

KINDERGESUNDHEITSBERICHT DER STIFTUNG KINDERGESUNDHEIT

2024

FOKUS

Schule und Gesundheit



*„There can be no keener revelation
of a society’s soul than the way
in which it treats its children.“**

*Nelson R. Mandela, 8. Mai 1995,
als Präsident der Republik Südafrika*



* Eine Gesellschaft offenbart sich nirgendwo deutlicher als in der Art und Weise, wie sie mit ihren Kindern umgeht.

INHALT

GRUSSWORTE AUS DER POLITIK	4	Schule als Ort der Gesundheitsförderung: Ergebnisse der HBSC-Studie Theresa Schierl Prof. Matthias Richter	66
VORWORT	9		
TEIL 1: ÜBERBLICK			
Schulen in Deutschland – Zahlen & Fakten	12	Interview: In den Schulen könnten wir das Wissen über Impfungen und deren Umsetzung nachhaltig steigern Prof. Klaus Überla	70
Gesetzliche Grundlagen und Rechtsnormen für Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung und Prävention in Bildungsinstitutionen Prof. Heidrun Thaiss	16	Bewegungsförderung im schulischen Kontext Prof. Christine Joisten Lena Duske Martin Grauduszus Nikola Schmidt	74
Akteure der Gesundheitsförderung im Kontext Schule – Aufgabenfelder, Problematiken, Lösungen Prof. Heidrun Thaiss Dr. Ulrike Horacek	26	Psychologische Interventionen im Kontext Schule Dr. Frank W. Paulus	82
TEIL 2: STATUS QUO			
Mit Diabetes in die Schule – selbstverständlich oder nicht? Dr. Josephine Kasel-Seibert	38	Malwettbewerb Gesundheit & Schule	92
Meine Perspektive – Typ-1-Diabetes	43	TEIL 3: LÖSUNGSANSÄTZE	
Interview: Schulpsychologie ist mehr als Krisenintervention – es geht um Prävention und die Stärkung des schulischen Umfelds. Hans-Joachim Röhlein	44	Interview: Unser Schulsystem muss psychische Belastungen frühzeitig erkennen Priv.-Doz. Dr. Katharina Bühren Prof. Marcel Romanos	96
Meine Perspektive – Gesundheit & Schule	48	Meine Perspektive – Juvenile Idiopathische Arthritis	99
Interview: Schulsozialarbeit ist wirksam – in der persönlichen Entwicklung von Schülerinnen und Schülern genauso wie in der Sicherung von Bildungschancen. Robert Keiß	50	Schule braucht Gesundheitsfachkräfte Prof. Catharina Maulbecker-Armstrong Dieter Schulenberg	100
Meine Perspektive – Autismus Elternstandpunkt	53	Interview: Manchmal braucht es jemanden, der einem Wege zur Veränderung aufzeigt. Nadine Haunstetter	108
Gesunde Lehrkräfte – gesunde Schülerinnen und Schüler?! Antje Radetzky	56	Schulgesundheitsfachkräfte – Umsetzungserfahrung und Perspektiven Ulrich Striegel	112
Schulverpflegung – die Chance für eine ausgewogene Versorgung für alle Kinder und Jugendlichen Dr. Petra Schulze-Lohmann	60	Braucht es ein Schulfach Gesundheit? Bettine Bredereck Anna Philippi	120
		Zentrale Schlussfolgerungen	126
		LITERATURVERZEICHNIS	
		IMPRESSUM	
			128
			138

GRUSSWORT



PROF. DR.
KARL LAUTERBACH
Bundesminister
für Gesundheit
Mitglied des
Deutschen Bundestages
SPD

FÜR EIN GESUNDES AUFWACHSEN ist die Lebenswelt Schule von großer Bedeutung: zum Beispiel durch Bewegungsförderung, gesunde Schulverpflegung oder die Stärkung der Resilienz. In der Schule können alle Kinder und Jugendlichen erreicht werden, auch diejenigen, deren Familien seltener präventive Leistungen in Anspruch nehmen. Der Unterricht kann zudem dazu dienen, die Gesundheits- und Medienkompetenz der Schülerinnen und Schüler auszubauen. Mit dem Schwerpunkt „Gesundheit in der Schule“ adressiert der Kindergesundheitsbericht 2024 der Stiftung Kindergesundheit also ein sehr relevantes Thema.

In der Pandemie wurde Kindern und Jugendlichen sehr viel abverlangt. Die Folgen von unregelmäßigen Schulbesuchen, Bewegungsmangel und sozialer Isolation waren unter anderem verstärkte Gewichtszunahmen sowie vermehrte psychische Erkrankungen. Mit dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz bringen wir eine

dringend benötigte Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen auf den Weg, indem das Angebot für sie künftig separat geplant und gesteuert wird. Einige Kinder und Jugendliche leiden zudem bis heute an den Folgen einer durchgemachten Corona-Infektion. Das Bundesgesundheitsministerium wird deshalb Projekte zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Long COVID mit bis zu 52 Millionen Euro fördern.

Mit wissenschaftlichen Erkenntnissen die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu stärken ist auch das Ziel der Stiftung Kindergesundheit. Den Leserinnen und Lesern des Kindergesundheitsberichts 2024 wünsche ich eine anregende Lektüre!

Prof. Dr. Karl Lauterbach

GRUSSWORT

ES IST GUT UND WICHTIG, dass die Stiftung Kindergesundheit in diesem Jahr den dritten Kindergesundheitsbericht mit dem Fokus auf Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Schule vorgelegt hat. Das Thema Gesundheit und Schule wird im Bericht von mehreren Seiten beleuchtet, und aktuelle Herausforderungen werden beschrieben. Aus diesem Bericht können alle Beteiligten somit wichtige Erkenntnisse gewinnen und mögliche Handlungsfelder ableiten.

Das gesunde Aufwachsen von Kindern ist von großer Bedeutung. Denn in jungen Jahren werden die Weichen für ein gesundes Leben gestellt.

Beeinflusst wird die kindliche Entwicklung vor allem durch das familiäre wie soziale Umfeld und die Lebensbedingungen sowie die Lebenswelt, in der Kinder aufwachsen. Es ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, kindgerechte Rahmenbedingungen zu schaffen und die Gesundheit von Kindern zu fördern.



PROF. DR.
KERSTIN VON DER DECKEN

Ministerin für
Justiz und Gesundheit
des Landes
Schleswig-Holstein
CDU

Mitglied des
Bundesrates der
Bundesrepublik
Deutschland

GMK-Vorsitzende im
Jahr 2024

Schulen sind für diese kindgerechten Bedingungen von sehr hoher Bedeutung. Denn Schulen sind zentrale Orte im Leben unserer Kinder: als Bildungseinrichtung, als Ort der Begegnung und des sozialen Zusammenlebens. Schulen sind also nicht nur Orte des Lernens, sondern des gesunden Miteinanders.

Ich danke allen, die an der Erstellung des Berichts mitgearbeitet haben. Mein Dank gilt ebenso allen, die sich Tag für Tag dafür einsetzen, dass unsere Kinder ihren Bedürfnissen entsprechend aufwachsen und in den Schulen einen gesunden Ort des Lernens und Lebens vorfinden.

Prof. Dr. Kerstin von der Decken

GRUSSWORT



CHRISTINE
STREICHERT-CLIVOT

Bildungsministerin des
Saarlandes

Mitglied des
Landtags des Saarlandes
SPD

Präsidentin der
Kultusministerkonferenz

KAUM ETWAS KANN uns als Gesellschaft je so sehr am Herzen liegen wie die Gesundheit der jungen Generationen, denn in ihr spiegelt sich schlichtweg unsere Zukunft. Als Kultusministerkonferenz ist es deshalb auch den Ländern ein wichtiges Anliegen, einen Beitrag zur Sicherstellung der Gesundheit junger Menschen zu leisten. Die Schulen stehen hier als Orte der Wissensvermittlung, Prävention und Gesundheitsförderung bereit.

Neben dem Elternhaus sind sie die Orte, an denen tagtäglich gelernt werden kann, wie gesunde Ernährung funktioniert, wie regelmäßige Bewegung in den persönlichen Alltag integriert und wie Stress und Belastungen besser bewältigt werden können. Schulprojekte zur körperlichen und mentalen Gesundheit machen diese Themen bereits frühzeitig greifbar. Je früher Kinder und Jugendliche ein differenziertes Bild zu Ernährung, Bewegung und Achtsamkeit erlangen, desto wahrscheinlicher ist es, dass sie in Zukunft selbstbestimmt Entscheidungen für ihr eigenes Leben treffen können.

Für effektive Prävention braucht es jedoch auch eine funktionierende und zugängliche Gesundheitsinfrastruktur, welche die Arbeit der Schulen und der Eltern flankiert. Dazu gehören regelmäßige Untersuchungen und Beratungen durch Schulärzte und -ärztinnen sowie Schulpsychologen und -psychologinnen sowie eine enge Zusammenarbeit mit lokalen Gesundheitseinrichtungen. Beides muss zusammengedacht werden.

Das Thema der psychischen, physischen und auch gesellschaftlichen Gesundheit wird in Zukunft immer wichtiger werden. Ganzheitliche Gesundheit muss deshalb ein zentraler Bestandteil guter Bildungspolitik sein. Diesem Ziel fühlen wir uns in der KMK auch weiterhin verpflichtet.

Christine Streichert-Clivot



In einer Schule, die die Förderung der körperlichen und seelischen Gesundheit als Leitprinzip verankert, gedeihen nicht nur Wissen und Können, sondern auch das Wohlbefinden und die Zukunftsfähigkeit unserer Kinder.

VORWORT

Von der Vision zur Realität: Gesundheitsförderung als Leitprinzip schulischer Arbeit

Zum dritten Mal veröffentlicht die Stiftung Kindergesundheit ihren Kindergesundheitsbericht – in diesem Jahr mit tatkräftiger Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) sowie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP). Dabei eint und leitet uns stets das Zielbild des in der UN-Kinderrechtskonvention verbrieften Rechts eines jeden Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit. In unseren letzten beiden Berichten haben wir aufgezeigt, dass es in unserem Land bestehende, aber vermeidbare strukturelle Defizite gibt, die der Verwirklichung dieses Rechtes entgegenstehen. Dazu wurden Empfehlungen formuliert, welche Schritte unternommen werden müssten, um Verbesserungen zu schaffen.

Gegenwärtig durchlebt Deutschland innenpolitisch stürmische Zeiten. Auch die Weltpolitik hält uns weiter in Atem. Gleichzeitig neigt sich die Legislaturperiode des Bundestages und damit auch die Amtszeit der Bundesregierung ihrem Ende entgegen. Das Thema Kinderrechte droht angesichts aktueller Krisen und Konflikte erneut ins Hintertreffen zu geraten. So ist ihre Verankerung im Grundgesetz zwar im aktuellen Koalitionsvertrag vorgesehen, doch genau wie in den vergangenen drei Legislaturperioden wurde das Vorhaben nicht umgesetzt.

Ein Grund mehr für uns, nicht nachzulassen und darauf hinzuwirken, dass die Kinderrechte im Bereich Gesundheit – die auch ohne Verankerung im Grundgesetz den Rang eines Bundesgesetzes genießen – zunehmend verwirklicht werden. Wir möchten konkrete Schritte aufzeigen, wie wir uns in Deutschland dem Ziel des



„erreichbaren Höchstmaßes an Gesundheit“ weiter annähern können. Darum widmen wir uns in diesem Jahr einem hier besonders bedeutenden Thema – der Verbindung von Gesundheit und Bildung.

Schulische Bildung soll Kindern und Jugendlichen ermöglichen, ihre Potentiale zu entfalten und ein erfülltes und produktives Leben zu führen. Dazu gehört neben der Vermittlung von Wissen, Fähigkeiten und Werten auch die Förderung von Alltags-, Sozial- und Gesundheitskompetenzen, die Persönlichkeitsentwicklung und die Förderung der langfristigen Gesundheit als Voraussetzung für gute Lebensqualität und soziale Teilhabe.

Die Entscheidung, den Fokus des Berichts auf den schulischen Kontext zu legen, gründet auf der Erkenntnis, dass Schule als Lebens- und Lernraum einen einzigartigen

Zugang zu allen Bevölkerungsgruppen bietet. Die staatlich verankerte Schulpflicht impliziert auch eine Garantienpflicht des Staates für die Gesunderhaltung der heranwachsenden Generation, die mit der zunehmenden Entwicklung zur Ganztagschule noch an Bedeutung gewinnt. Unsere Gesundheitsbemühungen für Kinder und Jugendliche sind tief in institutionelle und soziale Kontexte eingebettet. Neben der Familie, dem Kindergarten und dem Freizeitbereich nimmt die Schule eine Schlüsselposition ein. Über einen Zeitraum von 12 bis 13 Jahren erreichen wir Heranwachsende aus allen sozialen Schichten und können dazu beitragen, die Grundsteine für ein gesundes Leben zu legen. Die empirischen Zusammenhänge zwischen schulischer Umwelt und Gesundheitsparametern sind mittlerweile gut erforscht und unterstrei-

chen die wichtige Bedeutung schulischer Prävention und Gesundheitsförderung. Schule ist dabei immer als Gesamtsystem zu betrachten.

Der vorliegende Bericht befasst sich neben einer Darstellung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung in der Schule und der daran mitwirkenden Akteure zunächst mit der Frage, was Schule heute tut, um die Gesundheit von Schülerinnen und Schülern zu fördern. In einem zweiten Teil wird es darum gehen, wo die größten Herausforderungen liegen. Welche Erfordernisse gibt es in den Bereichen Ernährung und Bewegung? Wie steht es um die gesundheitlichen Bedürfnisse von Kindern mit speziellem Hilfebedarf? Wie können psychische Belastungen, die seit der Coronapandemie zugenommen haben, effektiv reduziert werden? Leider

stellt die Schule selbst nicht immer einen gesundheitsförderlichen und gesundheitsfördernden Raum dar. Leistungsdruck, soziale Konflikte und Ausgrenzung können Gesundheitsrisiken für Schülerinnen und Schüler darstellen und beeinträchtigen wiederum deren schulische Leistungsfähigkeit. Deshalb widmen wir uns insbesondere der mentalen Gesundheit im schulischen Rahmen.

Der vorliegende Kindergesundheitsbericht soll einen Beitrag leisten, das Bewusstsein dafür zu schärfen, dass körperliche und seelische Gesundheit aller in der Institution Schule Leitprinzip schulischen Handelns sein müssen. Nur so können sich pädagogische Qualität, Lernerfolg und Zufriedenheit in der Lebens- und Lernwelt Schule wechselseitig unterstützen. Die hier zusammengetragenen Erkenntnisse

und Empfehlungen sollen als Grundlage dienen, um gemeinsam mit Schülerinnen und Schülern, Schulen und ihren Akteuren, Eltern und politischen Entscheidungsträgerinnen und -trägern präventive Maßnahmen zu stärken und eine gesundheitsförderliche Umgebung für alle im Kontext Schule zu schaffen.

Dem Wort & Bild Verlag, der Stiftung Die Gesundarbeiter – Zukunftsverantwortung Gesundheit, der Krankenkasse vivida bkk, MSD Sharp & Dohme GmbH und Sanofi-Aventis Deutschland GmbH danken wir für ihre Unterstützung und für die konsequente Achtung der Unabhängigkeit unserer Stiftung bei seiner inhaltlichen Gestaltung.



PROF. BERTHOLD KOLETZKO

für die
Stiftung Kindergesundheit



**PRIV.-DOZ. DR.
KATHARINA BÜHREN**

für die
Stiftung Kindergesundheit



PROF. HEIDRUN THAISS

für die
Deutsche Gesellschaft
für Sozialpädiatrie und
Jugendmedizin



DR. ULRIKE HORACEK

für die
Deutsche Gesellschaft
für Sozialpädiatrie und
Jugendmedizin



PROF. MARCEL ROMANOS

für die
Deutsche Gesellschaft für
Kinder- und Jugend-
psychiatrie, Psychosomatik

ZAHLEN & FAKTEN

Schulen in Deutschland

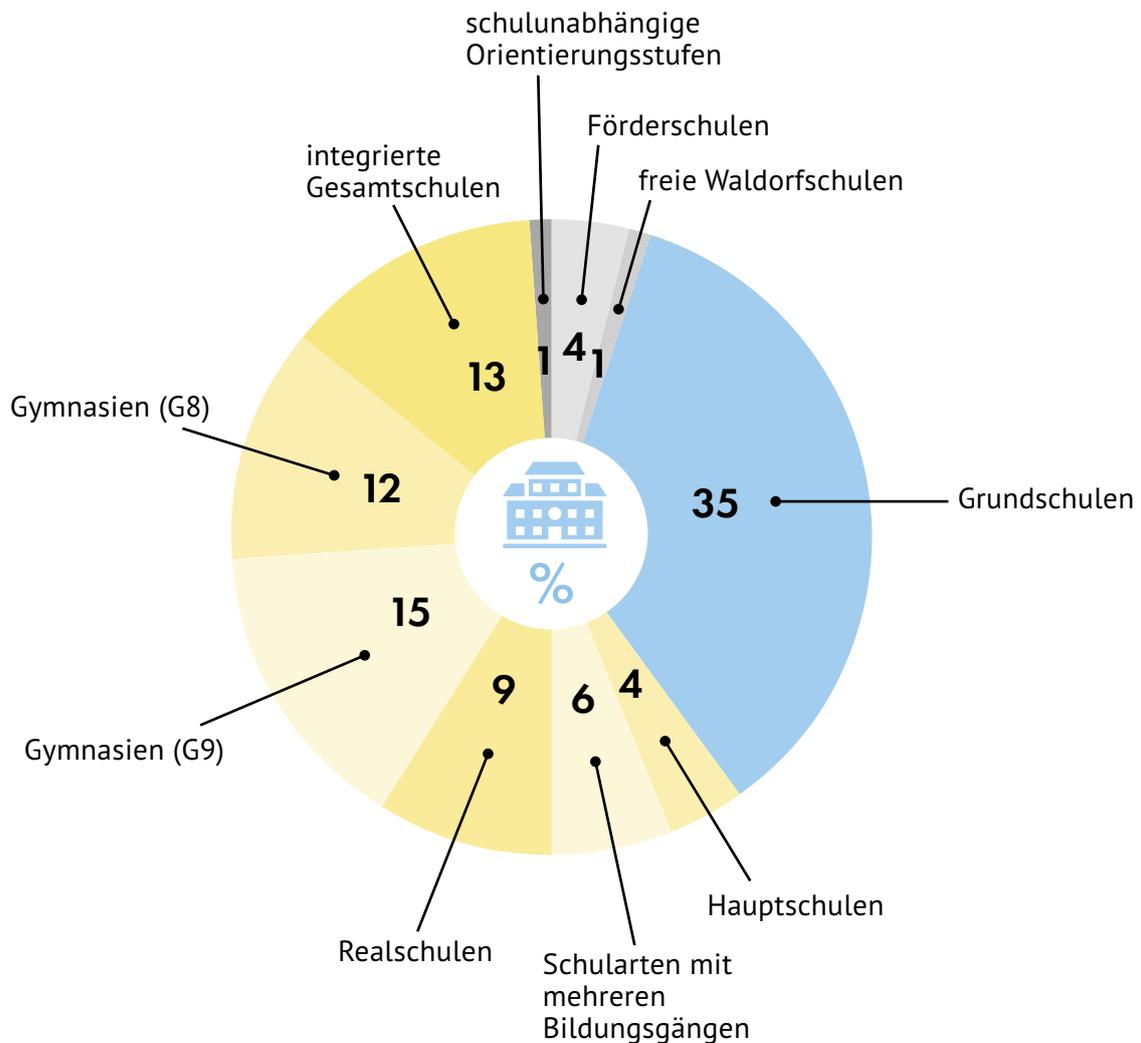
Anzahl allgemeinbildende Schulen: **32.666** ⁵

Anzahl Schüler*innen: **8.693.344** ¹

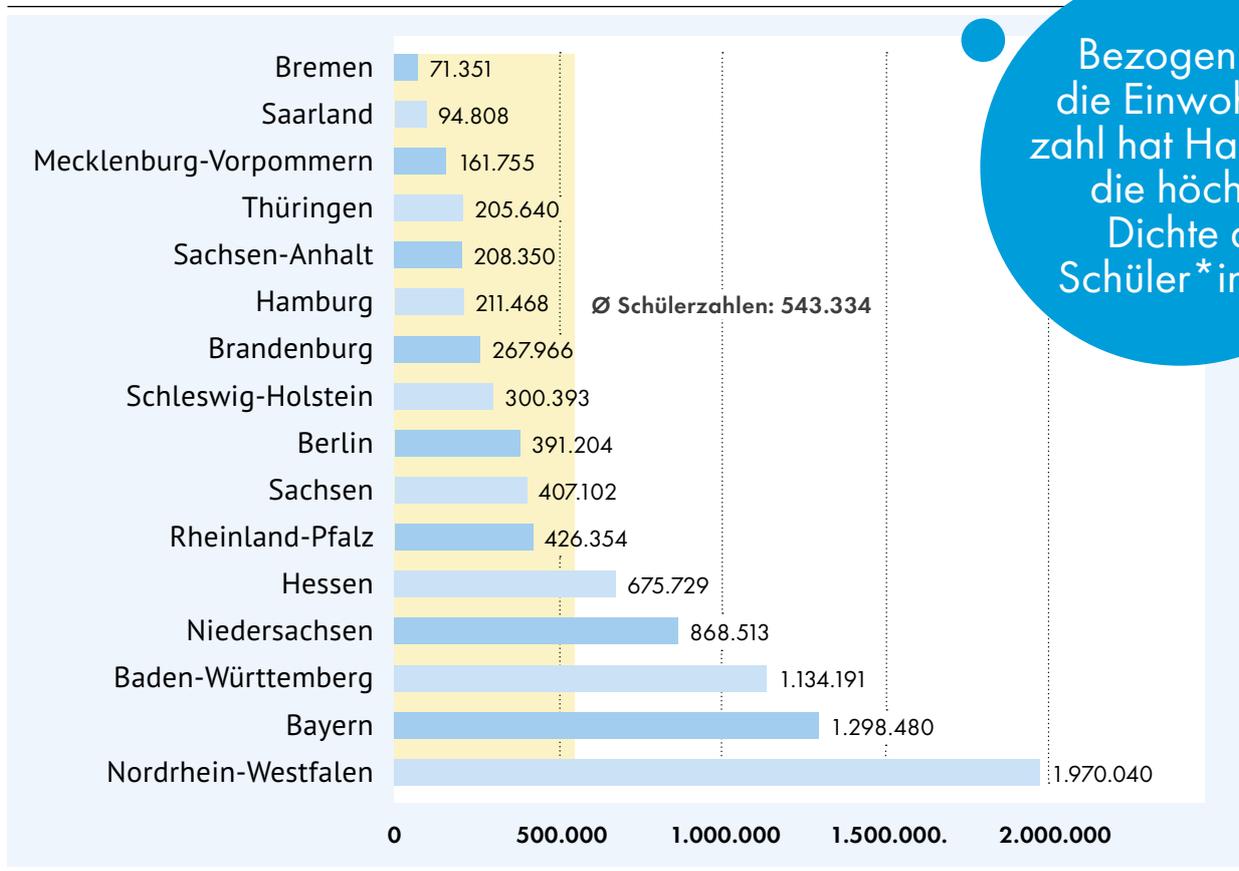
Anzahl Lehrkräfte: **820.535** ⁶

Zahlen beziehen sich auf das Jahr (2022/23)

Wie viele Kinder besuchen welche Schule? ¹



Schülerzahlen pro Bundesland im Schuljahr 2022/23²



Bezogen auf die Einwohnerzahl hat Hamburg die höchste Dichte an Schüler*innen.

Wie viele Kinder werden pro Jahr eingeschult?

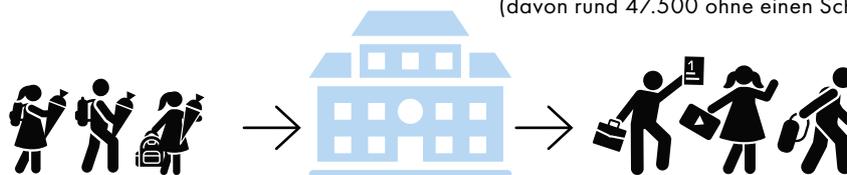
830.600 Schulanfänger*innen (2023/24)

(Zahl der Schulanfänger*innen 2023 um 2,1 % auf höchstem Stand seit 20 Jahren gestiegen)³

Wie hoch ist die Zahl der Absolvent*innen und Abgänger*innen?

769.411 Absolvent*innen und Abgänger*innen (2021/22)

(davon rund 47.500 ohne einen Schulabschluss)⁴





LEHRKRÄFTEMANGEL

In Deutschland herrscht großer Lehrkräftemangel. Prognosen aus den Jahren 2022 und 2023 deuten darauf hin, dass sich dieser Mangel in den kommenden Jahren noch verschärfen wird: Die Schätzungen reichen von 68.000 bis 85.000 fehlende Lehrkräfte. Nach Berechnungen der Bertelsmann Stiftung ist der Lehrkräftemangel an Grundschulen jedoch bald behoben. Bereits Mitte dieses Jahrzehnts werde es mehr ausgebildete Grundschullehrerinnen und -lehrer geben als offene Stellen. Grund dafür sei die Trendwende bei der Geburtenentwicklung.⁷



WIE VIELE SCHÜLER*INNEN WERDEN GANZTÄGIG BETREUT?¹⁰

55 Prozent aller Grundschulkindern, also rund 1,68 Millionen Schüler*innen im Grundschulalter, werden ganztätig betreut (Stand 2023). Die Bundesregierung hat das „Gesetz zur ganztätigen Förderung von Kindern im Grundschulalter“ beschlossen, um das Ganztagsangebot auszubauen. Ab dem Schuljahr 2026 gilt für Kinder der ersten Klasse in Deutschland ein Rechtsanspruch auf Ganztagsbetreuung. Dieser Anspruch wird dann jährlich um eine Klassenstufe erweitert, bis er im August 2029 für die Klassenstufen 1 bis 4 gilt.

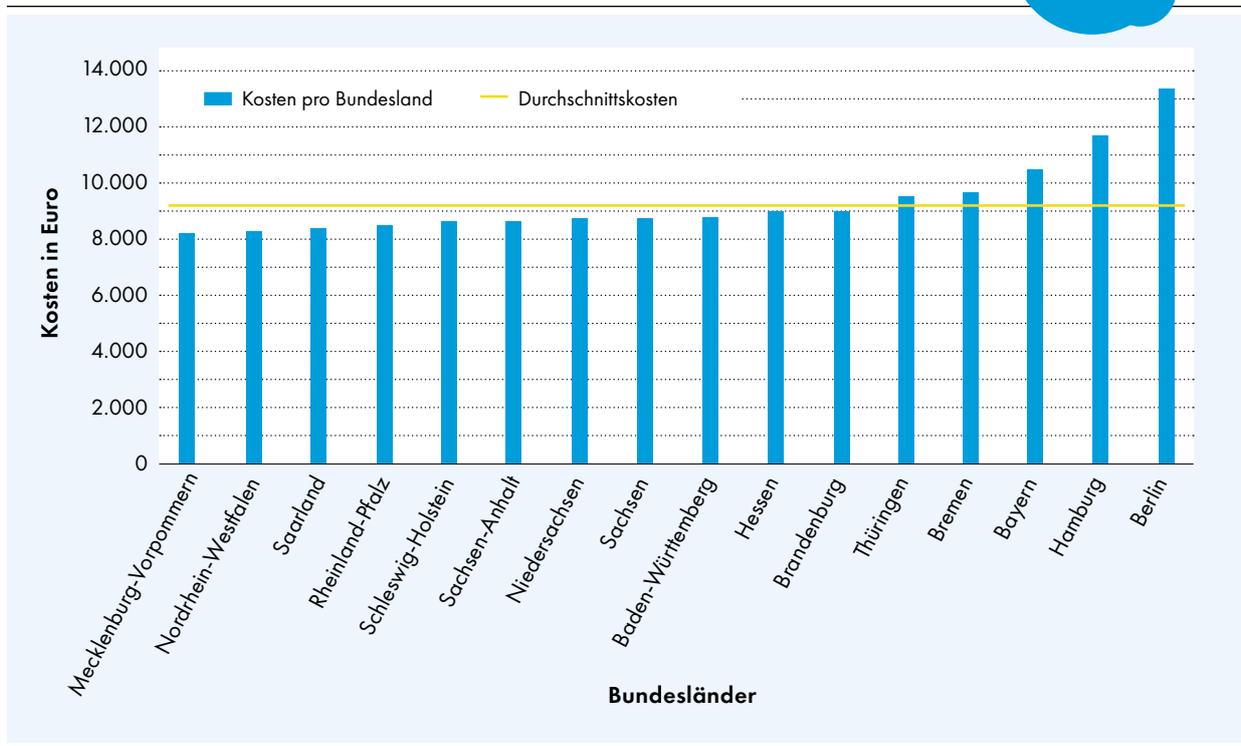


WIE VIEL GELD FLIESST IN DIE ÖFFENTLICHEN SCHULEN?

2022: 87,5 Milliarden Euro¹²

→ Ausgaben für Bildungseinrichtungen in öffentlicher Trägerschaft werden zu einem Großteil (über 90 Prozent) von den Ländern und Kommunen getragen.¹³

Wie viel kostet ein Schüler pro Jahr an öffentlichen Schulen?¹¹





INKLUSION IN DEUTSCHEN SCHULEN

Kinder und Jugendliche, die in ihren schulischen Bildungs-, Entwicklungs- oder Lernmöglichkeiten so beeinträchtigt sind, dass bei ihnen ein sonderpädagogischer Förderbedarf festgestellt wird, haben Anspruch auf eine entsprechende Förderung. Diese sonderpädagogische Förderung kann in allen Schularten erfolgen.

Bundesweit gab es im Schuljahr 2020/21 etwa 568.000 Schülerinnen und Schüler mit Förderbedarf. Das entspricht rund 7,7 Prozent der Schülerschaft. Der Anteil der Schülerinnen und Schüler mit Förderbedarf, die eine Regelschule besuchen, lag bei 44,7 Prozent.⁸



SCHULPOLITIK IN DEUTSCHLAND – WER ENTSCHIEDET WAS?

Deutschland ist nach dem Grundgesetz ein Bundesstaat. Sowohl der Bund als auch alle 16 Bundesländer besitzen eigene Staatsqualität. Für das „föderative Prinzip“ hatte man sich 1949 in bewusster Abkehr vom nationalsozialistischen Zentralstaat entschieden. Es sieht neben der klassischen Gewaltenteilung eine weitere Aufteilung der Staatsgewalt zwischen Bund und Ländern vor. Dies soll Machtmissbrauch vorbeugen sowie orts- und bürgernahe Entscheidungen ermöglichen.

Schule ist Ländersache – auch das ist im Grundgesetz festgeschrieben. Der bildungspolitische Entscheidungsprozess selbst wird auf Landesebene von der Exekutive, d. h. vom Kultusministerium dominiert. Die Ziele, Inhalte und Strukturen des Schulwesens werden in Schulgesetzen festgelegt. Dabei kann die Landespolitik regionale Besonderheiten berücksichtigen und eigene Schwerpunkte setzen. Die Landesparlamente haben als Gesetzgeber zwar das Letztentscheidungsrecht, ihr Einfluss manifestiert sich aber vor allem in Kontroll- und Kritikfunktionen. Die Schulpolitik unterscheidet sich je nach Bundesland hinsichtlich Schulformen, Fächern, Lehrplänen, Abschlüssen und Übergängen zwischen den Schulformen.^{14,15}

Die Länder arbeiten in der **Ständigen Konferenz der Kultusminister in der Bundesrepublik Deutschland (KMK)** zusammen, um die Übereinstimmung und Vergleichbarkeit der schulischen Bildungsgänge und Abschlüsse sowie die Einhaltung von Qualitätsstandards sicherzustellen. Außerdem legt die KMK den Rahmen für die einzelnen Fächer fest, einschließlich des Stundenumfangs und der

verpflichtenden Fächer. Sie gibt auch inhaltliche Empfehlungen für einzelne Fächer, umgesetzt werden diese jedoch erst durch die jeweiligen Kultusministerien.¹⁶

Seit der 2006 beschlossenen Föderalismusreform („**Kooperationsverbot**“) darf der Bund keinen Einfluss auf die Schulpolitik der Länder nehmen. In bestimmten Fällen können Bund und Länder jedoch trotzdem zusammenarbeiten, etwa auf dem Gebiet der Forschungsförderung. So kann der Bund mit den Ländern zur „Feststellung der Leistungsfähigkeit des Bildungswesens im internationalen Vergleich“ (Grundgesetz Artikel 91 b, Abs.2) kooperieren, zum Beispiel bei internationalen Vergleichsstudien, der nationalen Bildungsberichterstattung und der Bildungsforschung. Der Bund besitzt hier eine Mitplanungs- und Mitfinanzierungskompetenz. 2017 wurde zudem eine Norm ins Grundgesetz eingefügt, die es dem Bund möglich macht, den Ländern **Finanzhilfen für gesamtstaatlich bedeutsame Investitionen in die kommunale Bildungsinfrastruktur** zu gewähren. Auf dieser Grundlage konnte 2019 ein milliardenschweres Förderprogramm beschlossen werden, der „DigitalPakt Schule“. Der Bund unterstützt hier Länder und Gemeinden mit finanziellen Mitteln, um den Ausbau digitaler Infrastruktur in Schulen zu fördern.^{14,15}

Zudem startet ab dem Schuljahr 2024/25 das „Startchancen-Programm“, ein weiteres Ergebnis der Kooperation von Bund und Ländern, das finanzielle Unterstützung für etwa 4.000 Schulen mit einem hohen Anteil sozial benachteiligter Schüler*innen vorsieht. Bund und Länder beteiligen sich jeweils mit einer Milliarde jährlich.¹⁷

Kurz & knapp:

Die schulische Gesundheitsversorgung, die Inklusion, der schulische Gesundheitsschutz, die Infektionsprophylaxe und die schulische Gesundheitsförderung und Prävention sind in Deutschland durch ein komplexes Zusammenspiel von Bundes-, Landes- und kommunalen Gesetzen und rechtlichen Regelungen sowie durch zahlreiche Projekte, Initiativen und Programme unterschiedlichster Anbieter geprägt. Diese regulatorische Vielfalt erfordert einerseits die Wahrung und Einhaltung der rechtlichen Grundlagen, andererseits aber auch ein systemübergreifendes Agieren. Dies setzt zwingend die Kenntnis der Systeme, ihrer Akteure und eine zentrale Koordination aller Maßnahmen voraus. Nur so wird ein effektives gesundheitsförderliches Handeln und ein dementsprechendes Schulklima zu erreichen sein.



Gesetzliche Grundlagen und Rechtsnormen für Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung und Prävention in Bildungsinstitutionen

Schule ist ein komplexes System, in dem viele Akteure und Verantwortlichkeiten ineinandergreifen – besonders, wenn es um das Thema Gesundheit geht.

Welche gesetzlichen Grundlagen und Rechtsnormen kommen hier zum Tragen?

Wie funktioniert das Zusammenspiel von Bundes-, Landes- und kommunalen Gesetzen?

Und welche Rolle spielen verschiedene Akteure und Institutionen bei der Koordination und Durchsetzung entsprechender Maßnahmen?

Prof. Heidrun Thaiss erklärt es uns.

Die Schule ist primär Arbeitsplatz unterschiedlichster Berufsgruppen und daher per se kein rechtsfreier Raum. „Sie bewegt sich – wie die meisten staatlichen Institutionen – im Spannungsfeld politischer Zweckvorgaben, rechtlicher Regulierung und Kontrolle sowie spezifischer Regulierungsumfelder“.¹

Für Kinder und Jugendliche stellt sie neben der Familie, den Einrichtungen der frühkindlichen Bildung wie Hort und Kindergarten und den Freizeitbereichen (unter anderem Sportvereinen und Musikschulen) das zentrale Lebensumfeld dar. Diese Spanne reicht vom Eintritt der staatlichen Schulpflicht mit dem vollendeten 6. Lebensjahr bis zum Übergang in die berufliche Ausbildung oder ein Studium, meist im Alter zwischen 15 und 19 Jahren.

Bereits in Artikel 145 der Weimarer Verfassung von 1919, die erstmals die allgemeine Schulpflicht für ganz Deutschland festschrieb, heißt es: „Es besteht allgemeine Schulpflicht. Ihrer Erfüllung dient grundsätzlich die Volksschule mit mindestens acht Schuljahren und die anschließende Fortbildungsschule bis zum vollendeten achtzehnten Lebensjahre“.² Die weltweit erste überlieferte staatlich geregelte Schulpflicht für beide Geschlechter datiert allerdings schon aus dem Jahr 1592 aus dem Herzogtum Pfalz-Zweibrücken.

PROF. DR. MED. HEIDRUN THAISS

ist Präsidentin der
Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie,
Professorin für Health Promotion an der
School of Medicine and Health der TU München,
Vorstandsvorsitzende des
Nationalen Aktionsbündnisses Impfen,
Mitglied des Mission Board on Vaccination in Europe,
Mitglied im wissenschaftlichen Beirat
der Stiftung Kindergesundheit,
Public Health-Expertin und ehemalige Schulärztin
sowie ehemalige Leiterin der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung.

TAB. 1: GESETZLICHE GRUNDLAGEN IM KONTEXT SCHULE, DIE BEZUG NEHMEN AUF DIE GESUNDHEIT ALLER AKTEURE IM SCHULISCHEN RAUM
(exemplarisch, nicht abschließend, ausführlich s. Text)

BUNDESEBENE

1. Grundgesetz (GG)	– Artikel 7 GG regelt das Schulwesen und die staatliche Aufsicht über das Schulwesen.
2. Sozialgesetzbuch (SGB)	– SGB V § 20 beinhaltet Bestimmungen zur Gesundheitsförderung und Prävention, auch im schulischen Kontext. – SGB VIII § 1 und § 11: Bestimmungen zur Förderung der Teilhabe mit dem Ziel der Förderung einer gesunden Entwicklung – SGB XII § 54, seit 2020 neues Kapitel „Teilhabe an Bildung“ im SGB IX: Regelung der Schulbegleitung
3. Infektionsschutzgesetz (IfSG)	– Regelt Maßnahmen zur Verhinderung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten Die Schulgesundheitspflege umfasst die Aufgaben nach dem IfSG sowie schulische Impfprogramme und Maßnahmen der schulärztlichen und schulzahnärztlichen Reihenuntersuchungen sowie die sonstige Gesundheitsförderung in der Schule, insbesondere Fragen der gesunden Ernährung und die Suchtprophylaxe.
4. Präventionsgesetz (PrävG)	– Kontextualisierung von Prävention in Lebenswelten, hier insbesondere Bildungseinrichtungen, explizit in der Schule
5. Nationale Präventionsziele	– Gesund aufwachsen
6. UN-Kinderrechtskonvention und Behindertenrechtskonvention	– Mehrere einschlägige Artikel – Der explizite Bezug zur Schule findet sich in Artikel 28 Recht auf Bildung, Schule, Berufsausübung und Artikel 29, Bildungsziele, Bildungseinrichtungen sowie Artikel 23 Förderung behinderter Kinder und Artikel 24 Gesundheitsvorsorge.
7. Bundeskinderschutzgesetz (KSchG)	– Seit 2012 Betonung von Prävention und Intervention, d.h. es regelt den Schutz als auch das Eingreifen bei Verletzungen des Kindeswohls
8. Empfehlung der Kultusministerkonferenz (KMK) von 2012	– Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule

Vorher gab es christliche Kloster- und Domschulen, die überwiegend von Jungen besucht wurden, die eine geistliche Laufbahn anstrebten (s. Abb. 1). Erst 1978 wurde die allgemeine Schulpflicht auch für alle Kinder mit Beeinträchtigungen gesetzlich geregelt.³ Neben dem Recht auf Schulbesuch besteht inzwischen auch für Kinder anderer Nationalitäten bis auf wenige Ausnahmen Schulpflicht.

In Artikel 1 Abs. 7 Grundgesetz ist die durch die Kultushoheit auf die Landesverfassungen übertragene Schulpflicht geregelt: „Das gesamte Schulwesen steht unter der Aufsicht des Staates.“ Die Länder regeln die Durchführung in den föderalen Schulgesetzen.⁴

Aus der staatlichen Schulpflicht ergibt sich gleichzeitig eine Fürsorge- und Obhutspflicht für Schülerinnen und Schüler. Diese sind Amtspflichten von Lehrkräften (Art. 34 Satz 1 GG). Die Primärverantwortung der Lehrkräfte umfasst die Pflicht, Schulkinder vor Schäden in Gesundheit und Vermögen wie auch vor Verletzung anderer grundrechtlich geschützter Güter zu bewahren.

Aus diesen Pflichten resultiert wiederum eine Vielzahl an Gesetzesnormen, die unterschiedlichsten Klassifikationen folgen.

Zu unterscheiden ist einmal nach Bundes-, Landes- und kommunaler Gesetzgebung, nach Arbeits- und Gesundheitsschutznormen sowie nach Regelungen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention (s. Tab. 2).

Darüber hinaus ist nach allgemeingültigen Rechtsnormen und spezifischen, je nach schulischer Trägerschaft, und ebenso zwischen allgemeinbildenden und sonstigen Schulen zu differenzieren.

GESUNDHEITS- UND ARBEITSSCHUTZ

Arbeits- und Unfallschutz

In der Vergangenheit fokussierten die Schulbehörden vornehmlich den Gesundheits- und Arbeitsschutz. So wurde bereits 1971 die allgemeine Schülerunfallversicherung etabliert⁵ und mit Inkrafttreten des Arbeitsschutzgesetzes 1997 gilt nun die Pflicht einer Gefährdungsbeurteilung für den Dienstherrn für alle im schulischen Kontext Beschäftigten (§5 Arbeitsschutzgesetz), die zum Teil in den Schulgesetzen festgeschrieben ist.

LANDESEBENE

Jedes Bundesland hat eigene Schulgesetze und Verordnungen, die Aspekte der Gesundheitsförderung und Prävention enthalten (können).

1. Schulgesetze der Länder	– Diese Gesetze regeln unter anderem die Aufgaben der Schulen, zu denen auch die Gesundheitsförderung und Prävention gehören. Beispiel: Nordrhein-Westfalen erwähnt in seinem Schulgesetz in § 2 ² explizit die Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Schülerinnen und Schüler.
2. Verordnungen und Erlasse der Kultusministerien	– Diese beinhalten spezifische Regelungen zur Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention an Schulen.
3. Landesprogramme zur Gesundheitsförderung	– Einige Bundesländer haben spezielle Programme zur Gesundheitsförderung, wie z. B. „Gute gesunde Schule“/anschub.de in Nordrhein-Westfalen oder Bayern und die „Gesunde Schule“ in Hessen.
4. Landeskinderschutzgesetze	– Seit 2007/2008 Kinderschutzgesetze auf Länderebene mit Präventions-, Schutz- und Kontrollkonzepten

KOMMUNALE EBENE

Auf kommunaler Ebene gibt es weitere Regelungen und Initiativen, die zur Gesundheitsförderung und Prävention in Schulen beitragen.

1. Schulträger	– Städte und Gemeinden als Schulträger haben Verantwortung für die infrastrukturellen Rahmenbedingungen, die auch gesundheitsförderliche Maßnahmen beinhalten können, z. B. bauliche Maßnahmen zum Lärmschutz oder zur Einhaltung der Hygienevorschriften.
2. Gesundheitsämter	– Kommunale Gesundheitsämter, insbesondere der Bereich Infektionsschutz, der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) sowie der Kinder- und Jugendzahnärztliche Dienst (KJZÄD) sind zuständig für Maßnahmen des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsförderung und Prävention, einschließlich schulischer (Impf-) Projekte und Programme, festgeschrieben in den Gesundheitsdienstgesetzen GDG.
3. Lokale Initiativen und Netzwerke	– Viele Kommunen haben eigene Gesundheitsförderungsinitiativen oder sind Teil von Netzwerken, die Projekte zur schulischen Gesundheitsförderung unterstützen, z. B. Präventionsketten.

TAB. 2: WEITERE RELEVANTE RECHTSNORMEN

1. Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG)	– Dieses Gesetz enthält Regelungen zum Schutz der Beschäftigten, einschließlich Lehrkräfte, die direkte und indirekte Auswirkungen auf die Gesundheit der Schülerschaft haben können.
2. Jugendschutzgesetz (JuSchG)	– Regelt den Schutz von Kindern und Jugendlichen und kann in Teilen auch schulische Maßnahmen betreffen

BEISPIELHAFT PROGRAMME UND INITIATIVEN

Programme auf Bundesebene	– „Gute gesunde Schule“ (Kooperationsprojekt zwischen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und Kultusministerkonferenz (KMK)), GrundGesund (BZgA), Präventionsgesetz, SGB V §§ 20ff Settingansatz im Präventionsgesetz, GKV Bündnis für Gesundheit
Programme auf Landesebene	– Landesrahmenvereinbarungen des GKV Bündnis für Gesundheit, „Gute gesunde Schule NRW“ (Nordrhein-Westfalen), anschub.de, „Gesunde Schule Hessen“ (Hessen), Gute gesunde Schule Bayern“, Gesundheitsregionen plus, u. a.
Kommunale Programme	– Verschiedene städtische Gesundheitsprojekte, z. B. „Gesundheitsregionen“ oder lokale Präventionsnetzwerke
Programme der Kassen oder anderer Anbieter	– Z. B. Klasse 2000 e.V., schlau und stark (vidida bkk), bunt is(s)t gesund - regional ist genial (vidida bkk), Jolinchenkids (AOK), fit4future (DAK), DIE RAKUNS (Stiftung Kindergesundheit), Gehirn-Körper-Training (Stiftung Die Gesundarbeiter), clever&gesund (Helmholtz)

ABB. 1: KÖNIGLICHE VERORDNUNG ZUR EINFÜHRUNG DER ALLGEMEINEN SCHULPFLICHT IN PREUSSEN, 1717 ¹⁷



Infektionsschutzgesetz

Das Infektionsschutzgesetz (Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) benennt unter Ziffer 3 im § 33 Gemeinschaftseinrichtungen im Sinne des Gesetzes als „Einrichtungen, in denen überwiegend minderjährige Personen betreut werden; dazu gehören insbesondere: Schulen und sonstige Ausbildungseinrichtungen“, auf die die Vorschriften anzuwenden sind. Die §§ 34 und 35 IfSG regeln die gesundheitlichen Anforderungen, die Einhaltung und Kontrolle der Hygienevorschriften sowie die Mitwirkungspflichten der Schulleitung. Auch für meldepflichtige Erkrankungen und die Wiedermehrung zu den Gemeinschaftseinrichtungen nach Genesung finden sich hier die entsprechenden Regelungen.⁶

Anzuwenden sind diese Regelungen auch auf die Pflegeeinrichtungen wie Cafeterien und Mensen sowie die dortigen Beschäftigten (Belehrungen nach §§34 und 35 IfSG). Die Schulgesundheitspflege umfasst somit den Infektionsschutz mit den Einzelvorschriften (s. Tab. 1), aber auch die Schulzahnpflege mit der Gruppenprophylaxe (s. Abb. 2 und 3), schulische Impfprogramme sowie die häufig als Projekt angelegten Maßnahmen der schulischen Gesundheitsförderung und Prävention, oft mit dem Fokus Sucht und Sexualaufklärung, postpandemisch jetzt auch zunehmend mit dem Schwerpunkt psychische Gesundheit und Resilienzförderung.

ABB. 2: SCHULISCHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG



Anmerkung: Beispiel der Zahnpflege, beginnend in den Einrichtungen der frühen Kindheit (KiTa), fortgesetzt in der Schule mit der Gruppenprophylaxe, 1954

© Foto: Deutsche Fotothek / Rogger und Renate Rössing

Masernschutzgesetz

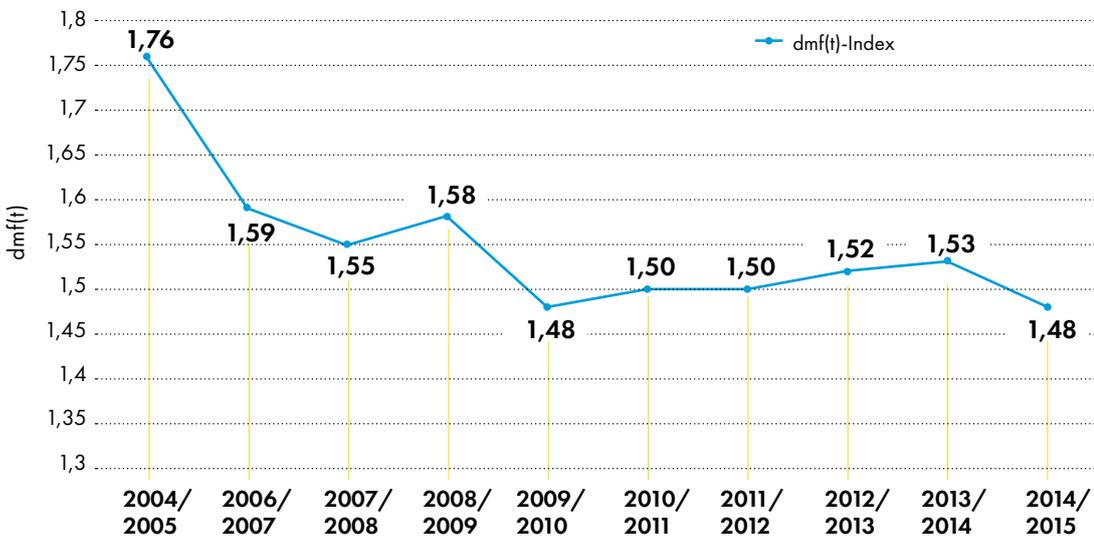
Das Masernschutzgesetz dient dem Infektionsschutz und der Verhinderung eines Massenausbruchs in Gemeinschaftseinrichtungen und verpflichtet seit 2020 alle Kinder, Jugendlichen und Mitarbeitenden in (KiTas und) Schulen, vor dem Besuch einen gültigen Masernschutz nachzuweisen.⁷

GESUNDHEITSBILDUNG

Seit der Proklamation der Ottawa-Charta 1986 mit der Neudefinition von Gesundheit „nicht nur als Abwesenheit von Krankheit, sondern als Kontinuum“⁸, mit der Etablierung des Programms der *Guten gesunden Schule* zu Beginn des Jahrtausends⁹ und spätestens mit dem Beschluss der Kultusministerkonferenz von 2012 mit der Empfehlung zur „Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule“¹⁰ hat die Gesundheit(sbildung) einen neuen Stellenwert für alle im Kontext Schule Aktiven erhalten. Meist wird in den Bundesländern die konzeptuelle und praktische Umsetzung an nachgeordnete Behörden oder Institutionen delegiert, wie z. B. das Arbeitsmedizinische Institut für Schulen (AMIS), das Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) in Bayern oder das Institut für Qualitätsentwicklung an Schulen in Schleswig-Holstein (IQSH).

Meist sind diese vor allem die Lehrkräftegesundheits unterstützenden Einrichtungen den Kultusbehörden, selten den Gesund-

ABB. 3: PRÄVENTIONSERFOLGE DURCH GRUPPENPROPHYLAXE IM BEREICH ZAHNPFLEGE UND ZAHNERHALTUNG¹⁸
 Durchschnittliche Zahl kariieserkrankter Milchzähne (Durchschnitts-dmf(t)-Werte) für Erstklässler seit dem Schuljahr 2004/2005



Blau markiert sind die jährlich von den Zahnärztlichen Diensten in Schleswig-Holstein ermittelten dmf(t)-Werte für die Erstklässler.

Der **dmf(t)-Index** gibt Auskunft darüber, wie viele Milchzähne entweder **durch Karies geschädigt** (d=decayed), **aufgrund von Karies extrahiert** (m=missing) **oder gefüllt** (f=filled) sind, bezogen auf alle Milchzähne (t=teeth).

heitsbehörden (oder noch seltener beiden) zugeordnet. Die Gesundheitsbildung der Schülerinnen und Schüler fokussiert in den Lehrplänen traditionell primär die Themen Gewalt- und Suchtprävention. Allgemeine Gesundheitsthemen finden sich sehr unterschiedlich verortet, meist im Biologie- oder Sachkundeunterricht (s. QR-Code am Ende des Artikels).¹¹ Die Vermittlung nicht nur von Gesundheitswissen, sondern auch von Gesundheitskompetenz beginnt nur sehr langsam Einzug zu halten.

Hierfür fehlt im schulischen Kontext aber oft das erforderliche Fachpersonal, z. B. speziell dafür ausgebildete Schulgesundheitsfachkräfte.

Vorgeschlagen wurde auch, die Digital-Kompetenzrahmen der KMK und der föderalen Kultusbehörden zu nutzen.

Materialien für die Vermittlung von Gesundheitswissen (und seltener Gesundheitskompetenz) kommen meist aus dem Gesundheitssystem (s. Tab. 1). So stellen Bundesinstitutionen wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Landeszentralen wie zum Beispiel die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein oder das Landesamt für Gesundheit in Brandenburg Materialien für Lehrkräfte bereit, zunehmend auch in digitaler Form.¹² Zudem existiert eine Fülle an schulischen Projekten, die mehrheitlich die Schülerschaft adressiert, aber auch Material für Lehrkräfte und vereinzelt Eltern bereitstellt. Die Programme starten zum Teil bereits in den Institutionen der vorschulischen Bildung, also meist in den Kindertagesstätten. Anbieter sind vornehmlich Krankenkassen, aber auch staatliche Institutionen wie die Helmholtzgemeinschaft und private Anbieter wie etwa Stiftungen, Vereine oder sogar Einzelpersonen (z. B. DIE RAKUNS – das gesunde Klassenzimmer, be smart – don't start, Multiplikatoren-schulung für Lehrkräfte: Gehirn-Körper-Training

bei Kindern).¹³ Angesichts der Fülle teils fachlich fundierter Projekte, aber durchaus auch unseriöser einzelner Anbieter, die in die Schulen drängen, sollten vorab unabdingbar Qualität und Nachhaltigkeit sowie wissenschaftliche Entwicklung, Begleitung und Evaluation geprüft und sichergestellt werden. Die Krankenkassen bieten mit der Zentralen Prüfstelle Prävention die Zertifizierung gemäß Leitfadens Prävention an. Sie besteht seit 2014 und wird gemeinsam von den Kassen finanziert. Ihre Aufgabe ist es, Präventionskurse und deren Anbieter gemäß § 20 Abs. 4 Nr. 1 SGB V nach einheitlichen Kriterien zu prüfen.¹⁴ Im Gegensatz zu einzelnen, projektbasierten Interventionen unterschiedlichster, oft auch privater Anbieter stellen programmatische und strategische Ansätze, wie die *Gute gesunde Schule* oder die *Gesundheitsförderliche Schule*, qualitätsgeprüfte und vor allem nachhaltige, weil systemische Ansätze dar. Ihre (Re-)Zertifizierungen sind dabei Ausdruck einer gesundheitsförderlichen Schulkultur, die idealerweise auch Eingang in die Leitbilder, Schulprogramme und Schulentwicklungspläne findet (s. Abb. 4).¹⁵

STAATLICHE GESUNDHEITSPROGRAMME UND STRATEGIEN

Seit 2015 haben neben dem Nationalen Zieleprozess mit dem Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ und der Nationalen Präventionsstrategie das Präventionsgesetz (mit Präventionsforum und Nationaler Präventionskonferenz) Allgemeingültigkeit und sind damit auch für den Kontext Schule von Bedeutung. Darin wird gerade und besonders die Gesundheitsförderung in den Lebenswelten, den Settings, betont: „Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)



verbessert die Grundlagen für die Zusammenarbeit von Sozialversicherungsträger, Länder und Kommunen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung – für alle Altersgruppen und in vielen Lebensbereichen. Denn Prävention und Gesundheitsförderung sollen dort greifen, wo Menschen leben, lernen und arbeiten: In der Kita, der Schule, am Arbeitsplatz und im Pflegeheim.“ Vorteile sind der niedrighschwellige Zugang, die Erreichbarkeit auch der vulnerablen und sozial benachteiligten Personengruppen und idealerweise über die Schülerschaft auch die Eltern.

