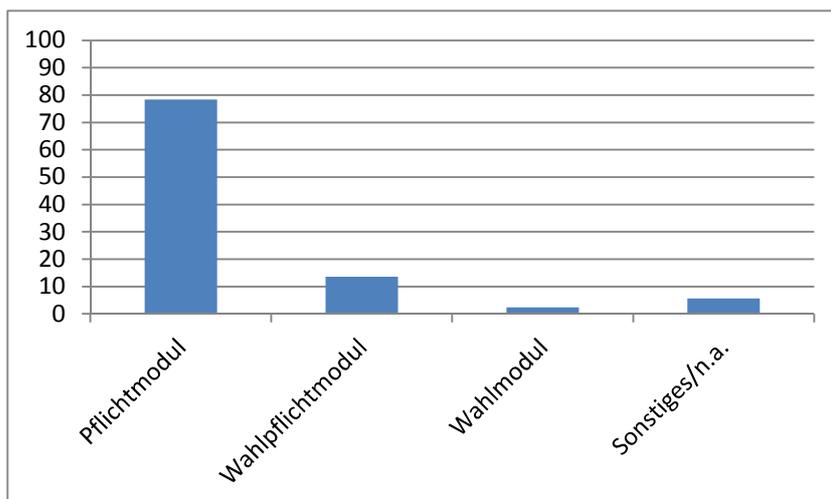
Konfliktmanagement in 9% aller Moduleinheiten	<p>Der Themenbereich rund um Konfliktmanagement und Mediation wurde in 27 Fällen identifiziert, was ca. 9% aller analysierten Einheiten entspricht. Inkludiert wurden auch Hinweise auf Inputs zu Peer-Mediation, d.h. kurz gesagt zu Streitschlichtung unter Gleichaltrigen. Auch „Schulmediation“ im Sinne einer „Vertiefung und Anwendung der mediativen Techniken und Haltungen im Schulalltag“ (P141: PHT_HS_15) kann als Beispiel dieser Kategorie herangezogen werden.</p>
Interkulturalität/ Kultur des Zusammenlebens in 8% aller Moduleinheiten	<p>In eine Kategorie zusammengefasst wurden Themen wie Interkulturalität bzw. eine „Kultur des Zusammenlebens“ (z.B. P88:PHOÖ_HS_6), welche in 25 Fällen (ca. 8%) zugeordnet wurde. Dabei geht es hauptsächlich um Modulbeschreibungen, die inter- und multikulturelle Aspekte beinhalten. Beispielsweise wird dies mit Ernährungsaspekten verknüpft, etwa „der Alltags- und Festkultur und interkulturellem Essen entsprechend“ Speisen zuzubereiten (P269: PHV_VS_2). Ebenso dazu gehören Aspekte wie die „Förderung des Gemeinschaftssinns“ (P249:KPHES_HS_4) und „Aktivitäten initiieren, in denen Musik, Bewegung, Bildnerisches Tun als freudvolles, gemeinschaftsbildendes Gestalten erlebt werden können“ (P257: KPHG_VS_2).</p>
Vernetzung in 8% aller Module	<p>In 24 aller analysierten Moduleinheiten, d.h. in ca. 8% des gesamten Untersuchungsmaterials, fanden sich Hinweise zu Vernetzung und Kooperationen. Dabei handelte es sich einerseits um Formen der außerschulischen Kooperation, etwa um das Wissen zu „außerschulischen Kontaktstellen bezogen auf psychische, physische und soziale Probleme pubertierender Jugendlicher“ (P27: PHK_BMHS_2). Andererseits wurde aber auch mehr oder weniger schulinterne Vernetzung erwähnt. Beispielsweise wird in einigen Modulbeschreibungen auf eine Zusammenarbeit mit der Schulpsychologie verwiesen.</p>
Materielle Umwelt in 8% aller Module	<p>Aspekte rund um den Themenbereich der materiellen Umwelt sind in 23 Modulbeschreibungen (ca. 8% des Analysematerials) zu finden. Dazu gehören auch die „Arbeitsplatzgestaltung für den praktischen Unterricht“ (P42: PHK_HS_3) in Hinblick auf gesunde Ernährung oder „Gestaltung von Schulraum, Lernumgebung und Ergonomie“ (P190: PHW_BS_2). Inputs zu Ergonomie von Arbeitsplätzen fanden sich in insgesamt zehn Fällen (ca. 3%) im Datenmaterial.</p>
Motivation in 4% aller Module	<p>Noch seltener war der Themenbereich der Motivation in den untersuchten Curricula zu finden, nämlich nur in ca. 4% aller analysierten Fälle (12 Analyseeinheiten). Es finden sich hier etwa Formulierungen wie „Motivation zum Sporttreiben“ (P20: KPHVIE_VS_1) oder „Maßnahmen zur Motivierung Jugendlicher zu einer gesunden Lebensweise unter Vermeidung von Süchten“ (P203: PHW_HS_4).</p>
seltene Themen: kollegiale Beratung, Elterneinbindung, Schulentwicklung, Qualitätsmanagement, Evaluation	<p>„Kollegiale Supervision und Intervision“ (P241: KPHES_VS_5) bzw. kollegiale Beratung war in acht Fällen in den Modulschreibungen aufzufinden, was etwa 3% des Untersuchungsmaterials entspricht. In gleicher Häufigkeit wurde auch die Einbindung von Eltern bzw. Erziehungsberechtigten im Kontext von Gesundheitsthemen gezählt. Ebenfalls selten wurden Begriffe wie Schulentwicklung (5 Fälle, ca. 2%) und Qualitätsmanagement (5 Fälle, ca. 2%) entdeckt. Ebenfalls sehr rar – wenngleich in der Gesundheitsförderung erforderlich – ist der Themenbereich der Evaluation: Nur zwei Fälle wurden im Analysematerial gefunden, was etwa 0,7% aller untersuchten Modulbeschreibungen entspricht.</p>

3.3 Design der Module

Der Großteil der analysierten Moduleinheiten sind Pflichtmodule (224 Moduleinheiten, ca. 78%). Der Rest sind Wahlpflichtmodule (39 Moduleinheiten; ca. 14%), Wahlmodule (7 Moduleinheiten; ca. 2%), sogenannte „Ergänzende Lehrveranstaltungen“ (1 Moduleinheit; 0,35%) oder nicht zuordenbare Module (15; ca. 5%) (vgl. Abb. 1). Dies verweist auf einen Überhang an Pflichtmodulen, was aber nicht bedeutet, dass quasi alle angehenden LehrerInnen Inputs zu Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung erhalten. Denn es gehört – wie schon in Kap. 3.1 erwähnt – ein nicht unbedeutender Anteil der analysierten Moduleinheiten zu den studienfachspezifischen Modulen der HauptschullehrerInnenausbildung. Das heißt, dass insbesondere angehende HauptschullehrerInnen, die „Ernährung und Haushalt“, „Bewegung und Sport“ oder auch „Biologie und Umweltkunde“ gewählt haben, mit gesundheitsbezogenen Lehrveranstaltungen konfrontiert sind. Es gibt allerdings in diesem Zusammenhang auch Moduleinheiten, die nicht fachspezifisch und so für alle Studierenden der Hauptschul-Lehrgänge relevant sind. Dies gilt natürlich auch für die anderen Ausbildungsrichtungen.

**Pflicht-/ Wahlpflicht-/
Wahlfächer**

Abbildung 2: Aufteilung der Modularten, in Prozent



In 162 Fällen konnten in den Modulbeschreibungen Hinweise darauf gefunden werden, dass ein Praxistransfer des im jeweiligen Modul gewonnenen Wissens stattfinden soll bzw. Ziel der Lehrveranstaltung ist. Das entspricht ca. 57% aller analysierten Dokumente. Beispiele dafür aus den Modulbeschreibungen sind: „Studierende (...) verstehen Gesundheitsförderung als systemisches Geschehen und richten die eigene schulische Arbeit daran aus.“ (P12: KPHVIE_HS_5) oder „Die Studierenden (...) verstehen die physische Entwicklung und Belastbarkeit Jugendlicher und setzen dieses Wissen im Umgang mit Jugendlichen um“ (P167: PHT_TGP_1). Es geht also bei dieser Kategorie vor allem darum, dass nicht nur Wissen vermittelt wird, sondern auch praktische Bezüge hergestellt und geübt werden: „Planung und Durchführung von Lehrübungen, die den oben definierten ganzheitlichen Ansatz realisieren“ (P190: PHW_BS_2). Auch Begriffe wie Praxisorientierung werden unter diese Kategorie subsumiert: „Praxisorientierung: Anwenden der erworbenen Kompetenzen in konkretem Betreuungsprojekt“ (P141: PHT_HS_15). Praxisbezug wird ebenso durch

**Praxistransfer in 57%
aller Moduleinheiten**

praktische Übungen sowie Experimente oder Versuche als Methoden in den Modulen hergestellt.