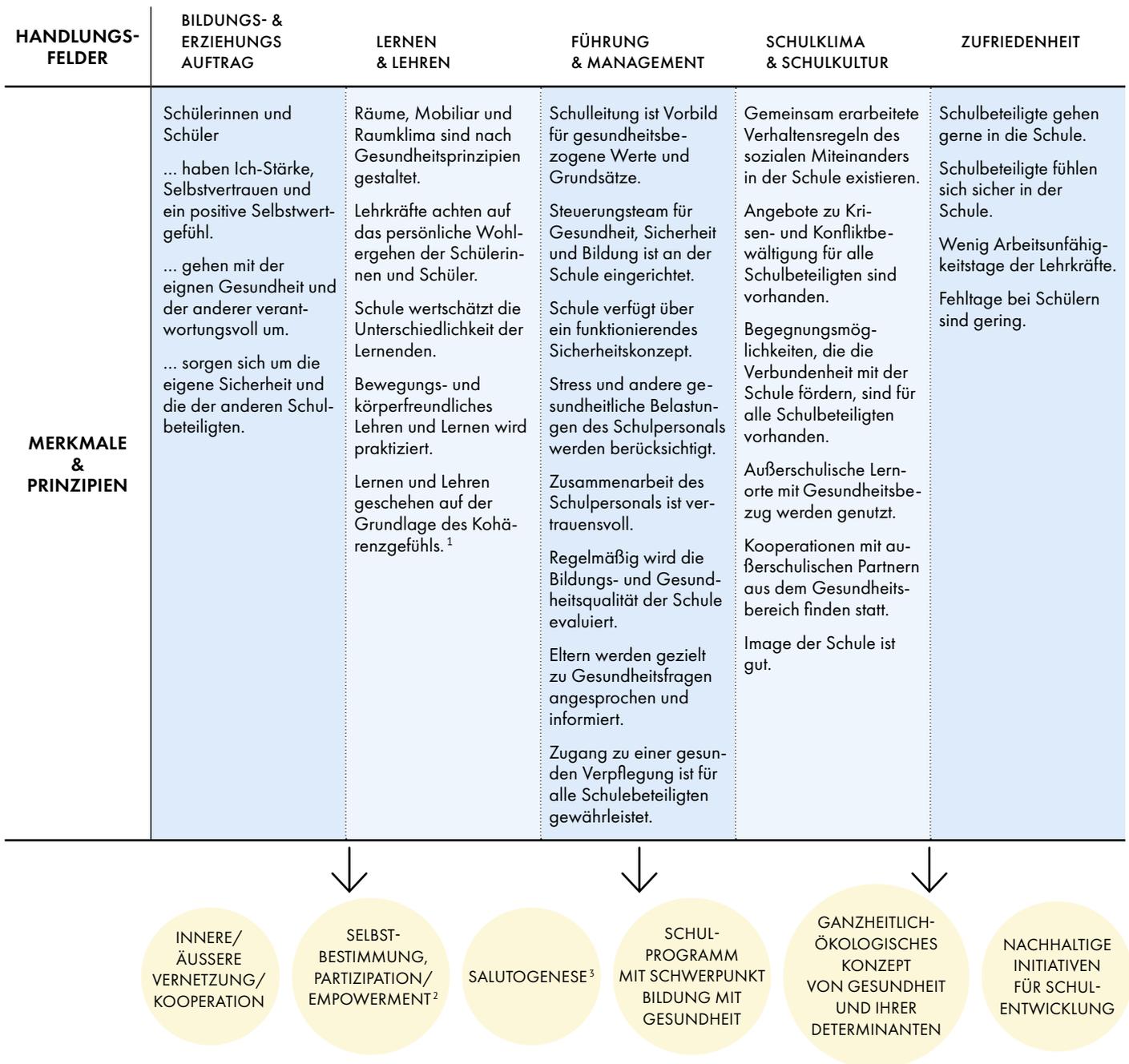
Da das Präventionsgesetz aber gemäß den Bundesrahmeneempfehlungen und nach den Kriterien des Leifadens Prävention der GKV (Kapitel 4.7 Gesundheitsfördernde Schule) gemäß § 20ff SGB V nur Projekte mit den bekannten inhaltlichen Schwerpunkten Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und Sucht, neuerdings auch Planetare Gesundheit und Medienkompetenz, fördert, generiert dies die bekannte „Projektitis“ mit wenig nachhaltigem Erfolg. Sinnvoller, weil nachweislich effektiver und nachhaltiger, ist hier seit dem Jahr 2000 der systemische Ansatz der *Guten gesunden Schule*, die alle in der Lebenswelt Tätigen, also nicht nur die Schülerschaft, sondern auch Schulleitung, Hausmeister, Cafeteria-

personal und idealerweise auch die Eltern mit sowohl verhaltenswie auch verhältnispräventiven Maßnahmen adressiert und den Gedanken der Gesundheit als Voraussetzung und Basis effektiven Lernens langfristig in den Schulprogrammen etabliert (z.B. auch anschub.de, GrundGesund).

Betriebliches Gesundheitsmanagement

Das betriebliche Gesundheitsmanagement im Kontext Schule legt den Schwerpunkt auf einen der drei Säulen, den Arbeitsschutz. Dieser fokussiert sich ausschließlich auf die Lehrkräfte und ist bei den Kultusbehörden angesiedelt. Daneben steht für die Schülerschaft idealerweise der „Schularzt als Betriebsarzt“, der am jeweiligen Gesundheitsamt der Kommune verortet ist. Schulen in freier Trägerschaft (z.B. Waldorfschulen) beschäftigen manchmal eigene, dort angestellte Schulärztinnen und -ärzte. Rechtsgrundlage für ihre Tätigkeit sind die Gesetze über den Öffentlichen Gesundheitsdienst der Länder, auch Gesundheitsdienstgesetze (GDG) genannt. Sie sind länderspezifisch und enthalten allgemein verbindliche Regeln. Verfassungsrechtlich weist das Grundgesetz gem.

ABB. 4: IN ANLEHNUNG AN PAULUS P., „DIE GUTE GESUNDE SCHULE“¹⁵



Anmerkungen: ¹ Unterricht auf der Grundlage des Kohärenzgefühls ist so gestaltet, dass es den Schülerinnen und Schülern leicht fällt, den Stoff zu verstehen, dass sie sich in ihren Handlungskompetenzen gestärkt fühlen und einen persönlich-sinnstiftenden Zusammenhang zum Thema herstellen können. ² Empowerment bedeutet, Menschen eigenmächtiges, selbstverantwortetes und selbstbestimmtes Handeln zu ermöglichen. ³ Salutogenese bedeutet, die Entwicklung von Gesundheit ins Zentrum zu rücken: Was erhält Schülerinnen und Schüler gesund? Was fördert die Gesundheit der Lehrkräfte?

Art. 30 und Art. 70 GG die grundsätzliche Zuständigkeit in den Bereichen Gesetzgebung und Vollzug der Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), damit auch der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste (KJGD), den Ländern zu, in Deutschland ist er aber gem. Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 Grundgesetz (GG) auch Teil der konkurrierenden Gesetzgebung. So liegen Gesetzgebungskompetenz und Verwaltungshoheit grundsätzlich bei den einzelnen Bundes-

ländern, zumindest solange und insofern der Bundesgesetzgeber von seiner Gesetzgebungszuständigkeit nicht Gebrauch macht. Dies kann gem. Art. 72 Abs. 2 GG nur dann geschehen, „wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich macht“. Dementsprechend ist der ÖGD in den



einzelnen Bundesländern nach eigenständigen formalrechtlichen Landesgesetzen bzw. in Thüringen nach einer Rechtsverordnung organisiert und folgt in seiner Struktur dem föderalen Prinzip. Diese Rechtsgrundlagen sind in ihrem Umfang und der inhaltlichen Ausgestaltung häufig relativ heterogen.¹⁶ Beispielhaft sei hier das **ÖGD- Gesundheitsdienstgesetz, das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Bayern, von 2022** erwähnt. Es regelt exemplarisch in Artikel 11 den Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und verpflichtet die Gesundheitsämter, dabei mit den Schulen zusammenzuarbeiten (Hervorh. d. d. Verf.):

ART. 11 SCHUTZ DER GESUNDHEIT VON KINDERN UND JUGENDLICHEN

1. Die Gesundheitsbehörden fördern die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Die Gesundheitsämter arbeiten dabei mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen, **insbesondere mit Schulen und Stellen der Schulverwaltung** sowie mit Einrichtungen und Trägern der öffentlichen und freien Jugendhilfe zusammen.

In Artikel 12 wird die Schulische Gesundheitspflege geregelt:

ART. 12 SCHULGESUNDHEITSPFLEGE

1. Die Gesundheitsämter nehmen in Zusammenarbeit mit der Schule und den Personensorgeberechtigten die Schulgesundheitspflege wahr. Die Schulgesundheitspflege soll entwicklungsbedingten oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Entwicklungsverzögerungen vorbeugen, sie frühzeitig erkennen, den Personensorgeberechtigten Wege für deren Behebung aufzeigen und präventiv mit Blick auf einen möglichen Förderbedarf gesundheitlich beraten ...
2. Die Gesundheitsämter informieren nach Anhörung der Personensorgeberechtigten die Schulleitung der Schule, an der die Schulpflicht erfüllt wird oder voraussichtlich zu erfüllen ist, schriftlich
 1. **ob gesundheitliche Beeinträchtigungen, Entwicklungsverzögerungen oder Behinderungen** festgestellt wurden, wenn dies im Einzelfall für die Beschulung, insbesondere für die individuelle Förderung, erforderlich ist,
 2. **über Erkrankungen, die gegebenenfalls ein unmittelbares medizinisches Eingreifen oder medizinische Maßnahmen an der Schule erfordern.**

Andere Bundesländer regeln darüber hinaus die Zahngesundheit mit der Gruppenprophylaxe und Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Schule in ihren föderalen Gesundheitsdienstgesetzen.

EINZELNORMEN DER SOZIALGESETZBÜCHER IM KONTEXT SCHULE

Im Schulalltag und in der Organisation des Schullebens finden sich eine Reihe von Einzelnormen der Sozialgesetzbücher wieder, die die Rahmenbedingungen für die gesundheitlich notwendige Versorgung, die Unfallversicherung, soziale Unterstützung und Fragen der Inklusion schaffen, die allesamt die physische und psychische Gesundheit der Schülerinnen und Schüler beeinflussen.

So finden sich im **SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung)** Regelungen zur Gesundheitsversorgung von Schülern, z.B. bei Schulunfällen oder für die Gesundheitsvorsorge durch den Schulgesundheitsdienst.

Das **SGB VII (Gesetzliche Unfallversicherung)** regelt den Schutz während des Schulbesuchs, bei schulischen Veranstaltungen und auf dem Schulweg.

Für einzelne Schülerinnen und Schüler, zum Beispiel chronisch kranke Kinder oder Kinder mit Förderbedarf im Bereich Lernen, sozial-emotionale Entwicklung, körperlich-motorische oder geistige Entwicklung, Sprechen und Sprache oder Sehen und Hören sind besondere Unterstützungsbedarfe erforderlich. Zur differenzierteren Diagnostik und Einleitung der Hilfen werden medizinische Fachgutachten der Sonderpädagogik oder Eingliederungshilfe erforderlich, die (manchmal unter Hinzuziehung spezifischer externer Expertise) von den Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten erstellt werden. Die entsprechenden Regelungen finden sich seit 2020 im **SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen)**. Hier werden Ansprüche auf schulische Assistenz z.B. durch Schulbegleiter oder Fachassistenz geregelt, um die Inklusion zu erleichtern.

Aus diesen gesetzlichen Verpflichtungen erwachsen die in den Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten der Gesundheitsämter (KJGD) verorteten Aufgaben. Sie werden in den Bundesländern in unterschiedlicher Weise wahrgenommen. Mit dem personellen „Ausbluten“ der Ämter in den vergangenen 30 Jahren konn-

ten in den meisten Ämtern selbst die gesetzlichen Dienstaufgaben nur noch rudimentär erfüllt werden. So reduzierten sich die Aktivitäten im schulischen Kontext meist auf die Durchführung der Schuleingangsuntersuchung, idealerweise jahrgangsübergreifend. Damit kann den Schulen zum Schuleintritt mit Einwilligung der Eltern der Gesundheitsstatus jedes Kindes übermittelt werden, aus dem sich eventuelle Unterstützungsbedarfe ab- und frühzeitig in die Wege leiten lassen. Erst seit 2021 mit dem Pakt für den ÖGD haben sich die strukturellen und personellen Voraussetzungen auch für die Erfüllung schulischer Aufgaben der KJGD verändert. Es bleibt zu hoffen, dass der Pakt für den ÖGD verstetigt wird und die Mittel auch bei den Dienstleistungen für Kinder, Jugendliche und deren Familien ankommen.

FAZIT

Diese regulatorische Vielfalt auf unterschiedlichen Ebenen zeigt, dass die schulische Gesundheitsversorgung, die Inklusion, der schulische Gesundheitsschutz, die Infektionsprophylaxe und die schulische Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland durch ein komplexes Zusammenspiel von Bundes-, Landes- und kommunalen Gesetzen sowie durch zahlreiche Projekte, Initiativen und Programme unterschiedlichster Anbieter geprägt sind. Nur bei Wahrung und Einhaltung dieser rechtlichen Grundlagen einerseits, aber eines systemübergreifenden Agierens andererseits wird ein effektives gesundheitsförderliches Handeln und dementsprechendes Schulklima zu erreichen sein. Dies setzt bei allen Beteiligten im Kontext Schule, aber auch den politischen Entscheidern, zwingend die Kenntnis der Systeme, ihrer Akteure und eine zentrale Koordination aller Maßnahmen voraus.



Scannen Sie den QR-Code, um eine aktuelle und umfassende Übersicht über die Gesundheitsthemen in den Lehrplänen der verschiedenen Bundesländer zu erhalten.

https://www.kindergesundheit.de/downloads/_Uebersicht_Lehrplaene.xlsx

Kurz & knapp:

Schulen sollen Schülerinnen und Schülern einen niederschweligen Zugang zur Gesundheitsförderung bieten – unabhängig vom sozialen und ökonomischen Hintergrund. Im Kontext Schule und Gesundheit interagiert eine Vielzahl unterschiedlicher Akteure mit- oder meist sogar nebeneinander, oft unabgestimmt und versäult. Neben Schulleitung, Lehrkräften, Eltern sowie Schülerinnen und Schülern gehören auch Schulpsychologen, Schulsozialarbeitende, Mental Health Coaches, externe Gesundheitspartner, politische Akteure, Bildungsbehörden, Schulträger, Kinder- und Jugendgesundheitsdienste des Öffentlichen Gesundheitsdiensts und Schulgesundheitsfachkräfte zu den wesentlichen Beteiligten, die im schulischen Alltag Gesundheitsförderung strategisch oder praktisch umsetzen. Jeder Akteur agiert in bestimmten thematischen Handlungsfeldern mit spezifischen Herausforderungen und auf unterschiedlicher rechtlicher Grundlage. Qualitätssicherung und Nachhaltigkeit spielen oft eine untergeordnete Rolle. Effektive Vermittlung von Gesundheitskompetenz und effiziente Gesundheitsförderung brauchen Strategie, systemische Implementierung und fachlich fundierte Koordinierung aller Maßnahmen.



Akteure der Gesundheitsförderung im Kontext Schule – Aufgabenfelder, Problematiken, Lösungen

Wie können die zahlreichen Akteure im Bereich der schulischen
Gesundheitsförderung effektiv zusammenarbeiten?

Vor welchen Herausforderungen stehen sie und welche Lösungen gibt es,
um Gesundheitsförderung nachhaltig in den Schulalltag zu integrieren?

Prof. Heidrun Thaiss und Dr. Ulrike Horacek geben uns einen Überblick.

Die Weimarer Verfassung von 1919 schrieb in Artikel 145 die Schulpflicht für Deutschland erstmals verbindlich fest. In Artikel 1 Abs. 7 Grundgesetz ist die durch die Kultushoheit auf die Landesverfassungen übertragene Schulpflicht geregelt: „Das gesamte Schulwesen steht unter der Aufsicht des Staates.“ Die Länder regeln die Durchführung in den föderalen Schulgesetzen.

Aus dieser staatlichen Schulpflicht ergibt sich gleichzeitig eine Fürsorge- und Obhutspflicht für Schülerinnen und Schüler. Diese sind Amtspflichten von Lehrkräften (Art. 34 Satz 1 GG). Die Primärverantwortung der Lehrkräfte umfasst die Pflicht, Schulkinder vor Schäden in Gesundheit und Vermögen wie auch vor Verletzung anderer grundrechtlich geschützter Güter zu bewahren.

Diesem Auftrag kommen Schulen in Deutschland offiziell mit der Einführung der Schülerunfallversicherung 1971 mit dem Schwerpunkt Gesundheitsschutz formal nach. Bereits in den 1950er und 1960er Jahre gab es allerdings schon schulische Reihenimpfungen, zunächst gegen Röteln, später folgten die Schluckimpfung gegen Kinderlähmung und danach die Hepatitis B-Impfung durch die Gesundheitsämter (s. Abb. 1). Bei der Gesundheitsförderung lag der Fokus der Schulbehörden in den Curricula lange vornehmlich auf Sucht- und Gewaltprävention, Arbeitssicherheits- und Arbeitsschutzmaßnahmen für Lehrkräfte kamen im Zuge der betrieblichen Gesundheitsfürsorge auch mit der Gefährdungsbeurteilung hinzu.

Seit die Gesundheitsministerkonferenz im Jahr 2012 explizit Gesundheitsförderung und Prävention, basierend auf der Jakarta-Erklärung, als universelles Menschenrecht sowie als Element einer nachhaltigen Schulentwicklung verstanden und explizit empfohlen hat, sind die Akteure im Kontext Schule dieser Empfehlung verpflichtet.^{1,2}

PROF. DR. MED. HEIDRUN THAISS

ist Präsidentin der
Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie,
Professorin für Health Promotion an der
School of Medicine and Health der TU München,
Vorstandsvorsitzende des
Nationalen Aktionsbündnisses Impfen,
Mitglied des Mission Board on Vaccination in Europe,
Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat
der Stiftung Kindergesundheit,
Public Health-Expertin und ehemalige Schulärztin
sowie ehemalige Leiterin der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung.

DR. MED. ULRIKE HORACEK

ist Gesundheitswissenschaftlerin und hat lange
Zeit leitende Funktionen im kommunalen
und Landes-ÖGD NRW ausgeübt. Sie leitet als
Vorstandsmitglied den Fachausschuss
ÖGD der DGSPJ und vertritt diese
Fachgesellschaft in Gremien auf Bundesebene
(z. B. Expertenrat Kitaqualitätsgesetz,
Nationaler Plan Kinderchancen des BMFSFJ,
Leitlinienentwicklung Schule und Corona).

Die Gesundheitsministerinnen und -minister weisen hier auf den klaren Zusammenhang zwischen Gesundheit und Bildungserfolg und die Möglichkeiten in der Lebenswelt Schule hin, neben den Einflüssen der elterlichen Umgebung, unabhängig von sozialen, ökonomischen und ökologischen Bedingungen im Rahmen des Lehrens und Lernens diesen niedrigschwiligen Zugang für alle nutzen zu können. Ebenso stellen sie die zentrale Funktion und

ABB. 1: SCHULISCHE REIHENIMPFUNGEN IN DEN 1950/1960ER JAHREN DURCH DEN KINDER- UND JUGENDGESUNDHEITSDIENST



© Foto: Heritage Image Partnership Ltd / Alamy Stock Foto

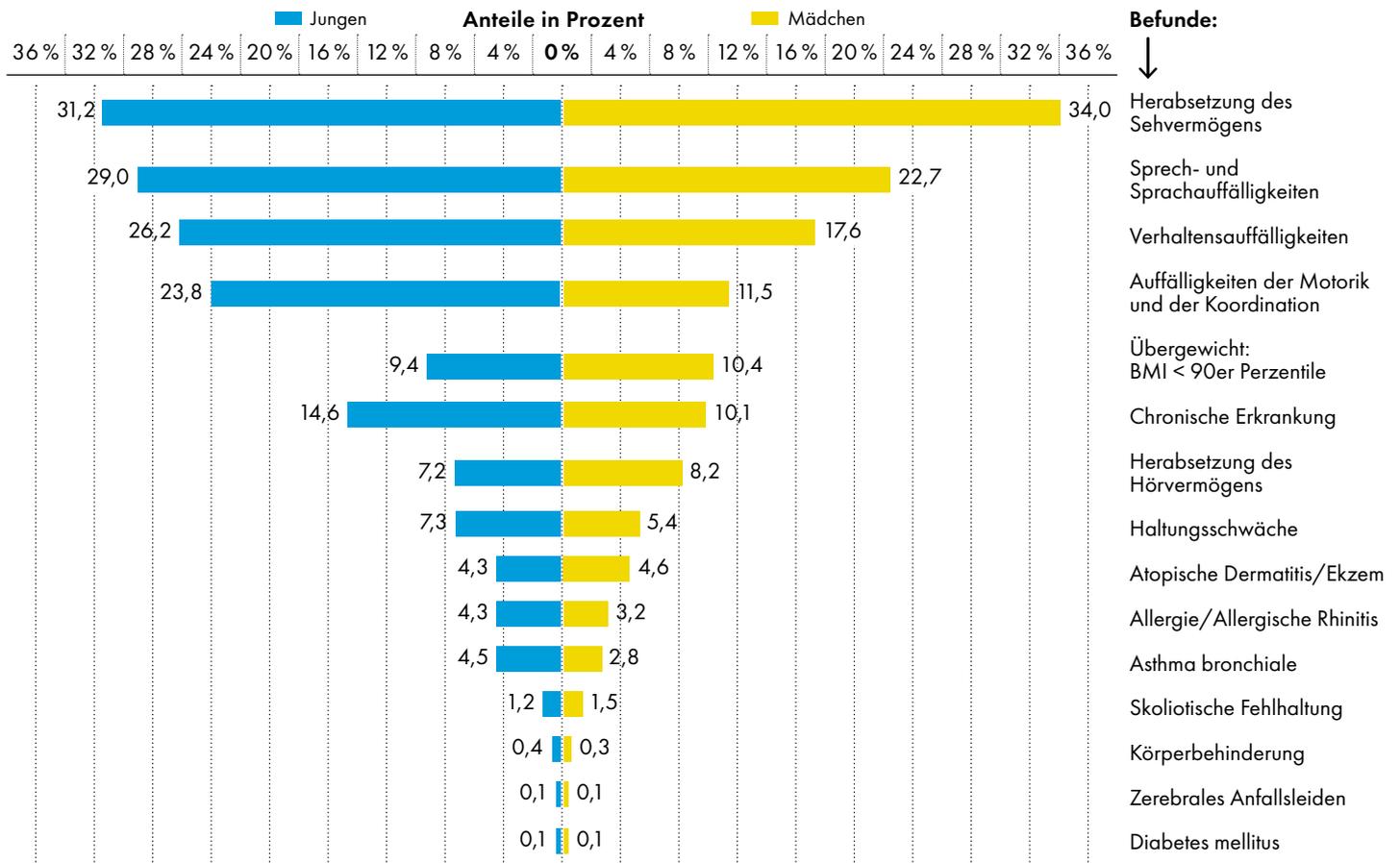
Verantwortung der Schulleitungen in der Umsetzung des Gesundheitsmanagements und der Gesundheitsförderung im Rahmen der schulischen Personal- und Organisationsentwicklung.

Nun kann es allerdings nicht alleinige Aufgabe der Schulleitung und der Lehrkräfte sein, die Empfehlung der Kultusministerkonferenz (KMK) von 2012 in ihrer Komplexität umzusetzen. Deshalb wird in den Zielen konkretisiert, dass Gesundheitsförderung und Prävention als grundlegende Aufgaben auch außerschulischer Arbeit wahrgenommen werden.³ Zudem sollen aktuelle bildungspolitische Entwicklungen aufgegriffen werden wie z. B. der schulische Ganzttag, die Inklusion von Schülerinnen und Schülern mit Handicaps, immerhin bis zu 20%, mit steigender Tendenz, (wie es neben den älteren KIGGS-Ergebnissen⁴ auch aus den Daten der Schuleingangsuntersuchungen in den föderalen und kommunalen Gesundheitsberichterstattungen hervorgeht (s. Abb. 2), die Integration von Kindern und Jugendlichen aus anderen Kulturen, oft auch mit sprachlichen Hürden und zuletzt der Aspekt der Nachhaltigkeit.

Lange vor der Pandemie ist hier von der KMK vorausschauend auf entscheidende Realitäten im schulischen Alltag hingewiesen worden.

Die aktuelle Situation in Bildungskontexten zeigt, dass Schülerinnen und Schüler unter erheblichen körperlichen Belastungen durch chronische Erkrankungen des allergischen Formenkreises

ABB. 2: BEFUNDE DER SCHULEINGANGSUNTERSUCHUNGEN SCHULJAHR 2012/2013 (SCHLESWIG-HOLSTEIN)



Anmerkung: Anzahl der untersuchten Einschüler (S1) pro Kreis/kreisfreie Stadt für das Schuljahr 2012/13; N (gesamt) = 22.204; n (Verhaltensauffälligkeiten) = 14.213

wie Neurodermitis und Asthma, aber auch Diabetes mellitus, Anfallsleiden, ADHS, Krebserkrankungen und angeborene Herzfehler leiden. Nach der Pandemie treten zudem vermehrt psychische Erkrankungen wie Depressionen und Angstzustände auf, die eine reguläre konzentrierte Teilnahme am Unterricht oft erheblich erschweren.^{5,6}

Hinzu kommen verschiedentliche Probleme im Elternhaus, die Kinder und Jugendliche erheblich belasten können und sich manchmal durchaus auch in somatischen Beschwerden manifestieren. Diesen Belastungen der Schülerschaft (unter vielen anderen) und dem Umgang aller Betroffenen damit im schulischen Alltag⁷ steht eine zunehmend multifaktorielle Herausforderung auch der Lehrkräfte gegenüber, bedingt durch Entwicklungen wie Digitalisierung, Bürokratisierung, veraltete schulische Infrastruktur, sanierungsbedürftige Gebäude, Quereinsteiger auf beiden Seiten, bereichernde, aber auch herausfordernde kulturelle Vielfalt. Dies spiegelt sich nicht zuletzt in einer hohen Krankheits- und Früh-pensionierungsrate wider (19 %, mittleres Alter 58 Jahre bei verbeamteten Lehrkräften).^{8,9} Gleichzeitig eröffnet Schule aber für alle, unabhängig vom sonstigen Lebenskontext, die Möglichkeit, Wissen und Kompetenzen zu individuellen gesunden Lebensweisen

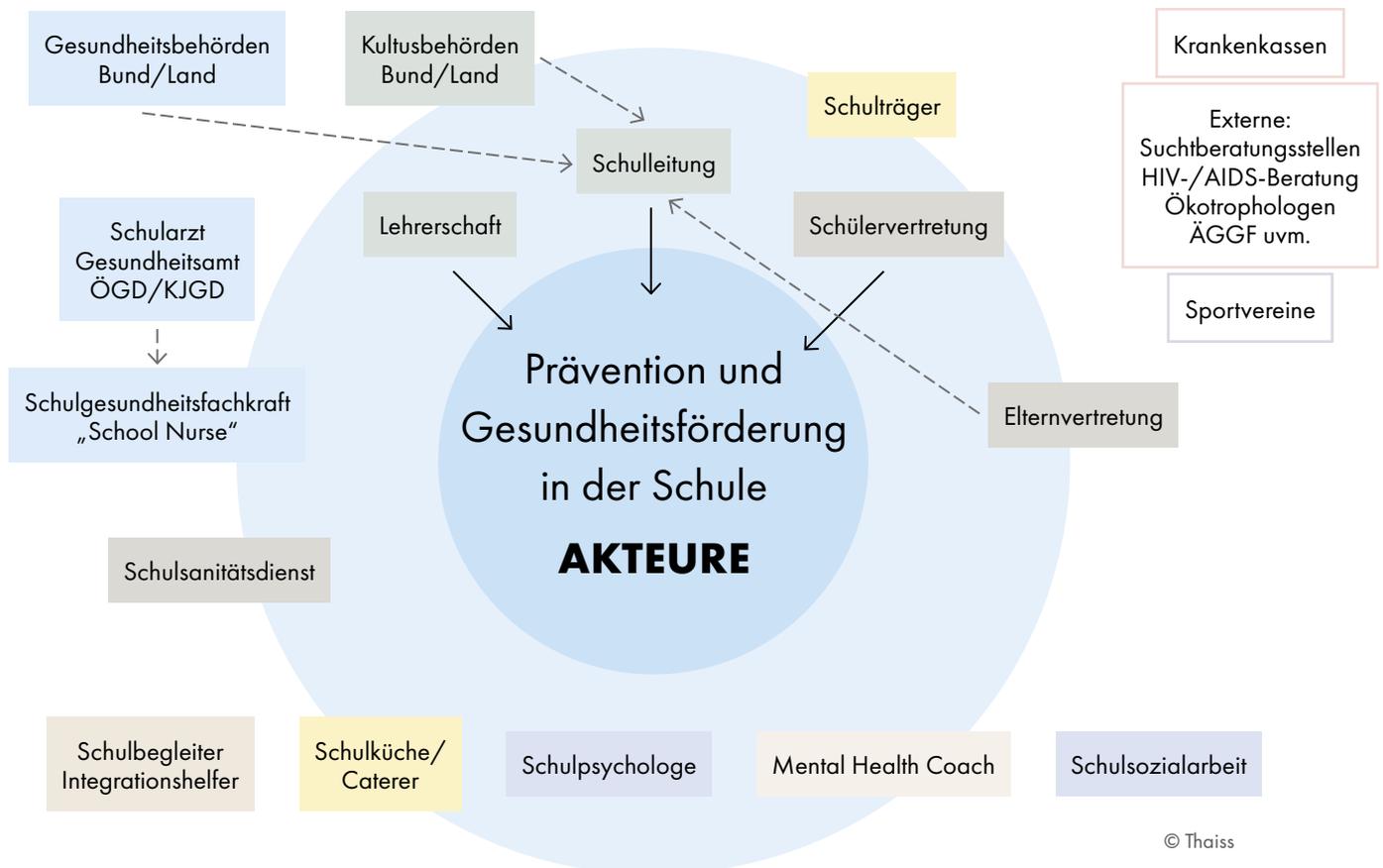
und zu einer gesundheitsfördernden und nachhaltigen Gestaltung der Umwelt zu erwerben, die in den Elternhäusern oft nicht mehr vermittelt werden (können).

Wissenschaftlich belegt ist der positive Einfluss des Schulklimas auf die Lernfähigkeit und den Resilienzerwerb der Schülerinnen und Schüler und umgekehrt wirkt sich ein negatives Schulklima ungünstig auf die Motivation, den Erfolg schulischen Lernens und die psychische Gesundheit aus. Vor diesem Hintergrund sollte allen bewusst sein, wie bedeutsam ein professionell koordiniertes und abgestimmtes systemisches Vorgehen beim Zusammenspiel aller an der schulischen Gesundheitsförderung Beteiligten ist.

Abbildung 3 zeigt exemplarisch die wesentlichen Akteurinnen und Akteure, die im schulischen Alltag Gesundheitsförderung strategisch, z. B. in Schulprogrammen und Lehrplänen verankern wie auch ganz praktisch umsetzen.

Nachfolgend werden die wesentlichen Akteurinnen und Akteure mit ihren jeweiligen Handlungsfeldern, den Herausforderungen und möglichen Lösungen dargestellt. Allerdings kann dies nur exemplarisch bleiben; für Einzelheiten sei auf die einschlägige Fachliteratur verwiesen.

ABB. 3: WESENTLICHE AKTEURE DER SCHULISCHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG



Anmerkung: ohne Anspruch auf Vollständigkeit

Akteurinnen und Akteure im schulischen Alltag

Schulleitung

Aufgaben:

- Entwicklung und Implementierung von gesundheitsfördernden Strategien z. B. *die Gute Gesunde Schule*⁸ in Schulentwicklungsprogramme
- Sicherstellung eines gesunden Schulumfelds (z. B. gesunde Kantine, regionales Verpflegungsangebot, ausreichende Pausenregelungen, Bewegungsangebote, Lärm- und Schallschutz, ergonomisches Gestühl, Rückzugsmöglichkeiten)
- Unterstützung und Koordination der Zusammenarbeit zwischen Lehrkräften, Eltern, Schülerschaft und externen Partnern

Herausforderungen:

- Zeitmangel und Ressourcenknappheit zur Umsetzung umfassender Gesundheitsprogramme
- Widerstand oder mangelnde Unterstützung durch überlastete Lehrkräfte, Eltern oder Schülerinnen und Schüler
- Schwierigkeit, gesundheitsfördernde Maßnahmen nachhaltig zu integrieren
- Angebote sind meist als Projekte charakterisiert, die wenig nachhaltig sowie oft nicht auskömmlich finanziert sind und dadurch nur einer kleinen Zielgruppe zeitlich begrenzt zugutekommen.

Lehrkräfte

Aufgaben:

- Vermittlung von Wissen über Gesundheit und gesundheitsförderndes Verhalten im Unterricht, oft in den Curricula verschiedener Unterrichtsfächer festgeschrieben
- Integration von Bewegung und Entspannungsphasen in den Schulalltag, auch zur Selbstfürsorge
- Vorbildfunktion in Bezug auf gesundheitsbewusstes Verhalten
- Beobachtung, Unterstützung und Inklusion von Schülern und Schülerinnen mit gesundheitlichen Besonderheiten

Herausforderungen:

- Zeitdruck durch den Lehrplan, der wenig Raum für zusätzliche gesundheitliche Themen lässt
- Mangel an Ausbildung und (Personal-)Ressourcen zur effektiven Gesundheitsförderung und/oder zum Umgang mit chronisch kranken Kindern
- Mangel an verlässlichen Quellen zur Information und Materialbeschaffung
- Themen wenig implementiert, oft nur in Vertretungs- oder Randstunden unterrichtet, kein etabliertes Schulfach
- (Über)Beanspruchung durch zusätzliche Themen wie Bürokratie, Digitalisierung, Migration, mangelnde Sprachkenntnisse und steigenden Förderbedarf bei der Schülerschaft⁹
- Burnout und Stress, die die eigene Gesundheit, die der Schülerschaft und das Schulklima negativ beeinflussen können¹⁰

Schulpsycholog*innen, Schulsozialarbeitende, Mental Health Coaches

Aufgaben:

- Unterstützung der psychischen Gesundheit der Schülerinnen und Schüler durch Beratung und Intervention
- Durchführung von Workshops und Programmen zur Stressbewältigung, Mobbingprävention und Förderung des sozialen Miteinanders
- Zusammenarbeit mit Eltern und Lehrkräften bei der Unterstützung von Schülerinnen und Schülern mit speziellen Problemlagen, oft im Zusammenhang mit familiären Besonderheiten

Herausforderungen:

- Hohe Anzahl an Fällen bei personeller Unterausstattung und steigendem Bedarf führt zu begrenzter Zeit für individuelle Betreuung, im ländlichen Raum oft schwere Erreichbarkeit.
- Stigmatisierung psychischer Probleme, die eine offene Auseinandersetzung erschwert
- Schwierigkeit, präventive Maßnahmen flächendeckend umzusetzen
- Gruppenangebote bei präventiven Programmen, die den Bedürfnissen des Einzelfalls nicht gerecht werden (können)

Schülerinnen und Schüler

Aufgaben:

- Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen und Programmen
- Einbringen in die Gestaltung eines gesunden Schulklimas (z. B. durch Schülervertretungen) oder Gesundheitsbeiräte
- Unterstützung von Mitschülerinnen und Mitschülern sowie Aufbau eines positiven sozialen Netzwerks
- Peer- to-peer-Projekte zur Akzeptanzsteigerung
- Bereitschaft zur Integration von Mitschülerinnen und Mitschülern mit Handicaps, Wille und Unterstützung der Teilhabe

Herausforderungen:

- Mangelndes Interesse oder Bewusstsein für gesundheitliche Themen und die Vorteile von Gesundheit
- Fehlende Vorausschau der Zusammenhänge von Gesundheit und Bildung
- Sozialer Druck der Peergroup und negative Vorbilder, die gesundheitsförderndes Verhalten einschränken, behindern oder fehlleiten können
- Priorisierung digitaler und sozialer Medien, altersabhängig oft geringere Akzeptanz von Repräsentanten der Bildungsinstitution
- Psychische Belastungen durch Leistungsdruck und soziale Herausforderungen wie Mobbing, Bullying, Cyberkriminalität

Eltern

Aufgaben:

- Unterstützung und Fortsetzung der schulischen Gesundheitsförderung durch gesundheitsbewusstes Verhalten zu Hause
- Teilnahme an Elternabenden und Veranstaltungen zu gesundheitlichen Themen
- Zusammenarbeit mit Lehrkräften und Schulpersonal bei der Förderung der Gesundheit der Kinder
- Vorbildfunktion im Elternhaus durch eigene bewusste Gesundheitsentscheidungen bei Ernährung, Sport, Schlaf, Substanzkonsum, Mediengebrauch, sozialem Miteinander

Herausforderungen:

- Zeitmangel, berufliche und sonstige Belastungen und unterschiedliche Prioritäten, die eine aktive Beteiligung erschweren
- Mangelndes Wissen oder Verständnis für gesundheitliche Themen
- Widerstand gegen schulische Interventionen oder Programme, die als Einmischung in elterliche Kompetenzen verstanden werden
- Konträre Ansichten und Ideologien, die schulisch vermitteltem evidentem Wissen entgegenstehen
- Sozioökonomische Bedingungen, die ein gesundheitsförderliches Verhalten erschweren

Akteurinnen und Akteure im schulischen Alltag

Externe Gesundheitspartner

(z. B. Sportvereine, Ernährungsberatung, Krankenkassen, Suchtberatung, Ärztliche Gesellschaft für Gesundheitsförderung ÄGGF)

Aufgaben:

- Aktive Unterstützung der Schule bei der Umsetzung strategischer gesundheitsfördernder Maßnahmen, z. B. bei der Implementierung von Programmen oder Konkretisierung in Projekttagen oder -wochen
- Bereitstellung von Fachwissen, Materialien und Programmen zu Gesundheitsthemen für Lehrerkollegium, Schülerschaft und Eltern
- Durchführung evidenzbasierter und wissenschaftlich fundierter Projekte

Herausforderungen:

- Koordinationsschwierigkeiten zwischen Schule und externen Partnern
- Begrenzte finanzielle Ressourcen und personelle Kapazitäten, um alle Schülerinnen und Schüler umfassend und vor allem nachhaltig zu betreuen
- Herausforderungen bei der Anpassung von Programmen an die spezifischen Bedürfnisse einzelner Schulen und Schülerinnen und Schüler („Gießkannenprinzip“). Dem wird aktuell durch den Versuch begegnet, einzelne passgenaue Programme zu entwerfen (GrundGesund, SchoolsThatCare, STC)
- Einzelprojekte zu isolierten Gesundheitsthemen, keine strategische und nachhaltige Implementierung, lediglich Wissens-, aber keine Kompetenzvermittlung, „Projektitis“, nicht wissenschaftlich fundierte, unseriöse, da kommerziell motivierte Projektangebote einzelner privater Anbieter

Politische Akteure, Bildungsbehörden, Schulträger

Aufgaben:

- Bereitstellung der infrastrukturellen Rahmenbedingungen und finanziellen und personellen Ressourcen für gesundheitsfördernde Maßnahmen
- Entwicklung von Bildungsplänen, Richtlinien und Curricula, die Gesundheitsthemen integrieren
- Förderung von Netzwerken und Kooperationen zur Unterstützung der Schulgesundheit
- Systemübergreifende Planung zwischen Bildungs- und Gesundheitssystem

Herausforderungen:

- Budgetrestriktionen und alternative Prioritätensetzungen, die gesundheitsfördernde Maßnahmen einschränken
- Schwierigkeit, evidenzbasierte, wissenschaftlich fundierte gesundheitliche Entscheidungen in einem bildungspolitisch geprägten Umfeld zu treffen
- Mangelnde Flexibilität und bürokratische Hürden, um schnell auf neue Gesundheits Herausforderungen reagieren zu können
- Mangelnde Infrastruktur wie gut belüftete Räume, gut ausgestattete Sanitärszimmer, baulich und hygienisch einwandfreie Sanitäranlagen, adäquate Sport- und Bewegungsmöglichkeiten (und z. B. Grünes Klassenzimmer)
- Caterer mit unzureichendem Verpflegungsangebot, das nicht regionalen Versorgern entstammt und nicht den Empfehlungen der deutschen Gesellschaft für Ernährung DGE entspricht
- Zu kleine und asphaltierte Schulhöfe, erhöhte Lärmpegel und insuffiziente Schalldämpfung, bauliche Mängel durch Sanierungsstau (Schadstoffe in Altbauten)
- Widerstrebende Interessen bei Entscheidungen, die zu erheblichen Verzögerungen führen

AUFGABEN DES KINDER- UND JUGENDGESUNDHEITSDIENSTS ODER – ÄRZTLICHEN DIENSTS (KJGD) IM ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSDIENST ÖGD

(verankert in den föderalen Gesundheitsdienstgesetzen GDG, Abb. 4)

SCHULÄRZTLICHE UNTERSUCHUNGEN

(als Betriebsärztinnen und -ärzte der Schule):

- vor Schuleintritt (Schuleingangsuntersuchung SEU),
- in bestimmten Klassenstufen und Bundesländern (früher 4. Klasse Schleswig-Holstein und Thüringen), 6. Klasse
- und bei Schulaustritt (Schulaustrittsuntersuchung SAU, Brandenburg)
- Anlassbezogen werden ärztliche Untersuchungen oder Kontrollen durchgeführt, um die allgemeine Gesundheit und Sicherheit der Schülerinnen und Schüler zu gewährleisten (z. B. Impfausweiskontrollen bei Ausbruchsgeschehen).

PRÄVENTION:

- Gesundheitsförderung: In Zusammenarbeit mit Schulen und anderen Akteuren kann der KJGD bedarfsbezogen Workshops, Vorträge und Programme zu Themen wie Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung und psychische Gesundheit durchführen.

BERATUNG:

- Einzelfallberatung: Der KJGD berät Schülerinnen und Schüler, Eltern und Lehrkräfte zu gesundheitlichen Problemen, erstellt Gutachten und bietet individuelle Unterstützung an, z. B. bei chronischen Erkrankungen oder psychischen Belastungen im Rahmen der Eingliederungshilfe oder Sonderpädagogik (z. B. Integrationshilfe, Schulbegleitung).
- Beratung bei Auffälligkeiten: Wenn bei Schülerinnen und Schülern im Rahmen von Reihenuntersuchungen oder Schulsprechstunden Auffälligkeiten (z. B. Übergewicht, Lernschwierigkeiten, Verhaltensauffälligkeiten) festgestellt werden, bietet der KJGD Beratung und Hilfe, auch auf Ersuchen der Schule, an.

GESUNDHEITSSCHUTZ:

- Überwachung des Infektionsschutzes: Der KJGD ist für die Umsetzung des Infektionsschutzgesetzes in Schulen verantwortlich. Er berät bei Ausbrüchen von Infektionskrankheiten und ergreift Maßnahmen zur Eindämmung, wie z. B. Schulschließungen oder Quarantäneanordnungen (Masernschutzgesetz).
- Impfkampagnen: Der KJGD organisiert und unterstützt Impfprogramme an Schulen, um die Durchimpfungsrate bei Schülern zu erhöhen (aktuell z. B. HPV-Impfung in Modellprojekten, früher regelhafte Impfpasskontrollen und Impfkampagnen gegen Röteln, Polio und Hepatitis B).

PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN:

- In Zusammenarbeit mit anderen Professionen an der Schule, z. B. Schulpsychologinnen und -psychologen und Schulsozialarbeitenden sowie gegebenenfalls Eltern, berät der KJGD in Einzelfallkonferenzen bei individuellen Problemen (z. B. bei Schulabsentismus) Schülerschaft und Eltern sind direkte Ansprechpartner des KJGD. Eltern müssen in Gesundheitsfragen eingebunden und über Untersuchungen oder Impfungen informiert werden und ihre Einwilligung geben. Mangelnde Kommunikation oder Sprachbarrieren sowie fehlende Kooperationsbereitschaft können hier Schwierigkeiten bereiten.
- Der KJGD arbeitet mit externen Partnern wie niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzten, Sportvereinen, der Suchtberatung oder anderen Fachdiensten zusammen, um präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen umzusetzen.

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG

(Daten für Taten):

- Die bei den Untersuchungen der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste erhobenen Daten fließen in die gesetzlich festgelegte kommunale, föderale oder Bundes-Gesundheitsberichterstattung ein. Diese „Daten für Taten“ sollen idealerweise handlungsleitend für Politik und sonstige Entscheider in unterschiedlichen Ressorts werden. Dadurch können diese Maßnahmen ergreifen, die sich systemisch auf die Institutionen auswirken und deren Ergebnisse sowohl an den gesundheitlichen wie (nach aktuellem Verständnis) auch an den Bildungsergebnissen messbar sind (Abb. 5, Public Health Action Cycle am Beispiel der Schuleingangsuntersuchung).

→ Der KJGD steht oft vor der Herausforderung, ausreichende personelle und finanzielle Ressourcen bereitzustellen. Hohe Fallzahlen und ein breites Aufgabenspektrum führen oft zu personellen Überlastungen.

→ Durch den Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst konnte insbesondere die digitale Infrastruktur und die Personalsituation verbessert, aber noch nicht optimiert werden.

→ Eine Lösung könnte allerdings wie in vielen Nachbarländern sowie USA und Kanada die Etablierung von sogenannten **Schulgesundheitsfachkräften (SGFK, School Nurses)** sein.

ABB. 4: VERWALTUNGSVORSCHRIFT ZUR DURCHFÜHRUNG VON SCHULUNTERSUCHUNGEN VON SCHÜLERINNEN UND SCHÜLERN, EXEMPLARISCH AUS THÜRINGEN

RECHTSGRUNDLAGEN

- §§ 55 und 57 Thüringer Schulgesetz (ThürSchulG)
 - in Verbindung mit §§ 1 bis 4 Thüringer Schulgesundheitspflegeverordnung (ThürSchulgespflVO)
 - §§ 119 und 120 Thüringer Schulordnung (ThürSchulO)
- Der **Fachdienst Gesundheit** führt in allen Jenaer Schulen Reihenuntersuchungen von Schüler*innen durch.
- Im Rahmen der Schulgesundheitspflege erfolgt während

der Schulzeit die Untersuchung der Schüler*innen der Klassenstufen 4 und 8 aller Schularten durch den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst.

- Zusätzlich werden Schüler*innen an Sportgymnasien und Schüler*innen mit sonderpädagogischem Förderbedarf mindestens im Abstand von zwei Jahren (in der Regel in der Klassenstufe 2, 6 und 10) untersucht.
- Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst vertritt die gesundheitlichen Belange der Schüler*innen gegenüber der

Schule im Sinne eines Betriebsarztes.

- Die Untersuchung findet in der Schule statt.

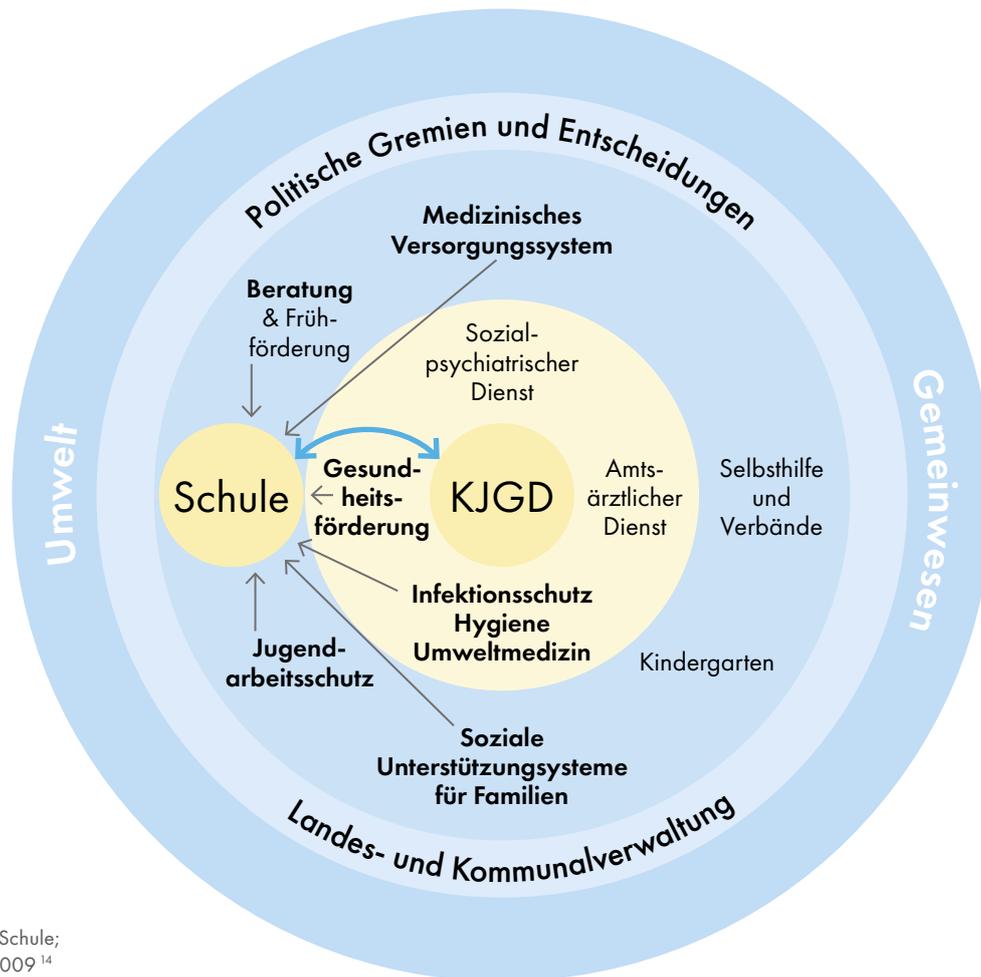
UNTERSUCHUNGSABLAUF

- Hör- und Sehtest
- Messung von Körpergröße und Körpergewicht
- körperliche Untersuchung
- Überprüfung des Impfschutzes sowie Impfberatung
- Alle erhobenen Daten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

ABB. 5: PUBLIC HEALTH ACTION CYCLE AM BEISPIEL DER SCHULEINGANGSUNTERSUCHUNG ¹³



ABB. 6: HANDLUNGSFELDER UND KOOPERATIONSBEZÜGE DES KINDER- UND JUGENDÄRZTLICHEN DIENSTES KJGD IM ÖGD



Anmerkung: hier mit der Schule; mod. nach Bode et al., 2009¹⁴

DIE ROLLE UND AUFGABEN VON SCHULGESUNDHEITSFACHKRÄFTEN IN DEUTSCHLAND

Einführung der Schulgesundheitsfachkraft in Deutschland

Nach initialen erfolgreichen Modellprojekten in einigen Bundesländern wird nun auch in Deutschland zunehmend das Konzept der Schulgesundheitsfachkraft (auch als „School Nurse“ bezeichnet) eingeführt. Diese Fachkräfte sind meist speziell ausgebildete Pflegekräfte (Kinderkrankenschwestern mit Zusatzausbildung), die an verschiedenen Schulen tätig sind, um die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler vor Ort zu fördern und zu erhalten. Oft sind es Berufsrückkehrerinnen mit langjähriger Erfahrung. Ihre Implementierung kann als Teil eines ganzheitlichen systematischen Ansatzes im Sinne der *Guten Gesunden Schule* verstanden werden und zeugt bei aufgeschlossenen Politikerinnen und Politikern, Verantwortlichen in den Verwaltungen und Mittelgebern von einer hohen Fachkompetenz mit vorausschauendem system-

übergreifendem Blick und Verantwortung für die Fürsorgepflicht als Arbeitgeber.

Aufgaben der Schulgesundheitsfachkraft

Die Schulgesundheitsfachkraft übernimmt eine Vielzahl von Aufgaben, die sowohl die physische als auch die psychische Gesundheit der Schülerinnen und Schüler betreffen. Die wichtigsten Aufgaben umfassen:

GESUNDHEITLICHE AKUTVERSORGUNG UND LANGFRISTIGE BETREUUNG:

Sie bietet Erste Hilfe bei (Sport-)Unfällen und akuten Erkrankungen während der Schulzeit an. Dazu gehört auch die Versorgung kleinerer Verletzungen oder die Betreuung bei plötzlich auftretenden gesundheitlichen Problemen wie Asthmaanfällen, allergischen

Reaktionen, Unterzuckerung bei Diabetikern oder epileptischen Anfällen, aber auch bei Kopf- und Bauchschmerzen. Ihre fachliche Ersteinschätzung trägt nachweislich zu häufigerer Rückkehr der Betroffenen in den Unterricht, Reduktion der Notfalleinsätze und Verbleib der Eltern am Arbeitsplatz bei.¹¹

GESUNDHEITSBERATUNG UND PRÄVENTION:

Die Fachkraft berät Schülerschaft, Eltern und Lehrkräfte zu gesundheitlichen Fragen. Dazu gehören Themen wie gesunde Ernährung, körperliche Aktivität, Hygiene, Stressbewältigung, psychische Gesundheit und Suchtprävention, aber z.B. auch bei Schulabsentismus. Durch die Präsenz vor Ort steht sie als regelmäßige Ansprechpartnerin zur Verfügung, das Thema Gesundheit bekommt dadurch ein „Gesicht“. Dies und die professionelle Expertise schaffen Vertrauen und öffnen so oft den Weg zu Hintergründen und tiefer liegenden Problematiken körperlicher und psychischer (psychosomatischer) Symptome.

UNTERSTÜTZUNG BEI CHRONISCHEN KRANKHEITEN:

Sie betreut Schülerinnen und Schüler mit chronischen Erkrankungen (z. B. Diabetes, Epilepsie) und hilft bei der täglichen Überwachung von Gesundheitsparametern (z. B. Blutzuckerkontrolle). Sie koordiniert auch die Medikamentenvergabe und unterstützt die Schülerinnen und Schüler beim Management ihrer Krankheiten während des Schulalltags (Planung von Ausflügen oder Klassenfahrten, Lagerung von Medikamenten wie Insulin).

GESUNDHEITSERZIEHUNG UND VERMITTLUNG VON GESUNDHEITSKOMPETENZ:

Die Schulgesundheitsfachkraft führt Veranstaltungen und Schulungen durch, um Schülerinnen und Schülern, Lehrkräfte und alle in der Schule Beschäftigten sowie auch Eltern über Gesundheits- und Präventionsthemen aufzuklären. Dazu gehören Themen wie Erste Hilfe, gesunde Lebensweise, sexuelle Aufklärung, psychische Gesundheit und Impfungen. Sie vermittelt jedoch nicht nur Wissen, sondern kann dies regelmäßig einüben, sodass eine echte Kompetenzvermittlung resultiert.

FÖRDERUNG DER PSYCHISCHEN GESUNDHEIT:

Sie bietet Unterstützung bei der Bewältigung von Stress, Ängsten und anderen psychischen Problemen. In Zusammenarbeit mit Schulpsychologinnen und -psychologen sowie Sozialarbeiterinnen und -arbeitern, evtl. Mental Health Coaches (bieten Gruppenangebote, Umsetzung: Jugendmigrationsdienste und Jugendsozialarbeit) hilft sie bei der Entwicklung und Etablierung von Präventionsprogrammen und bietet systemübergreifend individuelle Unterstützung an.

BERATUNG UND KOORDINATION MIT EXTERNEN GESUNDHEITSDIENSTEN:

Die Schulgesundheitsfachkraft fungiert als Schnittstelle und Koordinatorin in Gesundheitsfragen innerhalb und zwischen der Schule

und externen Gesundheitsdiensten.¹² Sie vermittelt gegebenenfalls den Kontakt zu Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten oder Gesundheitsbehörden und organisiert zusammen mit den KJGD Impfprogramme oder Gesundheitschecks in der Schule. Fachlich und organisational ist sie idealerweise am Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamts angesiedelt. So können alle anderen Fachdienste wie z. B. der Infektionsschutz, der Jugendzahnärztliche Dienst, der Amtsärztliche Bereich (für die Lehrkräftegesundheit) oder der Sozialpsychiatrische Dienst neben den Schulpsychologen, der Schulsozialarbeit, den Sanitätsdiensten, der externen klinischen und ambulanten pädiatrischen Expertise sowie anderen Anbietern von seriösen Gesundheitsdienstleistungen aus den kommunalen Netzwerken und Präventionsketten anlassbezogen ebenfalls zugezogen werden (Abb. 6).

DATENERFASSUNG UND DOKUMENTATION:

Die Schulgesundheitsfachkraft dokumentiert alle Gesundheitsvorfälle, Maßnahmen und Beratungen. Sie führt im Austausch und mit Einwilligung der Erziehungsberechtigten, den internen Schulteams und den externen Gesundheitsversorgern (Haus- und Kinderfachärztinnen und -ärzte) datenschutzkonform Gesundheitsakten bei chronischen Erkrankungen und stellt dadurch sicher, dass alle erforderlichen Medikamente verfügbar und professionell anzuwenden sind und alle gesetzlichen Vorschriften und schulischen Richtlinien zur Gesundheit eingehalten werden (z. B. Masernschutzgesetz, Hygiene u.v.m. in enger Kooperation mit dem Gesundheitsamt (Dienstherr und Fachaufsicht)).