Reflexion in 36% aller Moduleinheiten	Wenn man die Lehr- und Lernmethoden betrachtet, die in den Modulbeschreibungen erwähnt werden, so zeigt sich, dass in 102 Fällen, d.h. ca. 36% des Analysematerials, Reflexion als Inhalt bzw. Methode erwähnt wird. Damit ist in den meisten Fällen Selbstreflexion der LehrerInnen gemeint, was immer wieder auch mit „ <i>Bewusstseinsbildung</i> “ (z.B. P8: KPHVIE_HS_1) in Bezug auf Gesundheitsförderungsthemen, aber auch mit Reflexion des eigenen Unterrichts zusammenhängt. Auch Selbsterfahrungsübungen und die Vermittlung meditativer Techniken kommen in diesem Kontext als Lehr- und Lernmethoden vor.
Exkursion/ Erkundung in 6% der Moduleinheiten; Projekte als Methode in 6% aller Moduleinheiten	Ebenso werden in 18 Fällen – was ca. 6% des Untersuchungsmaterials entspricht – Exkursionen bzw. Erkundungen als Methode genannt. Dazu gehören gerade bei Ernährungsthemen auch „ <i>Betriebsbesichtigungen</i> “ (P10: KPHVIE_HS_3). Projektorientiertes Arbeiten als Methode wurde in 16 Fällen gefunden, was ebenfalls etwa 6% aller analysierten Moduleinheiten entspricht. Die „ <i>Planung, Durchführung und Kommunikation einer Projektarbeit zu selbst gewählten Gesundheitsfragen</i> “ (P69: PHNÖ_HS_8) wird beispielsweise in einem Modul als Bildungsinhalt beschrieben.
Teamarbeit als Methode in 5% aller Moduleinheiten	Wie schon zuvor erwähnt ist die Kompetenz zur Zusammenarbeit in einigen Fällen Inhalt der Moduleinheiten. Auch als dezidierte Methode in den Lehrveranstaltungen für die angehenden Lehrkräfte ist Teamarbeit zu finden. Etwa 5% des Analysematerials, d.h. 14 Module/ Moduleile weisen als eine ihrer angewandten Lehr- und Lernmethoden Teamarbeit und verwandte Konzepte auf. Zum Beispiel werden die Arbeit in Gruppen und auch in „ <i>Kleinstgruppen</i> “ (z.B. P57:PHK_VS_8), Teamteaching und in seltenen Fällen auch „ <i>learning communities</i> “ (P69: PHNÖ_HS_8) erwähnt.
Wissenschaftsbasierung in 22% aller Moduleinheiten; Zielgruppenorientierung in 20% aller Moduleinheiten	Wissenschaftsbasierung bzw. ein Einbeziehen von wissenschaftlicher Forschung wurde in 63 Moduleinheiten genannt, was ca. 22% des Untersuchungsmaterials entspricht. Eine zielgruppenorientierte bzw. situationsgerechte Herangehensweise an diverse Themen wurde in 56 Modulbeschreibungen erwähnt, d.h. in ca. 20% aller analysierten Einheiten. Unter letzterer Kategorie ist auch eine Anpassung an den jeweiligen Entwicklungsstand der jungen Menschen gemeint. Beispielhaft ist dies wiederzufinden in folgenden Beschreibungen von Bildungszielen: „ <i>Aneignung pädagogischer Grundkenntnisse unter dem Aspekt eines gesunden, entwicklungsgemäßen und sicheren Bewegungs- und Sportunterrichtes</i> “ (P171: PHT_VS_3) und „ <i>Studierende sollen lernen altersadäquate Lernumgebungen (...) für die Auseinandersetzung mit dem Themenbereich Gesundheit und Krankheit zu schaffen.</i> “ (P68: PHNÖ_HS_7).
fächerübergreifendes Arbeiten in 9% aller Moduleinheiten	Inputs zu fächerübergreifender Arbeit gibt es in 26 der untersuchten Moduleinheiten, was etwa 9% des Analysematerials entspricht. So ist beispielsweise von „ <i>studienfächerübergreifendem und verbindendem (projektorientiertem) Arbeiten</i> “ (P82: PHOÖ_HS_10) und von einer „ <i>Fächerzusammenschau</i> “ (P204: PHW_HS_5) in Hinblick auf Gesundheit die Rede. Die Fähigkeit und Motivation zu fächerübergreifendem Arbeiten im Schulalltag gilt in der Gesundheitsförderungsliteratur als wichtiger Aspekt, wenn es darum geht, Gesundheitsthemen im Unterricht erfolgsversprechend unterzubringen (vgl. z.B. St Leger et al. 2010).

Was im Sinne der Gesundheitsförderung als weitere wichtige Elemente von LehrerInnenbildung verstanden werden können, sind ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis sowie eine systemische Betrachtungsweise des Themas zu vermitteln und auch die Wichtigkeit von Nachhaltigkeit bzw. Langfristigkeit von Maßnahmen zu behandeln. 49 Modulbeschreibungen (ca. 17%) enthalten Hinweise auf ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis. Dies wurde hier verstanden als „*Entwicklung eines gesamtgesundheitlichen Konzepts*“ (P190: PHW_BS_2), aber gilt auch für solche und ähnliche Formulierungen, wie sie im selben Modul zu finden waren: „*Kenntnisse über psychische, physische und soziale Probleme der Pubertät und Auswirkungen auf den Unterricht*“. Psychosoziale und physische Gesundheit wurden im Sinne eines ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses gemeinsam betrachtet.

**ganzheitliches
Gesundheitsverständnis
in 17% aller
Moduleinheiten**

Eine systemische Sichtweise auf Gesundheitserziehung/-förderung wurde laut Beschreibungen 24 der analysierten Moduleinheiten (ca. 8%) attestiert. Das bedeutet, dass in diesen Fällen darauf eingegangen wird, Gesundheit in Hinblick auf das System Schule zu verstehen und zu behandeln. Eine systemische Betrachtungsweise führt auch zu einem umfassenderen Verständnis von schulischer Gesundheitsförderung: „*Die Studierenden (...) gewinnen Einsicht in systemische Gesundheitsförderung und in verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung.*“ (P114: PHST_HS_8).

**systemische
Betrachtungsweise in
8% aller
Moduleinheiten**

Ein ebenfalls wichtiger Aspekt in der Gesundheitsförderungsforschung ist es, Interventionen – seien es Maßnahmen im Unterricht oder in der gesamten Schule – auf Nachhaltigkeit im Sinne von Dauerhaftigkeit hin zu prüfen. Langfristige Interventionen haben sich laut Evaluationen als erfolgsversprechend erwiesen (vgl. z.B. Stewart-Brown 2006). Hinweise darauf, dass diese Thematik auch in den analysierten Modulen angesprochen wird, gibt es in 13 Moduleinheiten. Das bedeutet, dass in etwa 5% aller untersuchten Modulbeschreibungen, Dauerhaftigkeit von Maßnahmen im Gesundheitserziehungs-/förderungs-bereich bzw. Dauerhaftigkeit in den zu vermittelnden Bereichen Thema war. Beispiele dafür sind für den erstgenannten Bereich etwa die Vermittlung der „*Fähigkeit zur Umsetzung von nachhaltiger Gesundheitserziehung im berufsbildenden Schulwesen*“ (P192: PHW_EP_1) und für den zweitgenannten Bereich Informationen zu „*Möglichkeiten einer nachhaltigen, gesunden Gewichtsreduktion*“ (P254: KPHEHS_HS_9).²

**Dauerhaftigkeit bzw.
Nachhaltigkeit in 5%
aller Module**

² Es ist anzumerken, dass in den Curricula häufig von „Nachhaltigkeit“ gesprochen wurde, dies aber in der Analyse von Nachhaltigkeit im Sinne einer ökologischen, sozial-ökonomischen Vorgangsweise unterschieden wurde und hier deshalb von „Dauerhaftigkeit“ die Rede ist.

3.4 Verhaltens- /Verhältnisorientierung und gesundheitsförderliches Lehren und Lernen

**Kategorisierung
hinsichtlich Verhaltens-,
Verhältnisorientierung;
gesundheitsförderliches
Lehren und Lernen**

Eines der Ziele der vorliegenden Studie war es, Tendenzen dahingehend aufzuzeigen, inwieweit Verhaltens- bzw. Verhältnisorientierung für gesundheitsbezogene Inhalte in den Studienplänen der Pädagogischen Hochschulen (PHs) gegeben ist (vgl. auch Kap. 2). Auch im Bericht zur LehrerInnenfortbildung aus 2010 (Flaschberger et al. 2010) wurde schon eine sehr ähnliche Analyse vorgenommen. Zusätzlich wurden in der vorliegenden Arbeit die Ausbildungsangebote in Bezug auf gesundheitsförderlichen Unterricht analysiert.

**Definition
Verhaltensorientierung
– Gesundheits-
erziehung/-bildung**

In puncto Verhaltensorientierung wurde in dieser Untersuchung zwischen der Verhaltensorientierung mit der „Zielgruppe“ der (zukünftigen) SchülerInnen und jener der (zukünftigen bzw. in Ausbildung befindlichen) LehrerInnen unterschieden. Die erste Kategorie bezieht sich also auf eine Hilfestellung zur Gesundheitserziehung von SchülerInnen, die zweite Kategorie auf die Gesundheitsbildung der zukünftigen LehrerInnen selbst. Gesundheitserziehung/ Gesundheitsbildung wird in traditioneller Weise definiert als Wissensvermittlung bzw. Vermittlung von Kompetenzen im Bereich individueller Verhaltensänderungen. Dabei wird ein themenspezifischer Zugang („topic-approach“) gewählt. Verhältnisänderungen werden dabei nicht angestrebt bzw. bleibt die jeweilige Maßnahme sozusagen am Unterricht im Klassenzimmer orientiert.

**Verhaltensorientierung
– Unterricht/ einzelne
Lehrkraft**

Das bedeutet auch, dass im Falle von Verhaltensorientierung eher einzelne Lehrkräfte angesprochen sind, in ihrem jeweiligen Unterricht bzw. Fach gesundheitsbezogene Inhalte zu vermitteln. In einem Fall wird Gesundheitserziehung in der Modulbeschreibung sogar eindeutig als „*Verantwortung des Biologielehrers*“ beschrieben (PHK_HS_8; P47).

**Verhaltensorientierung:
SchülerInnen: 47% aller
Moduleinheiten;
LehrerInnen: 56% aller
Moduleinheiten**

Insgesamt wurde in 133 Fällen Verhaltensorientierung mit der Zielgruppe der SchülerInnen gecodet, was 47% aller analysierten Moduleinheiten entspricht. In 160 Modulbeschreibungen – ca. 56% des Untersuchungsmaterials – sind die in Ausbildung befindlichen Lehrkräfte selbst Zielgruppe der verhaltensorientierten Inputs. Die Kategorien Verhaltensorientierung für SchülerInnen sowie für LehrerInnen kommen häufig gemeinsam vor, d.h. es werden laut Beschreibungen in den PH-Lehrveranstaltungen einerseits Gesundheitsthemen an die zukünftigen Lehrkräfte vermittelt sowie gelehrt, wie man diese SchülerInnen vermittelt. Ein Beispiel dafür ist das folgende, in einem Modul formulierte Bildungsziel: „*Studierende sollen die Zusammenhänge zwischen Lebensmittelqualität, Gesundheit und Lebensmittelverarbeitung verstehen und unterrichtspraktisch umsetzen.*“ (P10: KPHVIE_HS_3). Auch sozusagen rein projektorientierte Maßnahmen werden zu einem eher verhaltensorientierten, gesundheitserzieherischen Ansatz gezählt, so beispielsweise folgender Auszug aus den Bildungsinhalten eines Moduls: „*Umsetzung eines Präventionsprojektes zu einem ausgewählten Thema für eine bestimmte Zielgruppe*“ (P119: PHST_VS_2).

Unter Verhältnisorientierung wurde in dieser Studie eine über den Unterricht im Klassenzimmer hinausgehende Beschäftigung mit dem Gesundheitsthema verstanden. Es geht also um den umfassenderen Begriff der Gesundheitsförderung, die Verhältnis- oder Verhaltens- und Verhältnisorientierung bedeutet (vgl. auch Kap. 1). Das Verständnis von Schule als ein Setting, das es in gesundheitsförderlicher Weise zu verändern gilt, ist dabei vordergründig. Neben gesundheitserzieherischen Maßnahmen im Unterricht der einzelnen Klassen gibt es idealtypisch auch klassenübergreifende Maßnahmen, die das Schulleben positiv beeinflussen sollen. Dazu zählen mit SchülerInnenbezug beispielsweise Maßnahmen, das Schulbuffet gesundheitsförderlich zu gestalten, oder Peer-Mediation im Sinne von „*Aufbau helfender Beziehungen im System Schule*“ (P141: PHT_HS_15) zu implementieren. Verhältnisorientierung mit der Zielgruppe der LehrerInnen kann zum Beispiel bedeuten, dass „*Formen der Supervision, Intervision und der kollegialen Beratung*“ (P45: PHK_HS_6) etabliert werden. Im Unterschied zu einer gesundheitserzieherischen Maßnahme bezüglich Suchtprävention im Unterricht kann folgendes Beispiel für eine verhältnisorientierte Maßnahme in diesem Bereich herangezogen werden: „*Möglichkeiten zur Suchtprävention in der eigenen schulischen Arbeit erkennen und Maßnahmen in der Schulgemeinschaft mittragen*“ (P82: PHOÖ_HS_10).

In den analysierten Curricula wurde 57-mal Verhältnisorientierung mit SchülerInnenbezug identifiziert, was etwa 20% des gesamten Untersuchungsmaterials entspricht. Ungefähr derselbe Prozentsatz bzw. 60 Moduleinheiten konnten als Verhältnisorientierung gecodet werden, die den LehrerInnen zugutekommen sollte. Auch bei der Kategorie der Verhältnisorientierung kommen naturgemäß die „Zielgruppen“ SchülerInnen und LehrerInnen zumeist gemeinsam vor, vor allem wenn es um die Betrachtung von Gesundheitsförderung als ein „*systemisches Geschehen*“ (z.B. P12: KPHVIE_HS_5) oder um die Umsetzung des Modells der „*Bewegten Schule*“ geht (vgl. auch Kap. 3.2). Die „*Gestaltung von Schulraum; Lernumgebung und Ergonomie*“ (P190: PHW_BS_2) weist ebenfalls klassisch auf eine Verhältnisorientierung hin, die sowohl SchülerInnen wie auch Lehrkräften zugutekommt. Das Gleiche gilt für: „*Lebenswelten gesundheits-, umwelt- und sozialverträglich mitgestalten*“ (P297: PHS_HS_29).

War es nicht möglich, die Analyseeinheiten zu entweder Verhaltens- oder Verhältnisorientierung zuzuordnen, wurde die Kategorie „Nicht zuordenbar“ verwendet. Insgesamt war das bei 66 Moduleinheiten der Fall, was ca. 23% des Datenmaterials entspricht. Es kann zum Beispiel sein, dass nur von „Gesundheitserziehung“ oder aber „Gesundheitsförderung“ die Rede ist, dies aber nicht durch weitere Hinweise auf die Orientierung bzw. das Verständnis dieser Konzepte ergänzt wird. In diesem Fall ist es für die Analyse nicht eindeutig, was die jeweilige PH mit diesem Modul vermitteln möchte, daher wurde mit „nicht zuordenbar“ codiert.

„Gesundheitsförderliches Lehren und Lernen“ wurde als eigene, von den Einstufungen zu Verhaltens- und Verhältnisorientierung unabhängige Kategorie entwickelt. Auch in diesem Fall sollen Einschätzungen darüber abgegeben werden können, in welcher Form und in welchem Ausmaß die PHs Gesundheit mit den Kernprozessen der Schule – also dem Lehren und Lernen – verbinden.

Das Verständnis eines gesundheitsförderlichen Unterrichts ist orientiert an der Konzeptualisierung von gesundheitsförderlichem Lehren und Lernen in Kremser et al. (2010) und deren Weiterentwicklung in Felder-Puig et al. (2011). Wichtige Komponenten für einen derartigen Unterricht, der sich sowohl auf die

Definition
Verhältnisorientierung – ganze Schule/ kein Einzelkämpfertum

Verhältnisorientierung:
SchülerInnen: 20% aller Moduleinheiten;
LehrerInnen: 21% aller Moduleinheiten

„nicht zuordenbar“: in 23% der Fälle weder Verhaltens- noch Verhältnisorientierung klar

Gesundheitsförderliches Lehren und Lernen – eigene Kategorie

Konzeptualisierung von gesundheitsförderlichem Unterricht

Leistungsfähigkeit der SchülerInnen wie auch auf deren Gesundheit und Wohlbefinden positiv auswirken soll, sind ein unterstützendes Klassenklima bzw. ein motivationssteigerndes Verhalten der Lehrkräfte, eine informierende, nicht kontrollierende Klassenführung, ein individualisierter, an die Bedürfnisse der einzelnen SchülerInnen angepasster Unterricht sowie Partizipationsmöglichkeiten für die SchülerInnen. Zudem werden Konzepte wie die Bewegte Schule, die Bewegungskultur in der gesamten Schule fördern sollen, sodass es zu einer Settingänderung kommt, zu gesundheitsförderlichen Lehr- und Lernformen gezählt. Nicht dazu gezählt wird die didaktische Umsetzung von Gesundheitsthemen im Sinne von Gesundheitserziehung.

**Gesundheitsförderliches
Lehren und Lernen in
23% aller
Moduleinheiten**

Insgesamt wurden in 67 Fällen bzw. in ca. 23% aller analysierten Moduleinheiten Hinweise auf die eben beschriebene Kategorie gefunden. Beispiele für diese Kategorie des gesundheitsförderlichen Unterrichts sind: „Die Studierenden (...) sollen sich mit Konzepten des entspannten und bewegten Lernens als Unterrichtsbestandteil auseinandersetzen und Kenntnisse über die Bedeutung von Ruhe, Bewegung und Entspanntheit gewinnen.“ (P122: PHST_VS_5) oder auch „Die Studierenden (...) entwickeln Fähigkeiten für die Konzeption von gesundheitsförderlichen Unterrichtselementen im eigenen berufsspezifischen Arbeitsumfeld.“ (P124: PHT_BS_2). Ebenso ist das Element des ganzheitlichen Verständnisses von Lehr- und Lernprozessen Thema: „Die Studierenden verstehen ihre berufsspezifischen Unterrichtskonzepte auf ihre Schüler/innen und deren Bedürfnisse so abzustimmen, dass die Einheit von Körper, Geist und Psyche hergestellt ist.“ (P117: PHST_TGP_2)

**Limitation: nur explizit
mit Gesundheit in
Verbindung stehende
Lehr- und Lernformen
eingeschlossen**

Wichtig ist hierbei zu erwähnen, dass in einigen Modulen Tendenzen oder Aspekte gesundheitsförderlicher Lehr- und Lernformen vorkommen, die in dieser Analyse keine Berücksichtigung fanden, da sie nicht explizit mit Gesundheit in Verbindung standen. Das zeigt deutlich, dass in den Curricula der PHs sichtlich einiges zu gesundheitsförderlichem Lehren und Lernen implizit vorhanden ist. Dies zu untersuchen war allerdings nicht Ziel der vorliegenden Studie.

Tabelle 2: Absolute Häufigkeiten für die Kategorien „Verhaltensorientierung“, „Verhältnisorientierung“ und „Gesundheitsförderliches Lehren und Lernen“, nach Zielgruppe

	SchülerInnen	LehrerInnen
Verhaltens-orientierung	133	160
Verhältnisorientierung	57	60
Gesundheits-förderliches Lehren und Lernen	67	/

(Nicht zuordenbar zu Verhaltens- oder Verhältnisorientierung: 66 Analyseeinheiten)

**Analyse weist auf relativ
geringen Anteil an
verhältnisorientierten
Lerninhalten hin**

Insgesamt zeigt sich also, dass in der Ausbildung für LehrerInnen an den PHs Österreichs die Verhaltensorientierung überwiegt (vgl. auch Tabelle 2). Dies kann auch im Vergleich der PHs untereinander festgestellt werden: An nahezu allen PHs gab es laut Analyseergebnissen mehr Verhaltens- als Verhältnisorientierung. Hinweise auf Verhältnisorientierung ebenso wie auf die gesundheitsförderliche Gestaltung der Lehr- und Lernprozesse findet man in jeweils ca. 20% des gesamten Analysematerials.