Bedeutung der Schulgesundheitsfachkraft

Die Einführung der Schulgesundheitsfachkraft an deutschen Schulen trägt maßgeblich zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und -förderung bei. Sie hilft, die gesundheitlichen Bedürfnisse der Schülerschaft frühzeitig zu erkennen und gezielt zu betreuen. Durch ihre Arbeit werden nicht nur akute Gesundheitsprobleme behandelt, sondern durch Vermittlung, aber vor allem auch Einübung von Gesundheitswissen die Gesundheitskompetenz des gesamten Systems Schule langfristig und nachhaltig gestärkt.

Die Schulgesundheitsfachkraft kann auch dazu beitragen und sicherstellen, dass ein gesundheitsförderndes Umfeld geschaffen wird, in dem Schülerinnen und Schüler, aber auch Lehrkräfte, Schulleitung, Hausmeister, Caterer und alle weiteren Professionen sicher und gesund lernen und arbeiten können. Sie trägt damit zur deutlichen Entlastung des Lehrpersonals und der Versorgungssicherheit chronisch kranker Kinder bei und ist so eine wichtige Ressource für die gesamte Schulgemeinschaft, der Eltern wie auch der Sozialversicherungsträger. Sie hilft damit, das Wohlbefinden der Schülerinnen und Schüler, der Schulgemeinschaft und das Schulklima nachhaltig zu verbessern.



DIE RAKUNS

Das gesunde Klassenzimmer

Ganzheitliche Gesundheitsförderung und -bildung in der Grundschule

Die Ziele

- Stärkung der Gesundheits- und Handlungskompetenzen
- Handlungsorientiertes Erlernen von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen
- Entwicklung einer gesunden Lebenswelt Schule

Auf den Punkt gebracht

- Bundesweit etabliertes Programm
- Kostenlose Teilnahme für Grundschulen
- Hochwertige Materialien zur Umsetzung auf Schul- und Klassenebene
- Zeitlich und inhaltlich flexibel einsetzbar
- Digitale interaktive Begleitung
- Wirksamkeit mehrfach bestätigt
- Möglichkeit zur Teilnahme am Zusatzangebot „Gesunde RAKUNS-Schule“

Themenbereiche

- Körper- & Selbstwahrnehmung
- Bewegung & Entspannung
- Körperpflege & -hygiene
- Ernährung
- Medienkompetenz
- Umwelt & Gesundheit

Viele Gewohnheiten und Einstellungen werden maßgeblich im Kindesalter geprägt und wirken sich langfristig auf die Gesundheit aus. Daher ist es wichtig, Kinder schon früh für einen gesunden Lebensstil zu begeistern.

Die Grundschule spielt dabei eine besondere Rolle. Sie bietet einen geeigneten Rahmen für die Vermittlung von gesunden Verhaltensweisen.

„DIE RAKUNS – Das gesunde Klassenzimmer“ ist ein bundesweites Präventionsprogramm zur Gesundheitsförderung und -bildung an Grundschulen der Stiftung Kindergesundheit in Kooperation mit der IKK classic. Das Programm vermittelt den Schülerinnen und Schülern gesundheitsrelevante Themen auf spielerische Weise durch abwechslungsreiche und altersgerechte Unterrichtsmaterialien. Die Inhalte sind wissenschaftlich fundiert, auf den Lehrplan abgestimmt und zeitlich flexibel einsetzbar. Schülerinnen und Schüler, Lehrkräfte und Eltern werden gleichermaßen mit einbezogen.

Das Zusatzangebot „Gesunde RAKUNS-Schule“ unterstützt den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen in der Schule. Davon profitieren nicht nur die Schülerinnen und Schüler, sondern auch die Lehrkräfte und Eltern.

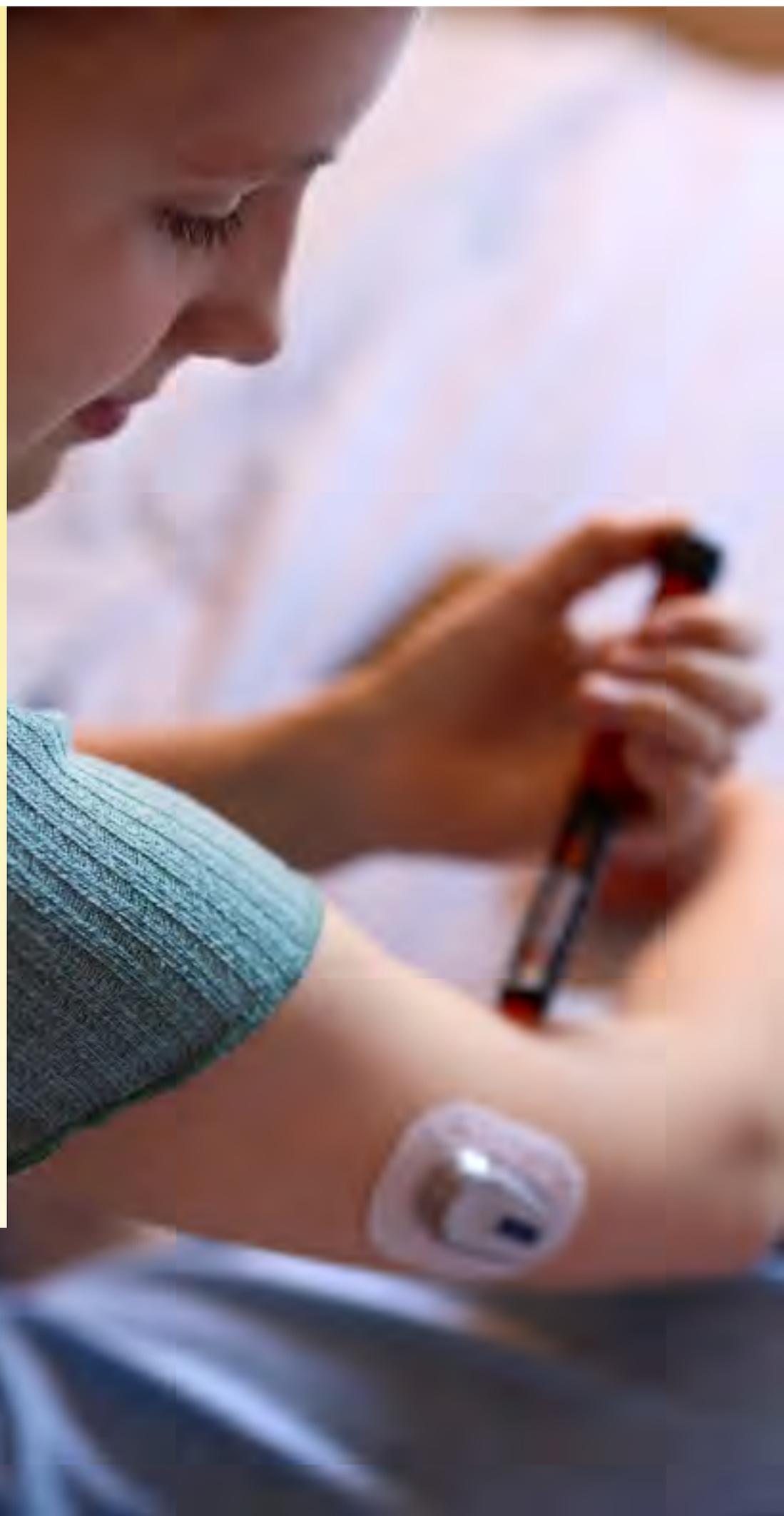


Weitere Informationen
finden Sie auf der Website:
www.rakuns.de

Kurz & knapp:

Diabetes mellitus Typ 1 ist eine chronische Erkrankung, die nicht heilbar ist und eine lebenslange Therapie mit Insulin notwendig macht. Das korrekte Berechnen von Kohlenhydrat- und Insulinmengen, das Spritzen von Insulin und das richtige Beurteilen von Zuckerwerten sind nur einige der täglichen Aufgaben, die diese Erkrankung mit sich bringt. Die Belastung für die Familien ist hoch.

Kindern mit Diabetes einen normalen Schulalltag zu ermöglichen, sollte selbstverständlich sein. In der Realität stellt die Teilnahme am Unterricht Familien, Lehrkräfte und das Gesundheitssystem zunehmend vor unüberwindbare Hürden. Vorhandene Unterstützungsmaßnahmen wie Schulbegleiterinnen und -begleiter und ambulante Pflegedienste sind für die Kostenträger teuer, aufgrund des Personalmangels schwer umsetzbar und entsprechen in keiner Weise einer gelungenen Inklusion. Die Etablierung von Schulgesundheitsfachkräften stellt eine praktikable und effiziente Lösung für eine gelungene Teilhabe chronisch kranker Kinder dar. Eine flächendeckende Umsetzung ist längst überfällig.



Mit Diabetes in die Schule – selbstverständlich oder nicht?

Wie geht es jungen Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Beeinträchtigungen in unserem Schulsystem? Haben sie die gleichen Chancen für eine adäquate Beschulung?

Wie wird Inklusion in den Schulen verwirklicht?

Dr. Josephine Kasel-Seibert beschreibt für uns die Herausforderungen, die der Schulalltag für Kinder mit Diabetes bereithält. Diabetes steht dabei stellvertretend für 20–25 Prozent der chronisch kranken Kinder in deutschen Schulen.

Darunter fallen physische und psychische Beeinträchtigungen.*

DIABETES MELLITUS TYP 1 – EIN KURZER STECKBRIEF

Diabetes mellitus Typ 1 ist eine Autoimmunerkrankung, die durch die Zerstörung von Zellen der Bauchspeicheldrüse zu einem absoluten Insulinmangel führt. In der Folge kommt es zu einem starken Anstieg des Blutzuckers, der unbehandelt mit Beschwerden wie starkem Durstgefühl, häufigem Wasserlassen und Gewichtsverlust einhergeht. Bei schwerer Stoffwechsellage können auch Erbrechen, beschleunigte und vertiefte Atmung sowie Benommenheit bis hin zur Bewusstlosigkeit und Lebensgefahr hinzutreten.

Diabetes mellitus Typ 1 ist eine chronische Erkrankung, die lebenslang mit Insulin behandelt werden muss. Heute stehen Betroffenen moderne und individualisierte Therapiekonzepte zur Verfügung. Die Erkrankung fordert dennoch von den Betroffenen täglich und rund um die Uhr eine hohe Eigenverantwortung und Disziplin, um eine gute Stoffwechsellage zu erreichen. Die mit der Nahrung aufgenommenen Kohlenhydratmengen müssen berechnet oder

geschätzt und Insulin muss zu jeder Mahlzeit gespritzt oder über eine Insulinpumpe zugeführt werden. Die Blutzuckerwerte müssen gemessen und beurteilt werden. Im Notfall muss schnell auf eine Über- oder Unterzuckerung reagiert werden. Gravierende Fehler hierbei können schnell gefährlich werden. Ein schlecht eingestellter Diabetes führt langfristig zu Schäden an der Netzhaut des Auges, an den Nieren sowie Nerven und erhöht das Risiko für Herz- und Gefäßerkrankungen.

2023 lebten in Deutschland 32.000 Kinder und Jugendliche mit Typ-1-Diabetes und jedes Jahr kommen ca. 3.200 neu erkrankte Kinder und Jugendliche dazu.¹ Besonders für Betroffene in dieser jungen Altersgruppe und deren Familie stellt der Alltag mit der Erkrankung oft eine große Herausforderung dar. Neben der

DR. MED. JOSEPHINE KASEL-SEIBERT

Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
Deutsches Zentrum für Kinder- und
Jugendrheumatologie
Kinderklinik Garmisch-Partenkirchen

* Häufig sind hier Allergien, Anfallsleiden und ADHS, weniger häufig Zerebralpareesen, weitere Stoffwechselerkrankungen und seltenere Erkrankungen. Einige von ihnen gehen mit einem hohen pflegerischen Aufwand einher. Neben der Akutversorgung sind Medikamentengaben, aber auch organisatorische Fragen bedeutsam.

Verantwortung des Diabetes-Managements, die unweigerlich in den Händen der Familien liegt, stellen sich nach Manifestation eines Diabetes mellitus Typ 1 Fragen bezüglich der Teilhabe in Kindergarten, Schule, Sportverein oder ähnlichen sozialen Gruppen.

Seit 2009 gilt in Deutschland die UN-Behindertenrechtskonvention. Artikel 24 bestätigt jedem Menschen, ungeachtet einer Behinderung, aufgrund der Chancengleichheit das Recht, eine allgemeinbildende Schule zu besuchen und dort die notwendige Unterstützung für eine erfolgreiche Bildung zu erhalten.² Die Umsetzung dieses Rechtes erweist sich in der Realität für Kinder und Jugendliche mit Diabetes jedoch häufig als problematisch. Schüler und Schülerinnen mit Diabetes einen normalen Schulalltag zu ermöglichen, stellt Betroffene, Eltern und Lehrkräfte vor große Herausforderungen.

Insbesondere Grundschülerinnen und -schüler, bei denen anfangs ein großer Unterstützungsbedarf zur erfolgreichen Behandlung ihres Diabetes besteht, sind im Alltag häufig mit kaum überwindbaren Barrieren konfrontiert. Eine Beschulung ist oft nur mit viel Eigeninitiative der Familien und der Lehrkräfte sowie Hartnäckigkeit zur Überwindung bürokratischer Prozesse möglich.

Einheitliche Programme oder Vorgehensweisen zur Unterstützung von Kindern mit Diabetes in der Schule existieren in Deutschland nicht. Es bestehen große regionale Unterschiede und das Gelingen ist häufig vom Wohlwollen der Lehrkräfte und Schulleitungen abhängig.

DIABETES IN DER SCHULE – WAS BEWEGT BETROFFENE KINDER?

Die Diagnose Diabetes belegt betroffene Kinder und Jugendliche, aber auch ihre Familien und ihr Umfeld lebenslang mit einer zusätzlichen Aufgabe. Diese kann vor dem Hintergrund allgemeiner Entwicklungsaufgaben zu hoher psychosozialer Belastung bis hin zur Überforderung aller Familienmitglieder führen.

Betroffene Schülerinnen und Schüler haben nicht selten Angst vor Stigmatisierung durch Klassenkameradinnen und -kameraden oder zeigen eine gewisse Scham, vor den anderen Kindern oder Lehrkräften Blutzucker zu messen, Insulin zu spritzen oder ihre In-

sulinpumpe zu bedienen. Ein Geheimhalten der Erkrankung führt aber erfahrungsgemäß oft zu innerer Unzufriedenheit, Schwierigkeiten beim Diabetesmanagement und einer damit einhergehenden unzureichenden Stoffwechseleinstellung.

Auch die Teilnahme an Klassenfahrten, Ausflügen usw. muss im Vorfeld gesondert besprochen und geplant werden. Dabei einen „Sonderstatus“ einzunehmen, ist für die meisten Betroffenen keine gute Option.

Bei zu hohen oder zu niedrigen Glukosewerten können sich Menschen mit Diabetes schlechter konzentrieren und sind weniger leistungsfähig. Hier ist eine gute und transparente Zusammenarbeit mit den Lehrkräften entscheidend, um eine erfolgreiche Teilnahme der Kinder am Unterricht zu gewährleisten.

DIABETES IN DER SCHULE – WAS BEDEUTET DAS FÜR ELTERN?

Eltern, die ein chronisch krankes Kind betreuen, tragen eine große Verantwortung. Im häuslichen Umfeld kann diese oft gut umgesetzt und kompensiert werden. Das Diabetesmanagement bei jüngeren Kindern wird in der Regel von Erziehungsberechtigten übernommen. Während der Schulzeit müssen wichtige medizinische Aufgaben, wie beispielsweise Zuckerwerte zu beurteilen oder Insulinmengen zu den Mahlzeiten zu berechnen und zu spritzen, auf andere Personen übertragen werden, sofern das Kind hierzu noch nicht selbst in der Lage ist. Nicht selten müssen Eltern ihre Kinder, vor allem in der ersten Phase nach der Diagnose der Erkrankung in die Schule begleiten, um eine gute Betreuung zu gewährleisten.

Die AMBA-Studie der Medizinischen Hochschule Hannover zur Alltagsbelastung der Mütter von Kindern mit Typ 1 Diabetes zeigt, dass 39 Prozent der Mütter nach Erhalt der Diagnose den Umfang ihrer Arbeitszeit reduzieren. 10 Prozent der Mütter gaben ihre Berufstätigkeit gänzlich auf. Insbesondere Mütter mit niedrigen Bildungsabschlüssen entschieden sich vermehrt für Teilzeittätigkeit oder unbezahlte Elternarbeit zu Hause.³ Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Eltern häufig starke persönliche und finanzielle Einschränkungen in Kauf nehmen, um ihren Kindern einen geregelten Schulalltag zu ermöglichen.³

DIABETES IN DER SCHULE – VOR WELCHEN HERAUSFORDERUNGEN STEHEN LEHRKRÄFTE?

Lehrkräfte sehen sich mit der Betreuung von Schülerinnen und Schülern mit Diabetes häufig überfordert. Sie zeigen Unsicherheiten im Umgang mit dem Kind und seiner Erkrankung, haben Angst vor Notfällen und scheuen sich vor Unterstützung aus Sorgen um eine persönliche rechtliche Haftbarkeit. Medikamentengaben können zwar nach Rücksprache mit den Erziehungsberechtigten vom Lehrpersonal durchgeführt werden. Die Entscheidung hierüber obliegt jedoch dem Dienstherrn.⁴ Engagierte Lehrkräfte stoßen oft an ihre Kapazitätsgrenzen. Sie können neben ihren umfassenden Aufgaben nicht alle Aspekte verschiedenster chronischer Erkrankungen erfassen, mit denen sie täglich im Klassenzimmer konfrontiert werden. Lehrkräfte haben einen Bildungsauftrag und sind nicht primär für medizinische Aufgaben verantwortlich.

SORGE UND ÄNGSTE AUF ALLEN SEITEN – EIN DILEMMA?

Entsprechend zeigen sich auf Seiten aller Beteiligten, der Kinder, der Eltern und der Lehrkräfte, nachvollziehbare Unsicherheiten und Schwierigkeiten beim Schulbesuch eines Kindes mit Diabetes mellitus. Eine einheitliche Lösung zur Unterstützung von Kindern mit Diabetes sowie dessen Eltern und Lehrkräften existiert bisher nicht. In jedem Bundesland gibt es unterschiedliche Leistungen, Antragswege und Kostenträger, mit denen sich Familien von Kindern mit Diabetes und Behandlungsteams auseinandersetzen müssen.

MIT DIABETES IN DIE SCHULE – AKTUELLE VERSORGUNGSSITUATION IN DEUTSCHLAND

Um die Rückkehr in den Schulalltag nach der Diagnose eines Diabetes mellitus oder nach einem Schulwechsel zu erleichtern, wer-



den Schulungen der Lehrkräfte durch Diabetesberaterinnen und -berater sowie Ehrenamtliche angeboten. Diese sind wertvoll und geben einen Überblick über die Erkrankung und die Therapie. Eine ausreichende Unterstützung während der Unterrichtszeit kann hierdurch jedoch häufig nicht erreicht werden und ist auch nicht der Anspruch dieser Schulungsformate.

Eine uneingeschränkte Teilhabe am Schulalltag ist Kindern mit Diabetes möglich, wenn sie neben der Hilfe durch ihre Familien von engagierten Lehrkräften im Diabetesmanagement unterstützt werden. Dies ist jedoch nicht die Regel und **die Ressourcen der Schulen erweisen sich als zunehmend erschöpft.**

Individual- bzw. Schulbegleiterinnen und -begleiter müssen von Krankenkassen, dem zuständigen Bezirk oder Jugendamt genehmigt werden. Dies ist häufig ein langwieriger und kräftezehrender Prozess für die Familien. Sie müssen Stellungnahmen erstellen lassen, Widersprüche einreichen und sind dabei nicht selten auf rechtlichen Beistand angewiesen. Sollte eine Genehmigung erteilt werden, scheitert diese Maßnahme oft an der Verfügbarkeit einer entsprechenden Fachkraft. Schulbegleiterinnen und -begleiter betreuen Kinder während der gesamten Unterrichtszeit und verbringen den Unterricht gemeinsam mit den Kindern im Klassenzimmer. Sie sind ein großer pädagogischer Gewinn bei der Unterstützung von Kindern mit beispielsweise einer Lernbehinderung. Es handelt sich aber nicht um medizinisches Personal. Der Umgang mit Diabetes ist für die entsprechenden Kräfte häufig neu und es bedarf zuvor einer ausführlichen Schulung. Außerdem ist

eine dauerhafte Begleitung eines Kindes mit Diabetes während des Unterrichtes nicht notwendig, verschwendet personelle und finanzielle Ressourcen und entspricht aus kinderärztlicher Sicht keinesfalls der Vorstellung von gelungener Inklusion.

Des Weiteren werden Pflegedienste eingesetzt, die ambulant in die Schulen kommen und die Kinder beispielsweise bei den Insulingaben unterstützen. Hier sind Verordnungsfähigkeit, Kostenübernahme und Verfügbarkeit ebenfalls oft limitierende Faktoren. Außerdem ist die punktuelle Unterstützung der Insulingabe in den Pausen häufig organisatorisch seitens der Pflegedienste nicht möglich.

Als weitere Option können Kinder mit Diabetes aufgrund ihrer chronischen Erkrankung eine Förderschule besuchen, um Unterstützung im Diabetesmanagement zu erhalten. Dies ist aber bei altersentsprechender Entwicklung und Begabung in der Regel nicht die geeignete Schulform und widerspricht dem Artikel 24 der oben zitierten UN-Behindertenrechtskonvention, der eine Chancengleichheit fordert.

SCHULGESUNDHEITSFACHKRÄFTE – EIN MEILENSTEIN FÜR DIE SCHULGESUNDHEIT

Aus fachlicher Sicht ist die Etablierung von Schulgesundheitsfachkräften, insbesondere an Grundschulen, die beste langfristig erfolgsversprechende Lösung. Dies haben entsprechende Pilotprojekte bestätigt.⁵ **Schulgesundheitsfachkräfte sind vor Ort, sie sind medizinisch kompetent und können sowohl individuell Aufgaben in der Behandlung chronisch kranker Kinder übernehmen als auch Präventionsarbeit leisten.**

Im Falle des Diabetes mellitus Typ 1 heißt dies konkret, dass sie Kinder in der Berechnung des Mahlzeiteninsulins unterstützen können, dass sie an die Insulinabgaben erinnern und diese ggf. selbst durchführen können und dürfen. Außerdem können sie Unterzuckerungen erkennen und behandeln sowie bei schwerem

Überzucker Korrekturen mit Insulin durchführen. Sie können in Notfallsituationen richtig handeln, Rettungseinsätze und Klinikaufenthalte in der Folge vermeiden sowie Schulfehlzeiten reduzieren.

Schulgesundheitsfachkräfte können auch Aufklärungsarbeit leisten, die Symptome eines Diabetes im Frühstadium vermitteln und so dazu beitragen, die Erkrankung frühzeitig zu erkennen und schwere Verläufe zu verhindern. Sie können die Kinder dabei unterstützen, selbstständig zu werden, Verantwortung zu übernehmen und bieten für diesen wichtigen Entwicklungsschritt einen geschützten Rahmen.

Auch die Deutsche Diabetes Gesellschaft hat sich gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin sowie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin bereits 2021 klar positioniert und die flächendeckende Etablierung von Schulgesundheitsfachkräften empfohlen.⁶

Die Familien sind mit der lebensverändernden Diagnose eines Diabetes mellitus Typ 1 bereits stark belastet. Die Rückkehr in den Schulalltag für das betroffene Kind muss selbstverständlich werden und ohne bürokratische Hürden möglich sein.

PINNWAND

Meine Perspektive

Kinder berichten über ihre Erfahrungen in der Schule im Zusammenhang mit Gesundheit

WANDA, MEDELBY (SCHLESWIG-HOLSTEIN), 11 JAHRE

„Als ich 8 Jahre alt war, hat meine Mama bemerkt, dass ich oft schwach war und es mir schlecht ging. Ich habe ganz viel getrunken, musste sehr oft auf Toilette und habe extrem viel Gewicht verloren. Der Arzt hat dann gesagt, dass ich Diabetes habe. Als ich das gehört habe, war ich vor allem verwirrt, weil ich nicht wusste, was das genau heißt. Aber ich weiß noch, wie traurig meine Mama war.

Also, ich habe Diabetes, aber eigentlich ist mein Leben nicht so anders als das von anderen Kindern. Es gibt ein paar Sachen, die manchmal schwierig sind. Morgens ist es stressig, wenn ich alles abwägen und berechnen muss. In der Schule wissen die Lehrer inzwischen Bescheid, aber es war nicht immer einfach. Als ich in die fünfte Klasse aufs Gymnasium kam, wussten meine Mitschüler nicht, was Diabetes wirklich ist, und ich musste viel erklären. Es wäre schön, wenn Lehrer besser vorbereitet wären und Schulen eine Krankenschwester hätten, die uns hilft.

Für meine Eltern ist es oft anstrengend, alles zu organisieren. Es gibt so viel mit der Schule oder Behörden zu regeln, E-Mails zu schreiben, zu telefonieren. Besonders, wenn es um so etwas wie Klassenfahrten geht. Manchmal wünsche ich mir, dass das alles einfacher wäre und die Schulen besser wüssten, wie sie mit Kindern wie mir umgehen können. Trotzdem bekomme ich meinen Alltag gut hin, auch wenn ich immer meine Pumpe und meine Diabetes-Tasche dabei haben und die Diabetestherapie vorausschauend anpassen muss.“

TYP-1-DIABETES

In Deutschland leben etwa 341.000 Erwachsene und knapp 35.000 Kinder und Jugendliche mit der Krankheit Typ-1-Diabetes.^{1,2} Typ-1-Diabetes ist eine Autoimmunerkrankung, die meist in jungen Jahren beginnt. Die genauen Ursachen sind noch weitgehend unbekannt. Das Immunsystem greift die insulinproduzierenden Betazellen in der Bauchspeicheldrüse an, wodurch diese kein Insulin mehr produzieren. Ohne Insulin kann der Zucker, der aus der Nahrung ins Blut transportiert wird, durch die Körperzellen nicht aufgenommen werden, was zu einem gefährlich hohen Blutzuckerspiegel führt. Zur klinischen Manifestation der Erkrankung kommt es, wenn ca. 80 bis 95 Prozent der Betazellen zerstört sind. Die einzig wirksame Behandlung ist ein lebenslanges Spritzen von Insulin, um den Blutzuckerspiegel im Normalbereich zu halten. Eine Heilung gibt es bislang nicht.^{2,3,4,5}

Über 80 % der betroffenen Kinder und deren Eltern haben keine Verwandten mit Typ-1-Diabetes und damit oft keine Kenntnisse von dieser Erkrankung.⁶ Deshalb sind viele Familien nur unzureichend oder gar nicht mit den Symptomen (z. B. häufiger Toilettengang und vermehrter Durst, aber auch Müdigkeit, Übelkeit und Schwindel) beim Ausbruch der Stoffwechselerkrankung vertraut.^{4,5} So wird ein Typ-1-Diabetes bei mehr als einem Drittel aller Betroffenen zu spät entdeckt⁷, also zu einem Zeitpunkt, an dem bereits schwerwiegende Störungen in der Regulation des Glukosestoffwechsels mit einer potenziell lebensbedrohlichen Stoffwechselentgleisung (diabetischen Ketoazidose) aufgetreten sind. Um diese bedrohliche Situation zu verhindern, gibt es eine Untersuchung zur Früherkennung von Typ-1-Diabetes. Dabei wird das Blut auf spezielle Antikörper getestet. Wenn zwei oder mehr dieser sog. Inselautoantikörper nachgewiesen werden können, ist ein frühes Stadium des Typ-1-Diabetes bestätigt.⁸ Durch ein flächendeckendes Screening bei Kindern und Jugendlichen könnte die Früherkennung verbessert werden, bevor es zu (lebensbedrohlichen) Symptomen kommt. So könnte Kindern und Angehörigen ein teilweise traumatisches Erlebnis erspart bleiben.



Lesen Sie hier den Newsletter der
Stiftung Kindergesundheit zum Thema
Früherkennung von Typ-1-Diabetes

https://www.kindergesundheit.de/Info/Newsletter/2024/_docs/Newsletter10.pdf

INTERVIEW MIT
HANS-JOACHIM RÖTHLEIN

„Schulpsychologie ist mehr als Krisenintervention – es geht um Prävention und die Stärkung des schulischen Umfelds.“

Was sind die Aufgaben von Schulpsychologinnen und -psychologen?

Wir haben mit Hans-Joachim Röthlein gesprochen, Vorsitzender des Landesverbands Bayerischer Schulpsychologinnen und Schulpsychologen. Im Interview gibt Röthlein detaillierte Einblicke in die vielschichtige und anspruchsvolle Arbeit der Schulpsychologie.

Herr Röthlein, was ist Schulpsychologie und welche Rolle spielt sie im Schulsystem?

Herr Röthlein: Schulpsychologie ist der psychologische Fachdienst der Organisation Schule. Ihr Klientel umfasst Schülerinnen und Schüler, deren Eltern, Lehrkräfte, Schulleitungen, Schulaufsicht und Schulverwaltung. Die Schulpsychologie versteht sich als **angewandte Psychologie für die Schule** und beschäftigt sich mit Fragestellungen der Organisation Schule, die mithilfe wissenschaftlich fundierter psychologischer Erkenntnisse zielführend beantwortet werden können. Ihre gesetzliche Grundlage liegt im Bildungs- und Erziehungsauftrag der Schulen begründet. Die Schulpsychologie unterstützt die Schülerinnen und Schüler bei der Wahl der Bildungsmöglichkeiten entsprechend ihren Anlagen und Fähigkeiten, fördert die Entwicklung ihrer Persönlichkeit und ihrer psychischen Gesundheit und hilft dadurch, ihre Lern- und Lebensbedingungen zu verbessern. In vergleichbarer Weise unterstützt Schulpsychologie Lehrkräfte und Schulleitungen in der Ausübung ihrer Berufsrolle und bei der Stärkung ihrer mentalen Gesundheit.



HANS-JOACHIM RÖTHLEIN

ist Vorsitzender des Landesverbands Bayerischer Schulpsychologinnen und Schulpsychologen e.V. (LBSP). Er studierte Soziologie, Pädagogik und Psychologie mit schulpsychologischem Schwerpunkt in Augsburg und München.

Auf welchen wissenschaftlichen Grundlagen basiert die Schulpsychologie?

Herr Röthlein: Die Schulpsychologie ist eine **Querschnittswissenschaft**, die auf psychologischer Diagnostik und evidenzbasierten psychologischen Interventionen beruht. Sie erstreckt sich auf die Bereiche des schulischen Lernens, des Verhaltens und der mentalen Gesundheit und umfasst daher die allgemeine Psychologie, Entwicklungspsychologie, pädagogische Psychologie, differentielle und Persönlichkeitspsychologie, Neuropsychologie,

Sozialpsychologie, klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie und Arbeits- und Organisationspsychologie. Diese breite wissenschaftliche Grundlage ermöglicht es Schulpsychologinnen und -psychologen, komplexe Fragestellungen in einem umfassenden Kontext zu verstehen und zu bearbeiten.

Können Sie die Aufgaben und Einsatzfelder von Schulpsychologinnen und -psychologen genauer beschreiben?

Herr Röthlein: Vielleicht zunächst einmal ganz grundsätzlich: Schulpsychologische Diagnostik und Interventionen sind **kostenneutral, freiwillig und auftragsgebunden**. Beratung und fachliche Stellungnahmen sind unabhängig von Weisungen und die Schulpsychologen unterliegen der gesetzlich geschützten Schweigepflicht. Diese Voraussetzungen sind wichtig, damit Vertrauen seitens der Schülerinnen und Schüler und der Lehrkräfte entstehen kann.

Die Schulpsychologie agiert auf verschiedenen Ebenen und für verschiedene Adressaten. Ein wichtiger Teil der Arbeit ist das

Einzelfallmanagement beim Schülerklientel. Hier bieten Schulpsychologinnen und -psychologen Hilfe bei der Bewältigung von akuten und speziellen Krisen, unterstützen bei Mobbing und Cybermobbing, Prävention von Prüfungsängsten und depressiven Entwicklungen sowie der Abwendung von Schulunlust und Schulabsentismus.

Zusätzlich zu diesen Einzelfällen bieten sie auch **präventive Maßnahmen und systemische Interventionen** an, die das Handeln der schulischen pädagogische Bezugspartner (Beratungslehrkräfte, Schulsozialpädagogen, Jugendsozialpädagogen und sonstiges zusätzliches pädagogisches Personal) präziser erfassen und koordinierte Maßnahmen anbahnen sollen.

Gibt es auch Gruppenangebote in der Schulpsychologie?

Herr Röhlein: Ja, in der Schulpsychologie bieten wir – je nach Möglichkeiten vor Ort – auch Gruppenangebote an. Als Basics können beispielsweise genannt werden: klassenspezifische Stärkung der Resilienz gegen Prüfungsängste sowie Maßnahmen zum Training der Konzentration und zur Verbesserung der Lern- und Arbeitstechniken. Ebenso finden Gruppeninterventionen im Fall von Mobbing statt, in deren Rahmen Schulpsychologen mit allen am Mobbingprozess involvierten Schülerinnen und Schülern psychologisch arbeiten. Vor allem in der Krisenintervention arbeiten Schulpsychologinnen und -psychologen intensiv in ganzen Klassen oder Teilgruppen, um bei der Bewältigung belastender oder traumatischer Ereignisse zu unterstützen und dadurch auch Lehrkräfte und Schulleitungen zu entlasten und Alltagsroutinen aufrecht zu erhalten.

Wie sieht die Zusammenarbeit zwischen Schulpsychologinnen, -psychologen und Lehrkräften aus?

Herr Röhlein: Schulpsychologinnen und -psychologen arbeiten eng mit Lehrkräften zusammen. Die Schulpsychologie hat sich zu einem **etablierten Faktor im Schulsystem** entwickelt, zuerst als erste unterstüt-

zende Anlaufstelle für die Schülerschaft und später für das Personal der Schule.

Gemeinsam und in Absprache mit wichtigen Bezugspartnern wie Eltern oder Vertretern der Schulaufsicht werden Strategien entwickelt, um das schulische Klima zu verbessern und individuellen Unterstützungsbedarf zu erkennen und anzugehen. Das beinhaltet beispielsweise das Verfassen von Stellungnahmen mit konkreten Umsetzungshilfen für den Notenschutz und Nachteilsausgleich bei Legasthenie und inklusiver Beschulung.

Schulpsychologinnen und -psychologen bieten außerdem **Supervision und Coaching für Lehrkräfte** und Schulleitungen sowohl einzeln als auch in Gruppen an und führen fachliche Fortbildungen zu psychologischen Themen durch.

Als eine weitere zunehmend wichtige Aufgabe etabliert sich aktuell die **psychologische Unterstützung von Lehrkräften und Schulleitungen bei Personalkonflikten** mittels Maßnahmen der Konfliktklärung. In außergewöhnlichen **Krisenfällen** wie Gewalttaten oder Suiziden, wo stabilisierende **notfallpsychologische Maßnahmen** entscheidend sind, stehen den Lehrkräften Schulpsychologinnen und -psychologen in den schulischen Krisenteams und vor allem das speziell qualifizierte bayernweit aufgestellte Krisenteam KIBBS zur Verfügung.

Wie unterscheidet sich die Organisation der Schulpsychologie in Bayern von der in anderen Bundesländern?

Herr Röhlein: Bayern ist das einzige Bundesland, in dem Schulpsychologinnen und -psychologen eine **Doppelqualifikation** vorweisen müssen. So ist sowohl eine universitäre Lehrqualifikation in einer Schulart, bspw. Gymnasium oder Grundschule, als auch ein Psychologiestudium mit schulpsychologischem Schwerpunkt Voraussetzung. Daran schließt sich noch die praxisorientierte Ausbildung in beiden Bereichen im Rahmen des zweiten Staatsexamens an.

Das heißt, Schulpsychologinnen und -psychologen können an der Schule in variierendem Umfang unterrichten und gleich-

zeitig die der Rolle der Schulpsychologie einnehmen. Durch diese Doppelqualifikation und die enge Anbindung an die Schulen vor Ort kann die Schulpsychologie ein vertieftes Insider-Verständnis für die formalen und informellen Regeln an den Schulen entwickeln. Das wirkt sich positiv auf die tägliche Arbeit aus, denn dadurch genießen sie eine hohe Akzeptanz bei Schülerinnen und Schülern, Lehrkräften und Eltern und können so ihre Scharnierfunktion besonders effektiv gestalten. Allerdings kann die **Rollenüberschneidung von Lehrkraft und Psychologin bzw. Psychologe** auch zu Irritationen führen.

Können Sie das näher erläutern?

Herr Röhlein: Diese Doppelrolle kann durchaus schwierig sein, da eine starke Identifikation mit den Anliegen der Schülerinnen und Schüler und des Schulpersonals bestehen kann. Dies kann hohe Anforderungen an die ständig zu gewährleistende Neutralität stellen. Der notwendige Perspektivenwechsel stellt so eine ständige Herausforderung dar. Darüber hinaus können durch die Doppelrolle weitere Herausforderungen entstehen: Die niederschwellige Erreichbarkeit und die damit verbundene emotionale Belastung kann die professionelle Selbstfürsorge beeinträchtigen. Außerdem dürfen die systemimmanenten Konfliktpotenziale bei der dienstlichen Beurteilung durch Schulleitungen nicht übersehen werden. Diese besitzen in der Regel keine psychologische Ausbildung und es fehlt ihnen oftmals eine fachkundige Unterstützung, die eine fundierte Bewertung der schulpsychologischen Tätigkeit ermöglicht. Dies kann zu Missverständnissen und dem subjektiven Gefühl einer unzureichenden Wertschätzung der schulpsychologischen Arbeit führen.

Welche Aufgaben umfasst die Arbeit Ihrer Kolleginnen und Kollegen im Schulalltag?

Herr Röhlein: Die Aufgaben sind vielfältig und anspruchsvoll. Schulpsychologinnen und -psychologen entwickeln im Laufe ihrer

Berufslaufbahn individuelle Schwerpunkte. Ihre Arbeitsweise variiert stark je nachdem, wieviel Zeitsie für ihre schulpsychologischen Aufgaben im Vergleich zu ihrer Unterrichtsverpflichtung haben und welche Arbeitsschwerpunkte sie gesetzt haben.

Diese sogenannten schulpsychologischen Deputate (also die vertraglich festgelegte Arbeitszeit, die eine Lehrkraft im Unterricht verbringt) können zwischen einem Sechstel bis zur Hälfte der Arbeitszeit als Lehrkraft betragen, bei Schulpsychologen in Leitungs- und koordinierender Funktion handelt es sich jedoch in der Regel um nahezu Vollzeitdeputate, in denen keine oder fast keine Lehrtätigkeit mehr ausgeübt wird.

Im Alltag wechseln sich – je nach Schwerpunkt – Durchführung und Auswertung von schulpsychologischen Testverfahren mit den dazugehörigen Auswertungs- und Empfehlungsgesprächen einschließlich der Erstellung von Berichten und Dokumentation ab. Dazu bieten viele Schulpsychologinnen und -psychologen Supervision und Coaching an und engagieren sich als fachbezogene Fortbilder für Lehrkräfte, Referendare und Vertreter der Schulaufsicht. Bereits erwähnt wurden spezielle Aufgabengebiete wie die Krisenintervention und die Konfliktklärung.

Eine zunehmende Bedeutung kommt der Rolle der Schulpsychologie in den **multiprofessionellen Teams** an den Schulen und der Teilnahme an Struktur-Koordinationsgesprächen mit externen schulischen Partnern wie der Jugendhilfe oder Vertretern der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu. In diesem häufig vom Gedanken der Inklusion geprägten Rahmen haben schulpsychologische Einschätzungen und Stellungnahmen eine besondere Bedeutung erlangt.

Welche besonderen Herausforderungen sehen Sie aktuell in Bezug auf die soziale und emotionale Entwicklung der Schülerinnen und Schüler?

Herr Röhlein: Die Herausforderungen sind vielfältig und unterscheiden sich je nach Schulart und sozioökonomischem

Hintergrund der Familien. Gesellschaftliche Problemlagen wie die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie, Flucht und Migration sowie der Wegfall familiärer Versorgungsstrukturen belasten insbesondere Grund-, Mittel- und Förderschulen. Alle Schularten sind von der **Verschlechterung der mentalen Gesundheit von Schülerinnen und Schülern** betroffen. Auch schulische Problemlagen wie Personalmangel, beengte räumliche Kapazitäten und zunehmende psychiatrische Störungsbilder stellen große Herausforderungen dar. Es ist vielerorts eine **Unterversorgung an ad hoc verfügbaren Kapazitäten** zur gezielten psycho-emotionalen Förderung zu verzeichnen, unterlegt von Kooperationsbarrieren aufgrund ungeklärter bzw. eigenbestimmter Zuständigkeit innerhalb der schulischen Fachsysteme.

Dazu kommen lange **Wartezeiten für ambulante und stationäre psychotherapeutische Angebote**. Diese Herausforderungen erfordern den Einbezug weiterer externer und interner Unterstützer und in der Konsequenz davon ein konstruktives Schnittstellenmanagement.

Wie wichtig ist die Kooperation und Koordination zwischen den verschiedenen Akteuren in der Schule für das Wohlbefinden der Kinder?

Herr Röhlein: Kooperation und Koordination sind entscheidend. Es braucht ein ganzes Dorf, um ein Kind großzuziehen, heißt es in einem afrikanischen Stichwort. Auch in unserer Gesellschaft kann die Erziehung nicht Individualangelegenheit der Eltern allein sein. Das Kind muss für seine weitere kulturelle, soziale und persönliche Entwicklung über die gesellschaftliche Rolle „Schüler“ in eine größere soziale Gemeinschaft eingebettet sein. Dieser Gedanke spiegelt sich auch im Bildungsauftrag und in der allgemeinen Schulpflicht wider. **Gerade die Schülerinnen und Schüler, die unter sozialen und psychischen Einschränkungen leiden, brauchen ein intensives Monitoring.** Da die Unterstützungsangebote in der Schule aus unterschiedlichen Organisationen

und Einrichtungen kommen, müssen die jeweiligen Akteure in einen gemeinsamen Handlungsrahmen eingebettet werden und ein **gemeinsames Ziel** verfolgen.

Hierfür muss sowohl die Bereitschaft vorhanden als auch die schulrechtlichen und arbeitsrechtlichen Möglichkeiten zur Kooperation bei allen Akteuren geschaffen sein. Zudem bedarf diese Zusammenarbeit einer koordinierenden Stelle. Bei dieser Koordination kommt der Schulpsychologie eine zentrale und teils federführende Rolle zu.

Welche Bedingungen braucht es dafür?

Herr Röhlein: Zusammenarbeit ist hier das Stichwort. Die Unterstützung sollte in **multiprofessionellen Teams** erfolgen, im internen Kern bestehend aus Schulpsychologinnen, Vertretern der Lehrerschaft und pädagogischen Fachkräften wie Sozialpädagoginnen, Sonderpädagogen und Beratungslehrkräften vor Ort und deren außerschulische Netzwerkkontakte wie Vertreter der Jugendhilfe oder der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Damit diese **Netzwerkzusammenarbeit** gut gelingen kann, ist es wichtig, dass sich die unterschiedlichen Organisationskulturen in ihrem Verständnis annähern und das Gelingen der multiprofessionellen Teams als oberste Priorität unterstützen. Es müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die ausreichend Zeitfenster für die Kommunikation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen ermöglichen. Alle Beteiligten müssen bereit sein, notwendige Informationen kontinuierlich auszutauschen, um das Wohl der Kinder sicherzustellen. Es ist entscheidend, dass die Aufgaben und Einflussmöglichkeiten der verschiedenen Akteure transparent abgewogen werden, um gegenseitige Schuldzuweisungen und Blockaden zu vermeiden.

Die Zusammenarbeit sollte durch **klare Richtlinien** und gegebenenfalls durch **schulrechtliche Vorgaben** fest verankert werden. Zudem sind Maßnahmen zur Entbürokratisierung in Schulen von großer Bedeutung, um Lehrkräfte und Schulleitungen zu entlasten und den Weg für die

effektive Arbeit der multiprofessionellen Teams zu schaffen.

Wie kann man sich die Arbeit von multiprofessionellen Teams ganz konkret vorstellen?

Herr Röhlein: Die Arbeitsweisen solcher Teams müssen natürlich den örtlichen Personalgegebenheiten angepasst werden. Aber nehmen wir einmal ein idealtypisches Beispiel: Bei einer Schülerin fallen gehäufte Fehlzeiten und sinkende Leistungen auf. Nachdem die Klassenlehrerin meldet, dass das Mädchen möglicherweise gemobbt wird und depressiv ist, beruft die Schulpsychologin eine Fallkonferenz ein, an der verschiedene Fachkräfte teilnehmen – darunter Jugendsozialarbeiter und die Klassenlehrerin. Gemeinsam erarbeiten sie einen Plan. Die Schulpsychologin untersucht die psychische Situation, der Jugendsozialarbeiter prüft Maßnahmen der Jugendhilfe, und die Lehrerin klärt den Verdacht des Mobbings ab. In weiteren Sitzungen werden die Ergebnisse besprochen und konkrete Interventionen festgelegt, um die Schülerin zu unterstützen.

Wie gestaltet sich diese Form der Zusammenarbeit denn aktuell?

Herr Röhlein: Es gibt sowohl gelungene als auch weniger erfolgreiche Beispiele. Gute Zusammenarbeit basiert auf kontinuierlicher Pflege der Netzwerke und transparenter Kooperation. Vertrauensaufbauende Zusammenarbeit zwischen Schulpsychologie und externen Fachdiensten ist essenziell. Allerdings gibt es auch Herausforderungen wie lange Wartezeiten für externe Unterstützung und fehlende Kapazitäten im klinischen Bereich. Besonders in belasteten Schularten und Umgebungen sind die Ressourcen oft nicht ausreichend, um den Bedarf zu decken. **Seit Jahren weisen Studien zur Gesundheitsversorgung darauf hin, dass bis zu 20 Prozent der Schülerschaft klinisch behandlungsbefürdigt sind.** Um diese Herausforderungen zu meistern, sind nachhaltige personelle Investitionen in die schulpsychologischen

Dienste und ein stärkerer Fokus auf eine klinisch-psychologische Aufstellung der Schulpsychologie mit den entsprechenden präventiv orientierten Handlungstools Voraussetzung. Über diese Akzentsetzung erhält die Vernetzung von multiprofessionellen Teams an Schulen mit externen örtlichen Netzwerkpartnern einen höheren Wirksamkeitsgrad. Grundsätzlich ist jedoch der Austausch an die Entpflichtung von der Schweigepflicht gebunden, was insbesondere bei komplexen Fällen auch ein Scheitern der Bemühungen nach sich ziehen kann.

Welche Unterstützungs- und Präventionsmaßnahmen könnte Ihrer Ansicht nach dazu beitragen, die psychische Gesundheit der Schülerinnen und Schüler zu stärken?

Herr Röhlein: Für Bayern denke ich hier vor allem an **mehr Vollzeitdeputate für Schulpsychologen** und klare schulpsychologische Mindestdeputate für die Kolleginnen und Kollegen in allen Schularten. Zudem sollten schulpsychologische Leistungen bei Beurteilungen angemessen berücksichtigt werden. Wichtig wäre auch, dass die gezielte Vorbeugung von beispielsweise Angststörungen, depressiven Entwicklungen oder auch Essstörungen oder selbstverletzendem Verhalten durch Aufklärung und Förderung der Selbstfürsorge, sowohl einzeln als auch in Gruppen, gestärkt wird. An dieser Stelle setzt der Gedanke an eine gemeinsame Prävention von Schule und Gesundheitssystem an. Eine gezielte zeitnahe ambulante externe Erstversorgung in örtlichen Netzwerken hilft den belasteten Schülerinnen und Schülern, wirkt der drohenden Chronifizierung von Störungen entgegen und trägt dazu bei, die Leistungskapazitäten der Gesundheitsversorgung zu stützen.

Klar ist aber, dass einige Schülerinnen und Schüler mit schweren psychischen Problemen weiterhin zeitnahe stationäre Unterstützung benötigen, die über solche präventiven Maßnahmen hinausgeht.

Welche Veränderungen würden Sie sich im Schulsystem wünschen, um die seelische Gesundheit bzw. die Resilienz der Schülerinnen und Schüler zu verbessern?

Herr Röhlein: Wir sprechen dabei von Verhältnisprävention. Damit die Schulpsychologie die seelische Gesundheit der Schülerinnen und Schüler effektiver fördern kann, braucht es strukturelle Schwerpunktsetzungen und Anpassungen im Schulsystem. Dazu gehören neben den zuvor skizzierten Punkten insbesondere die Rahmenbedingungen wie die Personalausstattung, Raumkapazitäten und eine bedarfsgerechte Planung der Klassenzimmergrößen. Hilfreich wäre zudem als Kernarbeitszeit definierte Supervisionsteilnahme für Lehrkräfte.

Wie sehen Sie die Zukunft der Schulpsychologie?

Herr Röhlein: Die Zukunft der Schulpsychologie als den psychologischen Fachdienst der Schule sehe ich positiv, aber auch herausfordernd. Die Bedeutung schulpsychologischer Dienste wird weiter zunehmen, da die Anforderungen und Erwartungen an Schulen und ihre Lehrkräfte steigen. Ein kontinuierlicher Ausbau der schulpsychologischen Versorgung ist unabdingbar.

Schulpsychologinnen und -psychologen werden in Zukunft eine noch entscheidendere Rolle dabei spielen, im Rahmen des Bildungsauftrags der Schulen die psychische und mentale Gesundheit der Schülerinnen und Schüler und des Personals der Schule zu stützen und zu fördern. Das Paradigma mentale Gesundheit bindet die Schulpsychologie an die Gesundheitsversorgung an und lässt sich effektiv mit Paradigmen anderer Netzwerkpartner wie gesellschaftliche Teilhabe und Inklusion verbinden. Je reibungsloser die Schnittstellen in den multidisziplinären Netzwerken funktionieren, desto effektiver und effizienter lassen sich die großen gesellschaftspolitischen Versprechen nach Bildung, Gesundheit und sozialer Teilhabe verwirklichen.

Unsere Perspektive

Kinder und Jugendliche über Schule und Gesundheit

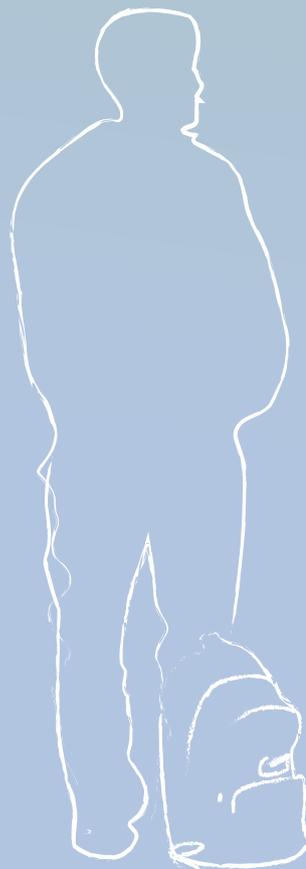
„Ich wünsche mir sauberere Toiletten für unsere Schule. Wenn die Toiletten schon dreckig und kaputt sind, passen die Kinder auch nicht darauf auf. Viele Kinder gehen einfach nicht auf die Toilette und halten ein. Oder sie trinken nichts, damit sie nicht müssen. Das ist total ungesund. Wenn es nur eine gemeinsame Toilette für Mädchen und Jungs gäbe, wie in der Kita, mit einzelnen abschließbaren Kabinen, in die man nicht von oben oder unten reingucken kann, wäre es vielleicht besser für alle und es gäbe weniger Streit darüber, wer auf welche Toilette geht. Pissoirs sind außerdem unhygienisch und peinlich und werden eher selten genutzt. Eine große Platzverschwendung!“

Max, 10 Jahre, Berlin

„Bei uns ist die Schule schon ganz okay, aber ich denke, es könnte noch besser sein, was das Thema Gesundheit angeht. Zum Beispiel könnte die Schule mehr Möglichkeiten bieten, auch in der Freizeit Sport zu machen. Wir haben zwar Sportunterricht, aber wir könnten mehr Sportvereine oder Sportangebote in der Schule haben, damit jeder etwas findet, das ihm Spaß macht.

Außerdem könnte es in der Schule mehr Infos über gesundes Essen geben. Wir haben hier auch eine Mensa, aber manchmal gibt es da eher ungesunde Sachen. Vielleicht könnten wir öfter mal gemeinsam kochen oder was zum Thema Ernährung machen. Und wichtig ist auch das Thema Stress. Gerade in der Pubertät haben viele Stress. Entweder wegen der Schule oder anderen Sachen.“

Ben, 15 Jahre, Brandenburg an der Havel



„Manchmal ist das Essen in der Schule okay, aber manchmal ist es wirklich eklig. Es wäre gut, wenn wir mehr leckeres Obst und Gemüse hätten und nicht so durchgekochte Sachen. Es wäre auch toll, wenn wir mitentscheiden könnten, was es gibt, oder unsere Meinung dazu sagen könnten. Vielleicht könnten wir auch mal selbst mitkochen und was Neues ausprobieren.“

Simon, 9 Jahre, Berlin

„Ich finde es nicht gut, dass man so früh aufstehen muss. Für Jugendliche ist das besonders schlecht. Jeder weiß doch, dass man dann in den ersten Stunden total müde ist. Die Schule könnte doch auch später anfangen. Das wäre besser für die Gesundheit von Kindern.“

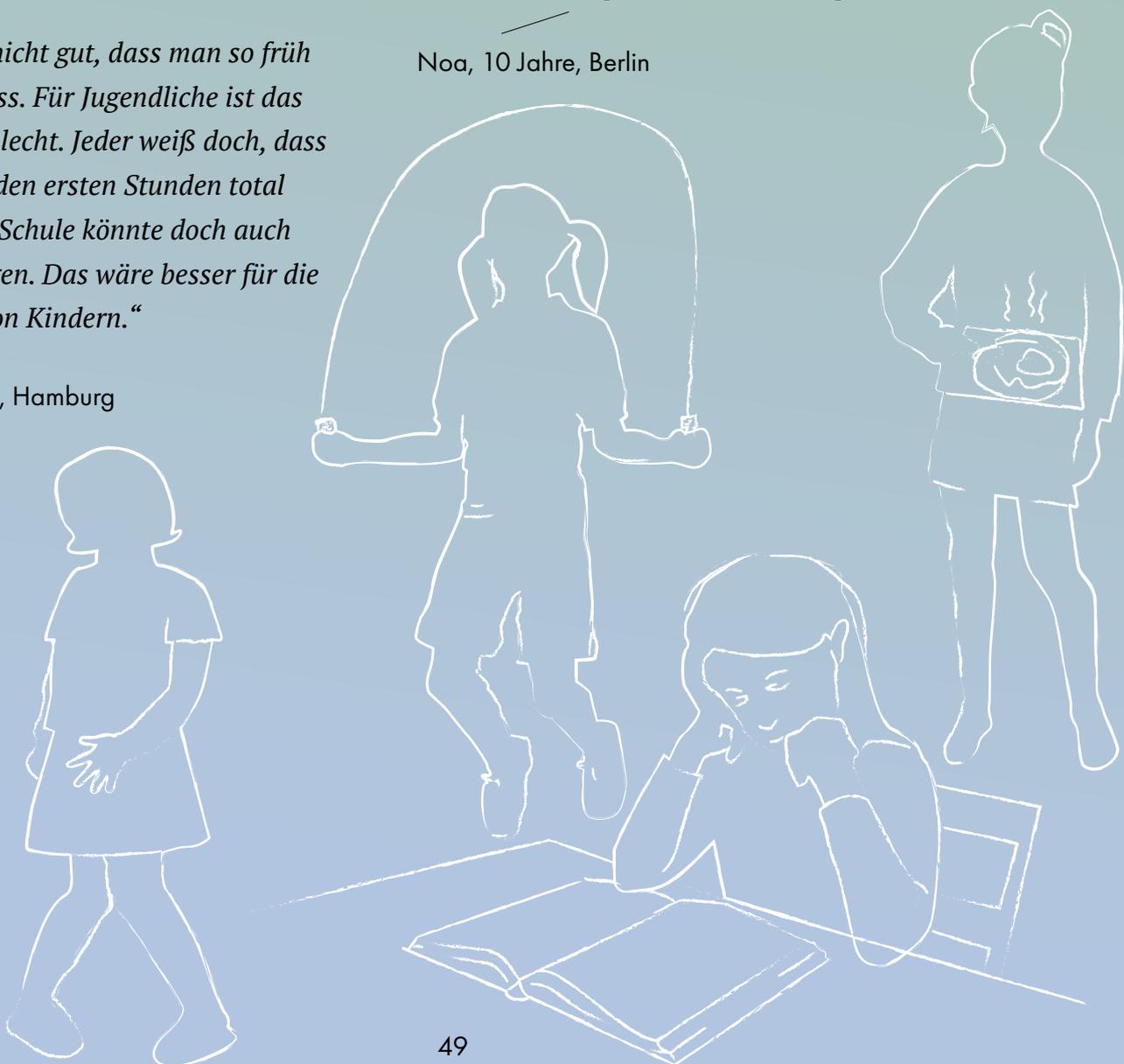
Nora, 12 Jahre, Hamburg

„Ich denke, dass es helfen würde, wenn wir noch mehr Bewegung in der Schule hätten. Zum Beispiel könnten wir öfter Pausen machen, in denen wir draußen spielen können, nicht nur in der großen Pause, sondern vielleicht auch zwischendurch.“

Taylor, 11 Jahre, München

„Vielleicht könnten wir auch mehr Hilfe bekommen, wenn es uns mal nicht so gut geht, jemanden, mit dem wir über unsere Probleme sprechen könnten. Und ich denke, es wäre gut, wenn die Schule uns mehr über Stress beibringen könnte, damit wir besser mit schwierigen Situationen umgehen können.“

Noa, 10 Jahre, Berlin



„Schulsozialarbeit ist wirksam – in der persönlichen Entwicklung von Schülerinnen und Schülern genauso wie in der Sicherung von Bildungschancen.“

Wie können beeinträchtigte oder benachteiligte Kinder und Jugendliche im System Schule unterstützt werden? Was kann man präventiv tun, um für mehr Chancengleichheit für Heranwachsende zu sorgen?