4 Ergebnisse der Analyse der ExpertInneninterviews

4.1 Berufliche Positionen der InterviewpartnerInnen und ihr generelles Verständnis von schulischer Gesundheitsförderung

Die GesprächspartnerInnen, die für die Interviews gewonnen werden konnten, sind in sehr unterschiedlichen Positionen an ihren jeweiligen Pädagogischen Hochschulen (PHs) tätig. Am häufigsten stellten sich KoordinatorInnen für Bewegung und Sport sowie RektorInnen bzw. VizerektorInnen zur Verfügung. Andere waren u.a. KoordinatorInnen für Gesundheitsförderung oder Lehrende z.B. von „Ernährung und Haushalt“. Aber auch Personen, die die Leitung von PH-internen Instituten innehaben, AssistentInnen von Institutsleitungen sowie Personen, die in der Schulentwicklungsberatung oder in der Fortbildung tätig sind, waren InterviewpartnerInnen. Diese Mischung kann schon als erster Hinweis darauf gedeutet werden, wie unterschiedlich mit dem Thema in den verschiedenen PHs umgegangen wird.

Auf ihr Verständnis von schulischer Gesundheitsförderung angesprochen antworteten fast alle der Befragten mit Definitionen, die einem breiten Verständnis von Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung, d.h. einem tendenziell auch verhältnisorientierten Modell entsprechen. Von vielen InterviewpartnerInnen wurde auf Settingorientierung, in einigen Fällen auf Gesundheitsförderung als „*durchgängiges Prinzip*“ (z.B. P13³) bzw. als Haltung und Einstellungssache verwiesen. Dabei wurde immer wieder auch auf eine vorteilhafte Gestaltung der sozialen Umwelt sowie auf Themen der psychosozialen Gesundheit allgemein hingewiesen. Zudem wurden Aspekte der gesunden Ernährung und Bewegung genannt, in wenigen Fällen auch Aspekte der materiellen Umwelt und Sicherheit sowie Gesundheitsmanagement. Auch Suchtprävention wurde in einem Interview thematisiert.

**InterviewpartnerInnen
in unterschiedlichen
Positionen an PHs**

**Verständnis von
schulischer
Gesundheitsförderung**

³ Im Folgenden werden die Zitate aus den Interviews mit der Quellenangabe „PNummerierung des Interviews“ versehen. Aus Gründen der Anonymität wird die dazugehörige Pädagogische Hochschule nicht genannt.

4.2 Gesundheitsförderungsbezogene Lehrveranstaltungen an den Pädagogischen Hochschulen sowie förderliche bzw. hinderliche Faktoren für deren Integration ins Curriculum

Vorhandensein von Lehrveranstaltungen zum Thema

Die RepräsentantInnen der Pädagogischen Hochschulen (PHs) erzählten von diversen Lehrveranstaltungen, die Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung an ihren PHs behandeln. In einigen Fällen wurde darauf hingewiesen, dass es zu wenige solche Lehrveranstaltungen in der Ausbildung gäbe bzw. diese zu wenig flächendeckend seien, d.h. nicht für alle Studierenden gleichermaßen zugänglich bzw. verpflichtend wären. Dabei gab es sogar den Fall, wo auch die StudentInnen selbst schon die Initiative ergriffen hatten, um mehr gesundheitsbezogene Lehrveranstaltungen in der Ausbildung zu verankern. Immer wieder wurde aber auch erklärt, dass keine wirklich expliziten Lehrveranstaltungen zum genannten Themenkomplex existieren, wohl aber Gesundheitsförderung sich wie ein „roter Faden“ (P11, P12) durch viele Fachbereiche ziehe. Das Thema des „durchgängigen Unterrichtsprinzips“ (P1) konnte mit diesen oder ähnlichen Formulierungen in einigen Interviews gefunden werden. Es muss kritisch hinzugefügt werden, dass manche der befragten ExpertInnen in den Interviews möglicherweise mehr für ihren jeweiligen Fachbereich – insbesondere „Bewegung und Sport“ oder „Ernährung und Haushalt“ – gesprochen haben als von ihrer gesamten PH.

Integration in Pflichtfächer - Studienbereiche

Hinsichtlich der Integration von Gesundheitsförderung in die Pflichtfächer wurden von den InterviewpartnerInnen die Studienbereiche der Fachwissenschaft, Fachdidaktik, Humanwissenschaften, Erziehungswissenschaft, pädagogischen Psychologie sowie an einer PH auch die Studieneingangsphase genannt: *„Also egal welches Fach gemacht wird, wird in der Studieneingangsphase, wo alle Studierenden aller Fächer drinnen sitzen und da sehr dieser gesundheitliche Aspekt drinnen vorkommt, das ist eine, quasi so eine Basislehrveranstaltung, die alle hören und alle auch theoretisch und praktisch durchführen“*(P13).

Fachbereiche

Die Fachbereiche, die von den Befragten am häufigsten in Zusammenhang mit Themen der Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung gebracht wurden, waren für Volksschulen Sachunterricht bzw. naturwissenschaftliche Themenfelder sowie Bewegung und Sport. Letzteres war auch eines der genannten Fächer für angehende HauptschullehrerInnen. Zudem wurden für die Ausbildung im Hauptschulbereich auch die Fächer Ernährung und Haushalt sowie Biologie und Umweltkunde mit dem Thema verbunden. All dies deckt sich – wenig überraschend – mit den Ergebnissen der Analyse der Curricula.

Gesundheit in Wahlpflicht- oder Wahlfächern

Häufig wurde bei der Beantwortung der Frage nach der Integration des Themas in die Ausbildungsmodule erwähnt, dass sich Gesundheitsthemen explizit verstärkt in Wahlpflicht- und freien Wahlfächern wiederfinden. Manche InterviewpartnerInnen wiesen darauf hin, dass es eigene Ausbildungswege oder auch weiterführende Lehrgänge zu Themen der Gesundheitsförderung gibt.

Was die Themen in den verschiedenen Pflicht-, Wahlpflicht- und Wahlfächern anbelangt, so wurden von den InterviewpartnerInnen unter anderem Ernährung, Bewegung – inklusive des Konzepts der Bewegten Schule – , psychosoziale Gesundheit, Essstörungen, Sicherheit und Verkehrserziehung, Krankheit, Hygiene und sexuelle Gesundheit genannt. Außerdem sprachen die PH-ExpertInnen von Begriffen wie Gesundheitsförderung, Gesundheitserziehung, Gesundheitswissenschaften, Gesundheitsmanagement und Gesundheitspädagogik. Es wurde auch erwähnt, dass Inputs spezifisch zur LehrerInnengesundheit Teil der Ausbildung seien.

**integrierte
Themenbereiche**

Die ExpertInnen wurden auch gefragt, wie es zur spezifischen Integration von Gesundheitsförderung in die Ausbildungscurricula an ihrer jeweiligen Hochschule kam. In erster Linie wurde hierbei die Abhängigkeit von Personen genannt, die das Thema in der PH sozusagen „pushen“. In einigen Fällen waren Einzelpersonen die InitiatorInnen, in anderen Fällen ganze Teams oder „Fachgruppen“ (P14), häufig mit diversen Vorerfahrungen im Bereich Gesundheitsförderung. Es wurde in diesem Zusammenhang in einigen Interviews erwähnt, dass auch von Führungsseite Commitment zum Konzept bestehen muss. Dies kann sich unter anderem darin ausdrücken, dass Gesundheitsförderung ins Leitbild der PH integriert wird. *„Also ausschlaggebend ist einmal das Eine, dass wir ein relativ großes Team an Spezialisten haben, die schon Jahrzehnte im Bereich der Gesundheitsförderung an verschiedensten Institutionen tätig waren, und dort erfolgreich tätig waren, muss ich sagen. Aber das alleine würd nichts nützen, ein wesentlicher Aspekt ist natürlich, dass die Leitung hinter dem Ganzen steht und das möchte.“* (P9)

**Abhängigkeit von
Personen bzw. Führung**

Ein weiterer Aspekt, den einige der befragten ExpertInnen als Grund für die Integration von Gesundheitsthemen in die Curricula angaben, war die ihrer Meinung nach hohe Praxisrelevanz des Themas: *„Aufgrund meiner langen Lehrtätigkeit an den Schulen, wo ich einfach gesehen habe, dass ein enormer Bedarf da ist“* (P10). Die Studierenden sollen so auf die Praxis vorbereitet werden. Weiters kam es an einer PH aus der *„fachwissenschaftlichen und fachdidaktischen Diskussion heraus“* (P13) zur Eingliederung des Themas in die Ausbildung. An einigen PHs war damit im Zusammenhang die Vernetzung mit relevanten Außeninstitutionen, aber auch die Kooperation mit anderen PHs Anlass zur Integration des Konzepts.

**Praxisrelevanz von
Gesundheitsförderung;
Vernetzung mit „außen“**

Als hinderliche Faktoren für die Integration von Gesundheitsförderung an den PHs wurden am häufigsten strukturelle Probleme, insbesondere solche der zeitlichen Organisation genannt. Die LehrerInnenausbildung wäre inhaltlich sehr überladen, zeitliche Ressourcen wären generell knapp. Zusätzlich war die Kürzung der Präsenzstunden Thema in einigen Interviews; der Einflussbereich der Lehrenden reduziere sich auf Kosten der Gesundheitsförderungsinhalte: *„Und die Reduzierung dieser Stunden, wo wir face-to-face sozusagen mit Studierenden in Kontakt kommen und alleine diese Problematik oder dieses Ansinnen darzustellen, das ist so eng geworden, dass wir uns beschränken müssen auf ganz, ganz wesentliche Kernthemen und es bleibt einfach rundum zu wenig Platz“* (P3). Schwierigkeiten im Sinne der zeitlichen Organisation wurde auch in Hinblick auf fächerübergreifendes Arbeiten an der PH attestiert. Es sei schwierig, *„gemeinsame Zeitschienen“* (P2) für eine derartige Organisation von fächerübergreifendem Lehren und Lernen zu finden. In diesem Zusammenhang wurde auch die Frage nach der Hauptverantwortung für Gesundheitsförderungsthemen in den Raum gestellt: *„Aber die Frage ist immer, wer macht es federführend“* (P2). Eine Folge aus den zeitlichen und inhaltlichen Problemen war für eine/n der Befragten auch, dass es bei den Beschreibungen in den Curricula bleibe und tatsächlich in den Lehrveranstaltungen wenig Input

**zu viele Inhalte, zu
wenig Zeit, zu wenige
Präsenzstunden**

zu Gesundheitsförderung gäbe: *"...und da wird halt überall anders abgestrichen und auch aus meiner Sicht viel zu sehr im Bereich Gesundheit, da ist kein Platz mehr. Findet sich zwar in den Beschreibungen, aber in der Realität, in der einzelnen Lehrveranstaltung, explizit sehr selten"* (P3). Diese Aussage weist auf die Limitationen der inhaltsanalytischen Untersuchung der Curricula hin.

4.3 Gesundheitsförderung an Schulen – Einschätzung von Umsetzbarkeit sowie Erfolgsfaktoren und Hindernissen

Einschätzungen zur Umsetzbarkeit von schulischer Gesundheitsförderung

Wenn es um die Einstellung zum Konzept der Gesundheitsförderung an Schulen geht, also um die persönliche Einschätzung der InterviewpartnerInnen zu Sinnhaftigkeit und Umsetzbarkeit, so gab es von nahezu allen Befragten ein klares „Ja“ als Antwort. Dies war allerdings in praktisch allen Fällen begleitet von einem Nachsatz: Umsetzbarkeit setze diverse Rahmenbedingungen voraus, die in den Augen der ExpertInnen an den Schulen häufig nicht gegeben sind. Dabei wurde davon gesprochen, dass das erfolgreiche Implementieren von Gesundheitsförderung unter anderem vom Engagement der Lehrkräfte an einer Schule sowie von finanziellen Ressourcen abhängig sei. Diese wiederum seien abhängig vom politischen Willen, Gesundheitsförderung an Schulen zu verankern. Aber nicht nur monetäre Zuwendungen sind in diesem Kontext wichtig. Mitunter gingen den ExpertInnen an den PHs auch gesetzliche Rahmenbedingungen ab: *„ Und wenn man da nicht eine gesetzliche Vorlage hat, dann ist es natürlich auch sehr viel abhängig von der guten Schulleitung und so weiter und so fort“* (P10).

Gesundheitsförderung als eine Sache der Gemeinschaft

Das schon erwähnte notwendige Engagement der LehrerInnen einer Schule wurde in den Interviews noch um ein zentrales Thema erweitert: Für die Etablierung von schulischer Gesundheitsförderung war für einen Großteil der ExpertInnen Einzelkämpfertum eines der größten Hindernisse. Die InterviewpartnerInnen gingen davon aus, dass die Gemeinschaft sich freiwillig des Themas annehmen muss, damit es zu einer erfolgreichen Implementierung des Konzepts an der jeweiligen Schule kommen kann. Die Argumentation ging manchmal sogar so weit, dass die Empfehlung lautete, einzelkämpferisch tätigen LehrerInnen von ihrem Engagement abzuraten: *„Ja, ich denke, es ist so unfair, wenn man die Einzelkämpfer weiter kämpfen lässt, bis sie dann von sich aus aufgeben, anstatt dass man klarer sagt und ehrlicher sagt, du, pass auf, das übernimmt uns jetzt“* (P8). Die Wichtigkeit, dass die LehrerInnen durch Einsatz für die Gesundheit anderer nicht ihre eigene vergessen, wurde in einigen Interviews ebenfalls in der einen oder anderen Form kommuniziert.

Gesundheitsförderung als Belastung bis hin zur Überforderung

Im Zusammenhang mit dem Einzelkämpfertum, aber auch den erwähnten Bedingungen wie dem Engagement der Lehrkräfte oder den zur Verfügung gestellten Ressourcen, stand auch der Hinweis, dass Lehrkräfte idealistisch sein müssen, wenn sie Gesundheitsförderung an ihrer Schule implementieren wollen. Nicht selten bedeute dieses Vorhaben (unbezahlte) Mehrarbeit für die „Engagierten“. Zudem erwähnten die ExpertInnen in den Interviews auch, dass es aus ihrer Sicht sehr viele konkurrenzierende Themen oder durch ihre Vielfalt überfordernde Aufgaben an den Schulen gäbe, die ebenfalls für die Implementierung von Gesundheitsförderung hinderlich sein können.

Beispielsweise wurde angemerkt, dass Lehrkräfte damit „*einfach überfordert*“ (P6) sein könnten. Eine Schwerpunktsetzung am jeweiligen Standort sei daher sehr wichtig für das Gelingen der Implementierung.

Die InterviewpartnerInnen nannten einige weitere förderliche und hinderliche strukturelle Bedingungen an Schulen. Zu den förderlichen Faktoren zählten die Auflösung des traditionellen Stundenunterrichts von 50-Minuten-Einheiten und – damit im Zusammenhang – die Veranstaltung von Projekttagen. Die Einführung einer täglichen Bewegungszeit sowie die Implementierung von Bewegtem Unterricht bzw. dem Konzept der Bewegten Schule wurden ebenfalls als mögliche förderliche Strukturveränderungen gesehen. Eine weitere unterstützende Maßnahme wäre auch die Einbettung von Gesundheitsförderung in das didaktische Konzept der Schule im Sinne von Gesundheitsförderung als „*Querschnittsmaterie*“ (P4). Wie auch schon im Bereich der PHs genannt, wurde auch im Schulbereich die Unterstützung des Vorhabens durch die Leitung als wichtiges, förderliches Element betrachtet. Im Bereich der Volksschulen wurde von einigen der Befragten die Einführung von SchwerpunktlehrerInnen eingebracht, d.h. VolksschullehrerInnen, die sich zum Beispiel im Bereich Bewegung und Sport oder in einem neu kreierte Gesundheitsbereich spezialisieren. Dadurch solle gewährleistet werden, dass VolksschülerInnen in diesen Bereichen begeisterte und speziell ausgebildete Lehrkräfte vorfinden.

Damit im Zusammenhang stehend wurde vielen LehrerInnen fehlende Vorbildwirkung attestiert, was mitunter als besonders hinderlich gesehen wurde: „*(...) das ist ein ganz ein wichtiger Punkt, dass die den Kindern einmal vermitteln, Gesundheit, Bewegung, Ernährung, das ganze Thema ist mir persönlich wichtig, ich stehe dahinter und diese Vorbildwirkung, wenn die nicht da ist, wie sollen das Kinder dann ernst nehmen?*“ (P3). Als weitere hinderliche Faktoren wurden mangelhafte räumliche Gegebenheiten an vielen Schulen beschrieben: „*Mängel sind, dass in vielen Schulen zu wenig Raum bzw. zu wenig Freizeitplätze zur Verfügung stehen. Bei Schlechtwetter sind die Kinder viel im Gang, es ist sehr laut, es ist stressig, es ist eng. Das ist zum Beispiel ein Mangel, den kann man kaum verändern*“ (P7). Ebenso nannten die ExpertInnen in diesem Zusammenhang das Fehlen von Rückzugsräumen oder auch „*Tobräumen*“ (P8). Dass auch die Schulverpflegung häufig nicht gesundheitsförderlich ist, wurde ebenfalls erwähnt. Schwierig sei es außerdem generell, die Verhältnissebene nicht zu vergessen, wenn man Gesundheitsförderung betreibt. Die fehlende Unterstützung durch die Eltern wurde ebenfalls als problematisch für das Gelingen von schulischer Gesundheitsförderung identifiziert, genauso wie die Fluktuation im Lehrkörper.

Was als hilfreich gegen diese Probleme der Überforderung oder Belastung gesehen wurde, war die Unterstützung von Schulen durch ExpertInnen für Gesundheitsförderung. Dabei wurde besonders an eine kontinuierliche Begleitung gedacht, um Nachhaltigkeit herzustellen und „*Projekter!*“ (P11) zu verhindern. Gesundheitsförderung umfassend zu implementieren und die Verhältnisse zu berücksichtigen, aber auch die Eltern dabei miteinzubeziehen, wurde als besonders anspruchsvoll erkannt. Eine SCHILF (Schulinterne LehrerInnenfortbildung) ohne weiterführende Prozessbegleitung reiche nicht aus, um Schulen zu unterstützen: „*(...) gut, machen wir das halt im Rahmen einer SCHILF-Veranstaltung, ja, und man dann die Leute alleine lässt mit dem Gehörten jetzt, tut sich nichts. Also ich bin da felsenfest davon überzeugt, dass dafür auch eine Begleitung benötigt wird*“ (P11). Ganz im Gegenteil seien flächendeckende Konzepte sowie langfristige Betreuung bei Zertifikaten u.Ä. wichtig.

**Vorschläge für
förderliche
Strukturveränderungen
an den Schulen**

**hinderliche Faktoren an
Schulen**

**kontinuierliche
Prozessbegleitung und
Unterstützung**

fehlendes Verständnis einer umfassenden Gesundheitsförderung	Außerdem wurde attestiert, dass in manchen Fällen ein fehlendes Verständnis von Gesundheitsförderung im Sinne einer Vereinfachung in der einen oder anderen Richtung vorherrscht. Einerseits werde das Thema der Gesundheitsförderung auf Ernährung und Bewegung verkürzt: <i>„Da heißt’s dann, man soll sich mehr bewegen und gesünder essen“</i> (P9). Andererseits werden oftmals Themen, die eigentlich ohnehin zum großen Themenkomplex der Gesundheitsförderung gehören, als nicht zugehörig interpretiert: <i>„Na, wir brauchen jetzt eigentlich keine Gesundheitsförderung, wir haben andere Dinge, also mit dem Mobbing-Vermeiden oder Gewaltprävention-Betreiben“</i> (P9).
Zusammenhang Lernen und Gesundheit	Für einige der interviewten ExpertInnen war es ebenfalls wichtig, nicht nur die Ganzheitlichkeit des Gesundheitsverständnisses zu unterstreichen, sondern auch den Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit. <i>„Gesundheit und Schulleistung gehen parallel (...) Sprich, Schüler, die gut sind, leistungsstarke Kids, die sind einfach erwiesenermaßen auch gesünder und umgekehrt“</i> (P3). Ein Zusammenhang zwischen der modernen Lerntheorie und dem Konzept der Gesundheitsförderung wurde ebenfalls in einem Fall beschrieben.
Konkretisierung von Inhalten und Wissenschaftsbasierung in der Gesundheitsförderung	Um Gesundheitsförderung beispielsweise auch für LehrerInnen im technischen Bereich als annehmbares oder gar attraktives Konzept zu gestalten, wurde in einem Fall von der Notwendigkeit einer Konkretisierung von Inhalten sowie starker Wissenschaftsbasierung gesprochen: <i>„(...) dass man vielleicht in der Konkretisierung der Inhalte und der Themen sehr korrekt sein muss und sehr wissenschaftsbasiert sein muss, damit das vielleicht auch von nicht so gesundheitsaffinen Personen akzeptiert werden kann“</i> (P1).