Diplomsozialpädagoge Robert Keiß berichtet aus der Praxis der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe. Er beschreibt, vor welchen Herausforderungen Schülerinnen und Schüler heute stehen und welche Ansätze er und sein Team verfolgen, um sie zu unterstützen.

Herr Keiß, was ist Schulsozialarbeit und was ist ihre Aufgabe im System Schule?

Herr Keiß: Schulsozialarbeit umfasst verschiedene sozialpädagogische Angebote, die direkt an Schulen stattfinden und entweder bei Kultusbehörden oder in der Kinder- und Jugendhilfe angesiedelt sind. Ihre Angebote zielen darauf ab, Schülerinnen und Schüler in ihrer **sozialen, persönlichen und schulischen Entwicklung** zu unterstützen. Besonders im schulischen Kontext bietet Schulsozialarbeit leicht erreichbare Hilfen an, die über den reinen Bildungsauftrag hinausgehen und **Chancengerechtigkeit sowie Integration fördern**. Verglichen mit der langen Geschichte von Schule in Deutschland handelt es sich bei der Schulsozialarbeit um ein relativ neues

Konzept, das erstmals auch als Leistungsbereich der Kinder- und Jugendhilfe (§ 13 a SGB VIII) nach der letzten Reform des SGB VIII 2021 definiert wurde. Die Ausgestaltung der Schulsozialarbeit variiert von Bundesland zu Bundesland. In Bayern beispielsweise wird seit 2003 staatlich geförderte Jugendsozialarbeit an Schulen in der Verantwortung der Jugendhilfe in Kooperation mit Schulen gefördert, die auf Chancengerechtigkeit von individuell beeinträchtigten und sozial benachteiligten jungen Menschen abzielt. Das Programm „Schule öffnet sich“ – in Verantwortung der Kultusbehörden seit 2018/19 – unterstützt die Schulen bei ihrem Erziehungsauftrag. Schulsozialarbeit hilft den Schülerinnen und Schülern, ihre schulischen, persönlichen und sozialen Herausforderungen zu bewältigen.

Könnten Sie uns etwas über Ihre Rolle und Funktion im Bereich Schulsozialarbeit erzählen?

Herr Keiß: Ich bin verantwortlich für die Jugendhilfeeingebote in der Region Nord, die in enger Kooperation mit Schulen umgesetzt werden. Dazu zählen schulbezogene Jugendarbeit und Jugendsozialarbeit an 45 Standorten in unterschiedlichen Schularten – von Grundschulen bis hin zu Berufsschulen und einem sonderpädagogischen Förderzentrum. Zusätzlich betreue ich eine Praxisklasse (*Anm. d. Red.: eine Praxisklasse unterstützt Jugendliche mit Lernrückständen an bayerischen Mittelschulen durch gezielte Förderung, um ihnen den Weg zu einem Schulabschluss oder einer Ausbildung zu erleichtern*), die durch den Europäischen Sozialfonds (ESF) gefördert wird. In meiner

Rolle trage ich direkte Personalverantwortung für fünf Teamleiterinnen und Teamleiter und die Praxisklassenfachkraft. Ein weiterer wichtiger Aspekt meiner Arbeit ist es, bei Anhaltspunkten von Kindeswohlgefährdung gemäß § 8a SGB VIII dafür zu sorgen, dass der gesetzliche Schutzauftrag sichergestellt wird.

Darüber hinaus arbeite ich kontinuierlich an der fachlichen Weiterentwicklung und Vernetzung unserer Angebote mit allen relevanten Partnern, um sicherzustellen, dass unsere Programme den Bedürfnissen der Jugendlichen und ihrer Familien gerecht werden.

Welche Aufgaben umfasst Ihre Arbeit und die Ihrer Kolleginnen und Kollegen typischerweise im Schulalltag?

Herr Keiß: Unsere Hauptaufgabe besteht darin, uns bei den Schülerinnen und Schülern sowie bei Eltern **bekannt und ansprechbar zu machen**.

Wir arbeiten eng mit Lehrkräften und der Schulleitung zusammen, um frühzeitig Unterstützung anzubieten. Eine rechtzeitige und niedrigschwellige Hilfe ist oft entscheidend, um Probleme gar nicht erst entstehen zu lassen. Außerdem vernetzen wir uns mit allen relevanten Akteuren, um den jungen Menschen und Eltern die **bestmögliche und bedarfsgerechte Unterstützung** zu vermitteln. Dazu gehört auch die regelmäßige Zusammenarbeit mit Gremien wie der Schülermitverantwortung und dem Elternbeirat.

Ein großer Teil unserer Arbeit umfasst die **Planung, Durchführung und Evaluation von Unterstützungsmaßnahmen**. Das reicht von Einzelfallhilfe und Beratung bis hin zu gruppenpädagogischen Angeboten, die themenbezogen, geschlechtsspezifisch oder klassenbezogen sein können – je nach Bedarf und Mitwirkungsbereitschaft. Zusätzlich begleiten wir Übergänge, sei es vom Kindergarten in die Grundschule, von der Grundschule in eine weiterführende Schule oder von der Schule in den Beruf.



ROBERT KEISS

Der Diplomsozialpädagoge Robert Keiß ist Regionalleiter der St. Gregor Kinder-, Jugend- und Familienhilfe gGmbH für die Landkreise Augsburg Nord und Dillingen (Bayern).

Die St. Gregor-Jugendhilfe kooperiert als großer Träger der freien Jugendhilfe mit Schulen und bietet Unterstützung für Kinder, Jugendliche und Familien innerhalb der Leistungsbereiche des SGB VIII. Ziel der Jugendhilfeangebote in und um Schulen ist es, Familien vor Ort zu unterstützen, benachteiligte Kinder zu fördern und Jugendlichen bestmögliche Chancen durch gezielte Schul- und Betreuungsangebote zu geben. Präventionsangebote, Beratung an Schulen und direkte Hilfe in Krisensituationen stehen im Fokus.

Welche Herausforderungen sehen Sie aktuell in Bezug auf die soziale und emotionale Entwicklung der Schülerinnen und Schüler?

Herr Keiß: Viele Kinder und Jugendliche bewältigen ihre Entwicklungsaufgaben auf dem Weg des Aufwachsens problemlos und erfolgreich. Allerdings stehen immer mehr junge Menschen vor äußeren Bedingungen, die es ihnen erschweren, diese Herausforderungen zu bewältigen. Zudem sind einige durch eigene Beeinträchtigungen weniger gut gerüstet. Veränderte gesellschaftliche Rahmenbedingungen, wie die fortschreitende Digitalisierung, die wachsende Kluft zwischen Arm und Reich, die Energie- und Klimakrise sowie kriegerische Konflikte führen zu **Unsicherheit, Überforderung, Ängsten und Ohnmachtsgefühlen** bei den

Jugendlichen und ihren Eltern.

Die Schulpflicht im deutschen System bietet die Möglichkeit, junge Menschen über einen längeren Zeitraum in ihrer individuellen Lebenswirklichkeit zu erreichen und begleiten. Dabei können wir **positive Entwicklungen fördern und Konflikte oder Entwicklungshemmnisse erkennen**, die im Klassenzusammenhang oft zur Überforderung führen.

Die Heterogenität und Gleichzeitigkeit von individuellen Bedürfnissen und Lebenslagen erfordert Zeit, Raum und Beziehungsarbeit sowie gut geschultes Personal. Leider sind diese **Ressourcen im schulischen Alltag** oft nicht ausreichend vorhanden. Dies führt häufig zu Stress, Frustration und dem Gefühl, nicht verstanden zu werden, was wiederum einen Teufelskreis von nicht bewältigbaren Anforderungen und weiterer Belastung auslöst. Wir beobachten zunehmende psychische Belastungen bei Jugendlichen, Schwierigkeiten beim Übergang von der Kita in die Schule, mehr Schulabgänger ohne Abschluss und Jugendliche ohne Ausbildungsplatz sowie steigende Belastungssymptome bei Lehrkräften.

Inwiefern spielt Ihrer Meinung nach die Kooperation und Koordination zwischen den verschiedenen Akteuren in der Schule eine Rolle für das Wohlbefinden der Kinder?

Herr Keiß: Die Kooperation und Koordination zwischen den verschiedenen Akteuren in der Schule ist von entscheidender Bedeutung. Wenn alle Beteiligten – wie Lehrkräfte, Schulsozialarbeiter, Eltern und externe Fachkräfte – ihr Wissen und ihre Perspektiven teilen und abgestimmt einsetzen, entstehen ressourcenschonende Unterstützungsmaßnahmen. Diese führen letztlich zu **passgenauer Hilfe, besserer Integration und erfolgreicher Partizipation der Schülerinnen und Schüler**. Dies fördert nicht nur das Wohlbefinden, sondern stärkt auch die Identifikation mit der Schule.

Allerdings gibt es strukturelle und bürokratische Hürden, die eine wirksame

Kooperation erschweren. Historisch gesehen ist die Schule kein Ort multiprofessioneller Teams, und die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Professionen kann durch kulturelle Unterschiede, unterschiedliche Erwartungen, Missverständnisse und Konkurrenzdenken kompliziert werden. Zudem fehlt es oft an zeitlichen Ressourcen.

Für eine gelingende Kooperation muss die **Autonomie** jedes Akteurs und gegenseitiges **Vertrauen** gewahrt werden. Dabei sollten alle Erwachsenen in der Schule, einschließlich Schulbegleiter und Sekretariat, mit ihren Sichtweisen einbezogen werden. Aufgrund dieser Vielschichtigkeit ist eine gute Koordination dieser Kooperation entscheidend. Sie erfordert Wissen und Können gleichermaßen.

Die Koordinatorin oder der Koordinator muss sich mit den unterschiedlichen Systemen und Besonderheiten von Schule und Jugendhilfe auskennen, die Akzeptanz aller Beteiligten genießen und ein hohes Maß an kommunikativen Kompetenzen mitbringen. Die Auswahl dieser Person ist daher eine **große Herausforderung, aber auch ein Schlüsselfaktor** für den Erfolg gelingender Kooperation.

Gelingt die Zusammenarbeit zwischen Lehrkräften, Eltern und externen Fachkräften aktuell?

Herr Keiß: Ein gelungenes Beispiel für eine wirksame Zusammenarbeit ist das Jugendhilfeangebot „**FliBB**“ – Flexible individuelle Beschulung und Betreuung. Dieses Programm zeigt, wie durch koordinierte Zusammenarbeit **Schuldistanz erfolgreich verringert** werden kann. Schuldistanz beschreibt hier die Distanz von Schülerinnen und Schülern zur Schule auf eine neutrale Weise. Anders als Begriffe wie Schulvermeidung oder Schulabsentismus, die oft eine bewusste Absicht der Schülerinnen und Schüler implizieren oder die verschiedenen Formen der Distanz zur Schule nicht ausreichend erfassen, umfasst Schuldistanz alle Formen der Abwesenheit oder mangelnden Teilhabe am Unterricht. Dies schließt sowohl physisches Fernbleiben als auch Situationen, in denen Schülerin-

nen und Schüler zwar anwesend sind, jedoch nicht aktiv am Unterrichtsgeschehen teilnehmen und somit nicht vom Bildungsangebot profitieren können.

Durch eine Kooperationsvereinbarung der zuständigen Behörden legitimiert, sorgt eine Koordinierungsfachkraft des Trägers St. Gregor Kinder-, Jugend- und Familienhilfe vor, während und nach Abschluss der vom Jugendamt gewährten Hilfe dafür, dass alle relevanten Dienste und Personen regelmäßig und zielgerichtet zusammenkommen. Dies gewährleistet einen effizienten Austausch und trägt maßgeblich zur Wirksamkeit bei der Sicherstellung von Bildungschancen der Betroffenen Kinder und Jugendlichen bei.

Ähnliche Prozesse und Ergebnisse sind punktuell erkenn- und umsetzbar, wenn Jugendhilfe an Schulen professionell und konzeptionell sicher integriert ist.

Wie können Schulen Ihrer Meinung nach unterstützt werden, um die soziale und emotionale Entwicklung ihrer Schülerinnen und Schüler effektiv zu fördern?

Herr Keiß: Schulen brauchen vor Ort **ausreichend Personal und ein multiprofessionelles Team** an Fachkräften auch der Sozialen Arbeit oder Jugendhilfe, die direkte Unterstützung bieten können. Dazu bedarf es **klarer Strukturen und Routinen** für eine effektive Zusammenarbeit aller Beteiligten. Bereits die Anwesenheit von Fachkräften der Sozialarbeit oder Jugendhilfe an Schulen hat positive Auswirkungen auf die mentale Gesundheit der Schülerinnen und Schüler. Die Integration dieser Fachkräfte in den schulischen Alltag, mit ihren leicht zugänglichen und bedarfsgerechten Angeboten, wirkt sowohl präventiv als auch in Krisensituationen.

Ebenso wichtig sind **interdisziplinäre Netzwerke** und Kooperationen mit externen Partnern, um wirksame Unterstützungsstrategien zu entwickeln. Programme zur **Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen** sowie Maßnahmen zur **Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen** spielen weiterhin eine zentrale Rolle.

Es ist essenziell, **genügend Zeit und Raum** für die persönliche Entwicklung der Schülerinnen und Schüler zu schaffen. Regelmäßige Klassenrat-Sitzungen beispielsweise bieten großes Potenzial für die Teilhabe an Bildung und die Förderung der mentalen Gesundheit aller Beteiligten. Dies ist entscheidend, um die soziale und emotionale Entwicklung der Schülerinnen und Schüler zu unterstützen.

Welche Maßnahmen könnten Ihrer Ansicht nach dazu beitragen, die psychische Gesundheit der Schülerinnen und Schüler präventiv zu stärken?

Herr Keiß: Meiner Meinung nach sollten **präventive Maßnahmen bereits im Vorschulalter** beginnen. Einige der Methoden, die wir in der Jugendhilfe an Schulen anwenden, könnten auch in Kindertageseinrichtungen eingeführt werden. Insbesondere im rechtzeitigen und sicheren zugänglich machen von weiteren Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe wie z. B. Hilfen zur Erziehung nach §§ 27 ff. Es ist wichtig, Schülerinnen und Schüler dabei zu unterstützen, eine Gemeinschaft zu bilden, um Einsamkeit und Ausgrenzung vorzubeugen. Wir sollten außerdem **Aufklärungsarbeit über psychische Erkrankungen** leisten und so zu einer Entstigmatisierung beitragen.

Ich halte es für sehr sinnvoll, **Methoden zur Stressbewältigung** zu vermitteln und **mit den Kindern und Jugendlichen Problemlösefähigkeiten zu üben**. Wir sollten sie darin unterstützen, ihre Stärken und Bewältigungsressourcen zu erkennen. Auch die **Eltern sollten einbezogen und familiäre Ressourcen gefördert werden**. Es ist außerdem von großer Bedeutung, gefährdete Kinder – zum Beispiel Kinder psychisch erkrankter Eltern oder Kinder mit sozioökonomischen Nachteilen – frühzeitig zu identifizieren. Allgemein hilft es Schülerinnen und Schülern, wenn ihnen Zeit und Interesse an ihrem Erleben entgegengebracht und Partizipationsmöglichkeiten eröffnet werden. Dies stärkt das Selbstwertgefühl der Heranwachsenden erheblich.

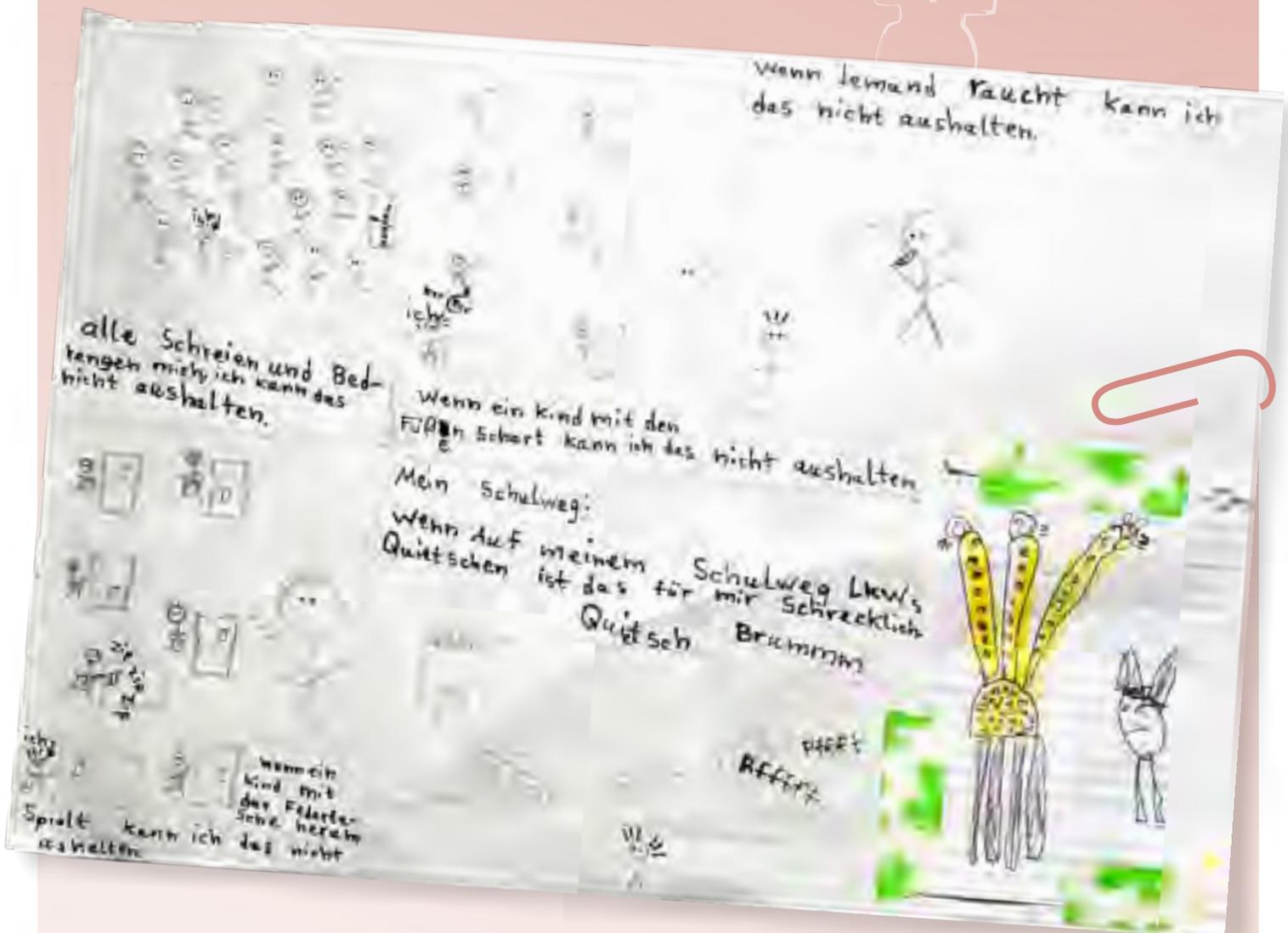
MAX, 9 JAHRE, BERLIN

„Wenn ich an meine Schule denke ...“

PINNWAND

Meine Perspektive

Kinder berichten über ihre Erfahrungen in der Schule
im Zusammenhang mit Gesundheit





PINWAND

Meine Perspektive

Eine Mutter berichtet über ihre Sicht auf Gesundheit, Inklusion und das Schulsystem

AUTISMUS

Autismus ist eine angeborene Entwicklungsstörung, die in verschiedenen Ausprägungen vorkommt und die soziale Interaktion sowie Kommunikation beeinträchtigt.³ Etwa ein Prozent der Bevölkerung ist betroffen, was in Deutschland rund 800.000 Menschen entspricht, wobei Jungen häufiger betroffen sind als Mädchen.¹

Ursprünglich wurde Autismus in verschiedene Formen unterteilt, heute wird jedoch der Begriff Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) verwendet, da die Ausprägungen fließend ineinander übergehen. Zu ihnen gehören frühkindlicher Autismus, atypischer Autismus und das Asperger-Syndrom.²

Die Störung ist komplex und kann vielfältige Formen annehmen. Merkmale sind Schwierigkeiten im Umgang und in der Kommunikation mit anderen Menschen, repetitive Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten sowie Schwierigkeiten mit der Wahrnehmung und der Verarbeitung von Umwelt- und Sinneseindrücken.^{2,3} Menschen mit Autismus können unterschiedlich stark in ihrer Selbstständigkeit beeinträchtigt sein, von völlig unabhängigem Leben bis hin zu umfassender Betreuung. Häufig treten Begleiterkrankungen wie Angststörungen oder ADHS auf.

Autismus zeigt sich oft bereits im frühen Kindesalter, die Diagnose ist zeitaufwendig und erfordert spezialisierte Fachkräfte.³ Die Ursachen sind nicht vollständig geklärt, doch genetische Faktoren und bestimmte Einflüsse während der Schwangerschaft können das Risiko erhöhen. Autismus kann nicht geheilt werden, jedoch können verschiedene therapeutische Maßnahmen wie Verhaltenstherapie und Logopädie helfen, soziale und kommunikative Fähigkeiten zu verbessern. Die Behandlung zielt darauf ab, die Lebensqualität zu verbessern und gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen.



Lesen Sie hier den Newsletter der Stiftung Kindergesundheit zum Thema Autismus

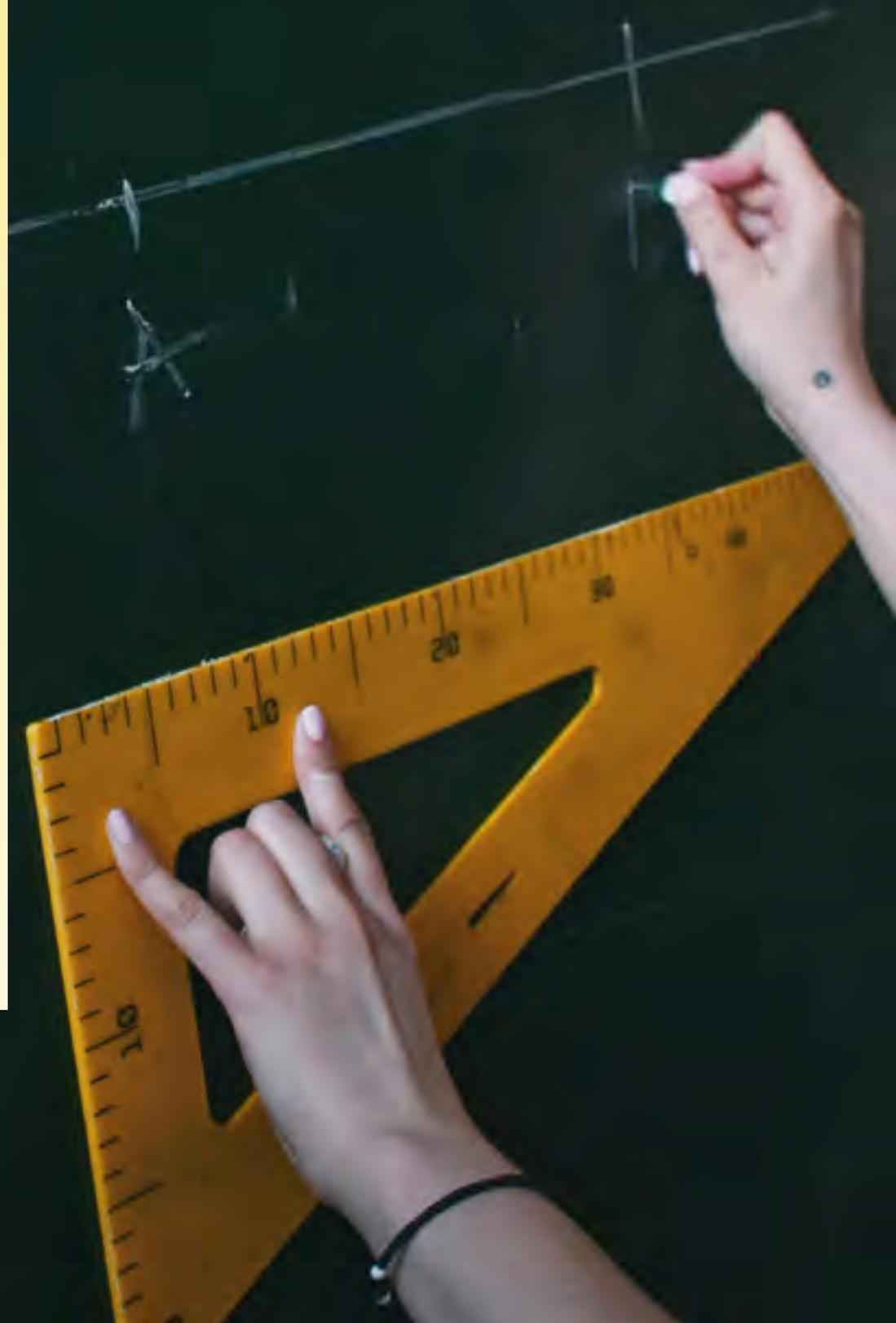
https://www.kindergesundheit.de/Info/Newsletter/2023/Newsletter_06.pdf

MARIE BECKMANN, HANNOVER

Ich bin Mutter eines Kindes mit Autismus. In den letzten Jahren habe ich zwei zentrale Probleme im Umgang mit Autismus in unserer Gesellschaft und speziell in der Schule beobachtet. **Das erste Problem liegt in der „Unsichtbarkeit“ des Autismus.** Es fällt uns oft schwer, Dinge anzuerkennen oder zu verstehen, die wir nicht sehen können. Autismus ist nicht wie eine sichtbare körperliche Beeinträchtigung, die man auf den ersten Blick erkennt. Das macht es schwierig für Pädagog*innen, frühzeitig notwendige Maßnahmen zu ergreifen. Statt präventiv zu handeln, wird oft abgewartet, bis größere Probleme auftreten, wie etwa der Ausschluss des Kindes oder emotionale Zusammenbrüche. Das bedeutet eine enorme Belastung für das betroffene Kind. Das zweite Problem betrifft uns Eltern direkt: **Wir befinden uns oft in einer Doppelrolle. Auf der einen Seite sind wir Eltern, auf der anderen Seite werden wir fast automatisch zu Expert*innen, weil die Kapazitäten in der Beratung und die Zahl geschulter Fachkräfte nicht ausreichen. Dadurch liegt es an uns, Lehrkräfte und andere Beteiligte aufzuklären und zu erklären, was unser Kind braucht.** Das ist nicht einfach, besonders in einem Umfeld, das von vielen Vorurteilen geprägt ist. Autismus ist leider noch immer von zahlreichen Stereotypen begleitet. Viele Menschen haben das Bild eines männlichen, *weißen* Kindes im Kopf, das allein sitzt und Spielzeug sortiert. Dieses Bild führt dazu, dass viele Kinder, die nicht in dieses Schema passen, gar nicht erst erkannt oder diagnostiziert werden. Sie sind gezwungen, sich anzupassen, sich zu „maskieren“, und das auf Dauer. Diese Belastung führt oft zu Konflikten, emotionalen Ausbrüchen oder auch zu Rückzug und Verweigerung. Dabei könnten durch bessere Prävention und frühzeitige Unterstützung solche Situationen verhindert werden. **Dafür braucht es eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten. Eltern und Sorgeberechtigte sollten in ihrer Expertise ernst genommen und gestärkt werden.** Eines der größten Hindernisse ist oft, dass Pädagog*innen das Kind im Schulalltag anders erleben als die Eltern zu Hause. In der Schule sehen sie ein intelligentes, kompetentes Kind, das scheinbar gut „funktioniert“. Dass dieses Kind dann zu Hause zusammenbricht, können sie sich oft gar nicht vorstellen. Wir müssen uns bewusst machen, dass wir alle Vorurteile haben, die es zu überwinden gilt. Nur dann können wir gemeinsam Wege finden, präventiv zu handeln, im Austausch zu bleiben und eng miteinander zu kommunizieren. Diese Zusammenarbeit erfordert Ressourcen, die im Bildungssystem oft knapp sind. Schulhelfer*innen allein können nicht alle Bedürfnisse abdecken, es braucht ein größeres Verständnis, mehr Aufklärungsarbeit und mehr Kapazitäten. **Eine inklusive Lernumgebung nützt nicht nur autistischen Kindern, sondern allen.** Unser Bildungssystem ist jedoch oft nicht darauf ausgelegt. Dennoch können wir an Schnittstellen arbeiten und uns weiterentwickeln. Verhaltensweisen wie „Masking“ gibt es auch bei anderen neurodiversen Menschen, etwa mit ADHS. Je mehr Verständnis wir für diese Themen haben, desto mehr Menschen können profitieren. Das „Masking“ schadet nicht nur dem Individuum, das sich anpassen muss, sondern der gesamten Gesellschaft. Denn indem wir Menschen ausgrenzen und an den Rand drängen, verpassen wir die Chance, von den Potenzialen dieser Menschen zu lernen und zu profitieren. Nur durch echte Inklusion, bei der wir alle Teil der Lösung sind, kommen wir diesem Ziel näher. Es braucht Offenheit, Vertrauen und den festen Willen, Vorurteile zu überwinden – dann können wir gemeinsam die Vision einer Gesellschaft entwickeln, in der alle ihren Platz haben.

Kurz & knapp:

Sowohl Schülerinnen und Schüler als auch Lehrkräfte sind an Schulen großen Belastungen ausgesetzt. Hier müssen Gegenmaßnahmen ergriffen werden, die jedoch unter aktuellen Bedingungen schwer umsetzbar sind. Der Lehrberuf ist zunehmend komplexer geworden, mit zusätzlichen Aufgaben in Erziehung, Integration, Inklusion sowie zunehmender Bürokratie. Diese Belastungen verschärfen sich durch Lehrkräftemangel, unzureichende Unterstützung und strukturelle Probleme, was zu einer erhöhten Krankheitsrate und Erschöpfung führt. Kinder und Jugendliche erleben einen hohen Leistungsdruck, welcher ihnen auch psychisch schadet. Sie haben unterschiedliche Bedürfnisse und sind unterschiedlich resilient, um mit Belastungen umzugehen. Daher setzt sich der Bayerische Lehrer- und Lehrerinnenverband (BLLV) für den Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften an Schulen ein. Diese sollen als medizinische Assistenz an Schulen fungieren sowie Aufklärungs- und Präventionsarbeit leisten, was die Gesundheit von Schülerinnen und Schülern sowie Lehrkräften nachhaltig verbessert.



Gesunde Lehrkräfte – gesunde Schülerinnen und Schüler?!

Lehrkräfte sind zunehmend überlastet. Das wirkt sich nicht nur negativ auf ihre eigene Gesundheit aus. Auch die der Schülerinnen und Schüler leidet darunter. Diese Belastungsspirale stellt das gesamte Schulsystem vor große Herausforderungen. Was lässt sich dagegen tun?

Antje Radetzky analysiert den Status Quo und schlägt Lösungsansätze vor.

Die Zunahme von psychischen Belastungen und sogar Erkrankungen der Kinder und Jugendlichen ist erschreckend. Laut der HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children), deren Ergebnisse im März 2024 vorgestellt wurden, konnte im Zeitraum zwischen 2010 und 2022 bei Kindern von 11 bis 15 Jahren ein kontinuierlicher Anstieg von vielfältigen psychosomatischen Beschwerden, wie beispielsweise Bauch- oder Kopfschmerzen, Einschlafproblemen oder Gereiztheit, beobachtet werden.¹ Die Schulen werden einerseits als Ursache des Problems gesehen, sollen andererseits aber auch die Lösungen dafür parat haben. Doch ist diese Forderung unter den momentanen Bedingungen umsetzbar?

Der Beruf der Lehrkraft hat sich in den letzten Jahren deutlich verändert und ist heute wesentlich komplexer. Die Aufgaben der Lehrerinnen und Lehrer sind vielfältig: unterrichten, erziehen, beurteilen und innovieren. Diese werden noch herausfordernder, wenn Krisen und gesellschaftliche Veränderungen hinzukommen.

Die Schülerschaft in den Regelschulen wird immer heterogener. In ein und derselben Klasse mit 27 Kindern gehen dann beispielsweise der hochbegabte Filip, der sich langweilt und unterfordert ist, die autistische Mila, die von einer Schulbegleitung unterstützt wird, Thomas, der ADHS und ständige motorische Unruhe hat, Sarah, die zuhause vernachlässigt wird und sich immer mehr in sich selbst zurückzieht, und Ibrahim, der Diabetes hat und immer wieder ans Essen erinnert werden muss. Und mitten im Schuljahr steht dann auch noch Maksim vor der Tür, der kein Wort Deutsch spricht. Lehrkräfte möchten all diesen Kindern gerecht werden, können

ANTJE RADEZKY

leitet die Abteilung Berufswissenschaft beim Bayerischen Lehrer- und Lehrerinnenverband (BLLV). Sie ist Schulleiterin an der Grund- und Mittelschule Kiefersfelden im oberbayerischen Landkreis Rosenheim.

das aber ohne Unterstützung nicht leisten. Allein die Zunahme der Ansprechpartner und die Zusammenarbeit mit vielen außerschulischen Stellen wie etwa dem Jugendamt, den Schulbegleitungen usw. erfordert viel Zeit.

Inklusion und Integration stellen Mammutaufgaben für die Schulen dar. Immer mehr Kinder und Jugendliche mit speziellen Bedarfen besuchen die Regelschulen und benötigen dafür Unterstützung, von der es viel zu wenig gibt. In Bayern hatten im Schuljahr 2022/23 etwa ein Viertel der Schülerinnen und Schüler einen Migrationshintergrund. Im selben Jahr besuchten ca. 25.000 Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf in Bayern eine Regelschule.² Die Schulen bräuchten viel mehr qualifiziertes Personal, z. B. für die Sprachförderung, Jugendsozialarbeit u. v. m.

Auch die Nachwirkungen der Corona-Pandemie machen sich an den Schulen bemerkbar. Den Kindern und Jugendlichen fehlten in dieser Zeit durch die Schul- und Kita-Schließungen soziale Kontakte, was eine Zunahme von Verhaltensauffälligkeiten und einen

raueren Umgang miteinander zur Folge hat. Diverse Studien, wie die COPSY-Längsschnittstudie oder die Studie „Kindergesundheit in Deutschland aktuell“ (KIDA) des Robert Koch-Instituts belegen dies.^{3,4} Gerade letztere verdeutlicht, dass die COVID-19-Pandemie erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen hatte, insbesondere für diejenigen mit chronischen gesundheitlichen Problemen oder erhöhtem psychosozialen Unterstützungsbedarf.⁴

Die vielen Krisen, die auf Kinder und Jugendliche einprasseln, wie etwa der Ukraine-Krieg, der Konflikt zwischen Israel und Palästina oder die Klimakrise, sorgen für eine zunehmende Unsicherheit, die sowohl Erwachsene als auch Kinder und Jugendliche stark belastet. Auch gesellschaftliche Spannungen werden in die Schulen getragen und müssen dort aufgearbeitet werden. Die Vermittlung einer demokratischen Grundhaltung, Toleranz und Empathiefähigkeit stellt eine weitere Herausforderung für die Lehrkräfte dar. Dabei ist leider eine Zunahme von Gewalt zu beobachten, auch gegen Lehrkräfte.

Der geplante Ganztagsausbau, die Digitalisierung, die Vermittlung von Medienkompetenz für den richtigen Umgang mit KI, die ständige Erreichbarkeit – die Liste der Belastungen an den Schulen ist lang. Die großen Erwartungen der Eltern und der Gesellschaft stehen dem gegenüber.



All diese Herausforderungen treffen nun auf einen **eklatanten Lehrkräftemangel**. Viele Lehrkräfte schleppen sich krank in die Schule, da sonst niemand für ihre Klasse da ist. Hinzu kommt die Einarbeitung von Quereinsteigern, die meist ohne pädagogische Vorbildung sind und zusätzliche Unterstützung benötigen. Ein hoher Lärmpegel im Klassenzimmer, wenige Pausen, das ständige „gefordert-Sein“ belasten zusätzlich. Die Arbeitsumgebung in Schulen kann ebenfalls zu einer gesundheitlichen Belastung für Lehrkräfte werden. Oftmals sind Schulgebäude alt und architek-

tonisch nicht darauf ausgelegt, ein angenehmes Lernumfeld zu schaffen. Überfüllte und schlecht gestaltete Klassenräume können das Wohlbefinden von Lehrkräften und Lernenden beeinträchtigen, was den Stress am Arbeitsplatz zusätzlich erhöht.

Ein Faktor zur Lehrkräftegesundheit, der häufig übersehen wird, ist die hohe Stimmbelastung. Lehrende sind auf eine gesunde und leistungsfähige Stimme zur Ausübung ihres Berufes angewiesen. Tagtäglich laut und viel sprechen und sich auch im Zweifel stimmlich gegenüber einer Klasse behaupten können, strapaziert die Stimme allerdings enorm. Zahlreiche Studien zeigen, dass Stimmprobleme und sogar Stimmstörungen, die auch zu Berufsausfällen führen, im Lehrberuf häufig vorkommen. Etwa 30 Prozent der Lehrkräfte leiden unter funktionellen Stimmstörungen. Diese Störungen können langfristig dazu führen, dass Lehrkräfte ihren Beruf nicht mehr ausüben können. Das Risiko, eine solche Stimmstörung zu entwickeln, steigt um das 1,6-Fache, wenn während des Lehramtsstudiums keine Stimm- und Sprechausbildung erfolgt.⁵

All dies führt dazu, dass die Krankheitszahlen bei den Lehrkräften steigen. Laut einer forsa-Umfrage im Auftrag des Verbands Bildung und Erziehung e.V. (VBE) vom November 2023 meinen 57 Prozent der Schulleitungen, dass es in den letzten Jahren zu einem **Anstieg der längerfristigen Ausfälle durch physische und psychische Erkrankungen im Kollegium** gekommen ist.⁶

Gegenüber vielen anderen Berufsgruppen leiden Lehrkräfte häufiger unter psychischen Erkrankungen und Erschöpfung bis hin zum Burnout.⁷ Verschiedene Studien zeigen, dass **10 bis 30 Prozent der Lehrkräfte unter einer Erschöpfungssymptomatik leiden**.⁷

Sogenannte Notmaßnahmen, um den Lehrkräftemangel aufzufangen, wie etwa ein verpflichtendes Arbeitszeitkonto, stark eingeschränkte Teilzeitmöglichkeiten und Einschränkungen bei der Altersteilzeit, tun ihr Übriges. Viele Kolleginnen und Kollegen sind am Ende ihrer Kräfte. Die Zahlen der Langzeiterkrankten unter den Lehrkräften steigen, begrenzte Dienstfähigkeit oder gar Dienstunfähigkeit sind, wie eine Antwort auf eine schriftliche Anfrage im Bayerischen Landtag der SPD vom Mai 2024 belegt, seit dem Schuljahr 2013/2014 konstant hoch. Konkret gab es in diesem Zeitraum in Bayern über alle Schularten hinweg **6.023 Fälle von Dienstunfähigkeit**. Das Durchschnittsalter lag dabei bei **etwa 56 Jahren**. Basierend auf den vorliegenden Daten lässt sich schätzen, dass der **Anteil der Lehrkräfte, die aufgrund von Dienstunfähigkeit vorzeitig in den Ruhestand gehen, im Verhältnis zu denen, die regulär mit Erreichen der Altersgrenze in den Ruhestand treten, bei etwa 15–20 Prozent liegt**.⁸

Auch Kinder und Jugendliche sind in Schulen diversen Belastungen ausgesetzt, die gesundheitliche Auswirkungen haben können. Schon mit Einführung der Noten in der zweiten Klasse bekommen viele Kinder einen enormen Leistungsdruck zu spüren. Eltern



üben unbewusst sehr viel Druck sowohl auf die Lehrkräfte als auch auf ihr Kind aus, damit es den Übertritt auf das Gymnasium schafft. Dabei sind auf Seiten der Eltern zahlreiche Ängste vorhanden und auch der gesellschaftliche Druck ist groß. Die Auswirkungen dieses Übertrittsdrucks beim Übergang in die Sekundarstufe (Auflösung von Freundschaften, Versagensängste, Lernhemmungen) auf die soziale und emotionale Stabilität, auf das Selbstwertgefühl und auf die Lernmotivation der Kinder sind oft dramatisch. Experten aus der Kinderpsychiatrie bestätigen dies.⁹ Berichte über stressbedingte psychische Symptome häufen sich, und das schon bei Grundschulkindern. Kinder, die nach dem Übertritt auf der Mittelschule landen, müssen emotional aufgebaut und stabilisiert werden, damit sie sich wieder etwas zutrauen und wertvoll fühlen.

Kinder und Jugendliche haben unterschiedliche Ressourcen, um mit Herausforderungen umzugehen und sind unterschiedlich resilient. Es gibt Schülerinnen und Schüler, die einen starken Rückhalt durch ihr Elternhaus erfahren, andere leiden unter Vernachlässigung. Wieder andere werden „überbehütet“, ihnen wird alles abgenommen und nichts zugetraut. Durch den Lehrkräftemangel ist es nicht immer möglich, allen Bedürfnissen gerecht zu werden und die Kinder und Jugendlichen gegebenenfalls aufzufangen.

Für den Bayerischen Lehrer- und Lehrerinnen Verband (BLLV) ist Gesundheit eine unerlässliche Voraussetzung des Lernens. Ein gesundes Schulleben zu schaffen ist ein wichtiger Beitrag für den Zugang zu bestmöglicher Bildung für Schülerinnen und Schüler in Bayern. **Die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen zu verbessern ist somit auch eine Frage höherer Bildungschancen für jede und jeden.** Gerade der weitere Ausbau des Ganztagsbereichs verstärkt diesen Zusammenhang: Junge Menschen verbringen mehr Zeit in den Schulen, somit nimmt auch die Bedeutung der Schule als Lebensraum zu, die Tätigkeiten in der Schule werden diverser, der Bedarf für eine umfassende Betreuung und gute Versorgung größer.

Daher setzt sich der BLLV für den **Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften** an Schulen ein. **Diese Fachkräfte können Lehrkräfte und Schulleitungen enorm entlasten und dabei helfen, dass sich diese stärker auf ihre pädagogischen Kernaufgaben konzentrieren können. Gleichzeitig leisten sie wichtige Aufklärungs- und Präventionsarbeit, die die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler nachhaltig verbessert.**

Darüber hinaus können sie für wertvolle emotionale Hilfe sorgen. Oft reicht schon eine Tasse Tee, ein nettes Wort und ein bisschen Aufmerksamkeit, damit sich Kinder und Jugendliche wieder stark genug fühlen, um weiter am Unterricht teilzunehmen. Dies entlastet wiederum die Eltern und letztendlich auch die Wirtschaft, denn gerade Grundschulkindern müssen in diesem Fall nicht von der Schule abgeholt und beaufsichtigt werden. Auch die medizinische Unterstützung im Fall von chronischen Erkrankungen, wie etwa Diabetes mellitus, und für die Gesundheit der Lehrkräfte

selbst ist nicht zu unterschätzen. All diese Faktoren kommen dem ganzen Kollegium, den Schülerinnen und Schülern sowie deren Eltern zugute. Es gibt vielfältige Finanzierungsmöglichkeiten für Schulgesundheitsfachkräfte, die über staatliche und kommunale Budgets hinausgehen. Unfallversicherungen könnten aufgrund der präventiven Maßnahmen und schnellen Erstversorgung, die Schulgesundheitsfachkräfte leisten, erhebliche Kosten einsparen und daher finanziell beitragen. Auch Krankenkassen könnten sich aufgrund der langfristig positiven Effekte auf die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler an den Kosten beteiligen, da präventive Maßnahmen die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen reduzieren.

Die Entlohnung der Schulgesundheitsfachkräfte sollte mindestens auf der Ebene der Entgeltgruppe E9b liegen, um der Komplexität und den Anforderungen ihrer Tätigkeit gerecht zu werden und qualifiziertes Personal anzuziehen. Schätzungen aus Brandenburg gehen von etwa 4.100 € für die sachliche Ausstattung pro Schule aus, plus jährliche Ausgaben von 1.200 – 2.400 €, je nach Schule.¹⁰

Es ist unerlässlich, dass Schulgesundheitsfachkräfte während der gesamten Schulzeit anwesend sind. Dies gewährleistet nicht nur eine ständige Verfügbarkeit im Fall von gesundheitlichen Notfällen, sondern die konstante Präsenz ist auch die Grundlage dafür, dass sie nicht nur als medizinische Fachkräfte, sondern auch als vollwertige Mitglieder des Schulteamts wahrgenommen werden. Dieses Vertrauensverhältnis ist grundlegend, damit sich Schülerinnen und Schüler bei gesundheitlichen Problemen offen an sie wenden können.

Die Erfahrungen aus Brandenburg zeigen, dass datenschutzrechtliche Herausforderungen eine effektive Einbindung dieser Fachkräfte behindern können. Daher ist es wichtig, dass Schulgesundheitsfachkräfte als festes Mitglied des Schulpersonals eingeplant werden. Dies ermöglicht, dass Informationen zwischen Lehrkräften, Kindern und Eltern der Sache angemessen ausgetauscht werden können.

Wenn diese Gelingensbedingungen umgesetzt werden, sieht der BLLV in den Schulgesundheitsfachkräften eine sinnvolle Ergänzung der Professionen in den bayerischen Schulen zum Wohle der Lehrkräfte, Kinder und Jugendlichen.

Kurz & knapp:

Ernährung in der Schule stellt einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen dar. Über 50 Prozent der Grundschüler und Grundschülerinnen essen laut der EsKiMo Studie II (2015–2017) bereits regelmäßig in der Schule. Ein Angebot für eine warme Mittagsmahlzeit besteht inzwischen für über 80 Prozent aller Schüler und Schülerinnen in Deutschland.

Die von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) entwickelten Qualitätsstandards für die Schulverpflegung unterstützen beim Angebot einer ausgewogenen Verpflegung. Sie sind inzwischen in fünf Bundesländern verpflichtend vorgeschrieben. Darüber hinaus bieten die seit 2009 eingerichteten „Vernetzungsstellen Schulverpflegung“ unabhängige sowie verlässlich fachliche Hilfestellungen in allen Aspekten der Schulverpflegung an und unterstützen bei der Implementierung des DGE-Qualitätsstandards für Verpflegung in Schulen. Um allen Schülern und Schülerinnen einen Zugang zu Schulverpflegung zu ermöglichen, sollte diese kostenfrei angeboten werden.



Schulverpflegung – DIE Chance für eine ausgewogene Versorgung für ALLE Kinder und Jugendlichen

Was macht eine gute Schulverpflegung aus,
und wie kann sie zur Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen beitragen?
Wie kann eine ausgewogene Ernährung in Schulen die Gesundheit von
Schülerinnen und Schülern fördern und welche Herausforderungen gibt es in der Praxis?
Ökotrophologin Dr. Petra Schulze-Lohmann erklärt es uns.

Die Ernährungssituation vieler junger Menschen ist nicht gut. Etwa 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen zwischen drei und siebzehn Jahren in Deutschland sind übergewichtig, knapp 6 Prozent davon leiden bereits an krankhaftem Übergewicht (Adipositas). Dieser Anteil hat sich gegenüber den 1980er und 1990er Jahren um 50 Prozent erhöht.

Bezüglich der Auswirkungen der Corona-Pandemie berichten 26,2 Prozent der Erwachsenen über eine Gewichtszunahme.¹ Für Kinder und Jugendliche liegen hier keine validen Daten vor, es ist aber eine vergleichbare Entwicklung zu vermuten. Krankheiten wie Diabetes mellitus Typ-2 oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen nehmen zu und können schwerwiegende Konsequenzen für die Lebensqualität und Lebenserwartung von Kindern und Jugendlichen haben.

In beiden Untersuchungszeiträumen der KIGGS-Studie (2003–2006 und 2014–2017) war die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Mädchen und Jungen aus Familien mit niedrigem Sozioökonomischem Status (SES) am höchsten. Die Über-

gewichtsprävalenz stieg in der niedrigsten SES-Gruppe von 20,7 Prozent² in den Jahren 2003–2006 auf 25,6 Prozent in den Jahren 2014–2017 um knapp 5 Prozentpunkte an.³

Die KIGGS-Daten zeigen zudem, dass sich die Unterschiede in der Verbreitung von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter seit Anfang der 2000er Jahre zu Ungunsten von Kindern mit niedrigem sozioökonomischem Status vergrößert haben. **Gerade für die Kinder und Jugendlichen in der niedrigsten SES-Gruppe müssen deshalb zwingend strukturelle Maßnahmen zur Übergewichtsprävention etabliert werden.**

Die Daten der EsKiMo II Studie⁴ zeigen, dass die Mehrheit der 6- bis 17-Jährigen ungünstige Verzehrsmuster aufweist. Dazu gehören zu wenig Obst und Gemüse, zu

viel Fleisch, Fleischwaren und Wurst sowie zuckerreiche Lebensmittel. Allein die Kalorienaufnahme aus Zucker ist mit einem Anteil von über 20 Prozent an der täglichen Gesamtenergie doppelt so hoch wie empfohlen. Andere Nährstoffe, wie z.B. Calcium, sind deutlich im Defizit. Ungünstige Verzehrsmuster können sowohl zu einer unzureichenden Versorgung mit essenziellen Nährstoffen (Mangelernährung) als auch zu einer Überversorgung mit Energie führen.

DIE VERPFLEGUNG IN DER SCHULE – EIN POTENTIAL, DAS GENUTZT WERDEN SOLLTE

Schulverpflegung geht schon lange weit über das Pausenbrot am Vormittag hinaus. Immer mehr Kinder und Jugendliche besuchen Ganztagschulen, verbringen dort einen großen Teil des Tages und nehmen dort zum Teil auch mehrere Mahlzeiten zu sich. Hier bietet sich eine **große Chance, um allen Schülern und Schülerinnen – unabhängig vom sozialen und ökonomischen Hintergrund der Familien – einen Zugang zu gesunden, nachhaltigen und schmackhaften Mahlzeiten zu ermöglichen.**

Die Langzeitstudie des Robert Koch-Institutes zur gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen in Deutschland² zeigte bereits 2019, dass 84 Prozent der Kinder und 89 Prozent der Jugendlichen in Deutschland die Möglichkeit hatten, eine warme Mittagsmahlzeit in der Schule zu verzehren. Das sind mehr als 9 Millionen junge Menschen täglich.⁵ Durch die Einführung des Ganztagsförderungsgesetzes (GaFöG) wird voraussichtlich der Ausbau des Verpflegungsangebotes noch weiter erhöht.

Theoretisch könnten bei einer durchschnittlichen Schulzeit von 10 Jahren ca. 2.000 Mittagsmahlzeiten pro Kind in der Schule eingenommen werden. Allerdings nehmen nicht alle Schüler und Schülerinnen dieses Angebot wahr. Nach Angaben des Nationalen Qualitätszentrums Ernährung (NQZ) essen etwa 43 Prozent der Lernenden mindestens einmal pro Woche in der Schule zu Mittag, rund 25 Prozent nutzen das Angebot mindestens dreimal wöchentlich. Grundschüler und Grundschülerinnen essen signifikant häufiger (56,4%) in der Schule als Schüler und Schülerinnen an weiterführenden Schulen (32%). Im Vergleich dazu nutzen etwa 44 Prozent der Kinder und 68 Prozent der Jugendlichen das Verpflegungsangebot nie. An Gymnasien und Fachoberschulen nutzen mehr Jugendliche das Angebot (37,9%) als an Haupt-, Real- und Gesamtschulen (26,9%).

Die Verteilung zwischen Stadt und Land zeigt eine häufigere Nutzung des angebotenen Mittagessens in Großstädten (52,5%) als in mittelgroßen Städten (39,7%), Kleinstädten (40%) und in ländlichen Gegenden (40,1%). Kinder und Jugendliche aus Familien mit hohem SES nutzen das Essensangebot häufiger (52,1%) als Kinder und Jugendliche aus Familien mit mittlerem SES (41,7%) oder niedrigem SES (38,5%). In den östlichen Bundesländern (inklusive Berlin) ist das Angebot einer warmen Schulverpflegung mit 95,7% häufiger verbreitet als in den westlichen Bundesländern (84,7%).

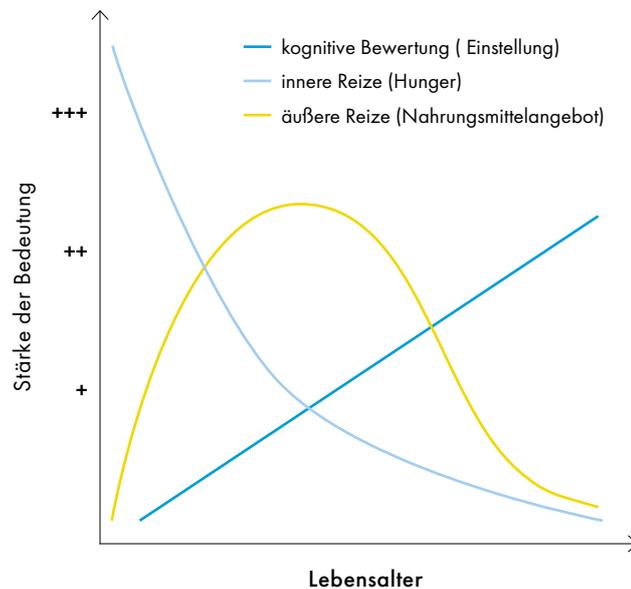
Der häufigste Grund, warum Kinder und Jugendliche nicht an der Schulverpflegung teilnehmen, ist ein warmes Mittag- oder Abendessen zuhause (59,2% der Kinder

von 6–11 Jahren, 39,5% der Jugendlichen von 12–17 Jahren). Aber auch Geschmack, Preis, zu kurze Pausen oder andere organisatorische Gründe führen zu einer Nichtteilnahme.⁶

Schulkioske oder Cafeterien, die gleichzeitig ein ausgewogenes und attraktives Angebot an Speisen und Getränken bieten, können hier eine gute Ergänzung zum Mittagangebot bieten.

Der Wissenschaftliche Beirat für Agrarpolitik, Ernährung und gesundheitlichen Verbraucherschutz (WBAE) weist darauf hin, dass Armut, Hunger und eine damit verbundene Fehl- und Mangelernährung auch in Deutschland bestehen. Um für einkommensschwache Bevölkerungsgruppen eine gesundheitsfördernde Ernährung zu ermöglichen, empfiehlt der Beirat die schrittweise Etablierung einer kostenfreien, gesundheitsfördernden und nachhaltigen Schulverpflegung und bezeichnet in seiner Stellungnahme aus dem Jahr 2023 die Schulverpflegung als „ein ‚Sicherheitsnetz‘ für die gesundheitsförderliche Ernährung von Kindern aus armutsgefährdeten Haushalten“.⁷ Dem Beirat zufolge sind Kita- und Schulverpflegung ein **Element**

ABB. 1: DAS DREI-KOMPONENTEN-MODELL DES ESSVERHALTENS¹⁷



gesamtgesellschaftlicher Daseinsvorsorge und eine wichtige Investition in die Zukunft.⁸

DIE SCHULMENSA – EIN ORT, UM DAS ESSVERHALTEN ZU PRÄGEN

Das Essverhalten wird in frühester Kindheit geprägt. Neben epigenetischen Prozessen, die innerhalb der ersten 1.000 Tage im Leben eines Menschen bereits eine metabolische Prägung auslösen können, spielen im Alter von (Klein-)Kindern und Jugendlichen Einflüsse durch die Umwelt bzw. Umgebung (Vorbildfunktionen, soziale Zugehörigkeiten, Werbung etc.) eine große und prägende Rolle.