4.4 Die Rolle der Pädagogischen Hochschulen in der Verbreitung des Konzepts

Bewusstseinsbildung durch PH selbst	Die ExpertInnen wurden auch dazu befragt, wie sie die Rolle der PHs in der Verbreitung des Konzepts der schulischen Gesundheitsförderung sehen. Dabei ging es um mögliche Formen der Unterstützung, auch über die momentanen Angebote und Strukturen hinaus. Die InterviewpartnerInnen nannten eine Reihe von Möglichkeiten. Dazu zählte die Wichtigkeit der Wissenschaftsbasierung im Sinne einer Verknüpfung von praktischem Wissen mit Theorien an den PHs. Am häufigsten jedoch sprachen die interviewten ExpertInnen darüber, dass Bewusstseinsbildung durch Lehrende an der PH bzw. die Vorbildwirkung der PHs die Studierenden zu mehr Gesundheitsförderung hinführen soll. Dabei wurde manchmal dezidiert auch die Bewusstseinsbildung für eine umfassendere Form von Gesundheitsförderung angesprochen: <i>„(...) das Wichtigste überhaupt, dass da alle die Bedeutung erkennen, die Wichtigkeit erkennen, auch den Blick, die Weite bekommen, von der reinen verhaltensorientierten Gesundheitsförderung auch die ganzheitliche Gesundheitsförderung“</i> (P9).
Kooperation mit „außen“	Eine weitere Unterstützungsmöglichkeit der PHs sahen die Befragten durch die Kooperation der PHs mit anderen Institutionen und externen ExpertInnen. Durch die Zusammenarbeit etwa mit Land oder Schulaufsicht könnten – oder konnten bereits in manchen Fällen – aus Sicht der Befragten Fortschritte erzielt werden. Ebenso sei die Zusammenarbeit mit gesundheitsbezogenen Organisationen sowie ExpertInnen im Gesundheits- und auch Schulentwicklungsbereich vorteilhaft.

Wichtig war es auch einem großen Teil der InterviewpartnerInnen zu betonen – wie auch schon weiter oben erwähnt –, dass die LehrerInnenausbildung inhaltlich sehr überladen ist und die Zeitressourcen deswegen eng werden. Gesundheitsförderung sei ein Anliegen unter vielen. Viele der befragten ExpertInnen waren daher der Meinung, dass Gesundheitsförderung besser in einer nachhaltigen Form von Fort- und Weiterbildung aufgehoben wäre. Einerseits werde somit einer Überforderung der Studierenden vorgebeugt, andererseits verändere die Praxis dann auch Sichtweisen: *„Wir haben nämlich (...) ein dreijähriges Grundstudium und daher werden viele Dinge natürlich erst später machbar und wenn man dann in der Praxis steht, kriegen manche dieser Dinge auch viel mehr Gewicht“* (P2). In diesem Zusammenhang wurde auch die Ausbildung von MultiplikatorInnen genannt, die Gesundheitsförderung an Schulen bringen können. Auch von Mentoring-Programmen für JunglehrerInnen war die Rede, um ihnen den Einstieg in den Beruf zu erleichtern.

besser geeignet für Fort- und Weiterbildung

Während die intensivere Auseinandersetzung mit schulischer Gesundheitsförderung für viele der Interviewten in die Fort- und Weiterbildung gehörte, so wurde in der Ausbildung dennoch die Entwicklung von Grundkompetenzen für Gesundheitsförderung gesehen. *„[In der Grundausbildung] muss schon der Keim gelegt werden, aber dann vielleicht auch die inhaltliche und methodisch-didaktische Umsetzung wäre vielleicht, meiner Meinung nach, in der Lehrer-Fort- und Weiterbildung fast besser angesiedelt“* (P8). Für die Ausbildung in Gesundheitsförderungsaspekten bräuchte es in den Augen einiger InterviewpartnerInnen ein flächendeckendes Konzept. In einem Fall wurde auch speziell das systematische Verknüpfen von Aus- und Fortbildung erwähnt. Für Aus- und Fortbildung gleichermaßen wurde in den Interviews vorgeschlagen, Best-Practice-Beispiele durch externe, einschlägige ExpertInnen an der Hochschule zu vermitteln.

„Keim“ in Ausbildung legen

Ein etwas widersprüchlicher Punkt schien die Frage zu sein, ob Gesundheitsförderung in der Ausbildung eine eigene, explizit so betitelte Lehrveranstaltung bekommen sollte, oder ob es besser ist, Gesundheitsförderung als eine Art Querschnittsmaterie in alle Fächer einfließen zu lassen. Während die einen argumentierten, dass es wichtig sei, Gesundheit auch in sozusagen „untypische Fächer“ wie beispielsweise Mathematik einfließen zu lassen, war es für die anderen unumgänglich, dass das Thema Gesundheit nicht integriert wird, sondern explizit gemacht wird.

Integration oder Explikation

Ebenso wie auch für die Schulen als hinderlicher Faktor für die kontinuierliche Beschäftigung mit Gesundheitsförderung identifiziert, wurde Fluktuation als ein negativer Faktor an den PHs gesehen. Wenn Personen, die für das Thema an der jeweiligen PH zuständig sind, aus welchen Gründen auch immer ihre ursprüngliche Funktion nicht mehr wahrnehmen können, kann das Thema ins Stocken geraten.

Fluktuation an PHs hinderlich

Zudem wurde in den Interviews erwähnt, dass Angebote von den Studierenden nicht immer angenommen werden. Ob es sich hier um zusätzliche ExpertInnenworkshops oder auch um die Teilnahme an freiwilligen Bewegungsangeboten für die Studierenden handelte, es gab von einigen Beteiligten schon negative Erfahrungen mit der Annahme der Angebote. Es wurde auch auf eine Abhängigkeit von Nachfrage von Seiten der (angehenden) LehrerInnen verwiesen.

Angebote werden nicht immer angenommen

4.5 Gesundheitsfördernde Pädagogische Hochschulen

Vorbildwirkung	Die InterviewpartnerInnen wurden gegen Abschluss der Interviews gefragt, was sie sich unter einer „Gesundheitsfördernden Pädagogischen Hochschule“ vorstellen könnten. Ihre Antworten hierzu überschritten sich naturgemäß mit der Frage nach den Möglichkeiten von Pädagogischen Hochschulen (PHs), die Verbreitung von schulischer Gesundheitsförderung zu unterstützen. Hier wurde wiederum auf die Wichtigkeit der Vorbildwirkung der PH verwiesen; die Ausbildung an der PH selbst sollte gesundheitsförderlich gestaltet sein, „also dass auch die Studierenden das schon erleben und nicht nur theoretisch vorgesetzt bekommen“ (P13). Die Befragten berichteten von zahlreichen positiven Beispielen, die aus ihrer Sicht dieser Vorbildwirkung der PH in punkto Gesundheitsförderung gerecht werden. Von einer PH wurde von Supervision und Coaching für alle Lehrenden erzählt, sowie vom Praxiscoaching für die Studierenden. Aber auch an anderen PHs gibt es positive Beiträge zu Gesundheit und Wohlbefinden, etwa durch die Einführung von Bewegten Seminarräumen unter Einbeziehung der StudentInnenvertretung, durch regelmäßige Veranstaltungen und Treffen aller am Hochschulleben beteiligten Personen zu Gesundheitsthemen oder durch eine attraktive und gesundheitsförderliche Gestaltung der Mensa.
Veranstaltung von Gesundheitstagen	Einige der interviewten VertreterInnen der PHs sprachen in diesem Kontext die Veranstaltung von Gesundheitstagen an ihren PHs an. Derartige Gesundheitstage werden an manchen PHs jährlich abgehalten, können auch Lehrende und VertreterInnen von „Außeninstitutionen“ (ExpertInnen, Landesschulrat) miteinbeziehen und sind mitunter für Studierende sogar Teil der Pflichtlehrveranstaltungen: „Studierende des zweiten Semesters können da an diesem Tag der betrieblichen Gesundheitsförderung teilnehmen und lernen so Themen kennen oder betriebliche Gesundheitsförderung an der Schule auch, damit sie das weitertragen können in Ihre zukünftigen Betriebe, sprich Schulen hinaus“ (P9). Gesundheitstage wurden also – zumindest in einem Fall explizit – einerseits als Ausbildungsbereich für Studierende, aber andererseits auch weiterführend als Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung gesehen.
Hochschulentwicklung und Partizipation	Gesundheitsförderung als Teil der Hochschulentwicklung zu sehen und so auch alle am PH-Leben beteiligten Personen einzubinden, wurde ebenfalls erwähnt: „Dass das einen gewissen Stellenwert an der Hochschule hat, aber nicht nur für einzelne Personen, sondern für das gesamte Team. (...) Bei uns läuft Gesundheitsförderung nicht nur für die Studierenden ab, oder nicht nur für die Professoren, sondern auch für das Personal. Vom Schulwart angefangen bis zum Rektor“ (P9). Zudem wurden in einem Fall noch Situationen erwähnt, wo versucht wurde, auch für Verwaltungspersonal gesundheitsförderliche Aktivitäten am Campus zu ermöglichen, was aber auf Schwierigkeiten stieß.
materielle Umwelt, Lage der PH	Die räumlichen Gegebenheiten und die Lage der PHs waren ebenfalls Thema der Interviews. Die Befragten sprachen im Zusammenhang mit der Gestaltung einer gesundheitsförderlichen PH immer wieder von diversen vorhandenen wie auch fehlenden räumlichen Gegebenheiten. In vielen Fällen wurde ein eigener Garten als ein wichtiges Merkmal einer gesundheitsfördernden PH gesehen, genauso wie auch Möglichkeiten zur Bewegung bzw. sportlichen Aktivität, wie ein Hallenbad, ein Fitnesscenter oder ein nahe gelegener Wald. Sehr häufig wurden fehlende Räumlichkeiten innerhalb der PH als problematische strukturelle Mängel charakterisiert: Es gäbe zu wenig Platz für gesundheitsförderlichen

Unterricht, zu wenig Rückzugsräume, zu wenig Möglichkeiten, in Kleingruppen zu arbeiten. Der Lärmpegel sei in den zu kleinen Seminarräumen bzw. Hörsälen oftmals zu hoch. Die Argumentationen liefen zu einem größeren Teil in Richtung der Mängel für Studierende, aber es gab auch Kritik an den Arbeitsplätzen der Lehrenden an den PHs: zu wenige PCs und fehlende Räumlichkeiten für Kommunikation und Kooperation. Die Mensaangebote wurden nicht nur gelobt, sondern in einigen Fällen auch kritisiert.

Den Studierenden viel Selbstverantwortung zu geben – was im Widerspruch zum Bologna-System stünde – war ebenfalls ein Faktor, der für gesundheitsfördernde PHs als relevant eingestuft wurde. Im selben Kontext stand der Vorschlag, die Studienpläne zu „*entrümpeln*“ (P8) und den Studierenden diesbezüglich mehr Freiheiten zu geben. Die Prinzipien der Gesundheitsförderung sollten – im Sinne der zuvor erwähnten Vorbildwirkung der PHs – auch im Alltag der Studierenden erkennbar sein – nur so könne ein Bewusstsein für das Thema geschaffen werden. Dass dies häufig nicht möglich ist, wurde anhand der beschriebenen räumlichen Mängel, aber auch mit zeitlicher Knappheit argumentiert.

Fehlende Zeitressourcen hinsichtlich Gesundheitsförderung wurden aber nicht nur für die Lehre beschrieben, sondern auch für den Alltag an den PHs. Selbst an den Hochschulen, wo laut Beschreibung der InterviewpartnerInnen ein hohes Maß an Gesundheitsbewusstsein und -aktivitäten vorherrscht, wurde ein Zeitdruck für alle Beteiligten attestiert. Es ging in dieser Argumentationslinie aber auch um die zeitliche Gestaltung der Studien- bzw. Arbeitstage mit Möglichkeiten für ein warmes Mittagessen. Kritisiert wurde auch, dass Studierende wie Lehrende unter unrythmischen Tagesabläufen leiden würden: *„Ich habe immer wieder die Rückmeldungen von den Leuten: ‚Wir kommen mit dem unrythmischen Tagesablauf nicht zurecht, es gibt Zeiten, da fangen wir um 8:15 an und sechs Stunden durch.‘ Es gibt Zeiten, da fangen die Leute um 14 Uhr an“* (P11). In diesem Zusammenhang wurde auch der Verdacht geäußert, dass von Leitungsebene keine Priorität auf Verbesserungen gelegt werde, was die zeitliche Organisation betrifft.

Prinzipien der Gesundheitsförderung in der Lehre

Problem: zeitliche Gestaltung

5 Conclusio

Parallelen zwischen PHs und Schulen

Was sich aus einer Zusammenschau der Analyse der Curricula und einer Analyse der Interviews deutlich zeigt, ist, dass die Situation der Gesundheitsförderung an Pädagogischen Hochschulen (PHs) der an Schulen sehr stark ähnelt. Nach den Problemen der Integration von Gesundheitsförderungsinhalten in die Studienpläne der PH gefragt, musste die Interviewerin manchmal klärend nachfragen, ob jetzt von der PH oder dem Setting Schule die Rede war, denn häufig verschwammen hier die Argumentationslinien der InterviewpartnerInnen.

Gesundheitsförderung als Fach oder als fächerübergreifendes Unterrichtsprinzip

Was man sonst so häufig in der internationalen Debatte zur Gesundheitsförderung an Schulen hört, wurde in der Befragung der PH-VertreterInnen auch für die Hochschulen thematisiert: Es wird überlegt, ob Gesundheitsförderung bzw. Gesundheitsthemen allgemein im Sinne eines fächerübergreifenden Unterrichtsprinzips in den Unterricht einfließen sollen oder aber ob es ein eigenes Modul bzw. Fach dafür geben soll. Vielfach ist Gesundheitsförderung in den Curricula der PHs in diverse Fächer und Themenbereiche integriert, immer wieder gibt es aber auch explizit Module, die das Thema schon im Titel klar ausweisen. Auffallend ist, dass diese Lehrveranstaltungen oft Wahlpflichtfächer sind bzw. nur für Studierende einer bestimmten Studienrichtung – beispielsweise für angehende HauptschullehrerInnen für „Bewegung und Sport“ oder „Ernährung und Haushalt“ – verpflichtend sind.

relativ wenig Verhältnisorientierung

Setting-Orientierung ist zwar theoretisch immer wieder gegeben, praktisch aber häufig nicht oder wenig umgesetzt. Wie die Analyse der Curricula zeigt, ist nur in einem relativ geringen Anteil von Modulen von verhältnisorientierten Inhalten die Rede. In den Interviews wird zwar häufig Verhältnisorientierung in die Konzeption von Gesundheitsförderung miteinbezogen, es wird aber auch argumentiert, wie wenig gesundheitsförderlich die Gestaltung der PHs und der Unterricht an den PHs selbst abläuft. Auch hier zeigt sich stark eine ähnliche Argumentationslinie wie bei Gesprächen mit LehrerInnen oder SchulleiterInnen.

Vorbildwirkung in der Gesundheitsförderung – an Schulen

Das Thema der Vorbildwirkung kommt in den Interviews sehr stark zum Tragen. Einerseits wird auf die Wichtigkeit der Vorbildwirkung an Schulen selbst hingewiesen: Ein beispielhaftes Gedankenbild, das in den Interviews vorkommt, sind Lehrkräfte, die sich selbst im „Bewegung und Sport“-Unterricht nicht bewegen oder Straßengewand im Turnsaal tragen. SchülerInnen werden dadurch nicht motiviert, selbst Bewegung zu machen bzw. könnten den Eindruck bekommen, dass sich Erwachsene nicht mehr bewegen. Dies wird in diesem Kontext als hinderlicher Faktor für das Gelingen von Gesundheitsförderung an Schulen gesehen.

Vorbildwirkung in der Gesundheitsförderung – an den PHs

Vorbildwirkung ist aber auch ein wichtiges Thema, wenn es um die PHs selbst und den dortigen Unterricht geht. Einerseits sehen die befragten ExpertInnen darin die wichtige Rolle der PHs bei der Verbreitung des Konzepts, andererseits ist das auch ein Punkt, der häufig bei der Frage nach der persönlichen Vorstellung einer gesundheitsfördernden PH genannt wird. Auf Vorbildwirkung in Bezug auf Gesundheit wurde in den untersuchten Modulen explizit in sechs Fällen hingewiesen, was etwa 2% des gesamten Untersuchungsmaterials ausmacht. Implizit kommt dieser Aspekt jedoch in den Curricula auch vor, wenn es um Selbstreflexion der zukünftigen LehrerInnen geht bzw. wenn LehrerInnengesundheit Thema der Module ist.

Gerade weil LehrerInnen häufig attestiert wird, von der Schule in die Schule zu kommen, d.h. im Sinne eines „Praxisschocks“ der ersten Unterrichtsjahre durch Überforderung versucht sind, in die in der eigenen Schulzeit erlebten Muster zurückzufallen (vgl. z.B. Hargreaves 2000), ist es wohl entscheidend, an den PHs ein neues Modell von Bildungsinstitutionen für die angehenden Lehrkräfte zu kreieren. Dass die Vorbildwirkung per se in den Modulbeschreibungen selten vorkommt, ist an sich noch kein Hinweis auf fehlendes Bewusstsein an den Hochschulen. Die ExpertInneninterviews zeigen ja deutlich, dass dieses Bewusstsein – zumindest was die für Gesundheit in irgendeiner Form zuständigen Personen betrifft – an den PHs durchaus vorhanden ist. Gleichzeitig zeigen sich aber auch Unterschiede zwischen den PHs, inwiefern dieses Bewusstsein auch in die Strukturen der Hochschulen Einzug gehalten hat. Während es an manchen PHs laut Beschreibungen der interviewten Personen schon viele Schritte in Richtung „Gesundheitsfördernde Pädagogische Hochschule“ gegeben hat, ist das Bewusstsein an anderen wenig weit fortgeschritten. Worüber aber viele der befragten ExpertInnen erzählt haben, sind die Schwierigkeiten im Sinne einer zeitlichen Organisation des Hochschulalltags. Zusätzlich wird auch die Gestaltung der Ausbildung als eine „Überladung“ mit Inhalten gesehen, bei gleichzeitig fehlender räumlich adäquater Situation.

**Bewusstsein
anscheinend stark
vorhanden; teilweise
fehlende Umsetzung**

Hinzugefügt werden kann, dass Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung sowohl in den Analysen der Curricula wie auch in den Interviews häufig als „add-on“ erscheint. Gesundheit wird in den Modulbeschreibungen oft als nicht als integriert, sondern als ein „Extra“ dargestellt. Zum Beispiel wird das Verständnis von Gesundheitserziehung im Sinne einer gesunden Lebensführung getrennt von Professionalisierungsmaßnahmen für Lehrkräfte wie Selbstreflexion, Stressbewältigung und Teamfähigkeit gesehen (P189: PHW_BS_1). Diese Tendenz spiegelt sich auch in den Interviews mit den ExpertInnen von den PHs wider: Immer wieder ist die Rede vom Hindernis der Kürzung von Präsenzstunden, die es nicht erlauben würde, Gesundheit adäquat in den Lehrveranstaltungen zu verankern. So wird in einem Interview davon gesprochen, dass man sich dadurch in den Präsenzphasen auf „wesentliche Kernthemen“ (P3) konzentrieren müsse, wodurch Gesundheit zu kurz käme. Die Frage stellt sich auch hier, weshalb der Gesundheitsbezug nicht Teil der sogenannten Kernthemen ist bzw. als solches verstanden wird. Diese Beobachtung erscheint umso interessanter, da die interviewten Personen ja an anderen Stellen der Interviews einen durchaus umfassenden Blick auf Gesundheitsförderung haben.