Nach dem von Pudiel und Westenhöfer beschriebenen Drei-Komponenten-Modell des Essverhaltens (s. Abb. 1) wird die Bedeutung innerer Signale (Primärbedürfnisse) im Lauf der Zeit immer stärker durch äußere Reize (Sekundärbedürfnisse) abgelagert, bis ab einem gewissen Alter rationale Einstellungen (wie bspw. „günstig“, „einfach zuzubereiten“, „verträglich“ etc.) die Oberhand gewinnen.⁹ Zu den äußeren Rei-

zen gehört bei Kindern und Jugendlichen vor allem das Essverhalten der eigenen Peergroup. Hier kann die Schulverpflegung in einer den Bedürfnissen der Zielgruppe angepassten, erholsamen Essatmosphäre, mit der Möglichkeit eines Rückzugs ins Private, durch ein gesundes und für die jeweilige Altersgruppe attraktives Angebot in hohem Maße beitragen.

Etwa 200 Essentscheidungen trifft ein Mensch täglich, die meisten davon unbewusst.

Verschiedene Ideen können diese Entscheidungen durch die Art der Speisenausgabe und -präsentation dahingehend beeinflussen, dass die „gesunde Wahl“ auch gleichzeitig die einfachere und bequemere Wahl für die Schüler und Schülerinnen ist: **„Make the healthier choice the easier choice“**. Diese als „Nudging“ bezeichnete Möglichkeit setzt die Lebensmittelindustrie im Rahmen von Marketing durch Kaufanreize schon lange erfolgreich ein, sei es durch besonders bunte oder „coole“ Verpackungen oder durch die Präsentation einer besonders akzeptierten Person des öffentlichen Lebens. Das Kompetenzzentrum für Ernährung in Bayern hat im Rahmen des Kooperations-Projektes „smarter lunchrooms“ Nudges für die Schulverpflegung erprobt und in einer Broschüre *„Nudging – leicht gemacht. Praktische Handlungsempfehlungen für die Schulmensa“* bundesweit zur Verfügung gestellt.¹⁰ Um zum Beispiel den Verzehr von Gemüse und Salaten zu verbessern, werden nicht andere

Komponenten aus dem Angebot genommen, sondern das Gemüse wird besonders interessant präsentiert: Eine attraktiv bestückte Salattheke wird zusätzlich gezielt ausgeleuchtet, für Salate wird besonderes Geschirr bereit gestellt, täglich werden mehrere, sich farblich stark unterscheidende Gemüsesorten angeboten, Gemüse wird mehrfach an unterschiedlichen Ausgabestellen bereit gestellt und steht an oberster Stelle auf dem Speiseplan.

Für eine attraktive und von möglichst vielen Schülern und Schülerinnen akzeptierte Schulverpflegung müssen sowohl das Speisenangebot als auch andere Komponenten wie die Gestaltung des Raumes, die Länge der Pausen, die Flexibilität der Auswahl, die Finanzierbarkeit etc. berücksichtigt werden.

ESSEN UND PSYCHE HÄNGEN ZUSAMMEN

Gutes Essen ist wichtig für das Wohlbefinden unserer Kinder und Jugendlichen. Dazu gehört neben der möglichst optimalen Versorgung mit Nährstoffen, die für ein gesundes Aufwachsen erforderlich sind, auch die mentale Gesundheit, die den Schutz der Umwelt und des Klimas einbezieht. Der jüngste DAK-Kinder und Jugendreport¹¹ beschreibt, dass sich psychische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland auf einem hohen Niveau stabilisieren. Neben der Pandemie und dem Ukraine-Krieg beschreibt der ehemalige Präsident des Bundesverbandes der Kinder- und Jugendärzte Dr. Thomas Fischbach auch die dramatischen Folgen des Klimawandels als einen Faktor der psychischen Probleme von Kindern und Jugendlichen. Die Gemeinschaftsverpflegung in Schulen birgt auch diesbezüglich ein großes Potenzial. Durch die Herstellung und Zubereitung von Lebensmitteln, deren Regionalität und Saisonalität, mit der richtigen Küchentechnik und der Vermeidung von Lebensmittelverschwendung kann ein wichtiger Beitrag zum Klima- und Umweltschutz geleistet werden. Das Einhalten sozialer Mindeststandards bei der Produktion der Speisen für die Schulverpflegung kann als wichtiges

Bildungselement für das Erlernen sozialer Kompetenzen angesehen werden.

Das gemeinsame Essen in der Schule ermöglicht direkte Erfahrungen, gemeinsame Geschmackserlebnisse und Gespräche, sodass Kinder und Jugendliche voneinander lernen können. Dies prägt langfristig die Ernährungsgewohnheiten sowie die Wertschätzung von Lebensmitteln.⁸

DER DGE-QUALITÄTSSTANDARD SCHULVERPFLEGUNG BIETET SICHERHEIT

Die von der DGE entwickelten Qualitätsstandards für die Gemeinschaftsverpflegung unterstützen beim Angebot einer ausgewogenen Verpflegung in allen Lebenswelten, von der Kita bis zur Senioreneinrichtung. Sie sind ein Instrument zur Qualitätssicherung und haben sowohl ein gesundheitsförderndes als auch ein nachhaltiges Speisenangebot zum Ziel.

Die Umsetzung des DGE-Qualitätsstandards für die Verpflegung in Schulen¹² ist bislang erst in fünf Bundesländern verpflichtend vorgeschrieben. Berlin, Bremen, Hamburg, Saarland und Thüringen haben den Standard u. a. in Vorschriften oder Landesgesetzen verankert. Dabei ergeben sich für alle Beteiligten Vorteile: **Für die Schüler und Schülerinnen legt die Umsetzung den Grundstein für ein gesundheitsförderndes Verhalten im Erwachsenenalter. Eltern, die sich für eine Ganztagschule entscheiden, können sich sicher sein, dass ihr Kind bestmöglich versorgt wird. Schule oder Träger zeigen, dass sie den „Lebensraum Schule“ gesundheitsfördernd gestalten.**

Gesundheitsförderliche und leckere Gerichte sowie „coole“ Snacks, die ernährungsphysiologisch ausgewogen sind und gleichzeitig Nachhaltigkeitsaspekte wie Klima, Umwelt und soziale Gerechtigkeit berücksichtigen, eine attraktive Mensa, die Schülern und Schülerinnen jeden Alters eine angenehme Atmosphäre bietet, sind nur einige Aspekte, die eine moderne und gute Schulverpflegung ausmachen.

Schule sollte als ein Ort verstanden werden, der gesundheitsfördernde, nachhaltige und schmackhafte Mahlzeiten in



einer angenehmen Umgebung anbietet und damit neben der Vermittlung der Allgemeinbildung auch die Ernährungsbildung fokussiert. Damit eine Schulmensa von den Kindern und Jugendlichen akzeptiert und den berechtigten wirtschaftlichen Interessen des Speiseanbieters gerecht wird, müssen alle, die mit dem Angebot in Verbindung stehen, im Rahmen eines partizipativen Prozesses zusammenarbeiten: Schulleitung, Schulträger, Speisenanbieter, Schüler und Schülerinnen und Eltern – mit ganz individuellen Wünschen an das Mahlzeitenangebot. Hier gilt es, alle Interessensgruppen immer wieder an einen Tisch zu bringen, um sowohl eine hohe Verpfle-

gungsqualität als auch eine hohe Akzeptanz bei allen Beteiligten zu erzielen.

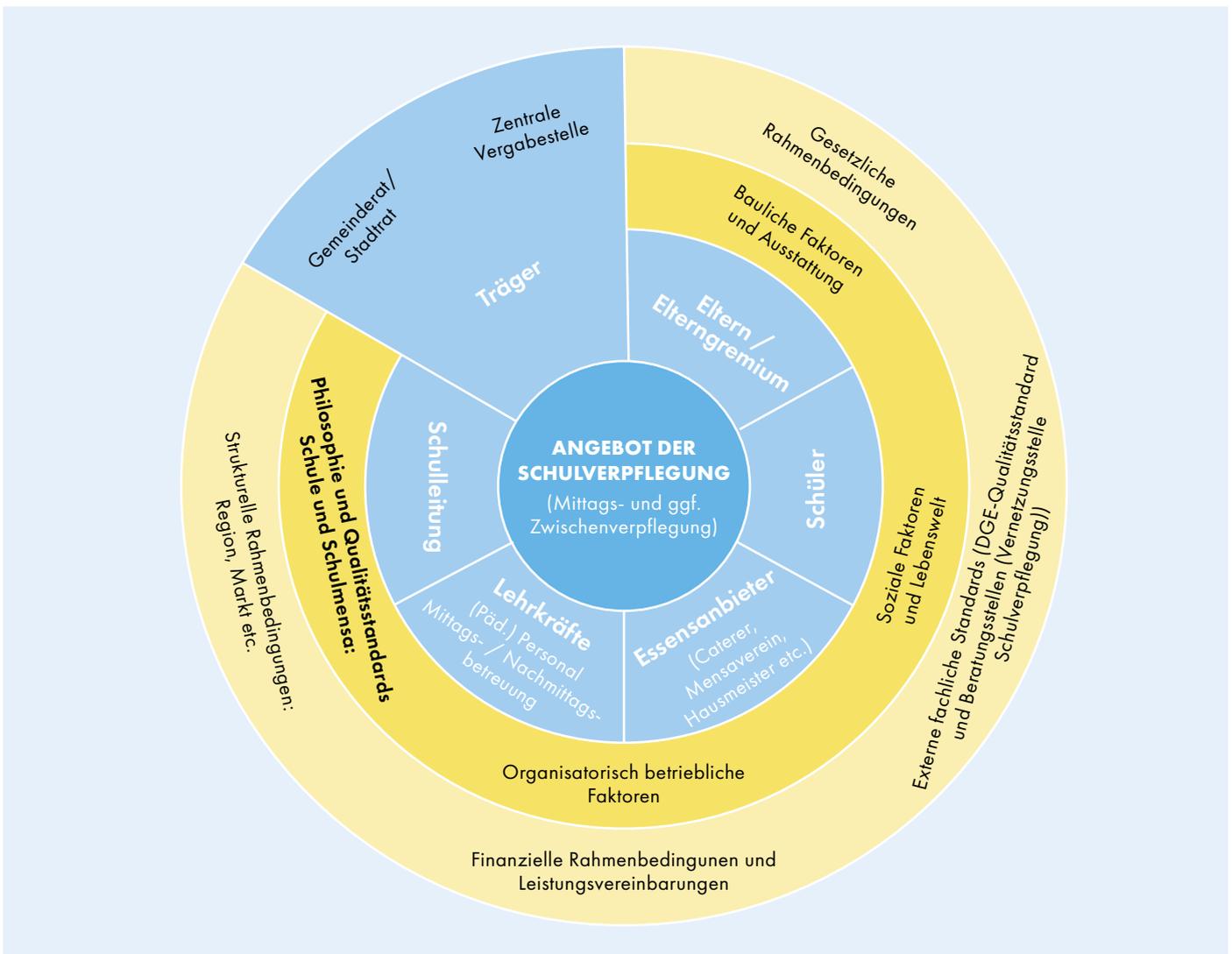
**VERNETZUNGSSTELLEN
SCHULVERPFLEGUNG BERATEN
FÜR EINE HOHE QUALITÄT
IN DER SCHULVERPFLEGUNG**

Das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft hat bereits 2008 zusammen mit allen Bundesländern die „Vernetzungsstellen Schulverpflegung“ eingerichtet, die unabhängig und verlässlich fachliche Hilfestellungen in allen Aspekten der Schulverpflegung – Planung, Aufbau, Optimierung – geben. Eine zentrale Aufgabe aller Vernet-

zungsstellen ist es, den „Qualitätsstandard für die Verpflegung in Schulen“ der Deutschen Gesellschaft für Ernährung bekannt zu machen und seine Implementierung in den Schulen durch Beratungs- und Qualifizierungsmaßnahmen zu unterstützen. Damit ein Verpflegungskonzept auf dieser Basis gelingt, gibt es bereits zahlreiche Handlungshilfen, die über das Nationale Qualitätszentrum (NOZ) zum kostenfreien Download zur Verfügung stehen.¹³

Auch die im Januar 2024 veröffentlichte Ernährungsstrategie der Bundesregierung¹⁴, die eine gute Ernährung für alle Menschen in Deutschland zum Ziel hat, sieht in der Verpflegung in Schulen einen

ABB. 2: AKTEURE UND RAHMENBEDINGUNGEN DER SCHULVERPFLEGUNG¹⁸



wichtigen Ansatzpunkt, um viele Kinder und Jugendliche mit einem gesundheitsförderlichen Angebot zu erreichen.

SCHULVERPFLEGUNG – EINE GROSSE CHANCE FÜR ERNÄHRUNGSKOMMUNIKATION UND ERNÄHRUNGSBILDUNG

In der Schule bieten sich viele Gelegenheiten, ganz gezielt oder nebenbei über Ernährung ins Gespräch zu kommen. Hier können Kompetenzen zum einen mit Blick auf eine bedarfsgerechte Ernährung und zum anderen mit Blick auf die Gestaltung von Esskultur im Kontext von Mahlzeiten gefördert werden.¹⁵

Wünschenswert ist eine Mensa, in der sich alle wohl fühlen – auch die Lehrkräfte. Eine angenehme Essatmosphäre kann soziale Bindungen fördern, den Zusammenhalt stärken und damit sowohl einen Beitrag für das individuelle Wohlbefinden als auch für die Leistungsfähigkeit leisten. Unterricht ist für Lehrende anstrengend, Pausen sind wichtig. Wo sich aber die Gelegenheit zu einer gemeinsamen Mahlzeit in einem angenehmen Ambiente bietet, bietet sich auch die Chance, mit den Schülern und Schülerinnen außerhalb des Unterrichts ins Gespräch zu kommen und vielleicht viel mehr über individuelle Sorgen und Nöte, aber auch über Wünsche und Ziele zu erfahren. Zudem können, sofern der Lehrplan es zulässt, Mensa-Themen mit dem Unterricht vernetzt werden. Beispiele sind die Herkunft von Speisen, die in Geographie beleuchtet werden könnte, die Arbeitsbedingungen in den Erzeugerländern, die in Ethik diskutiert werden könnten, der Kalorienvergleich verschiedener Lebensmittel, der sich in den Matheunterricht einbinden lässt oder die zum Garen von Speisen notwendige Energiezufuhr, die in der Physikstunde berechnet werden kann. Hier ließe sich eine Fülle weiterer Beispiele aufzeigen, die das Essen neben den Faktoren Genuss und Sättigung viel erlebbarer machen würden.

Auch die Integration von Schülern und Schülerinnen mit anderen kulturellen Hintergründen lässt sich über das Angebot von entsprechenden Speisen sehr gut för-

dern. Das Erlernen eines gesundheitsförderlichen und nachhaltigen Essverhaltens kann durch eigene Erfahrungen und durch Maßnahmen der Ernährungsbildung in der Schule entscheidend gestärkt werden. Wenn die Ernährungsbildung mit einem gesundheitsfördernden und nachhaltigen Verpflegungsangebot gut verzahnt wird, können Kinder und Jugendliche lernen, dauerhaft verantwortungsvoll mit ihrer Gesundheit und den begrenzten Ressourcen dieser Erde umzugehen.

VERPFLEGUNG IN DER SCHULE – EINE GROSSE CHANCE FÜR (MEHR) SOZIALE GERECHTIGKEIT

Ernährungsarmut spielt in Deutschland inzwischen eine bedeutende Rolle. Wenn das Angebot der Ganztagschulen zügig ausgebaut wird und damit auch immer mehr Schulen eine hochwertige Verpflegung anbieten (können), profitieren sehr viele Lernende davon. Derzeit werden für leistungsberechtigte Kinder und Jugendliche, die an einer Mittagsverpflegung ihrer Kita oder Schule teilnehmen, die Aufwendungen über die Bildungs- und Teilhabeleistungen erstattet. Eine nach Möglichkeit kostenfreie Schulverpflegung ermöglicht allen Schülern und Schülerinnen den Zugang und verringert damit die in Bezug auf die Nährstoffzufuhr oben beschriebenen Nachteile von Kindern und Jugendlichen mit niedrigem SES. Eine kostenfreie Schulverpflegung kann dabei auf verschiedenen Ebenen wirken. **Es wird nicht nur die rein materielle Ernährungsarmut von Kindern und Jugendlichen bzw. deren Familien, denen es aufgrund fehlender finanzieller Mittel nicht möglich ist, sich gesundheitsfördernd zu ernähren, sondern auch die soziale Ernährungsarmut bekämpft.** Diese impliziert, dass Menschen bei fehlenden finanziellen Ressourcen von der sozialen Teilhabe durch gemeinsames Essen ausgeschlossen sind, weil sie sich beispielsweise die Kosten für ein Mensaessen nicht leisten können. Ist die Schulverpflegung für alle kostenfrei, wird jegliche Form der Stigmatisierung sowie des hohen bürokratischen Aufwands für diejenigen, die Unterstüt-



zung anfordern müssen, unterbunden. Derzeit sieht die Ernährungsstrategie des Bundes dies noch nicht vor.¹⁴

Auch der Bürgerrat „Ernährung im Wandel“ fordert gegenüber dem Deutschen Bundestag die bundesweite Einführung eines täglichen, kostenfreien und gesunden Mittagessens an Kitas und Schulen. Das Gremium empfiehlt, dass die Finanzierung, die primär Ländersache ist, mindestens zur Hälfte über den Bund erfolgen solle.¹⁶

FAZIT: SCHULVERPFLEGUNG ALS SCHLÜSSEL ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Die Schulverpflegung bietet eine wesentliche Chance, alle Kinder und Jugendlichen unabhängig von ihrem sozialen oder ökonomischen Hintergrund mit ausgewogenen und gesunden Mahlzeiten zu versorgen. Angesichts der steigenden Prävalenz von Übergewicht und den damit verbundenen Gesundheitsrisiken unter Kindern und Jugendlichen ist eine qualitativ hochwertige Schulverpflegung entscheidend. Die Einführung des DGE-Qualitätsstandards und die Beratung durch Vernetzungsstellen spielen eine zentrale Rolle dabei, Schulen in die Lage zu versetzen, gesunde Ernährungsgewohnheiten zu fördern. Um Chancengleichheit zu gewährleisten und Ernährungsungleichheiten zu bekämpfen, sollte zudem die Schulverpflegung idealerweise kostenfrei angeboten werden.

Kurz & knapp:

Die Schule ist ein zentraler Lebensraum für Kinder und Jugendliche, der nicht nur das Lernen, sondern auch wichtige soziale und gesundheitliche Entwicklungen fördert. Laut „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC), einer der größten internationalen Studien zur Kinder- und Jugendgesundheit weltweit, beeinflussen das Schulklima und die Qualität der schulischen Beziehungen das Wohlbefinden und die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler maßgeblich. Positive Beziehungen zu Lehrkräften und anderen Kindern und Jugendlichen sowie eine unterstützende Schulumgebung fördern das psychische und physische Wohlbefinden. Die HBSC-Studie liefert wertvolle Daten für politische Entscheidungsträgerinnen und -träger, indem sie aktuelle Herausforderungen, insbesondere in den Bereichen psychische Gesundheit, Gesundheitskompetenz und soziale Ungleichheiten aufzeigt.



Schule als Ort der Gesundheitsförderung: Ergebnisse der HBSC-Studie

Welche Rolle spielt das Schulklima für das Wohlbefinden und die Gesundheit junger Menschen?

Wie wirken sich positive Beziehungen zu Lehrkräften, Mitschülerinnen und Mitschülern auf das psychische und physische Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen aus?

Welche gesundheitlichen Herausforderungen identifiziert die HBSC-Studie 2022 im schulischen Kontext?

Theresa Schierl und Prof. Matthias Richter stellen uns die neuesten Auswertungen vor.

Eine zentrale Aufgabe der Forschung im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit besteht darin, Trends in der gesundheitlichen Entwicklung aufzuzeigen und Zielgruppen für präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen zu identifizieren. Die „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) ist eine der größten internationalen Studien zur Kinder- und Jugendgesundheit weltweit und kooperiert mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO). In Deutschland und in etwa 50 weiteren Nationen werden alle vier Jahre Heranwachsende im Alter von 11, 13 und 15 Jahren zu ihrer Gesundheit, ihrem Gesundheitsverhalten und zu ihren sozialen Rahmenbedingungen befragt. Zuletzt wurden 2022 6.475 Schülerinnen und Schüler an 174 deutschen Schulen interviewt. Der HBSC-Studienverbund setzt sich aktuell aus fünf Standorten zusammen: Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg (Prof. Dr. Ludwig Bilz), Hochschule Fulda (Prof. Dr. Katharina Rathmann, Prof. Dr. Kevin Dadaczynski), Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (Dr. Irene Moor; Co-Leitung & Koordination), Technische

THERESA SCHIERL

PROF. DR. PHIL. MATTHIAS RICHTER

Lehrstuhl Soziale Determinanten der Gesundheit der Fakultät für Sport- und Gesundheitswissenschaften, Technische Universität München

Universität München (Prof. Dr. Matthias Richter; Leitung & Koordination), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Prof. Dr. Ulrike Ravens-Sieberer).

Im Gegensatz zu rein epidemiologischen Studien steht bei der HBSC-Studie die Erhebung von verknüpfbaren Daten aus verschiedenen sozialen Kontexten im Vordergrund. Diese Daten umfassen die soziale Lage, die familiäre Situation, die Schule und den Kontakt zu Gleichaltrigen, um ein umfassendes Bild der gesundheitlichen Situation und der Lebensbedingungen von Heranwachsenden zu zeichnen und für die Entwicklung von Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategien nutzbar

zu machen. Die Schule als Erhebungsort ist besonders passend, da sie ein zentraler Lebensraum für Kinder und Jugendliche ist, in dem sie einen Großteil ihrer Zeit verbringen. Zudem sind Schulen Orte, an denen verschiedene soziale Einflüsse zusammenkommen (wie z.B. die Interaktion mit Gleichaltrigen und Lehrkräften), was die Erhebung von Daten über gesundheitliche Verhaltensweisen und soziale Rahmenbedingungen besonders wertvoll macht. Durch die Einbeziehung der Schule als Erhebungsort können Forschende ein umfassendes und realistisches Bild der gesundheitlichen Situation und Bedürfnisse der Schülerinnen und Schüler erhalten, was für die Entwicklung effektiver Präventions- und Interventionsmaßnahmen unerlässlich ist.

SCHULE ALS ZENTRALER LEBENSRAUM

Die Schule spielt eine zentrale Rolle im Leben von Kindern und Jugendlichen. Sie ist nicht nur ein Ort des Lernens, sondern auch ein bedeutender sozialer Raum, in

dem wichtige Entwicklungsprozesse stattfinden. Schulen bieten eine Plattform für soziale Interaktionen, den Aufbau von Freundschaften und die Entwicklung sozialer Kompetenzen. Gleichzeitig kann das schulische Umfeld sowohl positive als auch negative Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Schülerinnen und Schüler haben.

Die HBSC-Studie zeigt, dass das Schulklima und die Qualität der schulischen Beziehungen entscheidende Faktoren für das Wohlbefinden und die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind. Positive Beziehungen zu Lehrkräften, Mitschülerinnen und Mitschülern sowie eine unterstützende und respektvolle Schulumgebung fördern das psychische und physische Wohlbefinden der Schülerinnen und Schüler. Schulen haben die Möglichkeit, durch gezielte Maßnahmen das Gesundheitsverhalten zu beeinflussen und ein gesundheitsförderliches Umfeld zu schaffen. Dies umfasst unter anderem die Förderung körperlicher Aktivität, gesunder Ernährung, mentaler Gesundheit und sozialer Integration, aber auch die Entwicklung von Gesundheitskompetenzen (Health Literacy). Die Ergebnisse der HBSC-Studie bieten wertvolle Einblicke in die gesundheitlichen Herausforderungen und Chancen, die im schulischen Kontext bestehen.

PSYCHISCHES WOHLBEFINDEN

Die Ergebnisse der HBSC-Studie 2022 zeigen, dass etwa 84 Prozent der befragten Schülerinnen und Schüler eine gute subjektive Gesundheit und etwa 87 Prozent eine hohe Lebenszufriedenheit berichten. Allerdings gibt es im Vergleich zur Befragung von 2017/18 eine **leichte Verschlechterung im Wohlbefinden der Schülerinnen und Schüler**. Weitere Trendverläufe verdeutlichen, dass psychosomatische Beschwerden wie Bauch- oder Kopfschmerzen, Einschlafprobleme oder Gereiztheit seit den Befragungen vom Schuljahr 2009/2010 bis zum Jahr 2022 kontinuierlich zugenommen haben. Davon betroffen sind vor allem Mädchen jeden Alters sowie ältere Schüler.¹

Der Anstieg psychosomatischer Be-

schwerden könnte mit verschiedenen Faktoren zusammenhängen, darunter schulischer Stress, gesellschaftlicher Druck und die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie. Die Studie zeigt, dass 41,7 Prozent aller Befragten von mehrfachen psychosomatischen Beschwerden berichten, wobei der Anteil bei Mädchen (52,2%) und genderdiversen Schüler*innen (80,4%) deutlich höher liegt als bei Jungen (29,8%). Diese Beschwerden nehmen mit zunehmendem Alter zu, was die Notwendigkeit zielgruppenspezifischer Präventionsmaßnahmen unterstreicht.¹

KÖRPERLICHE AKTIVITÄT

Für die körperliche Aktivität zeigt die aktuelle HBSC-Studie, dass **10,8 Prozent der Mädchen und 20,9 Prozent der Jungen die tägliche Bewegungsempfehlung erreichen**. Weitere Indikatoren wie geringe körperliche oder sportliche Aktivität zeigen ebenfalls große geschlechtsspezifische Unterschiede. Mädchen berichten seltener als Jungen, dass sie die Bewegungsempfehlungen erfüllen, was auf Unterschiede in den Bewegungsgewohnheiten und möglicherweise auch auf geschlechtsspezifische soziale Normen zurückzuführen sein könnte.²

Zwischen 2009/10 und 2022 zeigen sich stabile Trends in der körperlichen Aktivität bei Jungen, während die Aktivität bei Mädchen leicht abgenommen hat. Die COVID-19-Pandemie und die damit verbundenen Einschränkungen haben die körperliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen erheblich beeinflusst, was die Notwendigkeit effektiver Bewegungsförderungsprogramme unterstreicht.²

GESUNDHEITSKOMPETENZ

In Bezug auf die Gesundheitskompetenz von Schülerinnen und Schülern zeigt sich, dass etwa ein Viertel der Befragten größere Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen haben. Jüngere Schülerinnen und Schüler sowie Kinder und Jugendliche aus anderen Schulformen als dem Gymnasium oder aus Familien mit niedrigerem Wohlstandsniveau zeigten

eine geringere Gesundheitskompetenz.³

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass eine **hohe psychosomatische Beschwerdelast häufig mit einer geringen Gesundheitskompetenz einhergeht**. Diese Erkenntnisse betonen die Notwendigkeit, die Gesundheitskompetenz bereits in jungen Jahren zu fördern, um langfristig positive Gesundheitsergebnisse zu erzielen. Programme zur Steigerung der Gesundheitskompetenz sollten daher integraler Bestandteil der schulischen Bildung sein und besonders auf benachteiligte Gruppen abzielen.



SOZIALE UNGLEICHHEIT

Die aktuelle HBSC-Studie zeigt auch deutliche Unterschiede in der Lebenszufriedenheit und dem Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit vom familiären Wohlstand. Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Wohlstand berichten häufiger von einer niedrigen Lebenszufriedenheit, schlechterer subjektiver Gesundheit und erfüllen seltener die Bewegungsempfehlungen von 60 Minuten täglicher körperlicher Aktivität. Diese sozialen Ungleichheiten sind besonders bei der Lebenszufriedenheit ausgeprägt: Während lediglich 10,1 Prozent der Mädchen und 4,7 Prozent der Jungen mit hohem familiärem Wohlstand ihre Lebenszufriedenheit als niedrig einstufen, sind es unter denjenigen mit niedrigem familiärem Wohlstand mehr als doppelt so viele Mädchen (24,1%) und mehr als dreimal so viele Jungen (17,4%).⁴

Im Zeitverlauf von 2009/10 zu 2022

blieben diese sozioökonomischen Unterschiede sowohl in der Gesundheit als auch im Gesundheitsverhalten überwiegend konstant. Diese anhaltenden Ungleichheiten verdeutlichen, dass bisherige Maßnahmen zur Reduktion dieser Unterschiede nicht ausreichend waren und weitere Anstrengungen erforderlich sind, um gleiche Chancen auf ein gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen zu gewährleisten.⁴

MOBBING UND CYBERMOBBING

Mobbing ist eine Form der Gewalt, die mit der Absicht zu schädigen und einem Machtungleichgewicht zwischen den Beteiligten wiederholt ausgeübt wird. Aufgrund vielfältiger negativer Folgen stellt Mobbing ein bedeutsames Gesundheitsrisiko für Heranwachsende dar. Die Daten der HBSC-Studie 2022 zeigen, dass rund 14 Prozent der Lernenden in Deutschland direkte Erfahrungen als Mobbende und/oder Gemobbte in der Schule machen. Rund 7 Prozent berichteten entsprechende Erfahrungen mit Cybermobbing. Im Zeitverlauf seit 2009/10 nahm schulisches Mobbing ab, blieb 2022 im Vergleich zu 2017/18 aber stabil. Cybermobbing nahm 2022 im Vergleich zu 2017/18 dagegen zu.⁵

Diese Ergebnisse verdeutlichen die Notwendigkeit, sowohl schulische als auch außerschulische Maßnahmen zur Prävention von Mobbing und Cybermobbing zu stärken. Programme zur Förderung eines positiven Schulklimas, die Sensibilisierung für die Auswirkungen von Mobbing und die Unterstützung betroffener Schülerinnen und Schüler sind entscheidend, um die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen zu schützen.⁵

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die HBSC-Studie leistet einen elementaren Beitrag zur Public Health, da sie international vergleichbare Ergebnisse liefert, die Analyse von Trendentwicklungen ermöglicht und umfangreiche repräsentative Daten zum Gesundheitsmonitoring für Sta-

tholder bereitstellt. Die aktuellen Ergebnisse der HBSC-Studie 2022 verdeutlichen, dass trotz positiver Entwicklungen in einigen Bereichen weiterhin erhebliche Herausforderungen bestehen, insbesondere im Hinblick auf die psychische Gesundheit, die Gesundheitskompetenz und die sozialen Ungleichheiten.

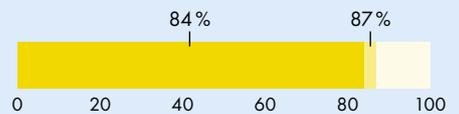
Um die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen nachhaltig zu verbessern, sind gezielte Präventions- und Gesundheitsförderungsstrategien erforderlich, die auf die spezifischen Bedürfnisse und Herausforderungen dieser Zielgruppe eingehen. Dies schließt die **Förderung der psychischen Gesundheit, die Steigerung der körperlichen Aktivität, die Verbesserung der Gesundheitskompetenz und die Reduktion sozialer Ungleichheiten** ein. Darüber hinaus ist es wichtig, kontinuierlich Daten zu erheben und zu analysieren, um die Wirksamkeit der Maßnahmen zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen.

Die Schule ist als Raum für Prävention besonders wichtig und bietet sich hervorragend dafür an. Schulen sind zentrale Orte im Leben von Kindern und Jugendlichen, an denen sie regelmäßig und über lange Zeiträume hinweg zusammenkommen. Dies ermöglicht es, präventive Maßnahmen kontinuierlich und systematisch umzusetzen und zu evaluieren. Zudem bietet die schulische Umgebung eine Plattform, um eine Vielzahl von Präventionsprogrammen zu integrieren, die sowohl körperliche als auch psychische Gesundheit fördern. Schulen haben auch die Kapazität, Eltern und Gemeinschaften einzubeziehen, was die Reichweite und Effektivität von Präventionsmaßnahmen erheblich steigern kann. Durch die Einbindung von Lehrkräften, Schulsozialarbeitern und anderen Fachkräften können umfassende Unterstützungsnetzwerke aufgebaut werden, die Schülerinnen und Schüler in ihrer Entwicklung unterstützen und stärken. Insgesamt bieten Schulen eine einzigartige und wertvolle Gelegenheit, präventive Gesundheitsmaßnahmen effektiv zu implementieren und so die Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen langfristig zu fördern.

Ergebnisse der HBSC-Studie 2022

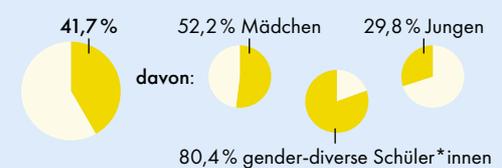
SUBJEKTIVE GESUNDHEIT & LEBENSZUFRIEDENHEIT

Etwa 84 Prozent der befragten Schülerinnen und Schüler berichten von einer guten subjektiven Gesundheit. Etwa 87 Prozent geben an, eine hohe Lebenszufriedenheit zu haben.



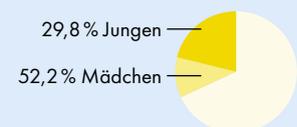
PSYCHOSOMATISCHE BESCHWERDEN

41,7 Prozent aller Befragten berichten von mehrfachen psychosomatischen Beschwerden. Der Anteil liegt bei Mädchen bei 52,2 Prozent, bei gender-diversen Schüler*innen bei 80,4 Prozent und bei Jungen bei 29,8 Prozent.



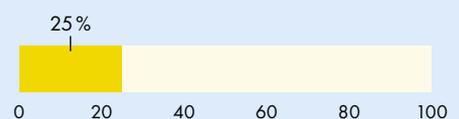
KÖRPERLICHE AKTIVITÄT

10,8 Prozent der Mädchen und 20,9 Prozent der Jungen erreichen die tägliche Bewegungsempfehlung.



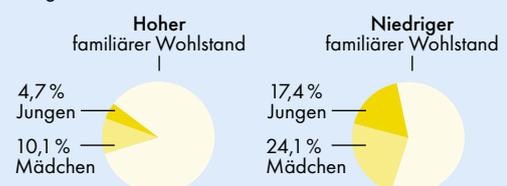
GESUNDHEITSKOMPETENZ

Etwa ein Viertel der befragten Schülerinnen und Schüler haben größere Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen.



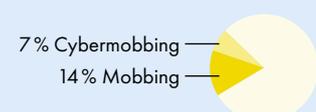
LEBENSZUFRIEDENHEIT IN ABHÄNGIGKEIT VOM FAMILIÄREN WOHLSTAND

10,1 Prozent der Mädchen und 4,7 Prozent der Jungen mit hohem familiärem Wohlstand stufen ihre Lebenszufriedenheit als **niedrig** ein. Bei Schülerinnen und Schülern mit niedrigem familiärem Wohlstand sind es 24,1 Prozent der Mädchen und 17,4 Prozent der Jungen.



MOBBING & CYBERMOBBING

Rund 14 Prozent der Lernenden in Deutschland haben direkte Erfahrungen als Mobbende und/oder Gemobbte in der Schule gemacht. Rund 7 Prozent berichteten entsprechende Erfahrungen mit Cybermobbing.



INTERVIEW MIT
PROF. KLAUS ÜBERLA

„In den Schulen könnten wir
das Wissen über Impfungen und deren
Umsetzung nachhaltig steigern.“

Die Schutzimpfung gegen Humane Papillomaviren (HPV) kann das Risiko für bestimmte Krebserkrankungen senken. Gleichwohl nehmen viel zu wenige junge Menschen diese Impfung für sich in Anspruch. Das Thema HPV-Impfung zeigt, wie wichtig die Vermittlung von Gesundheitswissen ist. Welche Rolle kann die Schule einnehmen, wenn es darum geht, die Impfquoten zu steigern?

Prof. Klaus Überla, bis vor Kurzem Vorsitzender der Ständigen Impfkommission (STIKO), im Gespräch mit Prof. Heidrun Thaiss und Prof. Berthold Koletzko.



PROF. DR. MED. KLAUS ÜBERLA

war von 2017 bis 2024 Mitglied der Ständigen Impfkommission (STIKO) und zuletzt auch deren Vorsitzender. Er ist Direktor des Virologischen Instituts am Universitätsklinikum Erlangen.

Herr Prof. Koletzko:

Herr Prof. Überla, kürzlich haben Sie sich in einem Interview für Impfungen an Schulen, insbesondere auch in Hinblick auf die HPV-Impfungen, ausgesprochen. Was hat Sie dazu veranlasst?

Herr Prof. Überla: Hintergrund für diesen Gedanken waren die nach wie vor unbefriedigenden Impfquoten, die wir in Deutschland besonders bei der HPV-Impfung haben. Mädchen im Alter von 15 Jahren sind nur zu etwa 54 Prozent vollständig gegen HPV geimpft. Bei den Jungen sind es nur noch etwa 25 Prozent. WHO und EU verfolgen das Ziel der Elimination des Zervixkarzinoms. Die EU fordert zusätzlich die Bekämpfung weiterer HPV-bedingter Krebserkrankungen. Bis 2030 sollen mindestens 90 Prozent der 15-jährigen Mädchen gegen HPV geimpft sein und bei den 15-jährigen Jungen ist eine deutliche Steigerung der

Impfraten zu erreichen. **Von diesem Ziel sind wir in Deutschland aktuell meilenweit entfernt.** Ich sehe derzeit auch keine wirklich effektiven Maßnahmen, um hier voranzukommen. Deshalb glaube ich, dass wir neue Wege beschreiten müssen.

Herr Prof. Koletzko:

Der Gesundheitsminister plant, die Krankenkassen dazu zu verpflichten, Jugendliche ab 12 Jahren schriftlich zur Teilnahme an der J1-Untersuchung einzuladen. Halten sie das für einen zielführenden Beitrag, um die HPV-Impfquoten zu steigern?

Herr Prof. Überla: Bei den Gesundheitsuntersuchungen für Kinder, den sogenannten U-Untersuchungen, verzeichnen wir Teilnahmequoten von über 90 Prozent. Da sehen wir wirklich große Erfolge dieses Einladungswesens. Diese Untersuchungen sind auch Gelegenheiten, bei denen

geimpft wird. Aus diesem Grund haben wir gute Impfquoten im frühen Kindesalter. Die J1-Untersuchung für 12- bis 14-Jährige wird jedoch von weniger als der Hälfte der Jugendlichen wahrgenommen. In diesem Alter gehen junge Menschen seltener zum Arzt, und wenn doch, dann meist aufgrund akuter Erkrankungen, was keine geeigneten Zeitpunkte für Impfungen sind. **Daher könnte es durchaus sinnvoll sein und dazu beitragen, die Impfraten zu erhöhen, wenn mehr Jugendliche im Rahmen der J1-Untersuchung die Kinderarztpraxen aufsuchen.** Allerdings bin ich etwas skeptisch, ob ein verpflichtendes Einladungssystem wirklich einen entscheidenden Wandel herbeiführen wird.

Frau Prof. Thaiss: Bei der HPV-Impfung haben wir eine besondere Situation, da sich – im Gegensatz zu anderen Impfungen – die Empfehlungen hinsichtlich des Alters und Geschlechts geändert haben. Die STIKO empfiehlt seit 2014 die Impfung für Mädchen und seit 2018 auch für Jungen im Alter von 9–14 Jahren. Daher ist es bei der J1-Untersuchung fast schon zu spät für die HPV-Impfung. Es wäre vorteilhafter, dieses Thema möglichst frühzeitig anzusprechen.

Herr Prof. Überla: Ja, medizinisch ergibt es natürlich Sinn, früh zu impfen, weil ich dann möglichst viele junge Menschen vor ihrem ersten Geschlechtsverkehr erreicht habe. Auf der anderen Seite bin ich mir nicht sicher, wie man eine bessere Akzeptanz erreicht, wenn man mit Eltern von neunjährigen Kindern über sexuell übertragbare Erkrankungen spricht. Es ist wichtig, genau zu analysieren, wo die beste Resonanz erzielt werden kann. Jugendliche ab 12 Jahren befinden sich in einem Alter, in dem sie möglicherweise in der Lage und bereit sind, Verantwortung für ihre eigene Gesundheit zu übernehmen. Daher ist es entscheidend, die **effektivsten Kommunikationskanäle und -strategien zu identifizieren.** Bei der HPV-Impfung geht es im Wesentlichen darum, diese rechtzeitig vor den ersten Sexualkontakten zu verabreichen. Gleichzeitig stellt dies auch eine **kommunikative Herausforderung** dar, da der Kontext

dieser Impfung anders ist als bei anderen Impfungen.

Herr Prof. Koletzko:

Die HPV-Impfung erfordert eine besonders sensible Kommunikation. Wie passt das mit der Idee vom Impfen in der Schule zusammen? Mit welchen Herausforderungen rechnen sie bei der praktischen Umsetzung?

Herr Prof. Überla: Ich denke, es geht hier in erster Linie um die **Vermittlung von Gesundheitswissen.** Ich stelle mir das Ganze eingebettet in curriculare Aktivitäten vor, also dass das Thema in der Schule behandelt wird. Das Beispiel der Humanen Papillomaviren bietet eine hervorragende Gelegenheit, Jugendlichen grundlegendes Wissen über Krebserkrankungen zu vermitteln. Sie könnten lernen, wie bestimmte Krebsarten durch Viren verursacht werden und dass Humane Papillomaviren durch Geschlechtsverkehr und intime Kontakte übertragen werden. Darüber hinaus könnte man aufzeigen, wie Impfungen generell dazu beitragen können, sich vor impfpräventablen Erkrankungen zu schützen. Auf diese Weise könnte Gesundheitswissen über Impfungen fest in den Bildungsinstitutionen verankert werden. Gleichzeitig hätten wir die Möglichkeit, Jugendliche direkt und zielgruppenspezifisch mit der notwendigen Sensibilität anzusprechen. Wenn man das dann mit einem niederschweligen Impfangebot in den Schulen kombiniert, könnte es dazu beitragen, dass mehr junge Menschen und ihre Familien sich für die Impfung entscheiden und die Gesundheitskompetenz beim Thema Impfen nachhaltig gesteigert wird.

Herr Prof. Koletzko:

Wenn wir Impflücken direkt über die Schulen schließen wollen, müssten wir das von Ihnen erwähnte Impfangebot vor Ort schaffen. Gesundheitsbehörden, Öffentlicher Gesundheitsdienst und Schulen müssten dafür zusammenarbeiten.



PROF. DR. MED. HEIDRUN THAISS

ist Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie, Professorin für Health Promotion an der School of Medicine and Health der TU München, Vorstandsvorsitzende des Nationalen Aktionsbündnisses Impfen, Mitglied des Mission Board on Vaccination in Europe, Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat der Stiftung Kindergesundheit, Public Health-Expertin und ehemalige Schulärztin sowie ehemalige Leiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.



PROF. DR. MED. DR. H.C. MULT. BERTHOLD KOLETZKO

ist Präsident der European Academy of Pediatrics, Leiter der Abt. Stoffwechsel- und Ernährungsmedizin, Kinderklinik und Kinderpoliklinik am Dr. von Haunerschen Kinderspital der Universität München und 1. Vorsitzender der Stiftung Kindergesundheit.

Wie aber kann diese Zusammenarbeit gefördert und gestaltet werden? Was kann man tun, um zu vermeiden, dass die Öffentlichen Gesundheitsdienste durch Impfungen in der Schule überlastet werden?

Herr Prof. Überla: Wie man das Impfen an den Schulen organisiert, ist letztlich eine politische Entscheidung. Ich kann mir da verschiedene Varianten vorstellen.

Frau Prof. Thaiss: Lassen Sie mich an dieser Stelle etwas über die Situation in Deutschland berichten. Im Rahmen des Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst wurden 4 Milliarden Euro in den öffentlichen Gesundheitsdienst investiert, einschließlich des Personalaufbaus. Allerdings wurde



dabei nicht unbedingt der Fokus auf die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste gelegt. Idealerweise wäre es so, dass wir einen Impfarzt für jede Schule hätten, auch als Ansprechpartner. Umfragen zeigen jedoch, dass sich die Menschen Informationen zu Impfungen an erster Stelle vom Haus- und Kinderarzt wünschen. Gerade bei der HPV-Impfung ist eine einfühlsame und professionelle Kommunikation von großer Bedeutung. Idealerweise sollte diese von Personen erfolgen, zu denen ein

Vertrauensverhältnis besteht. Daher setze ich mich dafür ein, Schulgesundheitsfachkräfte, die am Gesundheitsamt angesiedelt sind, zu etablieren. Anders als in bisherigen deutschen Modellprojekten könnten sie dauerhaft eine aktive und vertrauenswürdige Rolle übernehmen. Ihre Aufgabe wäre es, Gesundheitswissen zu vermitteln und die Umsetzung von Impfungen als Teil der Gesundheitskompetenz an Schulen sicherzustellen.

Herr Prof. Koletzko:

Kennen Sie Beispiele aus anderen Ländern, wo HPV Impfungen tatsächlich erfolgreich an Schulen durchgeführt werden? Gibt es da Modelle, von denen wir lernen können?

Herr Prof. Überla: Meiner Kenntnis nach werden HPV-Impfungen in Australien flächendeckend durchgeführt. Aber das ist natürlich ein komplett anderes System. Was ich dort besonders eindrucksvoll fand, war die Beobachtung, dass die HPV-Impfung zunächst nur bei Mädchen durchgeführt wurde, dennoch aber die Häufigkeit von Genitalwarzen auch bei gleichaltrigen Jungen zurückging. Dies ist ein hervorragendes Beispiel dafür, dass eine Impfung nicht nur den eigenen Schutz erhöht, sondern auch den des Partners. Dies könnte ein wichtiger Aspekt sein, den man im schulischen Kontext gut kommunizieren könnte – ein Appell an das Verantwortungsbewusstsein der Jugendlichen.

Herr Prof. Koletzko:

Wo liegen denn Ihrer Meinung nach in Deutschland die größten Herausforderungen? Woran hapert es bei uns im Vergleich zu anderen Ländern?

Herr Prof. Überla: Da sehe ich bei uns eine **Lücke in der Surveillance von Impfraten**. In Deutschland sind wir unzureichend digitalisiert. Im Prinzip hätte man über Krankenkassendaten doch sehr gute Informationen zu Impfraten und Impfeffektivitäten. In anderen Ländern bekommt man diese

Zusätzlich sehe ich eine gewisse Impfmüdigkeit, die in Deutschland relativ stark ausgeprägt ist. Es wird letztlich zu wenig wahrgenommen, welchen Schutz Impfungen bieten und dass man diesen kostenlos in Anspruch nehmen kann. **Wir investieren sehr viel in Impfungen und das wird von Teilen der Bevölkerung nicht wirklich wertgeschätzt.**

Frau Prof. Thaiss:

Welche Rolle würden Sie der STIKO in diesem Zusammenhang beimessen? Befürworten Sie ein gemeinsames Vorgehen vieler Akteure und Akteurinnen, um öffentliche Aufmerksamkeit für das Thema zu generieren und aus unterschiedlichen Kontexten auf das Thema hinzuweisen? Wie könnten wir zusammen im Kontext Schule erfolgreich sein?

Herr Prof. Überla: Die Aufgabe der STIKO ist letztlich, wissenschaftsbasierte Empfehlungen zu erarbeiten und diese an die impfenden Ärztinnen und Ärzte zu kommunizieren. Die Aufgabe der Kommunikation in die Bevölkerung liegt primär bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bzw. dem zukünftigen Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin. **Obwohl die STIKO gerne dazu beitragen würde, den Impfgedanken weiter zu verbreiten, sind wir in der Geschäftsstelle personell stark eingeschränkt.** Dies führt bereits jetzt dazu, dass wir nicht alle Impfeempfehlungen ausarbeiten können, die wir gerne erarbeiten würden. Daher sehe ich die Rolle der STIKO im Wesentlichen darin, durch Stellungnahmen und ähnliche Maßnahmen gezielt auf die Notwendigkeit der HPV-Impfungen hinzuweisen.

Frau Prof. Thaiss: Letzteres ist ein gutes Beispiel. Ihre Äußerungen zum Thema Impfen und Schule haben dazu beigetragen, dass das Thema mehr Aufmerksamkeit erhält und Unterstützung von verschiedenen Seiten erfährt. Eine aktive Rolle der STIKO könnte dazu führen, dass sich weitere Akteure anschließen, wodurch auch auf

ABB. 1: HPV – ZAHLEN UND FAKTEN

- HPV-Infektionen zählen weltweit zu den häufigsten sexuell übertragbaren Infektionen.¹
- 85 % bis über 90 % aller Menschen infizieren sich mindestens einmal im Laufe des Lebens mit HPV.²
- In Deutschland erkranken jedes Jahr ca. 7.850 Frauen und Männer an HPV-bedingten Krebsarten.¹
- An HPV-bedingtem Gebärmutterhalskrebs erkranken hauptsächlich jüngere Frauen zwischen 35 und 59 Jahren. Fünf Jahre nach der Diagnose leben nur **noch** 69 von 100 Gebärmutterhalskrebs Patientinnen.³
- Trotz ärztlicher Krebsfrüherkennungsuntersuchungen versterben in Deutschland täglich ca. 4 Frauen an Gebärmutterhalskrebs.⁴
- 1.546 Frauen starben 2020 an einem Cervix-Karzinom⁴ (655 Frauen bei Straßenverkehrsunfällen⁵).
- Die HPV-Impfung ist – bislang – die einzige Impfung, die bestimmten, mit einer HPV-Infektion in Zusammenhang stehenden Krebserkrankungen vorbeugen kann.
- Seit 2014 wird die Impfung für Mädchen im Alter von 9–14 Jahren und die Nachholimpfung bis 17 Jahren von der STIKO empfohlen. Im Jahr 2018 folgte dann die STIKO-Empfehlung auch für Jungen im selben Alter.⁵
- Mit einer zeitgerechten HPV-Impfung vor dem ersten Sexualkontakt könnten mittelfristig bestimmte HPV-bedingte Krebserkrankungen sowohl bei Frauen als auch bei Männern verhindert werden.⁷
- Deutschland hat sich zur Erreichung des WHO-Ziels und Europas Plan gegen den Krebs verpflichtet. Dafür ist es notwendig, bis 2030 mindestens 90 % der 15-jährigen Mädchen vollständig gegen HPV zu impfen und die Impfquoten der Jungen deutlich zu erhöhen. 2021 lagen die HPV-Impfquoten für eine vollständige Impfserie bei 15-jährigen Mädchen jedoch lediglich bei 54 % und bei Jungen bei 27 %.⁸

politischer Ebene mehr erreicht werden könnte.

Herr Prof. Überla: Ich denke, es ist für die STIKO schwierig, konkrete Maßnahmen zu benennen. Dennoch möchte ich betonen, dass wir dringend höhere Impfraten und ein umfassenderes Wissen über Impfungen benötigen. **Die Schule bietet einen ausgezeichneten Rahmen, um dieses Wissen in der Bevölkerung nachhaltig zu verankern.**

Herr Prof. Koletzko:

Was halten Sie von anderen Zugangswegen zu Impfungen? Sehen Sie es beispielsweise unkritisch, neben COVID und Influenza auch alle anderen Impfungen in

Apotheken anzubieten oder würden sie sagen, da muss man differenzieren?

Herr Prof. Überla: Ich würde da differenzieren. Und wir hatten ja bereits über die Aufklärungsproblematik bei der HPV-Impfung gesprochen. Ich frage mich, wie diese Aufklärung in der Apotheke ablaufen sollte.

Frau Prof. Thaiss:

Was würden sie sich neben einer besseren Personalausstattung noch von der Politik wünschen? Welche Empfehlungen haben Sie bezüglich der Kommunikation der STIKO?

Herr Prof. Überla: Mehr Personal ist sicherlich erforderlich. Auch die zielgrup-

penspezifische Kommunikation spielt eine entscheidende Rolle. Allerdings bin ich unsicher, ob die STIKO hierfür die geeignete Institution ist. Jede zielgruppengerichtete Kommunikation führt zwangsläufig zu Vereinfachungen, die die notwendige wissenschaftliche Komplexität, Differenzierung und Präzision beeinträchtigen können. Daher befürworte ich, dass die STIKO weiterhin die wissenschaftliche Kommunikation an Ärztinnen und Ärzte übernimmt, während die zielgruppenspezifische Kommunikation wie bisher von professionellen Kommunikationswissenschaftlern durchgeführt wird.

Herr Prof. Koletzko: Ganz herzlichen Dank für das Gespräch und Ihnen weiterhin viel Glück und Erfolg.

Kurz & knapp:

Bewegung, Spiel und Sport sind für die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen von wesentlicher Bedeutung. Körperliche Aktivität wirkt sich positiv auf physische sowie mentale Gesundheit und Kognition aus und fördert die Entwicklung gesunder Gewohnheiten. Weltweite Empfehlungen, wie die der WHO, raten zu mindestens 60 Minuten moderater Aktivität pro Tag für Kinder. In Deutschland wird für diese Altersgruppe sogar 90 Minuten pro Tag empfohlen. Trotz des bekannten Nutzens ist jedoch das tatsächliche Bewegungsverhalten unzureichend, daher werden entsprechende Gegenmaßnahmen gefordert. Allerdings zeigt die Forschung, dass entsprechende schulbasierte Interventionen bislang nur begrenzte Erfolge erzielen.

Daher muss kritisch hinterfragt werden, inwiefern die bisher eingesetzten Maßnahmen geeignet waren, Bewegung nachhaltig im Lebensraum Schule zu etablieren.

Nachhaltiger könnten sich innovative und vielversprechende Ansätze zur Förderung der kognitiven, affektiven und physischen Dimensionen umfassenden Physical Literacy erweisen. Möglicherweise ist die Physical Literacy besser geeignet, die Entwicklung eines lebenslang aktiven Lebensstils zu unterstützen.

Die Schule kann ein zentraler Ort für die Förderung von körperlicher Aktivität sein, wobei eine systematische Umsetzung und die Berücksichtigung von Lebenswelten, der individuellen Bedürfnisse und der intrinsischen Motivation erforderlich ist. Eine strukturierte, evidenzbasierte Herangehensweise zur Bewegungsförderung in Schulen trägt nicht nur zur gesunden Entwicklung bei, sondern kann auch das schulische Umfeld positiv beeinflussen.



Bewegungsförderung im schulischen Kontext

Welchen Einfluss hat Bewegung in der Schule auf die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler?

Wie lange sollten sich Kinder und Jugendliche täglich bewegen und wie sieht die Realität aus?

Wie kann mehr Bewegung in den schulischen Alltag integriert werden?

Prof. Christine Joisten, Lena Duske, Martin Grauduszus und Nikola Schmidt berichten.

BEDEUTUNG VON BEWEGUNG FÜR DIE GANZHEITLICHE GESUNDHEIT VON KINDERN UND JUGENDLICHEN

Bewegung, Spiel und Sport sind eine essenzielle Voraussetzung für die gesunde körperliche, psychosoziale, kognitive und emotionale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen.¹⁻³ Insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Übergewicht/Adipositas, aber auch die mentale Gesundheit und die Kognition profitieren von körperlicher Aktivität.⁴ Darüber hinaus bildet regelmäßige körperliche Aktivität in jungen Jahren die Basis für die Entwicklung gesunder Gewohnheiten für das spätere Leben und trägt zur Reduktion möglicher Risikofaktoren und (chronischer) Krankheiten bei.^{5,6} Wie viel Bewegung dafür aber tatsächlich erforderlich ist, wird immer noch diskutiert. Zumeist werden auf Basis epidemiologischer Untersuchungen und Expertenmeinungen Mindestempfehlungen ausgesprochen, beispielsweise die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geforderten 60 min pro Tag mit zumindest moderater Intensität.⁷ Die nationalen Bewegungsempfehlungen übersteigen diese Empfehlungen, basierend auf der Recherche und Bewertung aller bis zum Erstellungszeitpunkt erschienenen internationalen Empfehlungen sowie systematischen Reviews und nationalen Daten (s. Tab. 1; bzw. Abb. 1 und 2).

Trotz des Wissens um den gesundheitlichen Nutzen ist das Bewegungsverhalten gering und entspricht bei weitem nicht den internationalen bzw. nationalen Vorgaben. Steene-Johannessen et al. beschrieben 2020 in ihrer Metaanalyse mit über 47.000 Kindern und Jugendlichen aus Europa, dass – basierend auf Daten von Bewegungssensoren – nur 29 Prozent die Bewegungsempfehlungen der WHO erreichen.⁹ Garcia-Hermoso et al. (2023) prüften den Prozentsatz, wie oft tatsächlich die WHO-Empfehlungen bzgl. Ausdauer- bzw. Krafttraining erreicht wurden und bezifferten dies

für die Altersgruppe 12 bis 17 mit knapp 20 Prozent.¹⁰ Für jüngere Kinder fanden die Autorinnen und Autoren keine entsprechenden Daten.