Gesundheit als „add-on“

Diese fehlende Integration des Gesundheitsthemas in die Ausbildung kann aber nicht generalisiert werden. Aus Sicht der Gesundheitsförderungsforschung ist positiv anzumerken, dass nicht nur viele der befragten ExpertInnen vom Zusammenhang von Lernen und Gesundheit sprechen, sondern auch, dass gesundheitsförderlicher Unterricht auch in einigen der untersuchten Module erwähnt wird. Zusätzlich muss an dieser Stelle nochmals angemerkt werden, dass durch die vorliegende Untersuchung der Curricula sicher nicht alle Module einbezogen wurden, die an den PHs zu diesem Themenkreis vorhanden sind. Diese Feststellung verweist darauf, dass angehende LehrerInnen wohl mehr Inputs zu gesundheitsförderlichen Lehr- und Lernformen bekommen, als ihnen auch selbst bewusst ist.

**gesundheitsförderliche
Lernprozesse**

Was in der Gesundheitsförderungsforschung immer wieder betont wird, ist, dass Kooperation für die Umsetzung eines ganzheitlichen Ansatzes unumgänglich ist (vgl. z.B. auch Inchley et al. 2006; Flaschberger et al. *in press*). Um die notwendigen Koordinationsleistungen eines klassenübergreifenden Ansatzes mit

**wenig Fokus auf
Kooperation**

Fokus auf die Lebenswelt „Schule“ zu bewerkstelligen, ist Teamarbeit nämlich essentiell. Jedoch wird LehrerInnen international immer wieder ein Defizit in Kooperation zugesprochen (vgl. z.B. Sawyer & Rimm-Kaufman 2007). Die Analyse der Module zeigte auch dahingehend zwar immer wieder Ansätze, aber verhältnismäßig geringen Fokus – zumindest was die Modulbeschreibungen erahnen lassen. Insgesamt 42 Moduleinheiten (ca. 15% des Untersuchungsmaterials) hatten Teamfähigkeit als Kompetenz bzw. Methoden, die mit Teamarbeit zu tun hatten, in ihrer Beschreibung. Auch in den Interviews wurde zwar auf die Wichtigkeit von Engagement, Bewusstsein und Teamarbeit von LehrerInnen an Schulen hingewiesen, damit Gesundheitsförderung funktionieren kann. Zur Ausbildung wurde aber diesbezüglich kaum eine Verbindung hergestellt. Am ehesten wurden noch Kooperationen mit externen ExpertInnen im Gesundheitsförderungsbereich erwähnt.

Fortbildung als Ergänzung bzw. Weiterführung

Fortbildung als wichtigen Aspekt in der LehrerInnenbildung für schulische Gesundheitsförderung zu sehen und so der – aus Sicht vieler interviewter ExpertInnen – ohnehin bereits überladenen Ausbildung nicht so eine große Rolle zu geben, war immer wieder Thema in den Interviews. Das ging so weit, eventuell Aus- und Fortbildung gemeinsam, aufeinander aufbauend zu konzipieren, was laut Interviews zumindest an einer Hochschule schon explizit so gemacht wird. Das Ineinandergreifen von Aus- und Fortbildung – auch für Studierende, die gerade eben in Ausbildung sind – scheint aus wissenschaftlicher Sicht ebenfalls ein erfolgsversprechendes Konzept zu sein. Begleitende, beratende Weiterbildung wird für die Professionalisierung von Lehrkräften generell vorgeschlagen, insbesondere in der sogenannten „Induktionsphase“, also den ersten Berufsjahren der LehrerInnen (vgl. Mayr & Neuweg 2009).

Fokussierung auf spezielle Fachbereiche bzw. Studienrichtungen

Fortbildung erscheint umso wichtiger, als bei der Analyse der Modulbeschreibungen klar wurde, dass Gesundheitsthemen verstärkt im Ernährungsbereich wie auch allgemein in der HauptschullehrerInnenausbildung vorkommen. Diese Fokussierung auf spezielle Fachgebiete wird auch durch die Zuständigen an den PHs widergespiegelt: Häufig waren die InterviewpartnerInnen aus den Bereichen „Ernährung und Haushalt“ oder „Bewegung und Sport“. Auch diese Fokussierung auf spezielle Fachbereiche setzt sich – wie man aus der Forschung weiß – in den Schulen fort, wenn es darum geht, Verantwortliche für Gesundheitsförderung zu benennen. Eine Veränderung dieses Denkens wird sowohl in den Interviews wie auch in der Analyse der Modulbeschreibungen mehr oder weniger deutlich sichtbar, wäre aber für die Zukunft sicherlich noch stärker anzudenken.

Gesundheitsförderliche PHs als wichtiger Schritt für die Zukunft

Insgesamt betrachtet stellt sich die Situation bezüglich der Ausbildung für angehende LehrerInnen doch recht differenziert dar, wenn es darum geht, dass sie im späteren Berufsleben eine umfassende Form von schulischer Gesundheitsförderung implementieren können. Je nach PH, aber noch mehr je nach Studienrichtung, die inskribiert wurde, bekommen die zukünftigen Lehrkräfte unterschiedliche Möglichkeiten, sich mit Gesundheitsthemen auseinanderzusetzen. Was wohl ein wichtiger Schritt für PHs sein sollte, wäre – oder ist es in einigen Fällen sichtlich schon – die eigene Hochschule gesundheitsförderlich zu gestalten und so die Studierenden auf die Berufswelt in der Schule positiv vorzubereiten. Zusätzlich ist ein stärkerer Fokus auf Verhältnisorientierung entscheidend – in der PH selbst wie in den Ausbildungsinhalten für die Studierenden dort.

6 Literatur

- Bond, L., Glover, S., Godfrey, C., Butler, H., & Patton, G.C. (2001): Building capacity for system-level change in schools: lessons from the Gatehouse Project. *Health Education Behaviour*, 28 (3), 368-383
- Denman, S. (1999): Health promoting schools in England – A way forward in development. *Journal of Public Health Medicine*, 21 (2), 215-220
- Felder-Puig, R., Flaschberger, E., Teutsch, F., Gugglberger, L. (2011): Gesundheitsförderliches Lehren und Lernen. Was Lehrerinnen und Lehrer dazu beitragen können. Wien: LBIHPR Forschungsbericht
- Flaschberger, E., Nitsch, M., Waldherr, K. (in press): Implementing School Health Promotion in Austria: Experiences From a Pilot Training Course. *Health Promotion Practice*, published online 21 March 2011, DOI: 10.1177/1524839910386908
- Flaschberger, E., Gugglberger, L., Adamowitsch, M., Gajar, P., Felder-Puig, R. (2010): LehrerInnenbildung für schulische Gesundheitsförderung – Bericht 1: Fortbildung. LBI-HPR Forschungsbericht
- Flick, U. (2008): *Triangulation. Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Flick, U. (2009): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag
- Froschauer, U., Lueger, M. (2003): *Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme*. Wien: WUV
- Hargreaves, A. (2000): Four Ages of Professionalism and Professional Learning. *Teachers and Teaching. History and Practice*, 6 (2), 151-182
- Inchley, J., Muldoon, J., & Currie, C. (2006): Becoming a health promoting school: Evaluating the process of effective implementation in Scotland. *Health Promotion International*, 22, 65-71.
- Jourdan, D. (2011): *Health education in schools. The challenge of teacher training*. Saint-Denis: Inpes, coll. Santé en action
- Jourdan, D., Samdal, O., Diagne, F., & Carvalho, G.S. (2008): The future of health promotion in schools goes through the strengthening of teacher training at a global level. *Promotion and Education*, 15 (3), 36-38
- Kremser, W., Felder-Puig, R., Flaschberger, E., Gugglberger, L., Dür, W. (2010): Die Rolle der Gesundheitsförderung bei der Entwicklung des Schulsystems. Working Paper 3. Wien: Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research
- Mayr, J., Neuweg, H.G. (2009): Lehrer/innen als zentrale Ressource im Bildungssystem: Rekrutierung und Qualifizierung. In: Specht, W. (Ed.), *Nationaler Bildungsbericht Österreich 2009, Band 2: Fokussierte Analysen bildungspolitischer Schwerpunktthemen* (pp.99-120). Graz: Leykam
- Mayring, P. (2003): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 8.Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Sawyer, L. B. E., & Rimm-Kaufman, S. E. (2007): Teacher collaboration in the context of the responsive classroom approach. *Teachers and teaching: Theory and practice*, 13, 211-245

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

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

World Health Organization (WHO) (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa, ON: WHO Regional Office

7 Anhang

Liste der in die Analyse einbezogenen Pädagogischen Hochschulen in alphabetischer Reihenfolge sowie die dazugehörigen im Text verwendeten Abkürzungen:

Hochschule für Agrar- und Umweltpädagogik (HAUP)

Pädagogische Hochschule Kärnten (PHK)

Pädagogische Hochschule Niederösterreich (PHNÖ)

Pädagogische Hochschule Oberösterreich (PHOÖ)

Pädagogische Hochschule Salzburg (PHS)

Pädagogische Hochschule Steiermark (PHST)

Pädagogische Hochschule Tirol (PHT)

Pädagogische Hochschule Vorarlberg (PHV)

Pädagogische Hochschule Wien (PHW)

Private Pädagogische Hochschule Burgenland (PPHB)

Private Pädagogische Hochschule der Diözese Linz (PHDL)

Private Pädagogische Hochschule Edith Stein (KPHEs)

Private Pädagogische Hochschule Graz (KPHG)

Private Pädagogische Hochschule Wien/Krems (KPHVIE)