In Deutschland zeigte ein Vergleich der HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) Studie der Jahre 2009/10 und 2022, dass nur **10,8 Prozent der Mädchen und 20,9 Prozent der Jungen in Deutschland die WHO-Bewegungsempfehlung erreichten.**¹¹ Auch wenn diese Daten während der COVID-19 Pandemie laut der Autorinnen und Autoren relativ stabil blieben, geht man generell davon aus, dass die Pandemie bzw. die Maßnahmen wie Stilllegung der Sportangebote, Schulschließungen etc. den Trend hin zu mehr sitzendem Verhalten nochmal verschärft hat. Nach Rossi et al. (2021) lag die Spanne des pandemie-bedingten Rückganges der Bewegungsumfänge zwischen 11 und 91 Minuten pro Tag.¹² Ludwig-Walz et al. (2022) bezifferten die Abnahme in Europa mit etwa 12 Minuten.¹³ Besonders betroffen waren/sind Familien in prekären Lebenssituationen, d. h. mit einem niedrigen sozioökonomischen Status und ungünstiger Wohnsituation^{14,15} bzw. Kinder ab dem späteren Grundschul- sowie Jugendalter.¹³ Aufgrund der Folgen von Bewegungsmangel wie motorische Defizite, Übergewicht und Gewichtszunahme werden inzwischen seit Jahrzehnten wirksame

PROF. DR. DR. SPORTWISS. CHRISTINE JOISTEN

MARTIN GRAUDUSZUS

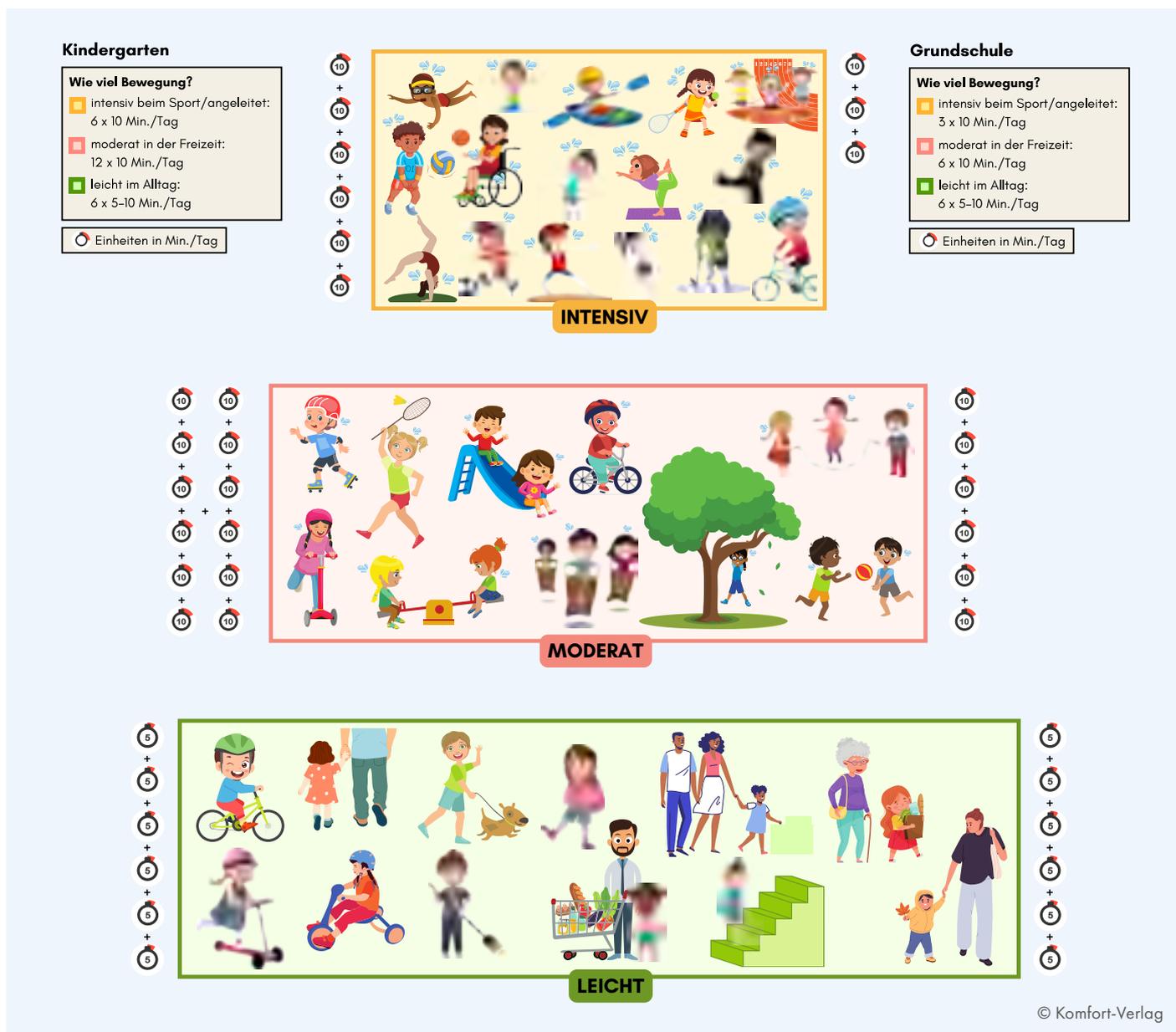
NIKOLA SCHMIDT

Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaft
Deutsche Sporthochschule Köln

LENA DUSKE

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Uniklinik Köln

ABB. 1: BEWEGUNG FÜR KINDER



Anmerkung: Gedruckt mit freundlicher Erlaubnis des Komfort-Verlags

Gegenmaßnahmen gefordert.^{16,17} Die meisten Interventionen finden im schulischen Kontext statt, da alle jungen Menschen auch unabhängig ihres familiären sozioökonomischen und demografischen Status einen großen Teil ihrer Zeit dort verbringen (müssen).^{18,19} Einen Königsweg gibt es bislang aber (noch) nicht.

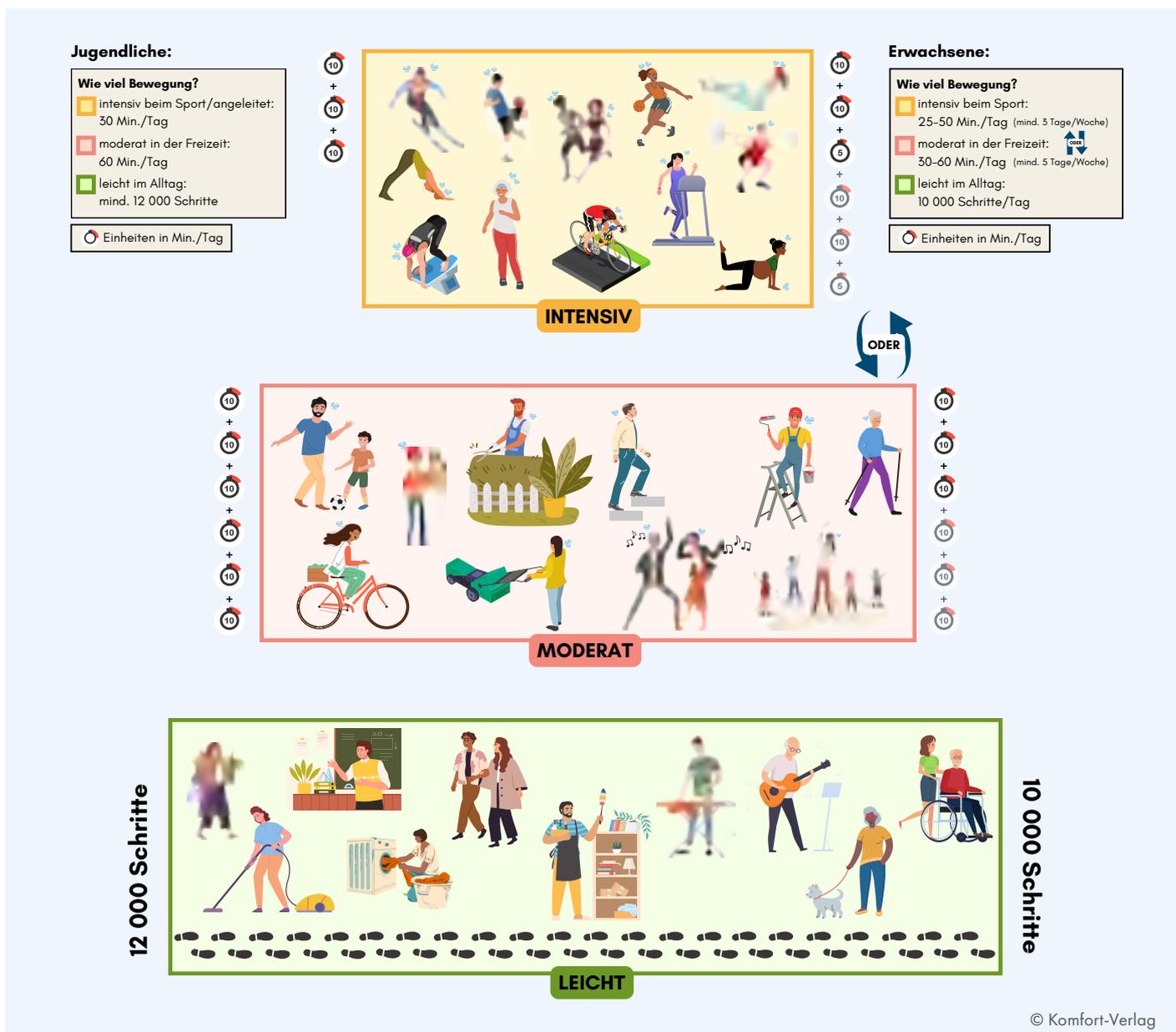
SCHULBASIERTE INTERVENTIONEN ALS LÖSUNGSANSATZ FÜR BEWEGUNGS- UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG?

Bereits seit Jahrzehnten wird neben Bewegungskompetenz auch die Vermittlung von Gesundheit/gesundheitslichen Aspekten im (Schul-)Sport diskutiert und in entsprechenden ministeriellen

Rahmenbedingungen vorgegeben.^{20, 21} Eine systematische Umsetzung aber fehlt genauso wie die Prüfung des entsprechenden Nutzens (mod. nach Pöppel & Webner, 2024).²² Die auf wissenschaftlicher Ebene überprüften Maßnahmen zur Förderung von körperlicher Aktivität im schulischen Kontext zeigen sehr heterogene und eher ernüchternde Ergebnisse^{23,24}, die es schwierig machen, verbindliche Empfehlungen auszusprechen oder einen allgemeingültigen Standard zu entwickeln.

Beispielsweise ergab ein Cochrane-Review aus dem Jahr 2021, in dem 89 Studien mit insgesamt 66.752 Kindern untersucht wurden, dass die durch schulische Bewegungsinterventionen erreichte Zunahme an Zeit für mäßige bis intensive körperliche Aktivität als gering bis nicht vorhanden bewertet wurde.²⁵ Nicht zuletzt ist

ABB. 2: BEWEGUNG FÜR JUGENDLICHE UND ERWACHSENE



Anmerkung: Gedruckt mit freundlicher Erlaubnis des Komfort-Verlags

dies auf sehr heterogene und kaum vergleichbare Interventionen im Unterricht, während der Pause und/oder im Ganztagsangebot zurückzuführen.

In einer Untersuchung von Porter et al. von 2024, die 79 Studien und 45 Interventionen für Kinder zwischen sieben und elf Jahren einschloss, fanden die meisten Maßnahmen im Sportunterricht (21 %), durch aktives Lernen bzw. Lernen im Freien (16 %), in aktiven Pausen (15 %) und im gesamten Schulumfeld (12 %) statt.²⁶ 41 Prozent dieser Maßnahmen wurden von Schulpersonal, 31 Prozent von externen Forschungsteams und 24 Prozent von anderen externen Organisationen durchgeführt. Die Autoren und Autorinnen leiteten daraus spezifische Komponenten für die Entwicklung von Interventionen ab, die auf den jeweiligen Kontext zugeschnit-

ten sind (s. Abb. 5). Sie machten zudem Vorschläge für zusätzliche Parameter, die in zukünftigen Studien erfasst werden sollten, wie beispielsweise Kontextfaktoren und Angaben zur Kosten-Nutzen-Effizienz.

In einer systematischen Übersichtsarbeit von 2024 im Kontext weiterführender Schulen inkludierten Cantardo Alaya et al. 61 Studien mit den Schwerpunkten Bewegungsförderung und Reduktion der Sitzzeit.²⁷ Sie erweiterten die Analyse um die Auswirkungen auf die gesamten Bewegungsumfänge sowie mögliche Einflussfaktoren. Auch wenn die Autoren nicht wirklich durchschlagende Effekte auf die ausgewählten Parameter zeigen konnten, arbeiteten sie vielversprechende Strategien heraus, z.B. die Integration von Bewegungseinheiten, Umgebungsänderungen, Fortbildung für

TAB. 1: NATIONALE BEWEGUNGSEMPFEHLUNGEN

Altersgruppe	Empfehlung
Säuglinge und Kleinkinder	Säuglinge und Kleinkinder sollten so wenig wie möglich in ihrem natürlichen Bewegungsdrang gehindert werden und sich so viel wie möglich bewegen; auf sichere Umgebungsbedingungen ist zu achten.
Kindergartenkinder (4 bis 6 Jahre)	Für Kindergartenkinder soll eine angeleitete und nichtangeleitete Bewegungszeit von 180 min/Tag und mehr erreicht werden.
Grundschul Kinder (6 bis 11 Jahre)	Für Kinder ab dem Grundschulalter soll eine tägliche Bewegungszeit von mind. 90 min mit moderater bis intensiver Intensität erreicht werden. 60 min davon können durch Alltagsaktivitäten, z. B. Schulweg, absolviert werden; jedoch mindestens 12.000 Schritte/Tag.
Jugendliche (12 bis 18 Jahre)	Für Jugendliche soll eine tägliche Bewegungszeit von mind. 90 min mit moderater bis intensiver Intensität erreicht werden. 60 min davon können durch Alltagsaktivitäten, z. B. mindestens 12.000 Schritte/Tag absolviert werden.
Spezifische Aspekte	
<ul style="list-style-type: none"> – Besonderheiten, aber auch Neigungen, Bedürfnisse und mögliche Barrieren der jeweiligen Zielgruppe, z. B. Alter, Geschlecht, soziokulturelle Faktoren, sollen berücksichtigt werden. – Allgemein soll eine Förderung der motorischen Leistungsfähigkeit alters- und geschlechtsangepasst durchgeführt werden. – Ab dem Grundschulalter soll zur Verbesserung von Kraft und Ausdauer an zwei bis drei Tagen pro Woche eine intensive Beanspruchung der großen Muskelgruppen erfolgen, jeweils unter Berücksichtigung des individuellen Entwicklungsstandes. – „Bewegungsarme“ Kinder und Jugendliche sollten schrittweise an das Ziel herangeführt werden, z. B. durch zunächst 30 min Bewegung an ein bis zwei Tagen pro Woche. Anschließend wird der zeitliche Umfang, dann die Intensität gesteigert. 	

Sitzende Tätigkeiten in der Freizeit/ Bildschirmmedien Wertesystem

Vermeidbare Sitzzeiten sollten auf ein Minimum reduziert werden. Neben (motorisiertem) Transport, z. B. in Babyschale oder Kindersitz, oder unnötig im Haus verbrachten Zeiten, betrifft dies insbesondere die Reduktion des Bildschirmmedienkonsums auf ein Minimum.	
Säuglinge und Kleinkinder	0 min
Kindergartenkinder	möglichst wenig, maximal 30 min/Tag
Grundschul Kinder	möglichst wenig, maximal 60 min/Tag
Jugendliche	möglichst wenig, maximal 120 min/Tag

Anmerkung: mod. nach Graf et al., 2017⁷; Graf et al., 2014⁸; Sliwa et al., 2023⁴³

Lehrpersonen, peer-to-peer-Ansätze, Einsatz pädagogischer Ressourcen und/oder aktive Pausen.

Strategien zur Förderung eines aktiven und gesunden Lebensstils im Sportunterricht fassten Bandeira et al. (2022) in einem systematischen Review zusammen.²⁸ Zu den Auswahlkriterien gehörten alle verfügbaren Online-Dokumente, die Empfehlungen zu einer beliebigen Dimension des Sportunterrichts (z. B. Politik und Umfeld, Lehrplan, angemessener Unterricht, Schülerbeurteilung und Strategien, die mit dem Sportunterricht interagieren) enthielten. Integriert wurden letztlich 63 Dokumente, die Strategien enthielten bzgl.

- Politik und (Schul-)Umfeld wie Wertschätzung des Sportunterrichts, höhere Häufigkeit und Dauer des Unterrichts, inklusiver Sportunterricht, obligatorischer täglicher Unterricht, Evaluierung des Sportunterrichts und qualifizierte Lehrkräfte,
- Lehrplan, inkl. Struktur, Art des Inhalts, Querschnittsthemen und Komponenten zur Verbesserung des Sportunterrichts,
- Unterrichtsgestaltung, inkl. Förderung körperlicher Aktivitäten, Einbeziehung sozialer Themen, Einsatz innovativer Technologien und Organisation des Lehr-Lern-Prozesses,
- Bewertung der Schülerinnen und Schüler wie Verständnis menschlicher Bewegungskonzepte, Bewertung von Inhalten und Bewertungsmethoden zur Entwicklung eines aktiven und gesunden Lebensstils.

Auf dieser Basis empfahlen die Autorinnen und Autoren, dass der Sportunterricht auf allen Bildungsebenen obligatorisch sein und einen hohen/höheren Stellenwert haben sollte. Dazu zähle auch die Verwendung innovativer Technologien und die Bereitstellung geeigneter Materialien und Räume. In der Realität zeigt sich aber auch hier ein erheblicher Mangel an Fachkräften und/oder geeigneten Sportstätten.

INNOVATIVER ANSATZ – FÖRDERUNG DER PHYSICAL LITERACY

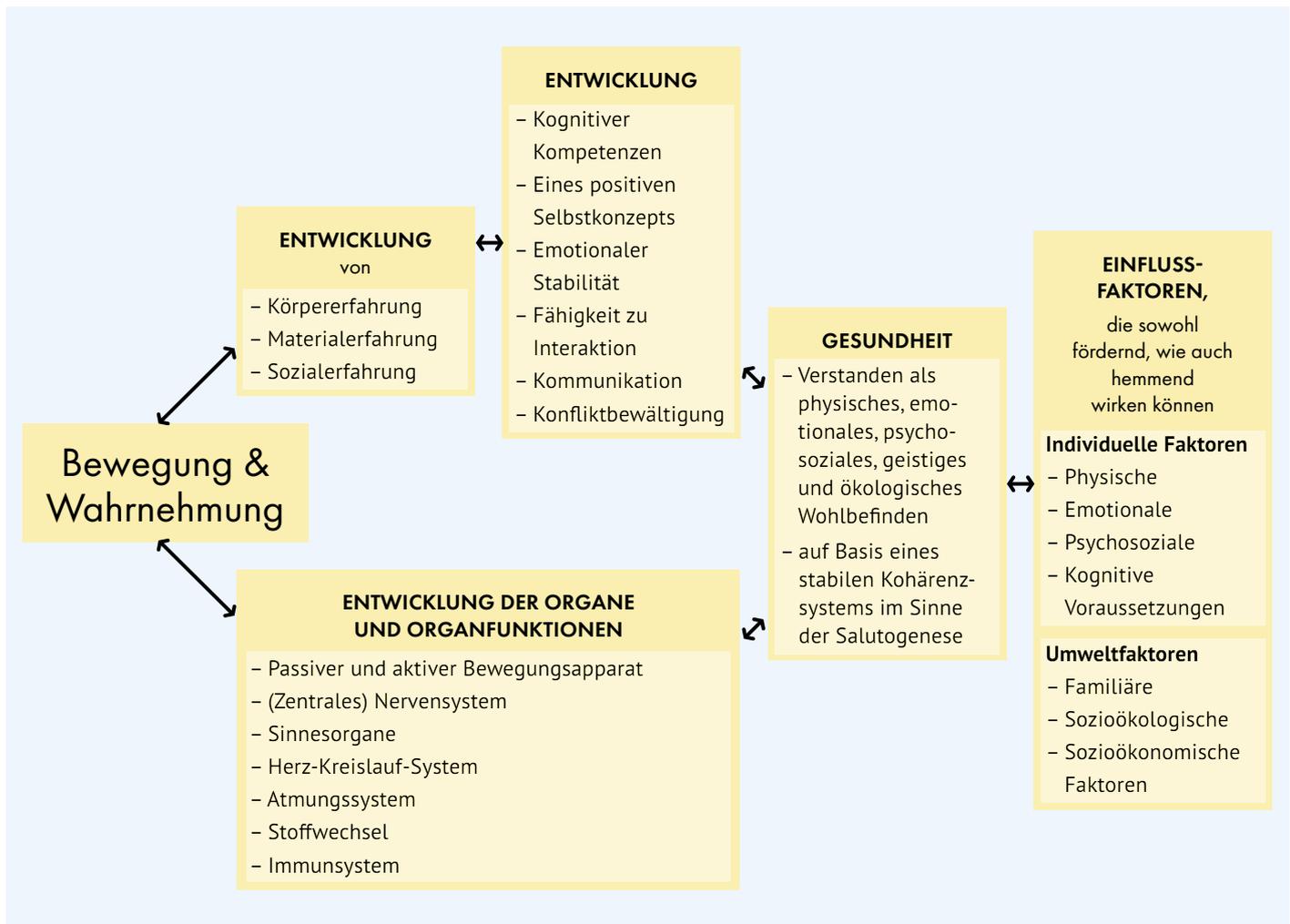
Einen nicht gänzlich neuen, aber vielversprechenden Ansatz für die Förderung von Kindern und Jugendlichen bietet das von Whitehead entwickelte ganzheitliche Konzept der Physical Literacy als Pendant zu Gesundheitskompetenz.²⁹ In diesem eher ganzheitlichen Modell wurden eine

- **kognitive** (Wissen und Verständnis der physischen und psychologischen Auswirkungen von Sport und Bewegung),
- **affektive** (umfasst die verschiedenen Konstrukte wie Motivation und bewegungsbezogene Selbstwirksamkeit und Selbstvertrauen)
- und **physische** Dimension (Bewegung, Sportteilnahme, motorische Fähigkeiten und grundlegende Bewegungsfertigkeiten)

kombiniert, die die Grundlage für einen lebenslang aktiven Lebensstil bilden sollen (s. Abb. 3).^{30,31}

Daran angelehnt entwickelte die Arbeitsgruppe der Autorinnen und des Autors dieses Artikels ein eigenes Modell (s. Abb. 4), in dem ergänzend Möglichkeiten der Einflussnahme auf die

ABB. 3: ZUSAMMENHÄNGE UND WECHSELWIRKUNGEN ZWISCHEN BEWEGUNG, SPIEL BZW. SPORT UND DER ENTWICKLUNG VON PHYSICAL LITERACY BZW. GESUNDHEIT^{31, 32}



Anmerkung: mod. nach Dordel, 2003³²

verschiedenen Dimensionen durch die Qualifizierungen von entsprechendem Personal, z. B. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wie Fachkräfte aus dem offenen Ganztag, Lehrpersonal sowie der Verhältnisprävention im Sinne der Ausgestaltung von (familiären) Lebenswelten ergänzt wurden (s. Abb. 4).

Unterstützt wird diese Denkweise durch eine aktuelle Übersichtsarbeit, in der Korrelate von Bewegungsfreude bei Kindern und Jugendlichen systematisch zusammengetragen wurden.³³ Beschrieben wurden dabei Variablen, wie z. B. Selbstwirksamkeit, Autonomie, wahrgenommene Kompetenz, aber auch die Akzeptanz durch Gleichaltrige/Gruppen, Teilnahme an Bewegungsangeboten sowie die elterliche Unterstützung.

Tatsächlich konnten Melby et al. (2022) in einer dänischen Querschnittsstudie **positive Zusammenhänge zwischen Physical Literacy, Wohlbefinden und Sportbeteiligung** zeigen.³⁵ Auch Carl et al. (2022) beschrieben positive Effekte von Physical Literacy-Interventionen auf die einzelnen Domänen und das Bewegungsverhalten.³⁶ In einem aktuellen Scoping Review zeigten Grauduszus

et al. (2024), dass Physical Literacy-Förderung insbesondere im Sportunterricht, vorrangig in der Grundschule, umgesetzt wird.³⁷

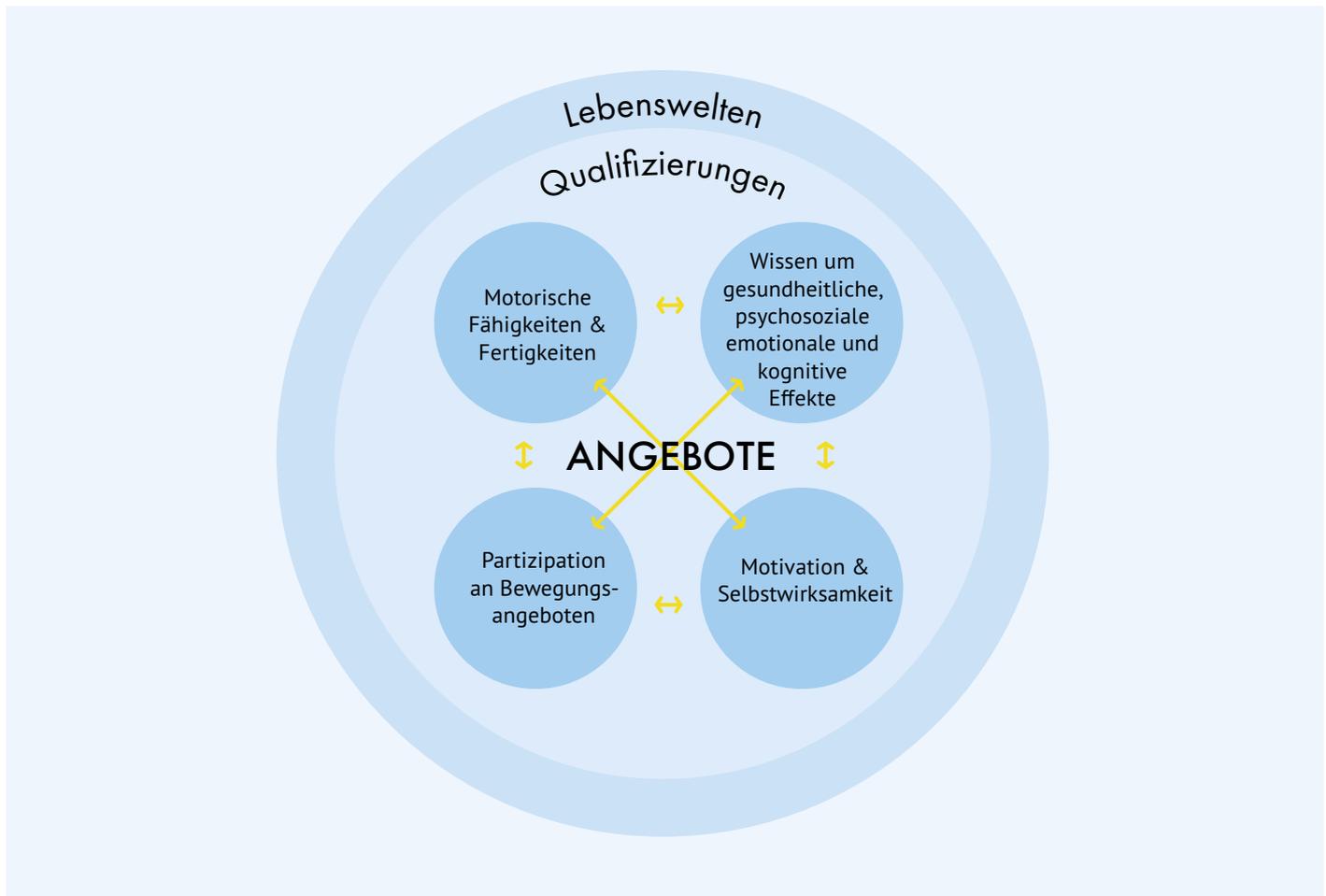
In Abbildung 5 finden sich mögliche Maßnahmen, die den jeweiligen Physical Literacy-Dimensionen zugeordnet wurden.

DISKUSSION UND AUSBLICK

Das schulische Umfeld wird allgemein als äußerst vielversprechend angesehen, um die körperliche Aktivität und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu fördern, da es unabhängig vom Sozialstatus erreicht werden kann. Jedoch sind die Ergebnisse bisheriger wissenschaftlicher Studien eher ernüchternd, da die langjährigen Vorgaben zur Gesundheitserziehung im Sportunterricht in der Praxis selten umgesetzt werden.

Um eine tatsächliche Verbesserung der Bewegungsgewohnheiten und eine Reduzierung der sitzenden Tätigkeiten zu erreichen, bedarf es wahrscheinlich weiterer Überlegungen. Die Teilnahme an körperlicher Aktivität wird von verschiedenen Faktoren

ABB. 4: THEORETISCHES MODELL PHYSICAL LITERACY



Anmerkung: Zu Lebenswelten zählen das schulische, aber auch das Wohnumfeld; mod. nach Krenz et al., 2024³⁴

beeinflusst, darunter das soziale Umfeld, individuelle Lebenswelten und intrapersonelle Faktoren wie die intrinsische Motivation und Selbstwirksamkeit.³⁹

Erforderlich sind daher umfassendere Strategien, die auf das tägliche Leben und das Lebensumfeld sowie auf zusätzliche Variablen und Kompetenzen wie die intrinsische Motivation und die Selbstwirksamkeit von Kindern und Jugendlichen abzielen. „Schule“ kann hier eine entscheidende Rolle spielen, vor allem wenn das ganzheitliche Konzept der Physical Literacy als Grundlage für entsprechende Maßnahmen gelegt wird.^{37, 40, 41} Die Berücksichtigung der verschiedenen Domänen in Interventionen kommt diesem Postulat am nächsten. So könnte der in Deutschland für den Schulsport bestehende Doppelauftrag „Erziehung zum Sport“ und „Erziehung durch Sport“ in „Gesundheitserziehung zum Sport“ und „Gesundheitserziehung durch Sport“ umformuliert werden.⁴²

Allerdings darf die Rolle der Schule nicht überschätzt oder überfrachtet werden. In der Praxis werden viele Projekte an Schulen herangetragen, die oft nicht miteinander vernetzt und/oder nicht qualitätsgesichert sind. Gut gemeint bedeutet nicht automatisch gut gemacht. Mögliche Nebenwirkungen, wie etwa (zu) am-

bitionierte Ernährungsprogramme, bergen das Risiko von Essstörungen, insbesondere bei heranwachsenden Mädchen. Auch kann die Schule nicht alle gesundheitlichen Herausforderungen ausgleichen, insbesondere nicht die Verhältnisse des direkten Wohnumfelds oder die familiären Rahmenbedingungen, obwohl der allgemeine Wunsch nach mehr Gesundheitsgerechtigkeit besteht.⁴³

Als Impulsgeber ist die Schule sicherlich wichtig, jedoch bedarf es eines strukturierten und konsentierten Vorgehens seitens der politisch Verantwortlichen im Schulterschluss mit wissenschaftlicher und praktischer Expertise.

Zusammengefasst gibt es zahlreiche Belege für den Nutzen der Bewegungsförderung im schulischen Kontext, es fehlt allerdings ein Goldstandard in der Umsetzung. Zudem sollten qualitätsgesicherte und evidenzbasierte Herangehensweisen mit Überprüfung des Nutzens, der Kosten und von möglichen unerwünschten Nebenwirkungen selbstverständlich sein. „Projektitis“ ist zu vermeiden und Synergien sollten auch innerhalb eines Kollegiums bzw. mit außerschulischen Institutionen gesucht werden. Good-Practice-Modelle sollten transparent gemacht und im Sinne von Health (and activity) in all policies in eine kommunale,

politische Gesamtstrategie eingebettet werden. Sinnvoll wäre die Einrichtung entsprechender Beratungsstellen und die Erfassung möglicher Effekte über die Gesundheitsberichterstattung.

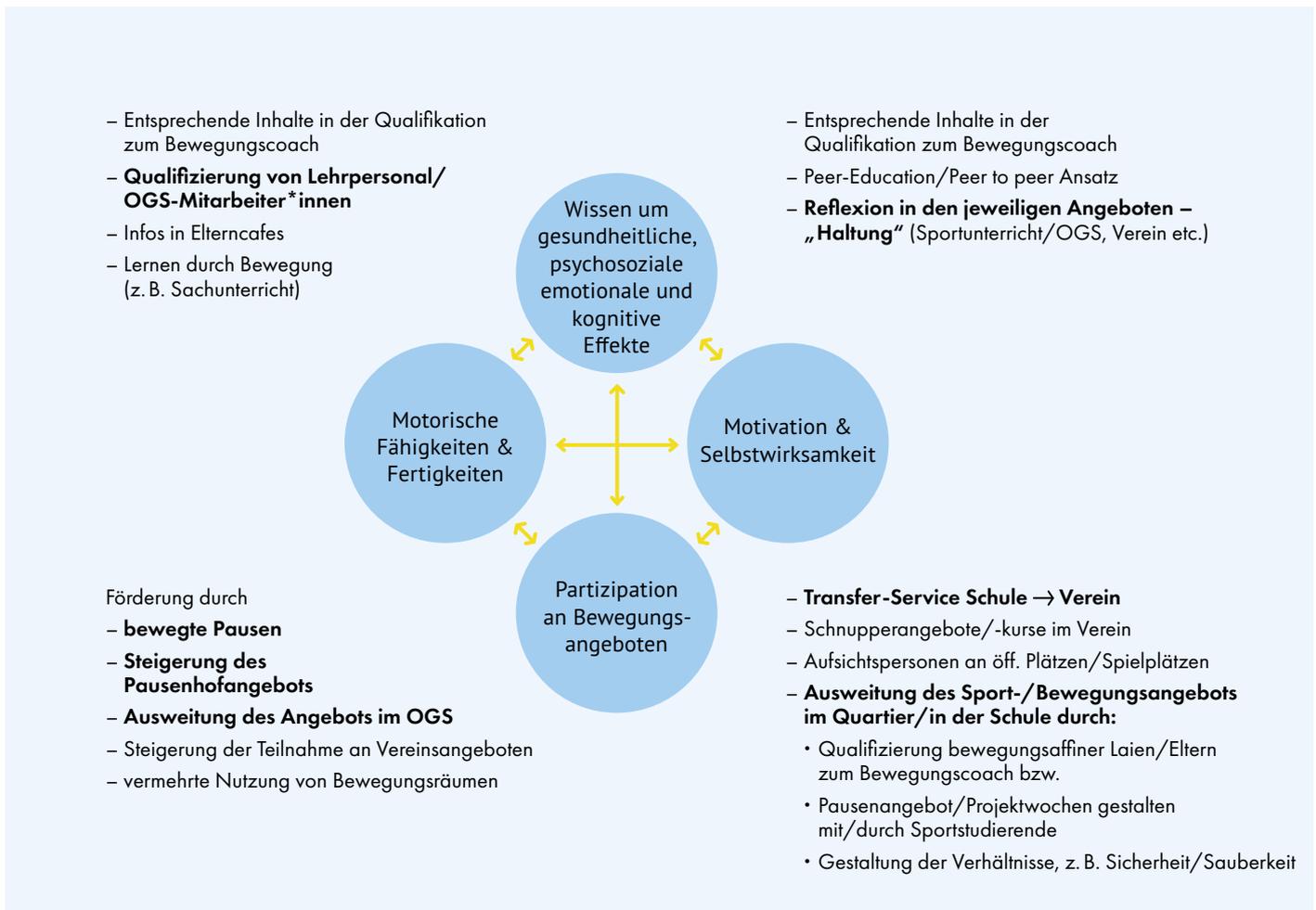
Mit einer solchen ganzheitlichen und evidenzbasierten Herangehensweise vermag Bewegungs- und Gesundheitsförderung im schulischen Kontext nicht nur einen bedeutenden Beitrag zur gesunden Entwicklung von Kindern und Jugendlichen leisten, sondern besitzt auch das Potential, das schulische Umfeld insgesamt positiv zu beeinflussen.

Als erster, einfach umzusetzender Schritt, könnte in den Ausbildungsgängen einer jeden Lehrperson – auch einer fachfremden – ein Repertoire an Bewegungsübungen vermittelt werden. So könnte beispielsweise in jeder Schulstunde à 45 Minuten eine fünfminütige Bewegungspause stattfinden. An einem Schultvormittag könnten damit schon eine Reduktion der Sitzzeit um 30 Minuten bzw. die entsprechende Zunahme der Bewegungszeit erzielt werden. Die attraktive Gestaltung des Schulhofs und Einbindung außerschulischer Bewegungsangebote könnten diesen positiven Effekt weiter verstärken. Damit ließe sich ohne großen



Mehraufwand nicht nur eine Steigerung der Bewegungszeiten und Abnahme vermeidbarer Sitzzeiten erzielen, sondern auch das Schul- und Klassenklima sowie die Aufmerksamkeitsspanne und kognitive Leistungsfähigkeit von Schülerinnen und Schülern günstig beeinflussen.

ABB. 5: BEISPIELE ZUR FÖRDERUNG DER VERSCHIEDENEN DIMENSIONEN VON PHYSICAL LITERACY IM SCHULISCHEN KONTEXT



Anmerkung: OGS = offener Ganzttag; mod. nach Wessely et al., 2020³⁸

Kurz & knapp:

Schule spielt eine zentrale Rolle im Leben von Kindern und Jugendlichen und beeinflusst sowohl ihre soziale als auch ihre emotionale Entwicklung. Ein Viertel der Kinder, die in die Schule gehen, leidet unter psychischen Problemen, doch erhalten die wenigsten professionelle Unterstützung. Schulbasierte Interventionen bieten präventive und therapeutische Ansätze, um psychische Probleme frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Die oft verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Programme verbessern nicht nur das Klassenklima und reduzieren individuelles Problemverhalten, sondern verringern auch die psychische Belastung von Lehrkräften. Obwohl die Wirksamkeit vieler Interventionen belegt ist, erschweren Barrieren wie Ressourcenmangel, fehlende Schulung der Lehrkräfte und mangelnde Kooperation der Versorgungssysteme Schule, Gesundheit und Soziales die flächendeckende Umsetzung. Aktuell ist das Potential psychologischer Interventionen im schulischen Kontext bei weitem nicht ausgeschöpft. Die Verankerung der Programme im Schulgesetz und in den Köpfen und Herzen der beteiligten Personen sind notwendig, um die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im schulischen Kontext nachhaltig zu fördern.



Psychologische Interventionen im Kontext Schule

Wie gestaltet sich der Lebensraum Schule für Kinder und welche psychischen Herausforderungen können hier entstehen?

Welche Rolle spielt das Schulklima bei der Entwicklung und dem Ausdruck psychischer Probleme?

Wie können schulbasierte Interventionen helfen, diesen Herausforderungen zu begegnen?

Welche präventiven Maßnahmen sind effektiv und wie können sie im Schulalltag integriert werden?

Welche spezifischen Interventionen sind bei bekannten Störungsbildern wie ADHS oder im Kontext der zunehmenden Digitalisierung notwendig?

Und schließlich, welche Barrieren erschweren die Implementierung dieser Programme und wie können sie überwunden werden?

Dr. Frank W. Paulus hat es für uns zusammengefasst.

PSYCHISCHE BELASTUNGEN UND DAS SCHULKLIMA: URSACHEN UND AUSWIRKUNGEN

Wahrscheinlich erinnern auch Sie als Leserin oder Leser dieses Textes Ihre eigene Schulzeit, die Zeit auf der weiterführenden Schule, möglicherweise Ihre Grundschulzeit und eventuell sogar den Tag Ihrer Einschulung. Und vielleicht erinnern Sie sehr schöne eigene Erlebnisse, aber auch gelebte, erlebte oder beobachtete Ärgernisse, Konflikte, Krisen oder Verluste aus dieser Schulzeit? Kinder verbringen einen Großteil ihrer Zeit in der Schule, fast so viele Stunden pro Tag wie zuhause. Schule vermittelt nicht nur Kulturtechniken und akademisches Wissen, sondern fordert und fördert auch emotionale und soziale Fähigkeiten, die für das spätere Leben und den Umgang mit anderen essenziell sind: z. B. wie man in einer Gruppe interagiert, Konflikte löst, Verantwortung übernimmt und sich in eine Gemeinschaft integriert. Schule vermittelt ethische Werte wie Ehrlichkeit, Respekt, Vertrauen oder Empathie. All das kann gelingen oder misslingen.

Psychische Probleme und Störungen können im schulischen Kontext ausgelöst werden oder sich entwickeln (etwa durch Mobbing oder Leistungsangst), gleichermaßen können bereits manifeste

psychische Störungen oder erworbene Probleme im schulischen Kontext Ausdruck finden (z. B. ADHS oder Schulabsentismus).

Ein wichtiger Kontextfaktor ist das Schulklima als Merkmal der Schulumwelt, das etwa in Konkurrenz zwischen Schülerinnen und Schülern, der Anerkennung durch Gleichaltrige, der Kontrolle durch Lehrpersonen, den Mitbestimmungsmöglichkeiten und dem Leistungsdruck Ausdruck findet.¹ Ein negatives Unterrichtsklima, also hoher Konkurrenz- und Leistungsdruck und mangelnde soziale Unterstützung, wird als Bedrohungssituation erlebt.² Die schulische Zufriedenheit lässt sich maßgeblich durch das wahrgenommene Schulklima erklären.³

DR. PHIL. FRANK W. PAULUS

Diplom-Psychologe,
Psychologischer Psychotherapeut,
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut,
Systemischer Therapeut, Supervisor
Leitender Psychologe der Klinik für Kinder-
und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
und Leiter der Spezialambulanzen
„Säuglinge, Klein- und Vorschulalter
(SKVA 0–6)“ und „Digitalisierung und
Psychische Störungen (ADUPS)“
UKS – Universitätsklinikum des Saarlandes



Die Schule ist eine Hauptquelle für belastendes Stresserleben vieler Kinder. Schulische Erfolge oder Misserfolge beeinflussen die psychische Gesundheit der Kinder positiv oder negativ. Stress, ein geringeres Selbstwertgefühl oder psychische Probleme können daraus resultieren. Zusätzlich kann Stress durch Versagensängste bei Prüfungen, elterlichen Leistungsdruck und mangelnden Fähigkeiten zur Bewältigung der schulischen Aufgaben verursacht sein.

Internationale Studien belegen, dass ein Viertel der Kinder, die in die Schule gehen, unter psychischen Problemen leidet.⁴ Fombonne (2002) beschreibt Prävalenzraten psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter zwischen 10 und 20%.⁵ Eine Erhebung aus Deutschland von 2018 ergibt, dass rund 17% der 3- bis 17-jährigen psychische Auffälligkeiten zeigen.⁶ Jedoch erhalten davon 70–80% keine psychologische Betreuung.^{7–9} Ein Fünftel bis ein Viertel der Schülerinnen und Schüler zeigen psychische Probleme oder Störungen im Schulalltag, mit einem Anstieg der Prävalenzen während der Pandemie (insbesondere im Lockdown).¹⁰ Die Neuerkrankungsraten (Inzidenzen) von Depressionen, Angststörungen oder Essstörungen zeigen sich gegenüber dem Vorpandemie-Zeitraum deutlich erhöht.¹¹

Für die betroffenen Kinder bietet der schulische Rahmen eine adäquate Unterstützung¹², da in diesem Alltagssetting Hilfe angeboten werden kann. Im Kontext Schule ist es möglich, psychische Probleme zu identifizieren und unmittelbar zu intervenieren.¹³

Interventionen im schulischen Kontext umfassen Program-

me, Maßnahmen und Strategien, die speziell entwickelt wurden, um das emotionale Verhalten und die soziale Funktionsweise der Schülerinnen und Schüler im schulischen Umfeld zu verbessern.¹⁴

Schulbasierte Interventionen als Lösung

Es gibt viele evidenzbasierte, nachweislich effektive schulbasierte Interventionen (SBI)^{15,16}, die präventive und therapeutische Maßnahmen bei Problemen und Störungen des Erlebens und Verhaltens umfassen.

Sie basieren zumeist auf verhaltenstherapeutischen Interventionen, reduzieren Problemverhalten bei Schülerinnen und Schülern und können zugleich die Belastung der Lehrkräfte verringern¹⁷, was wiederum das Klassenklima und die psychische Belastung der Kinder positiv beeinflusst.

Der Erfolg nachweislich wirksamer Interventionen hängt maßgeblich von der Umsetzbarkeit dieser Interventionen im Schulalltag ab.¹⁸ Dies wird beispielsweise durch die Einstellung der Lehrkräfte zu psychischen Krankheiten beeinflusst.¹⁹

Im Allgemeinen findet eine psychologische oder psychotherapeutische Intervention zur Behandlung psychischer Störungen im Rahmen von Richtlinienpsychotherapie bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten statt, d. h. in der Praxis, einmal wöchentlich für eine Stunde im Einzelsetting. Schulbasierte Interventionen unterscheiden sich in ihren Möglichkeiten (und

Limitationen) deutlich davon. Sie erfolgen im komplexen, natürlichen Umfeld der täglichen Schulroutine und über viele Stunden täglich. Zudem sind wesentlich mehr Personen involviert: Lehrkräfte und Mitschülerinnen und Mitschüler, Schulsozialarbeiterinnen und Schulsozialarbeiter, Mental Health Coaches, Schulbegleiter und Schulbegleiterinnen sowie koordinierende Schulgesundheitsfachkräfte. Bei schulbasierten Interventionen sind die Gesundheitsförderung und die Prävention miteingeschlossen.

Mehrstufige präventive Interventionen im schulischen Kontext

Präventive Programme sind für Kinder ohne aktuell manifeste psychische Störungen gedacht. Der schulische Kontext bietet hierfür das ideale Umfeld, da die schulbasierten Programme in die reguläre Schulroutine integriert werden können. Sie sind so auch für Kinder ohne Zugang zu ambulanter Psychotherapie verfügbar.

Es werden dabei drei Stufen primärer präventiver Maßnahmen unterschieden: universelle, selektierte und indizierte Prävention.²⁰ Die Unterscheidung erfolgt in Abhängigkeit von dem individuellen Risiko einer psychischen Belastung.²¹ Auf allen drei Stufen gibt es Maßnahmen für die verschiedensten Störungsbilder: Verhaltensstörungen, Depressionen, Angststörungen, Mobbing, Kriminalitätsprävention, Trauma-Störungen, Essstörungen, Substanzmissbrauch, psychotische Störungen und Suizid. Präventionsprogramme sollten allerdings nicht unkoordiniert kombiniert werden (^{22, 16}: Table 2: Meta-analyses and reviews on SBI (1339–1344), Table 3 Examples of school-based programmes (1345–1346)). Im Folgenden werden die drei Stufen genauer beschrieben.

Die **universelle Prävention** (Stufe 1) umfasst Maßnahmen zur Verbesserung des psychischen Wohlbefindens und der Resilienz (Widerstandsfähigkeit) und zielt darauf ab, die Ausbildung manifester psychischer Störungen zu verhindern. Sie richtet sich an alle Kinder und umfasst hauptsächlich Programme zur Förderung schulischer Kompetenzen – sie ist zeiteffizient und vielseitig anwendbar. Es besteht keine Notwendigkeit, „Risikoschülerinnen und -schüler“ zu identifizieren, wodurch auch das Risiko einer Stigmatisierung gering bleibt.^{23, 19} Diese Maßnahmen sind selbstbestimmt, positiv und werden bereitwillig angenommen.²⁴ Sie sind effektiv, da sie auf verschiedene Probleme gleichzeitig abzielen können, eine Vielzahl von Unterstützungs- und Hilfsmöglichkeiten einbeziehen und komorbide Pathologien reduzieren.²⁵ Typische

Beispiele für die Wirksamkeit der universellen Prävention sind die Reduktion von Suiziden, Suizidversuchen und körperlichen Auseinandersetzungen.²⁶ Andererseits sind diese „Breitband“-Maßnahmen nicht intensiv und nicht spezifisch genug, um für tatsächlich gefährdete Kinder wirksam zu sein. Hierfür wird die selektive Prävention eingesetzt.

Die **selektive Prävention** (Stufe 2) ist für gefährdete Kinder („at risk“), bei denen klinische Symptome (noch) nicht vorhanden sind, die jedoch deutliche soziale, psychologische oder biologische Risikofaktoren aufweisen. Ein Beispiel ist die Exposition von Kindern gegenüber Substanzkonsum, was bedeutet, dass sie in ihrem Umfeld mit dem Gebrauch von Drogen oder Alkohol konfrontiert werden. Solche Expositionen sind ein Risikofaktor für die Entwicklung eigener Substanzmissbrauchsprobleme.²⁷ Die Identifizierung der betroffenen Kinder erfordert ein mehrstufiges aufeinander folgendes und mehrere Faktoren verwendendes Screening. Diese Verfahren können jedoch auch sehr komplex ausfallen und sehr viele Ressourcen (finanziell, zeitlich) erfordern.

Die dritte Stufe der Prävention ist die **indizierte Prävention**. Hier wendet man sich an Personen mit zumindest Vorläufersymptomen einer tatsächlichen psychischen Störung, welche aber noch nicht vollständig die Diagnosekriterien erfüllt. Entsprechende Programme wurden speziell für Kinder mit klinisch signifikanten Problemen entwickelt, die besondere Unterstützung benötigen und von den Maßnahmen der ersten und zweiten Stufe nicht hinreichend profitieren. Eine Übersicht über universelle und selektive Programme sind in der Arbeit von Paulus, Ohmann und Popow (2016) zu finden, eine Übersicht über indizierte Präventionsprogramme ebendort auf Seite 1346; ein Beispiel wird in vorliegendem Artikel beschrieben im Abschnitt Interventionen bei (Cyber-) Mobbing.¹⁶

Psychotherapeutische Maßnahmen

In Ergänzung zu den Präventionsmaßnahmen liegen Interventions- bzw. Behandlungsansätze für manifeste und diagnostizierte psychische Störungen vor. Wie ist das Vorgehen?

Die Zielperson oder Zielpopulation kann je nach Problemlage eine ganze Schule, eine Klasse oder einzelne Schüler oder Schülerinnen sein. Es sollte ein adäquates Programm ausgewählt werden, in Abhängigkeit von dem Zielproblem und von personalen Ressourcen zur Durchführbarkeit.



Für die erfolgreiche Implementierung eines Programms sind die Motivation aller Beteiligten, eine enge Zusammenarbeit der beteiligten Instanzen sowie eine sorgfältige Koordination unerlässlich. Hindernisse auf dem Weg der Programmimplementierung (s. Tab. 1) können beispielsweise mithilfe ausreichender Planung, bereitgestellter Materialien, der Schulung beteiligter Personen und der Erzeugung eines positiven und kooperativen Klimas gegenüber dem Programm überwunden werden. Das finale Ziel ist die erreichten Effekte aufrechtzuerhalten.

Bei Interventionsansätzen spielen Lehrkräfte eine wichtige Rolle, da diese mit ihren eigenen Erfahrungen und Einstellungen die Programme maßgeblich beeinflussen. Eine gute Beziehung zwischen Lehrkräften und Schülerinnen und Schülern ist sehr förderlich bis unabdingbar. Ebenso entscheidend ist die Rolle der Eltern und die Kommunikation zwischen Schule und Erziehungsberechtigten, um die erzielten Effekte aufrechtzuerhalten. Informierte Eltern können ihre Kinder beim Durchlaufen des Programms unterstützen und motivieren sowie schulbasierte Programmpunkte gegebenenfalls zuhause weiterführen.

Barrieren der Implementierung

Obwohl es nachweislich effektive Interventionen im schulischen Kontext gibt, sind diese in der Praxis noch nicht weit verbreitet. Woran liegt das?

Tabelle 1 bietet einen Überblick über allgemeine Einflussfaktoren und mögliche Hindernisse bei der Programmimplementierung im schulischen Kontext (basierend auf Quelle 28–37). Diese

Faktoren können die erfolgreiche Implementierung der Programme garantieren, aber auch maßgeblich an deren Scheitern, beziehungsweise Unwirksamkeit beteiligt sein. Die Bedeutung einzelner Faktoren kann je nach Art der Intervention variieren. Bei der Implementierung schulbasierter Interventionen im Alltag sind verschiedene Barrieren zu berücksichtigen, die die Umsetzung erheblich erschweren können.

Im Folgenden wird ein Beispiel für eine psychische Störung vorgestellt, die sich im schulischen Umfeld äußert, sowie eine mögliche Ursache oder Verschärfung psychischer Störungen innerhalb der schulischen Umgebung beleuchtet.

BEISPIEL EINER PSYCHISCHEN STÖRUNG IM SCHULISCHEN KONTEXT: ADHS

Gemäß den deutschen Leitlinien beinhaltet die Therapie der hyperkinetischen Störung unter anderem die Intervention im Kindergarten oder in der Schule. Schulbezogene Interventionen umfassen „...alle Programme, Interventionen und Strategien, die im schulischen Kontext angewendet werden und spezifisch dafür entwickelt wurden, das emotionale, verhaltensbezogene oder soziale Funktionieren von Schülerinnen und Schülern zu verändern“. ¹⁴ Diese Definition schließt sowohl nicht-medikamentöse als auch medikamentöse Interventionen ein. Der große Vorteil schulbezogener Interventionen bei ADHS besteht darin, dass das Problemverhalten in diesem Umfeld in Erscheinung tritt und auf diese Weise in dem Kontext verändert werden kann, in dem es auftritt und beginnt.

Dabei spielen die Wirkfaktoren der Problemaktualisierung und der prozessualen Aktivierung eine Rolle. Das bedeutet, dass das problematische Verhalten am wirksamsten verändert werden kann, wenn es zuvor prozessual, also im Prozess, aktiviert wird und von den betroffenen Kindern real erlebt wird. ^{13,38}

Das Nachweisen des ADHS-typischen Verhaltens im schulischen Kontext ist ebenfalls Teil der ADHS-Diagnostik und erforderlich für dieselbige Diagnose. Aufgrund der situationsübergreifenden Symptome, die sich bei ADHS zeigen, werden normierte Fragebögen in der Schule (oder auch schon im Kindergarten) eingesetzt. Das heißt, dass sich für eine Diagnosestellung die Symptome nicht nur in einem Lebensumfeld der Kinder und Jugendlichen zeigen sollten. Wenn sich dieses Verhalten im schulischen Kontext zeigt, treten verschiedene Beeinträchtigungen auf. Die Beziehun-

TAB. 1: EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE UND HINDERNISSE BEI DER PROGRAMMIMPLEMENTIERUNG IM SCHULISCHEN KONTEXT

ALLGEMEINE EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE PROGRAMMIMPLEMENTIERUNG im schulischen Kontext	HINDERNISSE DER PROGRAMMIMPLEMENTIERUNG im schulischen Kontext
<ul style="list-style-type: none"> – Schulklima inkl. Werte, Überzeugungen der Schule, die das Miteinander in der Schule prägen – Integration des Programms in bestehende schulische Ziele – Integration des Programms in reguläre Schulaktivitäten – Proaktive, vorausschauende und vollständige Programmimplementierung versus reaktive Implementierung einzelner Bestandteile bei schon bestehenden Problemen – Merkmale des Interventionsprogramms (z. B. zeitliche Dauer und Frequenz, Passung zum Schultyp) – Verfügbarkeit und Qualität der zur Schulung und Intervention notwendigen Materialien – Umfang und Art der Ausbildung / Schulung beteiligter Personen (z. B. Lehrkräfte, Schulsozialarbeiterinnen und -sozialarbeiter); Ausmaß diesbezüglicher organisatorischer Unterstützung – Einbezug aller betroffenen Personen zur Erhöhung von Motivation und Identifikation mit dem Programm – Technische Unterstützung (z. B. Vorhandensein von interaktiven Whiteboards, Tablets) – Administrative Unterstützung (z. B. zeitliche Freistellung des Lehrpersonals, Raumplanung) – Vertraulichkeit von und Umgang mit Informationen zur psychischen Gesundheit der Schülerinnen und Schüler – Bewertung / Evaluation / Adaption der Intervention – Nachhaltigkeit der Anwendung der Intervention 	<ul style="list-style-type: none"> – Unterrichtsetting (z. B. störende und sich verweigernde Schülerinnen und Schüler) – Verschiedene Arten der Finanzierung (öffentliche Gelder, Stiftungen, Förderprogramme...), Verstetigung der Finanzierung – Verfügbarkeit schulischer Ressourcen (z. B. für Ausbildung von Personal) – Organisatorische Einschränkungen (z. B. parallele andere Projekte, konkurrierende Projekte) – Administrative Hürden (z. B. Widerstand einzelner Personen oder Personengruppen) – Soziokulturelle Barrieren (z. B. Sprachbarrieren) – Möglichkeit und Ausmaß des Einbezugs von Eltern – Angst vor Stigmatisierung und Scham seitens der einbezogenen Schülerinnen und Schüler – Persönliche Überzeugungen / Einstellungen des Lehrpersonals (z. B. zu psychischen Störungen) – Fehlende Zusammenarbeit und Wertschätzung beteiligter Personen, Gruppen und Organisationen – Mangelnde Koordination bzw. Weiterleitung über eine primäre Anlaufstelle, z. B. eine Schulgesundheitsfachkraft – Beziehung zu (externen) medizinischen / psychologischen / beraterischen Diensten – Fehlen von Auffrischungssitzungen oder zusätzlichen Interventionen

gen zu Mitschülern, Mitschülerinnen und Lehrkräften, sowie der schulische Fortschritt und der Selbstwert können davon betroffen sein.

An den ADHS-Interventionen sind vor allem Lehrkräfte beteiligt. Wie in der Tabelle 1 beschrieben, beeinflussen sie die Maßnahme maßgeblich durch ihren Ausbildungsstand, ihre Motivation, ihre Persönlichkeit, ihr Wissen über und ihre Erfahrung mit ADHS und ihren zeitlichen Möglichkeiten.

Darüber hinaus bestehen bestimmte Präferenzen: Positive Konsequenzen werden negativen vorgezogen, und zeitsparende Maßnahmen werden gegenüber zeitintensiven und komplexen bevorzugt. Zudem wird eine kombinierte Intervention gegenüber einer rein medikamentösen Behandlung bevorzugt.

Die Leitlinien der amerikanischen Fachgesellschaft für Pädiatrie empfehlen bei Vorschulkindern (4–5 Jahre) verhaltenstherapeutische Interventionen durch das Lehrpersonal als Erstbehandlung (Evidenzniveau A: starke Empfehlung). Bei Grundschulkindern (6–11 Jahre) müssen der schulische Kontext und die Schulsituation in den Behandlungsplan einbezogen werden. Ver-

haltenstherapeutische Interventionen durch Lehrkräfte werden in diesem Alter ebenfalls stark empfohlen (Evidenzniveau B). Für Adoleszente (12–18 Jahre) werden spezifische schulbasierte Interventionen in den Leitlinien nicht erwähnt.³⁹ Die Leitlinien der kanadischen ADHS-Ressourcenallianz empfehlen dem Lehrpersonal eine unmittelbare und direkte Anleitung, häufige Wiederholung sowie häufige Verdeutlichung und Klarstellungen zur Unterstützung bei Aufmerksamkeitsproblemen, beispielsweise bei Arbeitsaufträgen. Zusätzlich werden ein begünstigter Sitzplatz, Zusatzzeiten für Arbeitsaufgaben sowie das Angebot häufigerer Pausen empfohlen. Hierbei dienen die „daily report cards“ als hilfreiche Kommunikation und Benachrichtigung zwischen Schule und Eltern und als Kontrolle über die Verhaltensänderungen beim Kind.⁴⁰

Weitere bewährte operante Verfahren, wie Punktepläne mit kurz- und langfristigen positiven Konsequenzen und positiver Verstärkungen, Verstärkerentzug, Auszeiten (Time-out), Kontingenzmanagement-Verfahren und „Response Cost“, werden in der Schule angewendet. Dabei ist zu beachten, dass auch negative Konsequenzen notwendig sind.

Ein sehr gutes Beispiel für ein operantes Verfahren bei ADHS sind die Lehrer-Eltern-Berichtskarten („daily report cards“). Bei diesem Verfahren erhält das Kind kontingentes tägliches Feedback über sein schulisches Verhalten, verbunden mit häuslichen Belohnungen und Konsequenzen. Die Berichtskarten dienen dazu, Schulprobleme zu identifizieren, zu beobachten und zu ändern. Sie sind nachweislich effektiv, um das Verhalten von Kindern mit ADHS in der Schule zu verändern. Es werden spezifische Verhaltensbeschreibungen der zu verbessernden Bereiche angefertigt und die ausgewählt, in denen das Kind die größten Beeinträchtigungen aufweist. Außerdem werden (zwei bis drei) Ziele klar definiert, so dass sie gut von dem Lehrpersonal und dem Kind beobachtet und bewertet werden können. Ein Beispiel könnte sein: „Kommt pünktlich aus der Pause in den Unterricht“. Zuerst sollte man beurteilen, wie oft das Kind das Zielverhalten zeigt und auf dieser Basis anfängliche Erfolgskriterien bestimmen. Verhaltensziele müssen in verschiedenen Intervallen während des Tages ausgewertet werden (z. B. nach jeder Stunde), um dem Kind Feedback und die Chance zu geben, weitere Punkte zu sammeln. Die Belohnungen sollten des Weiteren vom Kind selbst ausgewählt werden und es kann Tages- und Wochenbelohnungen geben. Neben den Belohnungen sollte das Kind auch für Erfolge gelobt und bei nicht erreichten Zielen der Tagesbericht besprochen werden. Sobald das Kriterium für ein Ziel auf einem akzeptablen Level ist und das Kind es konsistent erreicht, wird es von den Berichtskarten entfernt und, falls nötig, durch ein anderes ersetzt.

ADHS ist eine psychische Störung bei Kindern, die sich besonders im schulischen Umfeld bemerkbar macht, und gerade dort auch gezielt beeinflusst werden kann.

Im Nachfolgenden wird eine gesamtgesellschaftliche Entwicklung vorgestellt, die sich (bei allen positiven Aspekten) auch negativ auf die mentale Gesundheit von Schülerinnen und Schülern auswirken kann und wie damit umgegangen werden sollte.

DIE AUSWIRKUNGEN DER DIGITALISIERUNG IM SCHULISCHEN KONTEXT: HERAUSFORDERUNGEN UND LÖSUNGSANSÄTZE

Die aktuelle Digitalisierungsoffensive der Bundesregierung und der DigitalPakt Schule fördern die vermehrte Nutzung digitaler Medien an deutschen Schulen.⁴¹ Dies ist notwendig und geht mit

vielen Vorteilen einher, jedoch wird die Gefahr einer Zunahme der Prävalenz von internetbezogenen Störungen außer Acht gelassen. Die Handlungsfelder der digitalen Transformationsstrategien in Deutschland fördern die Nutzung digitaler Medien und machen diese und das Internet leichter zugänglich.⁴² So sind Schülerinnen und Schüler nicht nur im privaten Alltag, sondern auch im schulischen Kontext mit digitalen Medien und deren potenziellen Gefahren (insbesondere Cybermobbing⁴³, Computerspielabhängigkeit [Gaming Disorder]⁴⁴, Soziale-Netzwerke-Nutzungsstörung [Social Network Use Disorder; exzessives messaging]⁴⁵, Cybergrooming⁴⁶, Internetpornographie⁴⁷) konfrontiert. Dies unterstreicht die Notwendigkeit klarer Leitlinien (z. B. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)⁴⁸) für die Nutzung des Internets und digitaler Medien.

MOBBING UND CYBERMOBBING IN DER SCHULE: FORMEN, AUSWIRKUNGEN UND AKTUELLE STATISTIKEN

In der Schule als Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen hat Mobbing häufig seinen Ursprung. Als Mobbing werden wiederholte, über einen längeren Zeitraum bestehende, ungerechtfertigte, direkt-offene oder indirekt-verdeckte aggressive Handlungen, meist unter Gleichaltrigen, bezeichnet. Mobbing zielt darauf ab, zu verletzen, zu demütigen, zu belästigen oder einzuschüchtern und ist intentional und systematisch gegen eine Person gerichtet.^{43,49,50}

Mobbing tritt in verschiedenen Formen auf, inzwischen oftmals mittels des Internets. Dies wird als Cybermobbing bezeichnet. Cybermobbing gehört mittlerweile zum Schulalltag.⁵¹ Der verursachte Schaden von Cybermobbing beim Opfer ist für Dritte wie Eltern oder Lehrkräfte nicht direkt ersichtlich, da keine körperlichen Folgen (z. B. Hämatome/Verletzungen) erkennbar sind.⁵² Im Gegensatz zu konventionellen Formen von Mobbing können Täterinnen und Täter beim Cybermobbing anonym bleiben, was wiederum die Wahrscheinlichkeit reduzieren kann, dass diese Empathie oder Reue gegenüber den Opfern empfinden.⁵³ Außerdem ist eine körperliche Überlegenheit der Täterinnen und Täter nicht notwendig.⁴³ Zudem beinhaltet der Einsatz digitaler Medien die Möglichkeit, Textnachrichten, Bilder oder Videos unbegrenzt zu speichern, was das Problem verschärft, da diese Inhalte nicht (oder nur sehr mühsam) zurückgenommen werden können.⁴³ Cybermobbing ist



daher als noch gefährlicher als konventionelle Formen des Mobbing einzustufen.⁵⁴

Je länger und schwerwiegender die Angriffe sind, desto schwerwiegender sind auch die Konsequenzen.

Cybermobbing verursacht sowohl kurz- als auch langfristige Probleme und Störungen bei den Opfern sowie den Täterinnen und Tätern.

Dies äußert sich in Beeinträchtigungen der physischen und psychischen Gesundheit, der Lebensqualität sowie in sozialen Beziehungen. Es erhöht das Risiko für die Entwicklung internalisierender Störungen (z. B. Depressionen, soziale Ängste), kann eine posttraumatische Belastungsstörung verursachen und intensiviert Stress und Integrationsprobleme in die Peergroup. Schwierigkeiten in der schulischen Leistung, Schlafstörungen, Selbstverletzungen, Suizidalität und Suizid gehören ebenfalls zu den schwerwiegenden Folgen von Cybermobbing.^{49,52}

Bei den Täterinnen und Tätern sind externalisierende Störungen (insb. antisoziale Tendenzen, Zornanfälle, Aggression, Gewalt, Kriminalität, Alkohol- und Drogenmissbrauch) zu verzeichnen.^{52,55} Laut der PISA-Studie aus dem Jahr 2015, die 540.000 Schülerinnen und Schüler befragte, waren in Deutschland 16% der 15-Jährigen von Mobbingvorfällen betroffen.⁵⁶ Im Rahmen der HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children – Internationale Kinder- und Jugendgesundheitsstudie in Zusammenarbeit mit der

Weltgesundheitsorganisation (WHO)) aus dem Jahr 2022, an der 6.475 Schülerinnen und Schüler im Alter von 11–15 Jahren teilnahmen, gaben 13,9% der Befragten an, in der Schule gemobbt worden zu sein und/oder andere gemobbt zu haben.⁵⁷

Gemäß einer repräsentativen Basisuntersuchung zum Umgang mit digitalen Medien in Deutschland berichten 29% der Jugendlichen, dass schon einmal beleidigende oder falsche Sachen über sie im Netz verbreitet wurden, 16%, dass schon einmal beleidigende Bilder oder Videos von ihnen ohne Einwilligung gepostet wurden⁵⁸ und 51%, dass sie schon mal beleidigende Kommentare erhalten haben.⁵⁹ Zudem geben 38% der Jugendlichen an in ihrem Umfeld schon einmal mitbekommen zu haben, dass jemand im Internet absichtlich „fertig gemacht“ wurde, und 11%, dass sie selbst schon einmal Opfer einer solchen Attacke waren.⁵⁸

Im Hinblick auf Cybermobbing berichtet die HBSC-Studie von 2,7% Cybermobbingtäterinnen und -täter, 3,0% Cybermobbingopfern und 1,4% der Befragten waren sowohl Täter als auch Opfer.⁵⁷ Im Jahr 2022 hat sich im Vergleich zu der Erhebung aus dem Jahr 2017/2018 die Anzahl der Cybermobbingtäterinnen und -täter (1,3% versus 2,7%) und Opfer (2,0% versus 3,0%) sowie der kombinierten Täter- Opfer-Personen (0,6% versus 1,4%) deutlich erhöht.

Bezüglich der verschiedenen Schulformen zeigt sich, dass Mobbing in allen Schulformen vorkommt.^{57,60,61}

Interventionen bei (Cyber-)Mobbing

Gerade beim Mobbing und Cybermobbing sind schulbasierte Interventionen sehr wirksam.¹⁶ Grundstein für eine effektive Prävention von Mobbing ist das Bewusstsein, dass Mobbing die gesamte (Schul-)Gemeinschaft betrifft und nicht nur ein Problem des betroffenen Opfers ist.

Im Folgenden werden zwei erfolgreiche Interventionen vorgestellt: Ein nachweislich wirksames Interventionsprogramm ist das Olweus-Programm gegen Mobbing und antisoziales Verhalten für die gesamte Schule.^{62,63} Das Programm ist klar strukturiert und arbeitet auf drei Ebenen: Schule, Klassen, sowie einzelne Schülerinnen und Schüler. Die Inhalte des Programms umfassen beispielsweise die Unterscheidung verschiedener Mechanismen und Formen des Mobbings, die Erkennung von und Intervention bei Mobbing und die systematische Zusammenarbeit mit Kollegium und Eltern. Im Vordergrund stehen eine umfassende Kommunikation und sorgfältige Dokumentation des Mobbingvorfalls. Im Schlichtungsprozess werden sowohl Täter und Täterinnen, als auch Opfer und Eltern miteinbezogen. Mobbingvorfälle werden in der Akte der Schülerinnen und Schüler festgehalten, um seitens der Schule eine klare Positionierung gegen eine Mobbingkultur zu zeigen.⁵² Eine Evaluation des Programms an 23 Schulen in Baden-Württemberg zeigt eine Reduktion sowohl der Anzahl der Täterinnen/Täter als auch der Opfer um ein Viertel (25%).⁶⁴

Der evidenzbasierte Interventionsansatz *No Blame Approach*⁶⁵ verfolgt einen lösungsorientierten Ansatz. Bei diesem Ansatz sind Schülerinnen und Schüler in die Lösungsfindung involviert.

Die Intervention erfolgt in drei Schritten:

1. Gespräche mit dem Opfer ohne Schuldzuweisung und Sanktionen (Ziel: konkrete Ideen entwickeln, um die Situation zu verbessern);
2. Bildung einer Unterstützungsgruppe von 6–8 Personen (Haupttäter, Mitläufer, unbeteiligte Zuschauende);
3. Einzelgespräche nach ein bis zwei Wochen.

Eine Evaluation des Programms zeigt, dass bei 192 (87,3%) von 220 Mobbingvorfällen das Mobbing erfolgreich gestoppt werden konnte.⁶⁶

Implementierungsprobleme schulbasierter Interventionsprogramme

Die Umsetzung von Interventionsprogrammen im schulischen Kontext ist bisweilen schwierig.⁶⁷ Im deutschen Schulsystem ist

eine primäre Prävention von (Cyber-)Mobbing leider kaum verbreitet, da die Kosten präventiver Programme und der erforderliche Zeitaufwand teilweise gescheut werden. Eine Verankerung im Schulgesetz, klare Richtlinien und ein systematischer Ansatz sind notwendig, um dies zu ändern. Dem gegenüber steht bisweilen ein Zögern oder gar Widerstand seitens der Lehrkräfte und Eltern, die glauben, dass Mobbing an ihrer Schule kein Problem sei. In Folge kommt es erst beim Auftreten von Mobbingfällen reaktiv und isoliert zur Anwendung von Komponenten aus Interventionsprogrammen.^{16, 68} Mangelnde Kommunikation und Kooperation der drei Versorgungssysteme Gesundheit, Schule und Soziales sowie unklare Zuständigkeiten erschweren die Situation.

Cybergrooming und Chatgruppen

An Schulen etablieren sich immer wieder Chat-Gruppen mit problematischen Inhalten wie Gewalt, Rechtsextremismus oder Kinderpornografie, welche den Weg für weitere Gefahren des Internets bahnen, wie zum Beispiel Cybergrooming. Cybergrooming meint den zielgerichteten Versuch von Erwachsenen (aber auch von Jugendlichen), über soziale Medien/Onlinespiele Kontakt zu Kindern/Jugendlichen aufzunehmen, mit dem Ziel pornografische Aufnahmen von diesen zu erhalten und sie letztendlich bei einem realen Treffen sexuell zu missbrauchen.⁴⁶ Im Jahr 2023 wurde beispielsweise im Saarland vor einer solchen Gruppe gewarnt, welche sich unter Schülerinnen und Schülern verbreitet hatte.⁶⁹ Auch dies unterstreicht die Notwendigkeit und Wichtigkeit von Sensibilisierungskampagnen in Schulen über Gefahren und Risiken im Internet.⁴⁶

Problematische Internetnutzung und Schulabsentismus

Eine Problematische Internetnutzung (PIU) ist bei Jugendlichen generell⁴² und insbesondere bei Jugendlichen mit Schulverweigerungsverhalten weit verbreitet.⁷⁰ So zeigt sich beispielsweise bei einem Anstieg von Videospiegelverkäufen, dass Schülerinnen und Schüler mehr Zeit mit dem Spielen verbringen und dadurch weniger Zeit für Unterricht und Hausaufgaben haben.⁷¹ Die potenzielle stressabbauende Wirkung des Spielens von Videospiele spielt hierbei eine Rolle.⁷² Schulabsentismus und übermäßige Spielzeiten resultieren im Aufschieben schulischer Aufgaben und können den akademischen Erfolg verringern oder gefährden.⁷³

Die Abwägung des Einsatzes digitaler Medien im schulischen Kontext

Abschließend stellt sich die Frage, wie sinnvoll der Einsatz digitaler Medien im schulischen Kontext ist. Die mit der Digitalisierung einhergehenden Vorteile, aber auch Nachteile, sind abzuwägen.

Kinder und Jugendliche stellen eine besonders vulnerable Gruppe für die Entwicklung internetbezogener Störungen dar⁴⁷, verstärkt durch die Covid-19-Pandemie.⁴² Zudem werden Kinder und Jugendliche „at risk“ für oder mit bereits bestehenden internetbezogenen Störungen im schulischen Kontext einer zusätzlichen Quelle digitalen Medienkonsums ausgesetzt, wenn eine Notwendigkeit besteht, Schultablets etwa für die Hausaufgaben zu nutzen und die häusliche Nutzung zu schulfremden Zwecken nicht verhindert werden kann. Die verstärkte Nutzung digitaler Medien erhöht das Risiko für Cybermobbing und auch Cybergrooming.^{46,75}

PSYCHISCHE GESUNDHEIT IN DER SCHULE: CHANCEN UND HERAUSFORDERUNGEN SCHULBASIERTER INTERVENTIONEN UND DER BEDARF AN FRÜHZEITIGEN MASSNAHMEN

Schule ist ein zentraler Bestandteil im Leben von Kindern und Jugendlichen. Dieser Rahmen bietet das Vermitteln von verschiedenstem Wissen, birgt aber auch Risiken, wie die Ausbildung, Aufrechterhaltung oder Intensivierung psychischer Krankheiten. Ein Viertel der Kinder, die in die Schule gehen, leidet unter psychischen Problemen. Diese Probleme können sich auch negativ auf die schulischen Leistungen und den Schulerfolg auswirken, wie im Fall von ADHS. Um dem vorzubeugen oder aber auch schon zu intervenieren, gibt es schulbasierte Interventionen. Diese können zur Prävention und zur therapeutischen Intervention genutzt werden. Bei der Prävention unterscheidet man zwischen Interventionen zur Verhinderung der Ausbildung psychischer Störungen, Interventionen für gefährdete Kinder und Interventionen für Kinder mit Vorläufersymptomen.

Jedoch gibt es einige Barrieren, die die Implementierung dieser wirksamen Programme in den Schulalltag erschweren. Für ADHS wird hier eine effiziente Intervention beschrieben („daily report cards“). Die Digitalisierung bringt zusätzliche Herausforderungen, insbesondere Cybermobbing, welches schwerwiegende Auswirkungen für Opfer und Täterinnen und Täter haben kann. Hier werden zwei nützliche Interventionsprogramme vorgestellt.

Obwohl es bereits viele wirksame Interventionen gibt, werden sie oft nicht ausreichend genutzt. Es gibt viele Barrieren. Die Nutzung dieser Interventionen wäre aber von großer Notwendigkeit. Bundesweit gibt es ca. 2.000 Schulpsychologen auf ca. 1.350 Vollzeitstellen (Stand: 2016), was einem Verhältnis von einem Schulpsychologen auf 8.000 Schüler entspricht. Ist dies ausreichend für den Interventionsbedarf im Kontext Schule? Oder bedarf es innovativer neuer Modelle der Prävention und Intervention im Kontext Schule? Weitere Forschung sollte klären, wie genau die benannten



Barrieren zu verringern sind und somit die Wirksamkeit der Interventionen verbessert werden kann.

Aktuell ist das Potential psychologischer Interventionen im schulischen Kontext bei weitem nicht ausgeschöpft. Zudem stellt sich die Frage, ob schulpyschologische Interventionen eventuell schon (zu?) späte Maßnahmen darstellen? Dafür sprechen die über 15-jährigen Erfahrungen einer Spezialambulanz für Vorschulkinder am Universitätsklinikum des Saarlandes, wo wir weit über 2.000 Vorschulkinder und ihre Familien gesehen haben (KJP_Ambulanz_Saeuglinge_und_Kleinkinder.pdf (uks.eu)).⁷⁶

Sollten wir daher nicht besser schon im Kindergarten beginnen? Die Etablierung Kindergartenpsychologischer Dienste⁷⁷ wird vorgeschlagen. Diese sind angesichts der hohen Betreuungsquote von 90,9% in der Kindertagesbetreuung bei den 3–6-jährigen im Jahr 2023⁷⁸ eine große, bisher weitgehend ungenutzte und früh ansetzende Möglichkeit mit hohem Nutzen für unsere Kinder und deren Eltern, für unsere Gesellschaft und für unsere Zukunft.

Schülerwettbewerb „Schule und Gesundheit“

„Wie sieht für dich eine perfekte gesunde Schule aus?“

Zahlreiche Schülerinnen und Schüler haben sich an unserem Wettbewerb zu dieser Fragestellung mit kreativen Zeichnungen beteiligt. Wichtig im Schulalltag sind für sie gesunde Ernährung und eine ausreichende Trinkwasserversorgung, längere Pausen, Rückzugsmöglichkeiten und Ruhebereiche, mehr Bewegungsmöglichkeiten und -angebote während des Unterrichts und in der Pausenzeit sowie eine ansprechende Lernumgebung. Die Wünsche der teilnehmenden Kinder zeigen, dass Schulen als Orte gestaltet werden müssen, die die Gesundheit und das Wohlbefinden ihrer Schülerinnen und Schüler fördern. Nachfolgend präsentieren wir die sechs besten Einsendungen.

Wir bedanken uns bei der Arnulf Betzold GmbH für die großzügige Spende für unsere Gewinnerinnen und Gewinner.



Flori (9 Jahre), 4. Klasse Grundschule Altgemeinde (Schenefeld)



Gesunde Schule



Wohlfühl-Tage!

Marcel K., 8 Jahre
Katharina G., 7 Jahre
Katharina F., 7 Jahre
Leonard K., 8 Jahre
Z. Klasse Gabel-Roggen-Grundschule Hüllhorst



1. Wochentag
2. Wochentag
Guten Morgen
Liebe Klasse 2b

Hausaufgaben
DIN
LERN
SOLGEMER



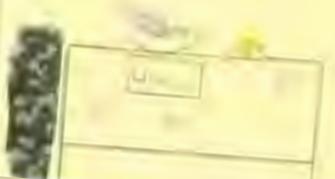
Wochentag



Wochentag



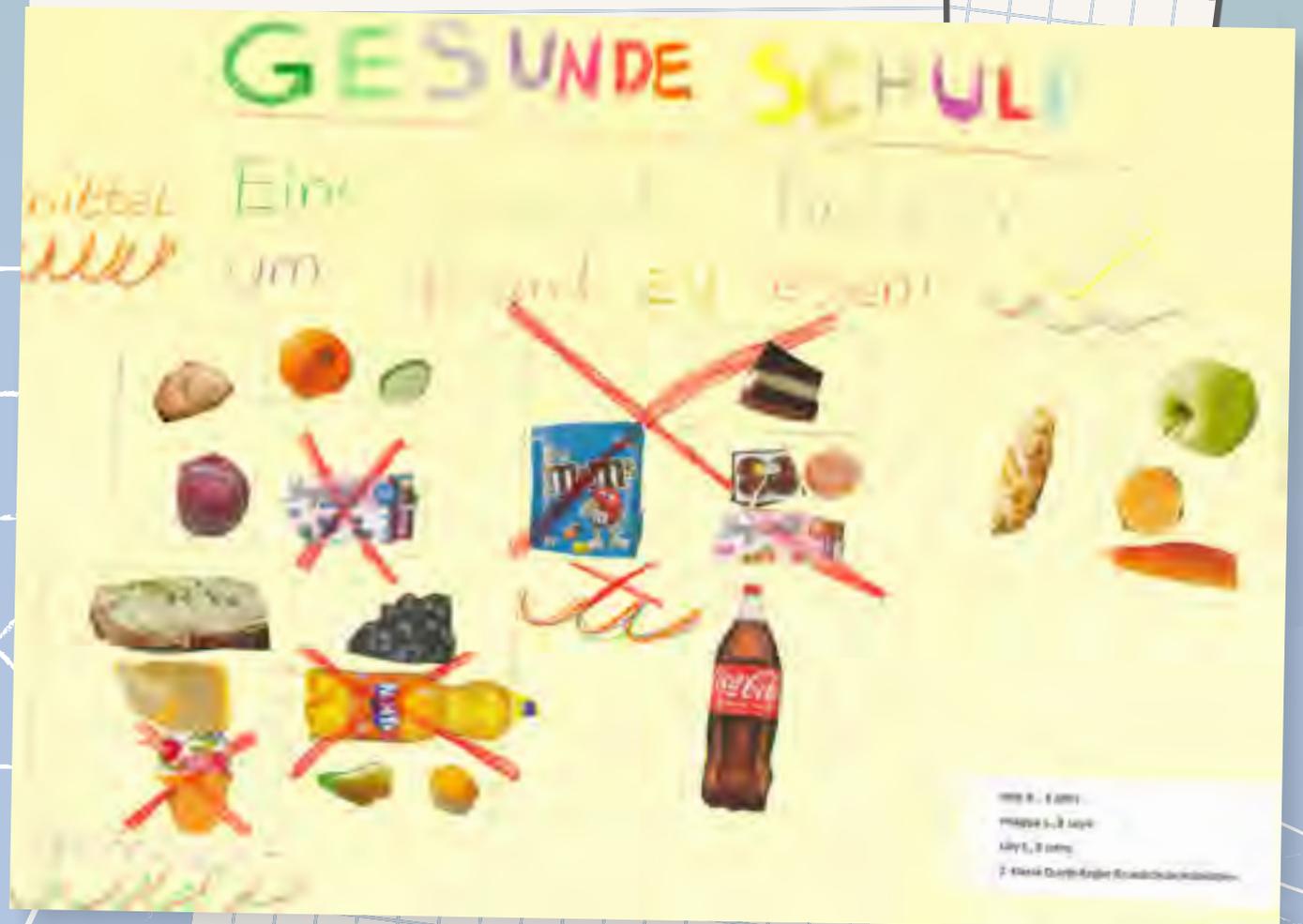
Wochentag



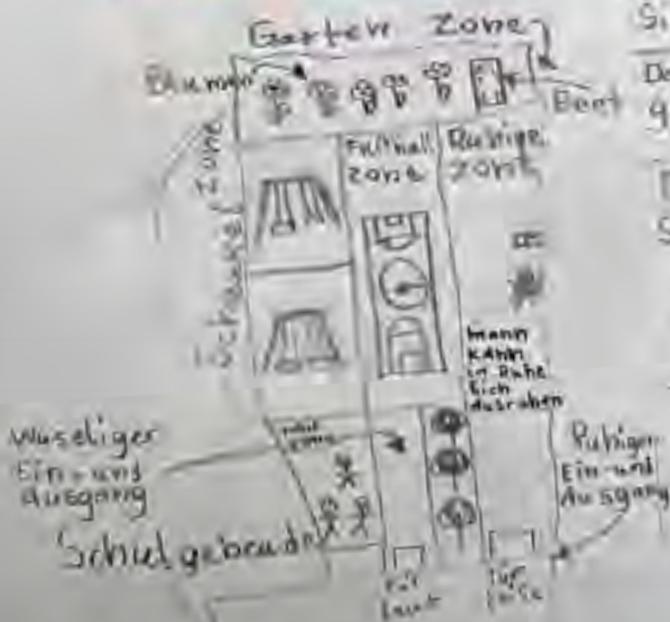
Wie sieht eine gesunde Schule aus?



Silke H., 8 Jahre
Dorothea M., 8 Jahre
Vincent W., 8 Jahre
Florian S., 8 Jahre
Z. Klasse Gabel-Roggen-Grundschule Hüllhorst



Mein Schulhof:



Ein Raum zum Bücher Lesen



Das es mehr Bewegungsangebote für Kinder gibt die sich mehr bewegen wollen.

Das es bessere Schließlösungen gibt, (die sauber sind)

Das es morgens nicht so ein Gedränge gibt, (vielleicht eine Person die das organisiert)

Max, 9 Jahre, Berlin

INTERVIEW MIT PRIV.-DOZ. DR. MED. KATHARINA BÜHREN &
PROF. DR. MARCEL ROMANOS

„Unser Schulsystem muss psychische Belastungen frühzeitig erkennen“

Schulen sind weit mehr als nur Bildungsstätten – sie können erheblichen positiven wie negativen Einfluss auf das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen nehmen.

Priv.-Doz. Dr. Katharina Bühren und Prof. Marcel Romanos erleben diesen Zusammenhang hautnah im Klinikalltag einer Kinder- und Jugendpsychiatrie. Im Interview schildern sie, wie das Schulsystems auf die seelische Gesundheit junger Menschen einwirken kann, erörtern aktuelle Herausforderungen und diskutieren mögliche Perspektiven.

Frau Priv.-Doz. Dr. Bühren,
Herr Prof. Romanos, wie schätzen
Sie die aktuelle Lage der
seelischen Gesundheit von Kindern
und Jugendlichen ein?
Was erleben Sie in Ihrer Klinik?

Frau Priv.-Doz. Dr. Bühren: Die Coronapandemie liegt mittlerweile hinter uns und der Schulbetrieb ist wieder auf normalem Niveau. Und doch ist die junge Generation in meinen Augen noch immer stark belastet. Die Hamburger COPSY Studie hat im letzten Jahr gezeigt, dass sich Kinder und Jugendliche auch noch lange Zeit nach den Schulschließungen seelisch belastet fühlten. Es blieb ja auch kaum Zeit zum Luftholen: Ukraine-Krieg, Inflation, Nahostkonflikt, Energiekrise und natürlich die fortwährende Sorge wegen des Klimawandels – dieser Dauerkrisen-Modus, befeuert von einer Bilderflut in den Sozialen Medien, macht etwas mit den jungen Menschen. Die psychische Belastung von Kindern und



PRIV.- DOZ. DR. MED.
KATHARINA BÜHREN

ist Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Ärztliche Direktorin des kbo-Heckscher Klinikums für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie und Mitglied des Vorstands der Stiftung Kindergesundheit.

Jugendlichen hat in den letzten Jahren zugenommen. In der Klinik beobachten wir eine steigende Zahl von Angststörungen,

Depressionen, Suchtstörungen und anderen psychischen Erkrankungen. Gleichzeitig gibt es einen erheblichen Mangel an Fachpersonal im stationären Bereich und zu wenig ambulante Behandlungskapazitäten. Aber nicht nur das Gesundheitssystem, sondern auch die Jugendhilfe kann die erhöhten Bedarfe kaum mehr abdecken. Und das Schulsystem schlägt Alarm, weil immer mehr Kinder und Jugendliche psychische Auffälligkeiten zeigen.

Herr Prof. Romanos: Da stimme ich zu. Und ich möchte folgenden Aspekt ergänzen: Unabhängig von den Entwicklungen der letzten fünf Jahre zeigen Studien, dass etwa 20 Prozent aller Kinder Symptome psychischer Erkrankungen haben und dass diese Zahl ziemlich konstant bleibt. Anders als bei vielen körperlichen Krankheiten sehen wir trotz verbesserter Behandlungsmöglichkeiten also keinen Rückgang. In den klinischen Versorgungsstrukturen wird allseits ein zunehmender Schweregrad be-

richtet. Wir können psychischen Störungen zwar heute besser begegnen denn je, gleichzeitig nimmt bei den Behandlungen die Inanspruchnahme und der Bedarf immer weiter zu. Man erhält den Eindruck, dass die Kinder den vielfältigen Erwartungen und Entwicklungsaufgaben nur noch bedingt gewachsen zu sein scheinen. Aber man darf nicht pauschal sagen, dass die Belastungen zunehmen, weil auch die Erwartungen zunehmen. Was man jedoch feststellen kann, ist, dass vielen Kindern wesentliche Ressourcen fehlen, um mit den vielfältigen psychosozialen Erwartungen umzugehen.

Diese hohen Erwartungen zeigen sich wohl insbesondere im Kontext Schule. Welche Rolle spielt das Schulsystem Ihrer Meinung nach in Bezug auf die mentale Gesundheit der Schülerinnen und Schüler?

Frau Priv.-Doz. Dr. Bühnen: Das Schulsystem spielt eine zentrale Rolle in Bezug auf die mentale Gesundheit junger Menschen. **Schule kann sowohl ein Ort der Unterstützung als auch ein enormer Stressfaktor sein.** Auf der einen Seite kann ein gut ausgestattetes Schulsystem mit Zugang zu Schulpsychologinnen, Sozialarbeitern und Beratungsdiensten helfen, psychische Belastungen frühzeitig zu identifizieren und gezielte Hilfsangebote bereitzustellen. Außerdem werden in der Schule Lebenskompetenzen und soziale Fähigkeiten vermittelt, die für die psychische Gesundheit unerlässlich sind. Schulen können so einen wichtigen Beitrag zur Prävention psychischer Erkrankungen leisten, indem Resilienz und emotionales Wohlbefinden der Schülerinnen und Schüler gefördert werden. Für manche Kinder und Jugendliche ist die Schule auch ein unmittelbarer Versorgungsraum im Alltag, der ihnen eine Tagesstruktur und vielleicht auch die einzige warme Mahlzeit am Tag gibt. Für sie bedeutet Schule Schutz und Sicherheit.

Herr Prof. Romanos: ... und auf der anderen Seite können Integrationsprobleme und Mobbing Kinder und Jugendliche



PROF. DR. MED.
MARCEL ROMANOS

ist Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Universitätsklinikum Würzburg, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) und Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der Stiftung Kindergesundheit.

sehr belasten und psychische Probleme begünstigen oder verschlimmern. Gerade der soziale Aspekt der Ausgrenzung und Mobbing-Erfahrungen sind gut bekannte Risikokonstellationen für die Entwicklung psychischer Störungen. Ein anderer Aspekt ist das Thema Leistung: In unserem Schulsystem werden Kinder und Jugendliche – durchaus berechtigt – aufgrund ihrer Leistungen bewertet. Natürlich kann ein übermäßiger Leistungsdruck auf die Kinder ihre psychische Gesundheit beeinträchtigen. Immer wieder wird heute formuliert, dass die schulischen Anforderungen an Kinder und Jugendliche gestiegen seien. Interessanterweise ist das nicht einfach objektivierbar, denn der Schulstoff ist keineswegs per se schwieriger geworden. Es ist eher so, dass viele Familien und manchmal auch die Kinder selbst mittelmäßige Leistungen als schlechte Leistungen wahrnehmen. Durchschnittliche Leistungen werden dann abgewertet oder problematisiert, teilweise durch die Eltern, teilweise durch die Kinder selbst im Vergleich mit anderen Kindern, teilweise durch die Erwartungen der Schule. Junge Menschen glauben häufig, ohne sehr gute Noten später keine Chancen zu haben. Das löst Stress aus, der krank machen kann.

Was muss denn getan werden, damit Schulen Kinder mehr entlasten als belasten? Wie kann Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten schnell und niedrigschwellig geholfen werden?

Herr Prof. Romanos: Viele Schulen machen innerhalb der existierenden Systeme sehr gute Arbeit. Viele Lehrkräfte und schulisches Fachpersonal sind motiviert und schaffen gute Lernvoraussetzungen und den richtigen sozialen Rahmen für die Kinder. Ich denke aber, dass wir die Chancen des Systems Schule in seiner Bedeutung für unsere Gesellschaft nicht gut ausschöpfen. Wir sind keine Pädagogen und möchten der Schule nicht von außen erklären, wie sie ihre Arbeit zu machen hat. Es geht hier mehr um die strukturellen und gesellschaftlichen Schnittstellen von Schule. Beispielsweise ist das Schulsystem sehr zersplittert und Übergänge zwischen Schulformen und verschiedenen Bundesländern stellen für die Kinder Risikosituationen dar. Letztlich gibt es aber auch einen gigantischen Reformstau im schulischen Bauwesen. Unsere Kinder sollten in angemessenen Räumen lernen können. Auch die Durchlässigkeit von Schule für andere Hilfesysteme ist begrenzt und unterschiedlich gut organisiert. Dazu wäre es wichtig, dass **die Leistungen der im Schulsystem vorhandenen Fachkräfte wie Vertrauenslehrerinnen, Schulpsychologen, Schulsozialarbeiterinnen und andere stärker vernetzt und koordiniert werden.** So könnte die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen intern besser geschützt und gefördert, und auch extern durch die Kooperation mit außerschulischen Angeboten verbessert werden.

Frau Priv.-Doz. Dr. Bühnen: Ein wichtiger erster Schritt wäre, die innerschulischen Hilfesysteme dazu zu befähigen, enger mit den außerschulischen Gesundheits- und Sozialleistungen kooperieren zu dürfen. Dazu zählen unter anderem der Öffentliche Gesundheitsdienst, Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten. Wichtig

ist, dass alle Beteiligten ein gemeinsames Verständnis und eine abgestimmte Vorgehensweise entwickeln, um den individuellen Bedürfnissen der Schülerinnen und Schüler gerecht zu werden. Durch eine enge Zusammenarbeit können effiziente Unterstützungsstrukturen geschaffen werden. Das Ziel dieser Bemühungen muss sein, über psychische Krankheiten aufzuklären und Frühinterventionen zu stärken, indem wir Ressourcen bündeln und Programme implementieren, die die Resilienz von Kindern fördern. **Jede Schule sollte eine leicht zugängliche Anlaufstelle bieten, an die sich Kinder in seelischer Not wenden können.** Tatsächlich sollte im schulischen Setting aber auch kein Kind in seelischer Not übersehen werden dürfen.

Welche anderen konkreten Maßnahmen halten Sie für notwendig?

Frau Priv.-Doz. Dr. Bühren: Das vor mehr als 50 Jahren durch die Kultusministerkonferenz formulierte Ziel von mindestens einem Schulpsychologen für jeweils 5.000 Schülerinnen und Schüler wird bis heute nur in sechs von sechzehn Bundesländern erreicht. Angesichts der starken Zunahme psychischer Belastungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen muss diese Bezugszahl angepasst und eine Umsetzung dringend erreicht werden. **Wir brauchen auch deshalb mehr Schulpsychologinnen und -psychologen, weil diese sich an vielen Standorten zu einer zentralen Schnittstelle zu außerschulischen Diensten entwickelt haben und daher mehr Zeit für die Koordination benötigen.** Ein weiterer wesentlicher Punkt ist, dass bundesweit an jeder Schule der Zugang zur Schulsozialarbeit gewährleistet sein sollte. Laut Schulbarometer 2022 haben aber 40 Prozent der Schulen keine Angebote der Schulsozialarbeit. Selbst an Schulen, wo es solche gibt, können die Bedarfe der Schülerinnen und Schüler nicht ausreichend abgedeckt werden. Diese verschiedenen Fachkräfte tragen maßgeblich zur Prävention und Intervention bei psychischen Problemen bei. Schulsozialarbeit kann eine hilfreiche Rolle spielen bei der Entwicklung

sozialer Kompetenzen und beim Umgang mit Stress und Konflikten, was wiederum zu einem positiven Klassenklima beiträgt.

Herr Prof. Romanos: Auch Präventionsprogramme können helfen. Allerdings gibt es derzeit zu viele Projekte, die nicht evaluiert wurden, nur regional verfügbar sind und schnell wieder verschwinden. Um dieses Problem zu lösen, brauchen wir nachweislich effektive Programme und die notwendige Infrastruktur, um sie flächendeckend und dauerhaft in den Schulen zu etablieren. Das ist eine langfristige Aufgabe, keine kurzfristige Initiative. Es muss flächendeckende Programme geben, die nachhaltig in den Schulen implementiert werden, während andere speziell auf Risikogruppen abzielen, wie zum Beispiel auf Kinder psychisch kranker Eltern. Auch die vom Gesundheitsministerium initiierten Mental Health Coaches sind nur ein Tropfen auf dem heißen Stein. Deutschlandweit sind erst einmal nur 90 bis 100 dieser Coaches vorgesehen. Obwohl der Gedanke gut ist, reicht das selbstverständlich nicht aus. Auch finde ich wichtig, dass Lehrkräfte besser im Umgang mit psychisch belasteten Schülerinnen und Schülern geschult werden.

Wie kann das geschehen, ohne dass die Lehrkräfte überlastet werden?

Herr Prof. Romanos: Sicherlich dürfen wir Lehrerinnen und Lehrer nicht zuschütten mit Aufgaben, die eigentlich in einem gesamtgesellschaftlichen Problem wurzeln. Aber an der Mitverantwortung der Schule für das seelische Wohlergehen der ihnen Anvertrauten kommen wir nicht vorbei. Es sollte selbstverständlich sein, dass Lehramtsanwärterinnen und -anwärter schon im Studium lernen, wie sie Anzeichen einer psychischen Störung erkennen, was sie gegen Mobbing tun müssen und welche Verantwortung sie für ein gutes Klassenklima tragen. In meiner Erfahrung werden diese Inhalte erst nach dem Studium mühsam vermittelt und die Studiencurricula müssen dringend modernisiert werden. Schule ist letztlich ein gesellschaftliches Element

und muss dazu in die Lage versetzt werden, die breiten Aufgabenbereiche umfänglich zu erfüllen. Meiner Erfahrung nach liegt es nicht am Widerstand der Lehrkräfte.

Welche Rolle spielt die Politik bei der Umsetzung der von Ihnen geforderten Maßnahmen? Was wünschen Sie sich von dieser Seite?

Frau Priv.-Doz. Dr. Bühren: Die Politik ist entscheidend. Sie muss die finanziellen Mittel bereitstellen und die notwendigen gesetzlichen Rahmenbedingungen schaffen, um die genannten Maßnahmen umzusetzen. **Dazu muss zunächst einmal auch von der Politik die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen als ebenso wichtig anerkannt werden wie ihre physische Gesundheit.**

Herr Prof. Romanos: Es ist vor allem auch eine interministerielle Zusammenarbeit ebenso wie die länderübergreifende Abstimmung notwendig, um die Kinder und Jugendlichen in ihrem Lebensraum Schule umfassend unterstützen und fördern zu können. An dieser Stelle hat der Föderalismus eindeutig negative Folgen für die Kinder.

Was wünschen Sie sich für die Zukunft in Bezug auf die mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen?

Herr Prof. Romanos: Ich wünsche mir, dass jedes Kind und jeder Jugendliche die Unterstützung erhält, die er oder sie braucht, um gesund aufzuwachsen und sich in der Schule wohlfühlen. Dafür müssen wir als Gesellschaft zusammenarbeiten und die notwendigen Ressourcen bereitstellen.

Frau Priv.-Doz. Dr. Bühren: Ich schließe mich an. Es ist entscheidend, dass wir ein Umfeld schaffen, in dem Kinder und Jugendliche sich sicher und unterstützt fühlen. Nur so können sie ihr volles Potenzial entfalten und zu gesunden Erwachsenen heranwachsen.

PINNWAND

Meine Perspektive

Kinder berichten über ihre Erfahrungen in der Schule im Zusammenhang mit Gesundheit

JUVENILE IDIOPATHISCHE ARTHRITIS (JIA)

ist eine chronische entzündliche Erkrankung der Gelenke, die Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren betrifft.^{1,2} JIA ist die häufigste Form von entzündlichem Rheuma bei Kindern und tritt oft im Vorschulalter auf, wobei Mädchen häufiger betroffen sind als Jungen.³ Die Krankheit führt zu Entzündungen und Schmerzen in den Gelenken, häufig zuerst in den Knie- oder Sprunggelenken, aber auch Finger- oder Zehengelenke können betroffen sein. Neben den Gelenken können auch andere Teile des Körpers, wie Knochen, Muskeln und sogar die Augen, betroffen sein. Ein charakteristisches Merkmal der JIA ist die Morgensteifigkeit, bei der die Gelenke nach dem Aufwachen besonders steif und unbeweglich sind.

Die Symptome von JIA können sehr belastend sein und das tägliche Leben der betroffenen Kinder stark beeinträchtigen. Zu den häufigsten Symptomen gehören Gelenkschmerzen, Schwellungen, eingeschränkte Beweglichkeit und manchmal auch Fieberschübe und Hautausschläge. Diese Symptome können in Schüben auftreten, wobei Phasen mit starken Beschwerden und Phasen mit weniger Beschwerden wechseln. Obwohl JIA eine schwere und belastende Erkrankung ist, gibt es verschiedene Therapien, die helfen können, die Symptome zu lindern und die Lebensqualität der betroffenen Kinder zu verbessern. Dazu gehören Medikamente zur Entzündungshemmung und Schmerzbehandlung, Physiotherapie, Ergotherapie und regelmäßige ärztliche Betreuung. Bewegung und Sport sind auch wichtig, um die Beweglichkeit der Gelenke zu erhalten und die Muskeln zu stärken. Bei etwa der Hälfte der betroffenen Kinder heilt die Krankheit bis zum Erwachsenenalter aus, während die anderen eine lebenslange Therapie benötigen.

JIA stellt eine große Herausforderung für die betroffenen Kinder und ihre Familien dar. Es erfordert ein hohes Maß an Unterstützung und Verständnis von der Familie, Lehrkräften und dem gesamten sozialen Umfeld, um den Kindern zu helfen, ein möglichst normales und aktives Leben zu führen.



Lesen Sie hier den Newsletter der Stiftung Kindergesundheit zum Thema Juvenile idiopathische Arthritis (JIA)

https://www.kindergesundheit.de/Info/Newsletter/2024/_docs/Newsletter_06.pdf

FRIEDA, 9 JAHRE, HUSUM

„Ich habe juvenile idiopathische Arthritis. Das ist eine Krankheit, die meine Gelenke und meine Augen betrifft. In der Schule wissen nicht viele davon, und ich bin mir nicht sicher, ob ich überhaupt will, dass die anderen Bescheid wissen. Ich will doch auch gesund sein, so wie sie. Manchmal, wenn ich in der Schule sitze, denke ich daran, dass ich abends wieder eine Spritze bekommen muss, und das macht mich traurig. Andere Kinder müssen das nicht. Deshalb spreche ich in der Schule eigentlich nie darüber. Ich habe das Gefühl, dass es niemand wirklich verstehen würde. Manchmal ist es komisch, weil die Krankheit einfach immer dableibt. Es ist nicht so, dass ich irgendwann sagen kann: „Jetzt bin ich gesund.“ Das fühlt sich seltsam an, weil keiner es sehen kann. Ich sehe ja aus wie jedes andere Kind.

Es gibt Tage, an denen habe ich morgens richtig starke Schmerzen, aber später in der Pause kann ich wieder normal mit den anderen Kindern spielen. Ich habe dann Angst, dass mir keiner glaubt, wie schlecht es mir vorher ging. Und dann gibt es Tage, an denen ich renne und tobe ich, weil ich mich daran gewöhnt habe, trotz der Schmerzen Spaß zu haben, aber hinterher tut es dann so sehr weh, dass ich nur noch ganz langsam gehen kann. Zum Glück hat unsere Schule keine Treppen, denn Treppen runterzugehen ist oft sehr schmerzhaft, und ich bin froh, dass das keiner merkt. Ich würde so gern Fußball spielen wie meine Geschwister, aber meine Mama hat Angst, dass das meinen Gelenken zu sehr schadet. Manchmal fühle ich mich ausgeschlossen, weil ich nicht mitmachen kann.

Ständig muss ich an meine Medikamente denken. Jeden Tag morgens und abends Augentropfen, zweimal die Woche Tabletten und einmal die Woche eine Spritze. Wenn wir auf Klassenfahrt gehen, ist das auch immer kompliziert, weil meine Medikamente gekühlt werden müssen und ich Hilfe brauche. Durch die vielen Arztbesuche fehlen mir oft Stunden in der Schule, weil wir immer so weit fahren müssen.

Meine Lehrerin ist nett und weiß, dass ich eine Krankheit habe. Aber sie vergisst es manchmal. Letztens war ein Ausflug geplant, und am Abend davor war mein Knie so dick und heiß, dass ich zu Hause bleiben musste. Jedes Jahr haben wir in der Schule einen Lauftag. Ich möchte immer mitmachen, aber ich weiß, dass ich danach starke Schmerzen haben werde. Dann muss ich entscheiden: Entweder ich halte es aus oder ich gehe gar nicht erst hin. Das ist echt schwer.“

Kurz & knapp:

Schulgesundheitsfachkräfte (SGFK) sind seit 2017 in mehr als 100 öffentlichen Schulen in Deutschland im Einsatz. Sie tragen dazu bei, dass die zahlreichen gesundheitlichen Herausforderungen im Setting Schule zum Wohle der Schülerinnen und Schüler bewältigt und erfolgreiche Bildungsbiografien ermöglicht werden. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass die Arbeit der Schulgesundheitsfachkräfte positiven Einfluss auf die Schülerinnen und Schüler, auf die Eltern und die Lehrkräfte hat.



Schule braucht Gesundheitsfachkräfte

Welche Erkenntnisse liefert die Forschung zu Modellprojekten,
die den Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften erprobt haben?
Wie wirken sich diese Fachkräfte auf die Gesundheitsversorgung und den
Bildungserfolg der Schülerinnen und Schüler aus?
Und lohnt sich ihr Einsatz auch finanziell?

Prof. Catharina Maulbecker-Armstrong und Dieter Schulenberg
fassen die Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen und Gutachten zusammen.

VORBEMERKUNGEN

Die Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen in Deutschland stehen vor vielfältigen Herausforderungen, wie aktuelle Studien zeigen: Laut KIGGS Studie sind 15,4 Prozent der Mädchen und Jungen im Alter von 3 bis 17 Jahren übergewichtig oder adipös, 5,9 Prozent haben eine Adipositas. Regelmäßige Bewegung ist essentiell für die Gesundheit, das Wohlbefinden und die körperliche Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Deshalb empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Heranwachsenden mindestens 60 Minuten aktive Bewegungszeit pro Tag. Doch nur 22,4 Prozent der Mädchen und 29,4 Prozent der Jungen im Alter von 3 bis 17 Jahren schaffen das. 16,9 Prozent der Mädchen und 22,2 Prozent der Jungen im Alter zwischen 3 und 17 Jahren trinken ein- oder mehrmals täglich zuckergesüßte Erfrischungsgetränke.²

Bei den Jugendlichen (14 bis 17 Jahre) in Deutschland hat sich der Anteil der tabakrauchenden Jugendlichen im Jahr 2022 mit knapp 16 Prozent im Vergleich zum Vorjahr fast verdoppelt. Prävention bietet die beste Chance, direkte und indirekte Kosten zu reduzieren.³

Während der Corona-Pandemie sind weitere, vor allem psychische Probleme aufgetreten. Im Vergleich zum vorpandemischen Zeitraum hat sich laut KIDA-Studie für 21 Prozent der 3- bis 15-Jährigen die psychische Gesundheit verschlechtert, die allgemeine Gesundheit um 15 Prozent.⁴

*„Gute Gesundheit
unterstützt erfolgreiches
Lernen. Erfolgreiches
Lernen unterstützt
die Gesundheit. Erziehung
und Gesundheit
sind untrennbar.“¹*

PROF. DR. RER. NAT.

CATHARINA MAULBECKER-ARMSTRONG

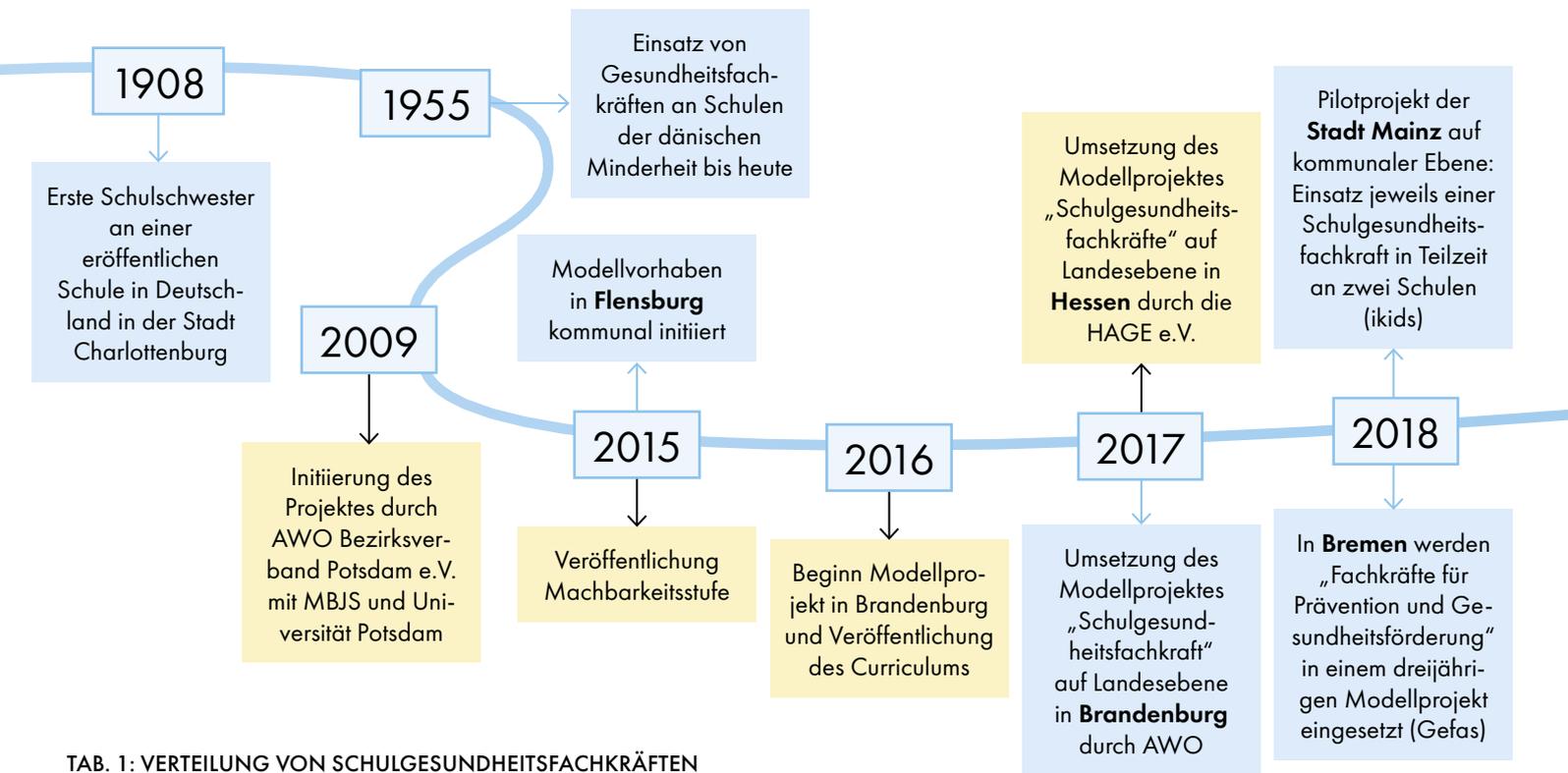
ist seit 2017

Professorin für Medizinisches Management an der
Technischen Hochschule Mittelhessen.

DIETER SCHULENBERG

war bis 2020 Geschäftsführer der Hessischen
Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAGE)
in Frankfurt; Engagement für die weitere
Verstärkung von Schulgesundheitsfachkräften
in Hessen und Deutschland.

ABB. 1: EINFÜHRUNG VON SCHULGESUNDHEITSFACHKRÄFTEN IM ZEITVERLAUF NATIONAL



TAB. 1: VERTEILUNG VON SCHULGESUNDHEITSFACHKRÄFTEN NACH BUNDESLÄNDERN

Bundesland	Anzahl SGFK	geplant	Anmerkungen
Baden-Württemberg	8	4*	* über Start-Chancen Programm
Bayern			Interesse
Berlin	3	16	zum 1.1.2025
Brandenburg	16		
Bremen	16		Gesundheitsfachkräfte an Schulen (Gefas)
Hamburg	13		Gesundheitsfachkräfte an Schulen (Gefas)
Hessen	50		
Mecklenburg-Vorpommern			
Niedersachsen			
Nordrhein-Westfalen	1		
Rheinland-Pfalz	26		Planung für weitere SGFK über Start-Chancen-Programm laufen
Saarland			Interesse
Sachsen			an Förderschule
Sachsen-Anhalt			
Schleswig-Holstein			zusätzliche SGFK an Schulen der dänischen Minderheit
Thüringen			

Tabelle: Stand Juli 2024

Nach dem Setting-Ansatz der Weltgesundheitsorganisation WHO ist die Lebenswelt Schule maßgeblich für Kinder und Jugendliche, um gesund aufzuwachsen. Dort wird Gesundheit gelernt, erfahren und gefördert. Gesundheitsförderung und -prävention sollten als fester Bestandteil in den schulischen Alltag der Kinder und Jugendlichen gehören. Studien belegen, dass ein **deutlicher Zusammenhang zwischen den Lebensbedingungen, der Gesundheit und dem Bildungserfolg** besteht. Gesundes Aufwachsen ist unter anderem eine Bedingung für einen erfolgreichen Bildungsabschluss. In den von den Vereinten Nationen verabschiedeten „Nachhaltigen Entwicklungszielen“ (Sustainable Development Goals, SDGs) wird unter anderem die Forderung nach inklusiver, gleichberechtigter und hochwertiger Bildung formuliert.⁵ Der sozioökonomische Hintergrund von Familien kann einen negativen Einfluss auf den Gesundheitszustand sowie das Erlernen gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen haben.⁶ Gesundheitsförderliche Potenziale werden bisher noch nicht systematisch genutzt.

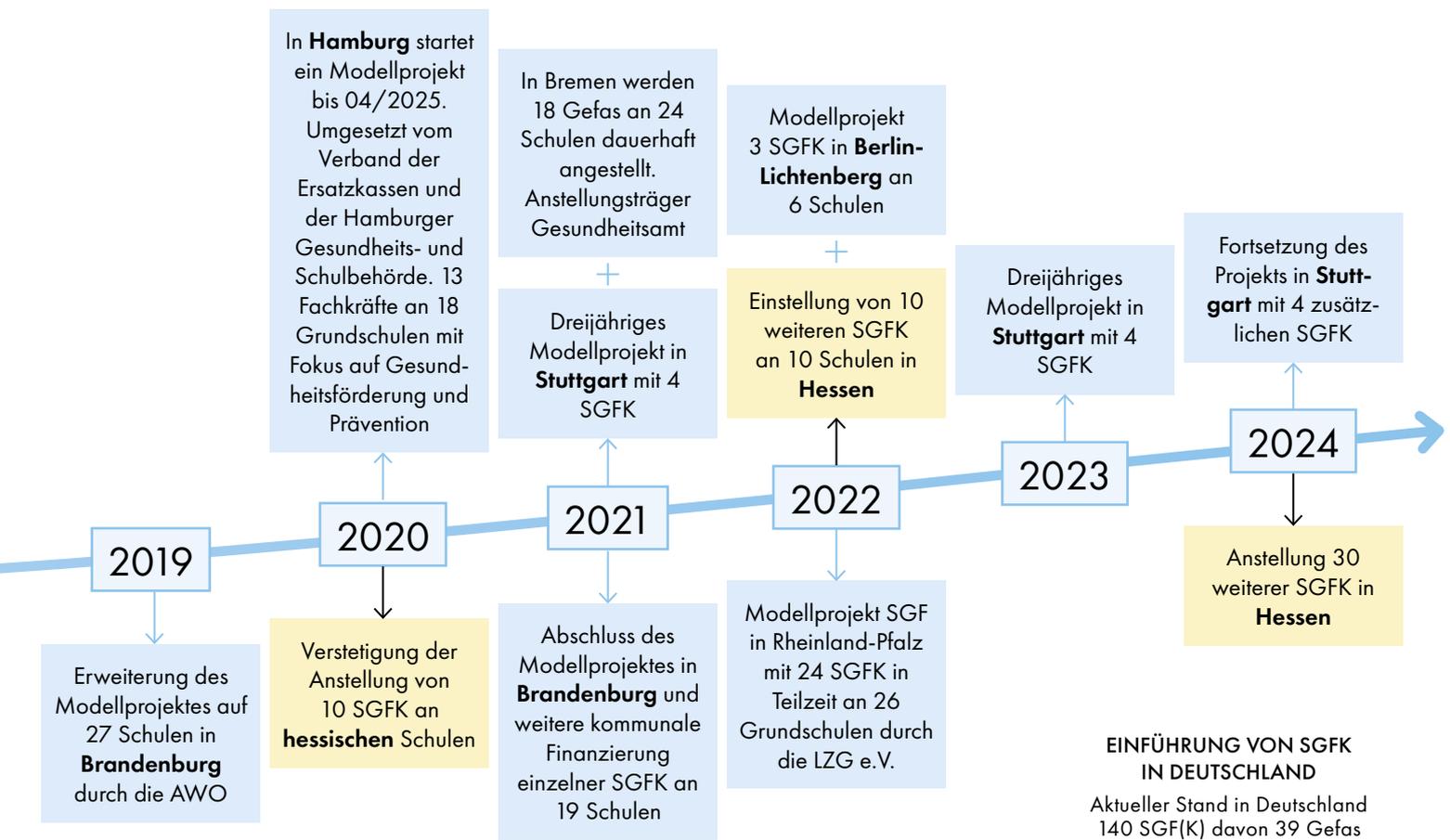


Diagramm: Stand 02/2024

HISTORIE UND AKTUELLE PILOTPROJEKTE: SCHULGESUNDHEITSFACHKRÄFTE IN DEUTSCHLAND UND WELTWEIT

In vielen Ländern ist der Einsatz von School (Health) Nurses ein Angebot der gesundheitlichen Regelversorgung an Schulen. In den USA und Großbritannien bereits seit Anfang des 20. Jahrhunderts – in Schweden reichen die Anfänge bis in das 19. Jahrhundert zurück.

Recherchen zeigen, dass die Implementierung von Schulkrankenschwestern auch in Deutschland bereits im Jahr 1908 begann. Hygiene, körperliche Pflege und Gesundheit der Schülerinnen und Schüler waren Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts im Fokus der Schulgesundheitspflege. Mit den Jahren entwickelte sich die Schulpflegerin hin zur Schulfürsorgerin als Vermittlerin zwischen Schule, Schularzt und Elternhaus. Bedingt durch die Umbrüche im Nationalsozialismus und die Nachkriegsbedingungen kamen diese allerdings nicht weiter zum Einsatz.⁷

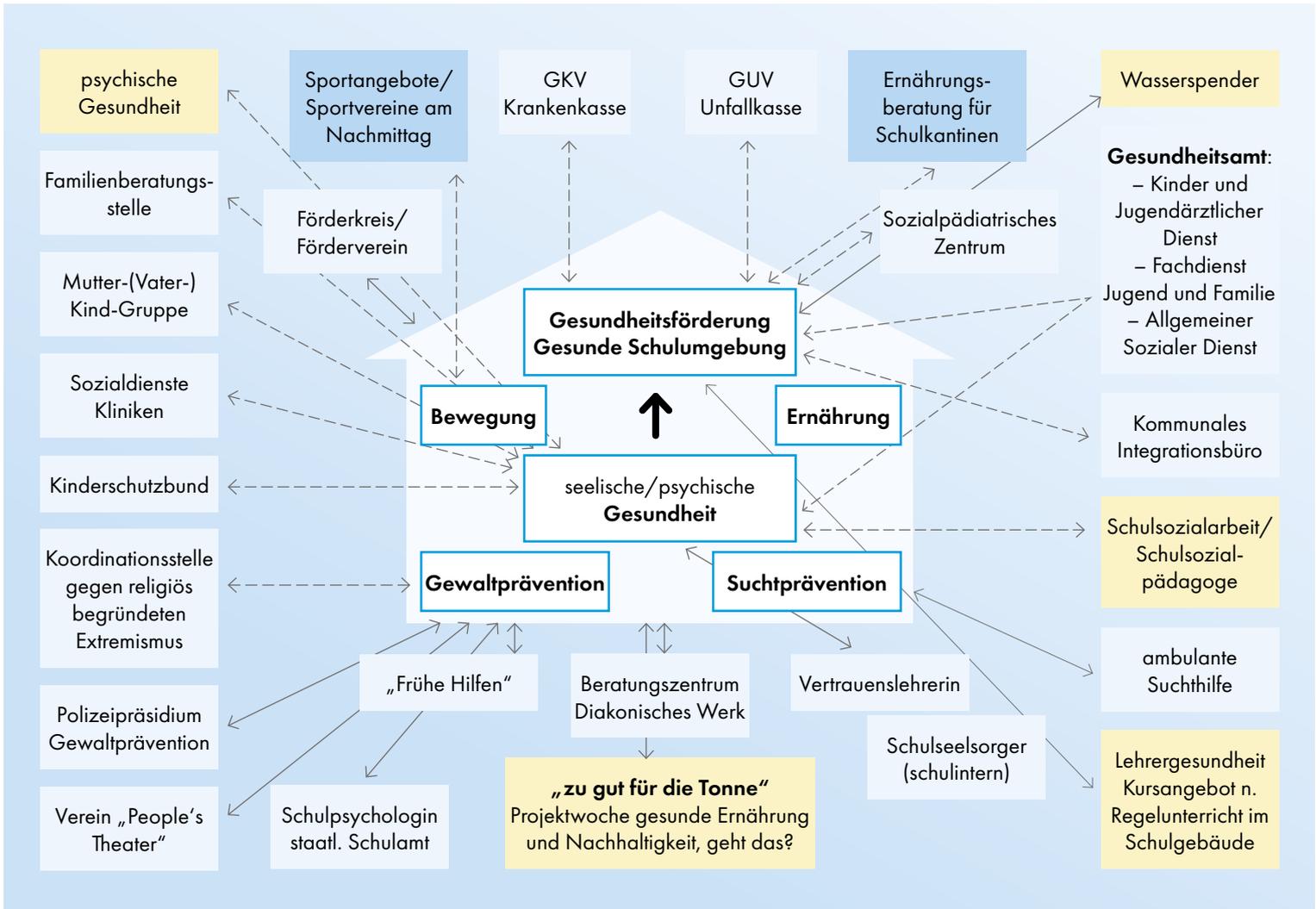
Die Einführung von sogenannten Schulgesundheitsfachkräften an öffentlichen Schulen wird in Deutschland in einigen Bundes-

ländern in Pilotprojekten umgesetzt (s. Tab. 1). In Schleswig-Holstein betreuen seit 1955 – nach dem Vorbild des dänischen Schulgesundheitsdienstes – Gesundheitsfachkräfte an den Schulen der dänischen Minderheit die Schülerinnen und Schüler. Eine Fachkraft ist für mehrere Schulen zuständig. Neben der Umsetzung von Präventionsmaßnahmen umfassen die Aufgaben Screeninguntersuchungen auf Hör- und Sehfähigkeit sowie Störungen des Wachstums und der Gewichtsentwicklung, psychosoziale Beratung und Gesundheitsgespräche.⁸ In Hessen und Brandenburg wurden 2017 bis 2020 landesweite Modellprojekte an 37 öffentlichen Schulen umgesetzt und wissenschaftlich begleitet.⁹

ZIELSETZUNG DES EINSATZES VON SCHULGESUNDHEITSFACHKRÄFTEN

Schulgesundheitsfachkräfte haben wichtige Aufgaben im schulischen Umfeld. Ihre Ziele sind vielfältig und tragen dazu bei, dass Kinder und Jugendliche in der Schule ein sicheres und gesundes Leben führen können.

ABB. 2: SCHULINTERNES UND KOMMUNALES NETZWERK EINER SCHULGESUNDHEITSFACHKRAFT¹³



Anmerkungen: SGFK Hessen Adolf-Reichwein-Gymnasium in Heusenstamm
 ■ = in Planung ■ = schulintern <--> = geringe Kontakt Intensität <==> = hohe Kontakt Intensität

Die Kernziele des Projekts, das eine Verstetigung und einen weiteren Ausbau empfiehlt, umfassen die **Verbesserung der Gesundheitsversorgung an Schulen, insbesondere für behinderte oder chronisch kranke Schülerinnen und Schüler, die Optimierung der Akutversorgung bei Unfällen, die Steigerung der Gesundheitskompetenz mit dem Ziel, ein gesundheitsbewusstes Schulklima zu etablieren, sowie die Verbesserung der Lernbedingungen für gesundheitlich und sozial benachteiligte Schülerinnen und Schüler.** Mit den Schulgesundheitsfachkräften wird ein niedrighwelliger kultursensibler Zugang zu allen Schülergruppen geschaffen.¹⁰

Durch den Einsatz der Schulgesundheitsfachkräfte wird die praktische Gesundheitskompetenz im Schulalltag nicht nur an Schülerinnen und Schüler, sondern auch an ihre Eltern und Lehrkräfte vermittelt. Zugleich werden durch Projektarbeit Impulse für eine Organisationsentwicklung in Richtung einer „gesunden Schule“ gesetzt.¹¹

TÄTIGKEITSPROFIL VON SCHULGESUNDHEITSFACHKRÄFTEN

Das Tätigkeitsspektrum der Schulgesundheitsfachkräfte ist breit gefächert. Sie sind erste Ansprechperson für Schülerinnen und Schüler, Eltern, Lehrkräften oder auch andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Schulen, wenn es um gesundheitliche Fragestellungen geht.¹⁰

Die Gesundheitsversorgung, insbesondere die Akut- und Notfallversorgung, die Betreuung und Begleitung chronisch oder psychisch erkrankter sowie behinderter Kinder, die gezielte Gesundheitsförderung und Prävention, die Unterstützung von Lehrkräften im Unterricht bei gesundheitsrelevanten Themen, sowie die Früherkennung zählen zu ihren Aufgaben. **Vor allem ist die Schulgesundheitsfachkraft aber Vertrauensperson für Schülerinnen und Schüler und hat ein offenes Ohr für deren Sorgen und Nöte.** Darüber hinaus zählt der Aufbau eines Netzwerkes bestehend aus interdisziplinären außerschulischen Kooperationen unter

anderem mit dem Gesundheitsamt, der Unfallkasse, den Krankenkassen sowie den regionalen Versorgungsträgern und Vereinen zum Tätigkeitsprofil.¹⁰

QUALIFIZIERUNG VON SCHULGESUNDHEITSFACHKRÄFTEN

Im Rahmen des Modellprojektes in Brandenburg und Hessen wurden nach den Empfehlungen der Machbarkeitsstudie der AWO Bezirksverband Potsdam e.V. Mindestanforderungen hinsichtlich der Grundausbildung, Berufserfahrung und Weiterbildung bestimmt. Die Weiterbildung zur Schulgesundheitsfachkraft setzt eine Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegefachperson bzw. zur Pflegefachfrau/-mann sowie Berufserfahrung von mindestens drei Jahren in der Pflege voraus. Aufbauend auf dieser Ausbildung nehmen die Schulgesundheitsfachkräfte an einer modularisierten berufsbegleitenden Weiterbildung mit einem Umfang von 600 Stunden teil und können so ihre Qualifizierung zur Schulgesundheitsfachkraft erlangen.¹²⁻¹⁴

Eine staatliche Anerkennung der Weiterbildung sollte angestrebt werden. Die Evangelische Hochschule Darmstadt bietet seit 2018 in Kooperation mit der AWO Potsdam die bundesweit bislang einzige akademische Weiterbildung zur Schulgesundheitsfachkraft an. Der Abschluss wird mit einem Zertifikat und 20 Credit Points erlangt.¹²

RÄUMLICHE UND SÄCHLICHE VORAUSSETZUNGEN FÜR SCHULGESUNDHEITSFACHKRÄFTE: EMPFEHLUNGEN UND BUDGETIERUNG

Die allgemeinen räumlichen und sächlichen Voraussetzungen für den Schulbetrieb sind vielfältig und zum Teil länderspezifisch geregelt. Die Vorschriften, insbesondere die bundesweit geltenden Vorgaben der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) sind bei der Einrichtung von Sprechzimmern für Schulgesundheitsfachkräfte zu beachten. Aufgrund der Erfahrungen der Modellprojekte wurden eine ausführliche Beschreibung und Empfehlungen zu den räumlichen Gegebenheiten, der technischen Ausstattung, dem notwendigen Mobiliar sowie den Verbrauchs- und Verbandmaterialien erstellt.¹³

Nach Auswertung der laufenden Ausgaben für den Betrieb des Sprechzimmers der Schulgesundheitsfachkräfte kann je nach Schulgröße und Tätigkeitsprofil von einem Budget von 1.200 € bis 2.400 € pro Schule und Schuljahr als grober Orientierungsrahmen ausgegangen werden. Das Budget ist an die Bedingungen der einzelnen Schule anzupassen. Es wird empfohlen, den Schulgesundheitsfachkräften die Verwaltung des Budgets zu übertragen.¹⁰

EINBINDUNG IN NETZWERKE ALS SCHLÜSSEL ZUM ERFOLG FÜR SCHULGESUNDHEITSFACHKRÄFTE

Für die Umsetzung der formulierten Ziele benötigt die Schulgesundheitsfachkraft die Einbindung in innerschulische und außerschulische Netzwerke. Solche Netzwerke führen zu einem persönlichen Kompetenzzuwinn, liefern zielgenau weiterführende Hilfsangebote, ermöglichen abgestimmte Entscheidungen und fördern hierdurch die Professionalität und Zufriedenheit aller Beteiligten (s. Abb. 2 und 3).¹⁶

VERBESSERTE OUTCOMES DURCH PFLEGEINTERVENTIONEN IN SCHULEN: GESUNDHEIT UND BILDUNG IM BLICK

Die Effekte von Pflegeinterventionen innerhalb der Schulen sind vielfältig, darunter positive Einflüsse sowohl auf gesundheitliche Outcomes als auch auf Bildungsergebnisse (wie Schulverbleib, Beteiligung am Unterricht, Lerneinsatz, Bildungserfolge, Entlastung der Eltern und Lehrkräfte).

- Der Anteil der Schülerinnen und Schüler (unter 11 Jahre), die trotz Erkrankung in der Schule bleiben konnten, stieg von 12 Prozent auf 20 Prozent.
- 83 Prozent der befragten Eltern, die schon einmal Kontakt zur Schulgesundheitspflege hatten, fühlen sich durch deren Aktivitäten entlastet.
- 96 Prozent der befragten Lehrkräfte fühlen sich durch die Arbeit der Schulgesundheitspflege von fachfremden, gesundheitsbezogenen Tätigkeiten entlastet.
- 88 Prozent der Lehrkräfte geben an, dass sie seit Beginn des Modellprojektes weniger Zeit für fachfremde, gesundheitsbezogene Tätigkeiten aufwenden müssen.¹⁴

Schülerinnen und Schüler mit chronischen Gesundheitsproblemen hatten dank der Versorgung durch die Schulgesundheitsfachkraft geringere Langzeitprobleme.¹⁵

Im Hinblick auf die Effekte und gesundheitsbezogenen Outcomes für die Schülerinnen und Schüler kommt der Bereich Pflegewissenschaften der Charité in einem weiteren Gutachten zu folgenden Ergebnissen:

„Es geht nicht nur um das Pflaster,
um die Seelenbetreuung und um die
Prävention, Eltern, das ganze Paket.
Sondern darum, dort eine Nachhaltigkeit
in den Unterricht bei den Kindern,
bei den Eltern zu verankern. (...)

Also das kann ich nur sagen:
Das ist sehr, sehr positiv, was wir
beobachten. Und, ja (...),
wir wünschen uns alle, dass es
weitergeht. Wenn es nur (...)
die Modellprojektschulen sind.
Aber Ziel soll ja
ein ganz anderes sein.“¹⁴

Eine Lehrerin

75 Prozent der Schülerinnen und Schüler besuchten die Schulgesundheitsfachkraft, ebenfalls 75 Prozent fühlten sich nach dem Besuch besser. Die Schülerinnen und Schüler haben Vertrauen zur Schulgesundheitsfachkraft und fühlen sich besser über Gesundheit informiert. 60 Prozent achten mehr auf gesunde Ernährung, 40 Prozent trinken weniger süße Getränke, 30 Prozent nutzen weniger Medien, 60 Prozent bewegen sich öfter und mehr als 50 Prozent der Schülerinnen und Schüler haben häufiger an Veranstaltungen zur Gesundheit teilgenommen.¹⁴ Insgesamt tragen Schulgesundheitsfachkräfte also dazu bei, dass Schülerinnen und Schüler nicht nur Wissen erwerben, sondern auch gesund aufwachsen und lernen können.

ÖKONOMISCHE ASPEKTE

Im Rahmen der Modellprojekte wurden gemeinsam mit den Unfallkassen der Länder Brandenburg und Hessen (UKBB und UKH) sowie dem Hessischen Kultusministerium (HKM) die Effekte des Einsatzes einer Schulgesundheitsfachkraft auf das Unfallgeschehen untersucht. Die Ergebnisse sind allerdings nicht einheitlich. In hessischen Gymnasien konnten die Einsätze der Rettungswagen (RTW) um 46 Prozent reduziert werden. An hessischen Gesamtschulen ergibt sich eine Reduzierung der Einsätze um 64 Prozent. An Brandenburger Grundschulen sanken die RTW-Einsätze um 16 Prozent, während an den Oberschulen 13 Prozent weniger RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler im Jahr notwendig

waren. Die Hochrechnung der möglichen jährlichen Einsparungen im Land Brandenburg aufgrund weniger RTW-Einsätzen ergibt für alle Grundschulen eine mögliche Reduzierung der Kosten von etwa 120.000€ und an Oberschulen etwa 112.000€. An hessischen Gymnasien beträgt das jährliche Einsparpotenzial rund 189.000 €. An den Gesamtschulen liegt die Zahl bei etwa 515.000 €.¹⁷

Die Heilbehandlungskosten pro Unfall sind an hessischen Schulen mit einer Schulgesundheitsfachkraft im Durchschnitt um 14 Prozent geringer (durchschnittliche Kosten von 32,54 € pro Fall) als an den Vergleichsschulen. Betrachtet wurden fünf Schulhalbjahre vom 1. Halbjahr 2017/2018 bis zum 1. Halbjahr 2019/2020. Die jährlichen Einsparungen lassen sich bei einem landesweiten Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften auf etwa 1.565.000 € schätzen.¹⁷

In Zusammenarbeit mit den Schulgesundheitsfachkräften wurden zwei realitätsnahe Fallszenarien entwickelt, die einen Vergleich von Schülerinnen und Schülern mit Diabetes und psychischer Erkrankung in Zusammenarbeit mit und ohne Schulgesundheitsfachkräfte darstellen. Dabei wurden Szenarien mit unterschiedlichem Bildungs- und Sozialstatus und unter Berücksichtigung des Effekts ländlicher Raum modelliert. Die Ergebnisse zeigen, dass der **Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften in der Lebenslaufperspektive der Schülerinnen und Schüler zu einem hohen „Earn-Back Effekt“ führt: Jeder investierte Euro generiert je nach Verlauf bis zu 43 Euro.**¹⁸

Eine in den USA durchgeführte Kosten-Nutzen-Analyse zum Einsatz von School Nurses berichtete in nur einem Schuljahr (2009/2010) einen Return on Investment von 2,2 Dollar für jeden investierten Dollar.¹⁹

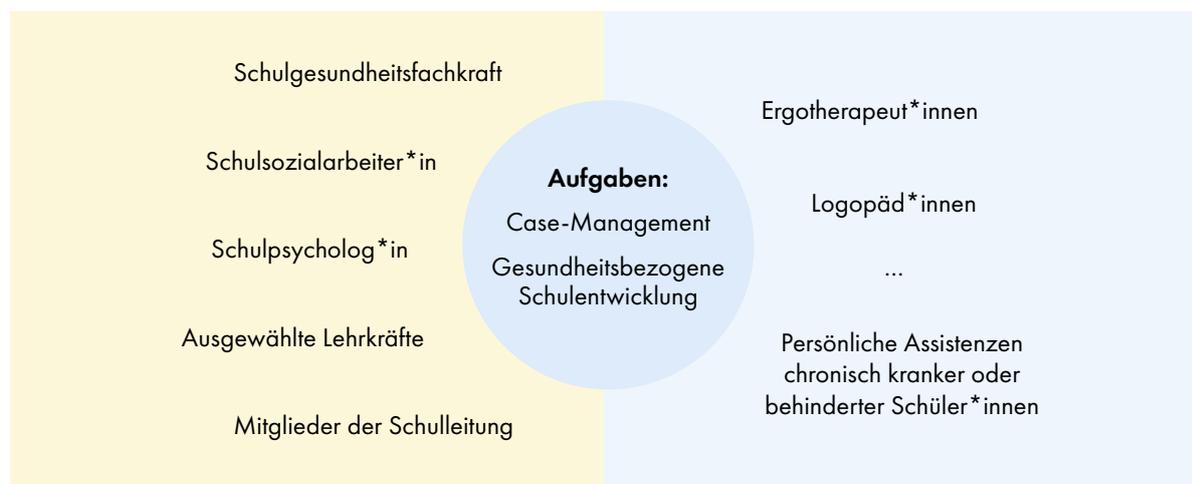
ANSTELLUNGSTRÄGER UND FINANZIERUNGSMÖGLICHKEITEN

Die institutionelle Anbindung von Schulgesundheitsfachkräften hat neben dem beschriebenen Verständnis von Schulgesundheitspflege auch weitreichende Auswirkungen auf das Tätigkeitsfeld und die Befugnisse im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung der Schülerinnen und Schüler, die Einbindung ins Kollegium der Schule, die Zusammenarbeit mit anderen Professionen an der Schule und nicht zuletzt mit den Eltern. Das Aufgabenfeld der Schulgesundheitsfachkräfte wird von den gesetzlichen Vorgaben der landesbezogenen Schulgesetze, der Gesetze über den öffentlichen Gesundheitsdienst der Länder und den Schulstrukturen vor Ort bestimmt bzw. beeinflusst.

Anbindungsoptionen von Schulgesundheitsfachkräften bestehen sowohl über die staatlichen Strukturen wie die zuständigen Ministerien, als auch über den öffentlichen Gesundheitsdienst.

Zur Finanzierung von Schulgesundheitsfachkräften könnte eine mögliche Anpassung des Präventionsgesetzes eine Kostenbeteiligung der gesetzlichen Krankenkassen ermöglichen. Denkbar wäre auch eine Beteiligung der Unfallkassen, eine Bundesfinanzierung über einen „GesundheitsPakt Schule“ analog zum

ABB. 3: VISION EINES SCHULINTERNEN MULTIPROFESSIONELLEN GESUNDHEITSTEAMS NACH SKANDINAVISCHEM VORBILD ¹⁰



„DigitalPakt Schule“ oder eine bundesweite Stiftung „Schulgesundheits“ mit Beteiligung von Bund und Ländern sowie eine Kostenbeteiligung durch die Länder.¹⁰

EMPFEHLUNGEN ZUR VERBESSERUNG DER SCHULGESUNDHEITSPFLEGE: STANDARDISIERUNG UND EVALUATION

Noch wird in der Schulgesundheitspflege überwiegend auf akute Probleme situativ reagiert und wenig zielgerichtet und einheitlich gehandelt.¹⁴

Die Dokumentation der Tätigkeiten von Schulgesundheitsfachkräften ist derzeit weder standardisiert noch bundesweit einheitlich geregelt. Es sollte deshalb ein unkompliziertes, wenig bürokratisches und deutschlandweit anwendbares Dokumentations- und Managementinstrument entwickelt und evaluiert werden. So können in Zukunft ein regelkreislaforientiertes Vorgehen sowie die Standardisierung von Interventionen und Dokumentationen die Qualität des Angebots verbessern.¹⁴

Ein solches Instrument sollte auch schulspezifische Analysen ermöglichen, um die Angebote für Schülerinnen und Schüler zu evaluieren und zu verbessern. Dazu zählen neben präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen auch Programme zur Förderung der sozial-emotionalen Kompetenz. Die Auswertung anonymisierter Daten, beispielsweise durch Kultusministerien und Unfallkassen, sollte ebenso möglich sein wie wissenschaftliche Studien, die zur Weiterentwicklung der Schulgesundheitspflege beitragen und die Gesundheitsberichterstattung unterstützen.

Ein dreijähriges Projekt von Juni 2023 bis Juni 2026 wird von der Bosch-Health-Campus GmbH der Robert-Bosch-Stiftung finanziert und von der Technischen Hochschule Mittelhessen bzw. der TransMit GmbH umgesetzt. Eine Umsetzung ist zunächst in den Ländern Hessen und Rheinland-Pfalz vorgesehen.

AUSBLICK: INTEGRATION DER SCHULGESUNDHEITSPFLEGE INS BILDUNGSSYSTEM UND IHRE ZUKÜNFTIGEN HERAUSFORDERUNGEN

Mit der Schulgesundheitspflege kann die Profession Pflege nach internationalem Vorbild in das Bildungssystem integriert werden. Eigenständigkeit und Interprofessionalität kennzeichnen die neue Rolle. Um sich hier behaupten und eingliedern zu können, bedarf es eines starken Mandats für das spezifische Tätigkeitsspektrum und eine entsprechende berufsrechtliche Rahmung. Dabei muss dafür Sorge getragen werden, dass das Berufsfeld – entsprechend der internationalen Entwicklung – Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern vorbehalten bleibt.²⁰ Dem Argument, dass mit dem neuen Berufsbild „Schulgesundheitsfachkraft“ dem Pflegemarkt Fachkräfte entzogen würden, ist entgegenzuhalten, dass gerade im Bereich der stationären Versorgung die Bedingungen so schwierig sind, dass Pflegekräfte nach Alternativen suchen, um zum Beispiel nach Elternzeit weiter in der Pflege arbeiten zu können. Zudem sind Schulgesundheitsfachkräfte Rollenmodell und Vorbild für Schülerinnen und Schüler, um Interesse für den Pflegeberuf zu wecken.

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Untersuchungen und Gutachten zeigen, dass die für unsere Gesellschaft so wichtige Lebenswelt Schule von einer Systemstärkung mit Vernetzung der hier tätigen Akteure wie Vertrauenslehrerinnen und -lehrer, Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter sowie Schulpsychologinnen und -psychologen mit zusätzlichem Fachpersonal aus dem Gesundheitsbereich profitieren kann, um den Anforderungen gelingender Bildungs- und Gesundheitsbiographien auch von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen zu entsprechen. Ziel muss es sein, allen Kindern ein gesundes Aufwachsen in der Schule zu ermöglichen.

INTERVIEW MIT NADINE HAUNSTETTER

„Manchmal braucht es jemanden, der einem Wege zur Veränderung aufzeigt.“

Was macht eine Schulgesundheitsfachkraft eigentlich genau?

Wir haben mit Nadine Haunstetter gesprochen.

Die Schulgesundheitsfachkraft gewährt uns Einblicke in den herausfordernden Berufsalltag, teilt ihre persönlichen Erfahrungen und spricht über ihre Wünsche an die Politik.

Frau Haunstetter, was hat Sie dazu motiviert, den Beruf der Schulgesundheitsfachkraft zu ergreifen?

Frau Haunstetter: Nach meinem Studium Case Management und Patientenorganisation war ich auf der Suche nach einer Stelle in diesem Bereich. Durch Zufall entdeckte ich die Stellenausschreibung des Gesundheitsamtes der Landeshauptstadt Stuttgart. Die Herausforderung, in einem innovativen Pilotprojekt mitwirken zu können, hat mich von Anfang an gereizt. Heute, nach drei Jahren Projektphase, bin ich stolz, dass wir als Team den ersten Meilenstein der Schulgesundheitsfachkraft (SGFK) in Baden-Württemberg gesetzt haben.

Wie definieren Sie das Berufsbild der Schulgesundheitsfachkraft? Was sind die wichtigsten Voraussetzungen für die Ausübung des Berufs?

Frau Haunstetter: Eine SGFK ist ein/-e Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in mit der Zusatzqualifikation in den Berei-



NADINE HAUNSTETTER

Die ausgebildete Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin arbeitet als Schulgesundheitsfachkraft am Standort Stuttgart – Zuffenhausen an drei Schulen: der Uhlandschule Rot (Grund- und Werkrealschule), der Rilke-Realschule und dem Ferdinand-Porsche-Gymnasium. Gemeinsam mit einer Kollegin betreut sie dort rund 1.800 Schülerinnen und Schüler sowie etwa 250 Lehrkräfte und Schulbeschäftigte.

chen Gesundheitsförderung, Erste-Hilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Inklusion nach Artikel 24 der UN-Behindertenkongvention, Kinderschutz, Recht, Datenschutz und Qualitätssicherung. Sie sichert eine

hochwertige, pflegerische und medizinische (Notfall-) Versorgung an Schulen, fördert durch Prävention und Beratung die Entwicklung einer gesunden Schule und somit die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen.

Ziel ist die Gesundheitskompetenz in unserer Gesellschaft zu verbessern, Teilhabe zu ermöglichen und die Entlastung des Gesundheitssystems (Ziel „Gesunde Schule“). Erforderliche Voraussetzungen sind eine gute Kommunikationsfähigkeit, die Bereitschaft zum eigenständigen Arbeiten und der Weitblick, die Schulen als Großes und Ganzes zu erfassen, um eine gesundheitsbezogene Entwicklung zu fördern.

Zudem sollte man eine Vielzahl an Problemen erkennen sowie lösungsorientiert handeln können, Netzwerkarbeit betreiben und die Bereitschaft zur Zusammenarbeit in multi-professionellen Teams und mit anderen Berufsgruppen haben. Mitbringen sollte man außerdem Spaß an Wissensvermittlung und empathisches, aber auch konsequentes Auftreten gegenüber

Schülerinnen und Schülern mitbringen. Wichtig ist es insbesondere, niederschwellige Wege zu finden, um eine gute Vertrauensbasis zu Eltern zu schaffen.

Berufserfahrung im klinischen Bereich und eine qualifizierte Fachweiterbildung sind aus meiner Sicht unerlässlich, um als Fachkraft diese verantwortungsvolle Arbeit auszuführen. An einem Ort, an dem mehrere hundert bis tausende Menschen täglich ihren Alltag verbringen, passiert so viel Unvorhergesehenes und letztlich sind es wir, die im Notfall adäquat handeln und Entscheidungen treffen müssen. **Der Beruf der SGFK ist aus meiner Erfahrung eine echte Chance, ein gesamtgesellschaftliches Umdenken in Bezug auf gesunde Lebensführung, Selbstfürsorge, Achtsamkeit, soziales Miteinander und Gesundheits-/Elternkompetenz positiv zu beeinflussen.** Des Weiteren zeigt es den Schülerinnen und Schülern ein positives Rollenbild der Pflegekraft und bietet Pflegekräften, die nicht mehr im klassischen Schichtmodell in Kliniken arbeiten können, eine tolle Möglichkeit, ihren Beruf weiter auszuüben.

Können Sie einen typischen Tagesablauf in ihrem Beruf beschreiben?

Frau Haunstetter: Täglich um 7:30 Uhr beginne ich meinen Raum vorzubereiten und mache einen Rundgang durch die drei Sekretariate und Lehrzimmer, um zu erfahren, was an diesem Tag ansteht oder ob es besondere Vorfälle gibt. Eine gute Kommunikation und Sichtbarkeit sind für diese Arbeit elementar wichtig. Dies schafft Vertrauen und Sicherheit. Gegen 8:30 Uhr beginnt die Zeit der Akut- und Notfallversorgung in meinem Behandlungsraum. Die Schüler und Schülerinnen suchen mich wegen Verletzungen auf dem Schulweg, Pausenhof oder im Sportunterricht auf. Andere Gründe sind Unwohlsein durch Kopf- und Bauchschmerzen, Übelkeit, Schulangst, seelische und psychische Probleme, Fragen zu ihrem Körper und Krankheiten, körperliche Auseinandersetzungen und vieles mehr. Jeder der 15 bis 30 Fälle pro Tag wird dokumentiert. An Präventionstagen, wenn eine von uns im Unterricht ist, halten mei-

ne Kollegin und ich uns gegenseitig den Rücken frei. In der Regel wird es ab 13 Uhr, mit Beginn der Mittagspause bzw. Schulleide, deutlich ruhiger. Ab dann beginnt die Zeit der administrativen Aufgaben sowie das Vorbereiten der Präventionsthemen, Unterrichtsbesuche und Besprechungen, wie z.B. Klassen – und Gesamtlehrerkonferenzen oder Einzelfallbesprechungen am „Runden Tisch“.

Welche Problemfelder identifizieren Sie im Zusammenhang mit der Gesundheit junger Menschen in der heutigen Zeit?

Frau Haunstetter: Ich arbeite an sozialen Brennpunktschulen und die Schülerinnen und Schüler wachsen oft in prekären Lebensverhältnissen auf. Armut, Sucht, Migration, die Auswirkungen der Coronapandemie, die Krisen durch Kriege und Inflation werden nirgendwo so geballt sichtbar wie bei unseren Kindern. Die daraus resultierenden Folgen sind zunehmende Gewaltbereitschaft, risikobereites Verhalten, Mobbing, Rassismus, ungesunde Ernährung, Essstörungen, Übergewicht und viele mehr.

Können Sie uns von einer besonders herausfordernden Situation berichten, die Sie während Ihrer Arbeit als Schulgesundheitsfachkraft erlebt haben?

Frau Haunstetter: In den letzten drei Jahren gab es viele herausfordernde Situationen. Zuletzt passierte ein schwerer Verkehrsunfall mit einer 10-jährigen Schülerin, die unachtsam über die Bahngleise rannte und von der Straßenbahn erfasst wurde. Sehr viele Schülerinnen und Schüler, die an den Haltestellen von Bus und Bahn standen und in der Bahn saßen, waren Zeugen dieses schweren Unglücks. Mit Eintreffen der Rettungskräfte gelang es uns, die teils schwer traumatisierten Kinder und Erwachsenen in die nahe gelegene Turnhalle zu bringen und vor Ort multiprofessionell psychologisch zu unterstützen und aufzufangen. Die darauffolgenden Tage waren sehr heraus-

fordernd, weil wir neben der Zusammenarbeit mit dem kommunalen Hilfesystem gleichzeitig die Akutversorgung aufrechterhalten mussten. Das Mädchen überlebte schwer verletzt und verlor ein Bein. Das Erlebte beschäftigt die Schülerinnen und Schüler sowie das Lehrerkollegium noch heute. Ich persönlich habe eine sehr hohe Resilienz durch meine jahrelange Arbeit auf Intensivstationen und gute Wege für mich gefunden, mit solchen Situationen umzugehen und andere zu unterstützen, wieder nach vorne zu schauen.

Haben Sie eine besonders berührende oder inspirierende Erfahrung gemacht, die Ihnen im Gedächtnis geblieben ist?

Frau Haunstetter: Einmal kam eine Zweitklässlerin weinend mit einer Brezel in der Hand zu mir. Sie hatte einen Wackelzahn, der sie daran hinderte, abzubeißen. Nachdem ich den Zahn entfernt hatte, sank sie erschöpft in meine Arme und sagte, ich hätte einen Orden verdient. Als ich sie fragte, warum, sagte sie: „Weil du immer so nett zu uns Kindern bist!“ Dieser Satz ist für mich sehr prägend, weil es oft schon reicht, den Kindern wertfrei und freundlich zu begegnen. Das ist mein Schlüssel des Vertrauens.

Welche spezifischen Maßnahmen ergreifen Sie, um Kinder und Jugendliche mit seelischen Problemen oder Schulängsten zu unterstützen?

Frau Haunstetter: Kinder und Jugendliche mit seelischen Problemen oder Schulangst kommen in der Regel unter einem Vorwand, wie z.B. Bauchschmerzen, zu mir. Auch Panikattacken sind keine seltene Folge bei Ängsten vor Prüfungen, Klassenarbeiten oder Präsentationen. Im Gespräch finde ich recht schnell die Ursache heraus. In den meisten Fällen sind Maßnahmen wie Atemübungen, beruhigende und motivierende Worte und eine gemeinsame Runde an der frischen Luft ausreichend. Einzelfälle, die regelmäßig auftauchen, versuche ich an die Schulsozialarbeiter,

Schulsozialarbeiterinnen oder Beratungsstellen weiterzuleiten. Schwerwiegende Fälle, die mit selbstverletzendem Verhalten, Suizidgedanken, Medikamentenintoxikation oder Suchtverhalten auffallen, werden sofort in die Pädiatrische Institutsambulanz bzw. in die Kinderklinik überwiesen.

Wie würden Sie die Rolle der Schulgesundheitsfachkraft in Bezug auf die Förderung von Inklusion in Schulen beschreiben?

Frau Haunstetter: In vielen Fällen ist die Inklusion von chronisch Kranken oder Kindern mit Behinderung in einer Regelschule wegen Pflegepersonalmangel nicht möglich. Eine Eins-zu-eins-Betreuung für ein Kind mit pflegerischem und/oder medizinischem Unterstützungsbedarf ist zudem sehr kostenintensiv. Die Klärung der Kostenübernahme durch die Krankenkassen oder das Sozialamt dauert lange. Schulgesundheitsfachkräfte, die täglich während der Schulzeit anwesend sind, bieten hier eine niederschwellige und kostengünstige Lösung. An unseren Pilotschulen rufen uns die Schülerinnen und Schüler an, wenn sie zum Beispiel sondiert werden müssen oder Hilfe beim Toilettengang benötigen. Auch Kinder mit Diabetes mellitus betreuen und fördern wir aktiv im Selbstmanagement.

Können Sie uns von einem Fall berichten, bei dem Ihre Intervention dazu beigetragen hat, die Situation eines Schülers oder einer Schülerin mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen zu verbessern?

Frau Haunstetter: Ich betreue ein 12-jähriges Mädchen, die vor Beginn des Modellprojektes von der Mutter zu Hause beschult wurde und eine schwere Behinderung aufweist. Es dauerte zwei Jahre, bis die Kostenträger sich auf die Finanzierung einer Pflegekraft geeinigt hatten. Weiter scheiterte die Inklusion, weil keine entsprechende Pflegekraft gefunden wurde. Seit ich am Schulcampus arbeite, besucht die Schülerin regelmäßig den Unterricht.

Auch der Schulwechsel in die weiterführende Schule verlief unkompliziert, da ich auch für die Realschule zuständig bin. Meines Erachtens sind soziale Teilhabe und das Aufwachsen mit Gleichaltrigen wichtig für die Entwicklung aller Kinder. **Schulgesundheitsfachkräfte tragen hier wesentlich zur gelungenen Inklusion bei, sparen Kosten und entlasten Eltern, Lehrkräfte und Schulpersonal.**

Welche Strategien verfolgen Sie, um die gesundheitliche Chancengleichheit aller Schülerinnen und Schüler sicherzustellen?

Frau Haunstetter: Wir wissen aus zahlreichen Studien, dass die Gesundheit bei bildungsfernen Familien schlechter ist. Ein großer Vorteil ist, dass wir in Schulen alle Familien erreichen. Gesundheitslehre durch unsere Präventionsprojekte, gezielte Einzelberatung und bei Bedarf die Weitervermittlung in das kommunale Hilfesystem sind hier niederschwellig möglich. In Planung sind zum Beispiel Gesundheitschecks wie Hör- und Sehtests, Impfbuchkontrollen, Ermittlung von Körpermaßen, Zahngesundheit, etc.

Welche Veränderungen haben Sie in der Gesundheitskompetenz der Schülerinnen und Schüler, Eltern und Lehrkräfte durch Ihre Präventionsveranstaltungen und Schulungen festgestellt?

Frau Haunstetter: Die Kinder und Jugendlichen wissen, dass ich unter Schweigepflicht stehe, sie kennen mich und meine Tür steht jederzeit für alle offen. Ich bin Ansprech- und Vertrauensperson. Die Schülerinnen und Schüler kommen zunehmend mit Fragen zu ihrem Körper, zu Gesundheitsthemen, Krankheiten, mit seelischen und psychischen Themen wie Gewalt in der Familie, Sucht der Eltern, Scheidung der Eltern, Tod, etc. Wir sind keine Therapeuten, aber **oft reicht es den Kindern und Jugendlichen, mit einer erwachsenen Person zu sprechen, die völlig wertfrei denkt und handelt.** Auch Eltern legen großen Wert auf

meine Expertise und Einschätzung. In der Regel sind sie dankbar und folgen meiner Empfehlung. Dadurch werden unnötige Arztbesuche in Praxen und Notaufnahmen reduziert. Immer wieder suchen uns auch Lehrerinnen und Lehrer auf, wenn sie Fragen zu ihrer Gesundheit haben oder zum Beispiel eine Blutdruckkontrolle wegen Medikamenteneinnahme möchten. Sie sprechen uns für Unterstützung bei eigenen Projekten an oder wenn ihnen eine Schülerin oder ein Schüler auffällt. Das Interesse für Gesundheitsthemen ist bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen grundsätzlich da. Manchmal braucht es jemanden, der einem Wege zur Veränderung aufzeigt. Wir versuchen unsere Themen in Form von aktiven Workshops anzubieten. Das bleibt meines Erachtens besser im Gedächtnis und regt zum Nachmachen an. Ich gehe zum Beispiel mit Schülerinnen und Schülern in die Verbraucherzentrale oder in den Supermarkt. Wir vergleichen Zutatenlisten, Nährwerttabellen und Preise und sprechen über Nutri-Scores.

Tauschen Sie sich regelmäßig mit anderen medizinischen Fachkräften aus?

Frau Haunstetter: Ja, jede Woche mit Ärztinnen, Ärzten und einer Psychiaterin des Gesundheitsamts. Diese sind für uns in Akutfällen auch telefonisch erreichbar. Einmal wöchentlich treffen wir uns zur Teamsitzung im Gesundheitsamt, bei der wir aus den Schulen berichten, besondere Fälle mit unseren Schulärzten und Schulärztinnen besprechen und strategische Planungen und Prozesse erarbeiten.

Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit den Schulsozialarbeiter*innen, kommunalen Netzwerkpartner*innen und anderen Beratungsstellen im Rahmen Ihrer Tätigkeit?

Frau Haunstetter: Die Zusammenarbeit mit Schulsozialarbeiterinnen und Schulsozialarbeitern funktioniert bei gemeinsam ge-



planten Aktionen gut. Im Schulalltag könnte die Kommunikation aus meiner Sicht besser sein. Es kommt in der Einzelfallberatung immer mal zu Überschneidungen, was meines Erachtens eine Offenheit unserer Berufsgruppe gegenüber erfordert. Dies gelingt nicht an allen Schulen gleichermaßen. Die Netzwerkarbeit zu kommunalen Beratungsstellen und deren Präventionsangebote bieten uns eine weitere wichtige Möglichkeit, Themen abzudecken, die wir nicht selbst leisten können. Eine wichtige Aufgabe ist hier die Lotsenfunktion, um Schülerinnen und Schüler bei Bedarf niederschwellig weiterzuleiten. Des Weiteren pflegen wir den Austausch in einem Netzwerktreffen im Gesundheitsamt mit dem Schulamt, Schulverwaltungsamt, Jugendamt, Amt für Sport und Bewegung, der Unfallkasse BW und Rektoren der Projektschulen. Beim jährlichen Schulbeirat sind unter anderem die Bürgermeisterinnen und Bürgermeister, der Schulrat und Krankenkassen beteiligt. Dies dient zum einen der Berichterstattung unsererseits, aber auch der Unterstützung in unserer Arbeit.

Welche Rückmeldungen bekommen Sie von den Schülerinnen und Schülern? Wie sehen diese die Schulgesundheitsfachkräfte?

Frau Haunstetter: Manche sind erstaunt, wenn ich ihnen sage, dass es ein Privileg an ihrer Schule ist, eine Schulgesundheitsfachkraft zu haben, weil andere Schulen

keine haben. Für viele sind wir nicht mehr wegzudenken. Mir persönlich ist es wichtig, ein gutes Verhältnis zu allen zu pflegen. Nicht nur weil es so mehr Spaß macht, sondern auch, weil ich im Ernstfall weiß, auf wen ich mich verlassen kann. Es gibt aber durchaus auch Diskussionen, wie zum Beispiel darüber, dass ich beim Pausenverkauf den Eistee und andere Süßgetränke verbieten habe. Damit waren nicht alle einverstanden.

Bleibt angesichts der dringenden Aufgaben, wie Erste Hilfe leisten, noch Raum für eigene Projekte, die die Gesundheitskompetenz fördern?

Frau Haunstetter: Eigene Projekte vorzubereiten und durchzuführen erfordert viel Zeit und gute Absprachen mit Schulleitungen, Lehrerinnen und Lehrern und externen Partnern. Unterrichtsbesuche sind nur möglich, wenn meine Kollegin die Akutversorgung in der Zeit vollständig übernimmt. Projekte, um die Gesundheitskompetenz zu fördern sind ein großer Teil unserer Arbeit und für mich sowie für die Schülerinnen und Schüler eine tolle Abwechslung, die sehr vielen Spaß macht. Im Gesundheitsamt steht zudem ein ganzes Team bereit, um Gesundheitsförderung und Prävention an den Schulen umzusetzen. Das unterstützt unsere praktischen Tätigkeiten und die Entwicklung hin zu einer gesundheitsfördernden Schule.

Sind Sie angesichts der herausfordernden Aufgaben im Austausch mit anderen Schulgesundheitsfachkräften?

Frau Haunstetter: Ja, ich bin teils im täglichen, teils im wöchentlichen Austausch mit meinen direkten Kolleginnen und Kollegen, bzw. für die Einarbeitung neuer Kolleginnen und Kollegen zuständig. Einmal im Jahr findet das bundesweite Netzwerktreffen der SGFKs in Berlin statt, das vom DbfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe) gesteuert wird. Wir sind alle gut vernetzt und im stetigen Kontakt. Neuerungen und Veröffentlichungen von zum Beispiel wis-

senschaftlichen Arbeiten werden online geteilt. Des Weiteren gehöre ich seit diesem Jahr zum Ausschuss der DGSPJ, der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin. Auch dieser bundesweite und wissenschaftliche Austausch mit Ärztinnen und Ärzten sowie Professorinnen und Professoren ist für meine Arbeit sehr hilfreich.

Was wünschen Sie sich von der Politik?

Frau Haunstetter: In Stuttgart sind wir durch die Anbindung und Steuerung an das Gesundheitsamt sehr gut begleitet und werden in unseren Vorhaben immer unterstützt. In anderen Bundesländern sind meine Kolleginnen und Kollegen diesbezüglich häufig auf sich allein gestellt und müssen jedes Jahr aufs Neue hoffen, dass ihre befristeten Arbeitsverträge verlängert werden. **Ich würde mir von der Politik wünschen, dass es eine einheitliche Finanzierung von SGFKs gibt und nicht jedes Bundesland erneut ein Pilotprojekt starten muss, um den Sinn und Nutzen von SGFKs zu belegen. Eine strukturierte, zügige und flächendeckende Einführung von SGFKs in Deutschland ist aus meiner Sicht die Lösung für viele Probleme im Setting Schule.** Um einige zu nennen: die Umsetzung des Artikel 24 der UN-Behindertenkonvention, die Verbesserung der Gesundheits- und Elternkompetenz und langfristig die Erziehung zu einer gesünderen Gesellschaft, die Entlastung der Lehrerinnen und Lehrer und somit das Vorbeugen von zum Beispiel Burnout, die Entlastung von niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzten und Notfallambulanzen und somit die Einsparung von Geldern für Kranken-, Unfall- und Rentenkassen, etc. Schulgesundheitsfachkräfte können helfen, das System zu entlasten, wenn sie flächendeckend etabliert werden, Unterstützung erhalten und eng mit den verschiedenen Akteuren zusammenarbeiten.

Kurz & knapp:

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich gesellschaftlich vieles verändert, beispielsweise durch die vermehrte Erwerbstätigkeit beider Elternteile und dem damit einhergehenden großflächigen Ausbau von Ganztagschulen oder durch die gesundheitlichen Auswirkungen einer zum Teil unausgewogenen Lebensweise (Bewegungsmangel, Fehlernährung, Überlastung, etc.). Auch die Schule stellt sich diesen Veränderungen. Das bedeutet, über den Unterricht hinaus müssen Schulen in die Lage versetzt werden, die Kinder und Jugendlichen in ihrer körperlichen, persönlichen und kognitiven Entwicklung zu unterstützen. Richtig eingesetzt, können Schulgesundheitsfachkräfte hierbei zu einer systemrelevanten Größe werden.



Schulgesundheitsfachkräfte – Umsetzungserfahrung und Perspektiven

2017 hat das Bundesland Hessen Schulgesundheitsfachkräfte eingeführt. Die Forschung hat den Erfolg des Modellprojekts bestätigt, sodass heute bereits 50 von ihnen im Einsatz sind. Wie kann die Einführung von Schulgesundheitsfachkräften gelingen? Weshalb ist ihr Einsatz eine passende Antwort auf gesellschaftliche Veränderungen?

Politische Schlussfolgerungen aus dem Hessischen Ministerium
für Kultus, Bildung und Chancen von Ulrich Striegel.

*„Gute Gesundheit fördert gute Bildung und
gute Bildung fördert gute Gesundheit.“*

Über den Gesundheitszustand unserer Schülerinnen und Schüler wird viel geschrieben. Mal sind es Katastrophenmeldungen über die Zunahme psychischer Erkrankungen, mal alarmierende Adipositas-Befunde, dann aber auch ermutigende Aussagen über die positive Selbstbeschreibung junger Menschen und Erfolgsmeldungen über einen Rückgang extensiven Alkoholkonsums. Die intensive Auseinandersetzung mit der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist für die Bildungspolitik von grundsätzlicher Bedeutung. Schließlich fördert gute Gesundheit gute Bildung und gute Bildung fördert gute Gesundheit. Wenn Bildung und Gesundheit also zusammengehören, müssen sie gut ineinandergreifen, sie müssen gemeinsam gedacht, geplant, umgesetzt und strukturell ineinander verwoben werden. Durch den Ausbau ganztägiger Schulen - besonders im Hinblick auf den Rechtsanspruch auf Ganztagsförderung - ist eine wesentlich neue Komponente hinzugekommen: Der Staat übernimmt die ganztägige Mit-Verantwortung für die Gesundheit junger Menschen. Dabei geht es längst nicht nur um eine zeitliche Erweiterung des staatlichen Verantwortungsbereiches. Die Verantwortung ist nun auch eine andere. Neue Aspekte treten hinzu und es entstehen neue Chancen, um die positive Entwicklung junger Menschen zu fördern. Dementsprechend heißt es beispielsweise in den im Jahr 2020 beschlossenen gemeinsamen Empfehlungen von Kultusministerkonferenz und der Jugend- und Familienministerkonferenz mit dem Titel *Entwicklung und Ausbau einer kooperativen Ganztagsbildung in der Sekundarstufe I*: „Kooperative Ganztagsbildung dient der vertieften individuellen

Förderung und der Persönlichkeitsentwicklung von jungen Menschen bzw. Schülerinnen und Schülern, der Stärkung der Schule als Lern- und Lebensort und der Angebote außerschulischer Jugendbildung. Darüber hinaus dient sie der Entkopplung von Herkunft und Bildungserfolg im Sinne einer Bildungs- und Chancengerechtigkeit und unterstützt das familienpolitisch wichtige Ziel, die Voraussetzungen für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu verbessern.“¹

Jenseits der politischen Zielstellung stellen sich mit dem Ausbau von Ganztagschulen für die gesundheitliche Entwicklung und Versorgung der Schülerinnen und Schüler neue ganz praktische Fragen, wie beispielsweise: Welche Konsequenzen hat der Ganztagsausbau für die medizinische Begleitung junger Menschen, insbesondere für chronisch-krank Kinder und Jugendliche? Oder: Wie sollen Schulen mit kleineren Verletzungen umgehen, wenn sie

ULRICH STRIEGEL

Referatsleiter „Nachhaltigkeit, Gesundheit“
Hessisches Ministerium
für Kultus, Bildung und Chancen

gleichzeitig ein verbindliches Ganztagsangebot gewährleisten sollen? Allgemeiner formuliert stellt sich die **Frage, ob die staatlichen Strukturen für die Gesundheitsförderung und -versorgung unserer Kinder und Jugendlichen durch den Ganztagsausbau angepasst oder gar verändert werden müssen.**

ORGANISATORISCHE ENTSCHEIDUNGEN

Der Ganztagsausbau ändert vieles. Hinzu kommen die Anforderungen eines weitgehend inklusiven Schulsystems und die hohe Zahl chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. Deshalb hat Hessen gemeinsam mit dem Land Brandenburg bereits im Jahr 2017 den **Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften in Schulen** erprobt. Nach den ausgesprochen positiven Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitforschung² wurde das Modellprojekt in Hessen zur Struktur weiterentwickelt. Hier stehen mittlerweile 50 Stellen für Schulgesundheitsfachkräfte zur Verfügung. In dem aktuellen Koalitionsvertrag der Landesregierung haben CDU und SPD weitere Stellen in Aussicht gestellt. Dabei ist wichtig zu wissen, dass es unterschiedliche Anstellungsmöglichkeiten gibt: Schulgesundheitsfachkräfte in Hessen sind im Landesdienst an einer Schule beschäftigt, in Bremen im Öffentlichen Gesundheitsdienst³ und in Rheinland-Pfalz bei einem externen Träger – der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V.^{4,5}

In Hessen war der entscheidende Grund für die Beschäftigung der Schulgesundheitsfachkräfte unmittelbar an der Schule, dass

die Kräfte dadurch **in das Kollegium eng eingebunden und innerhalb der Schule strukturbildend wirksam sind.**

So werden sie von den Eltern als Teil der Schule wahrgenommen, können in Konferenzen mitwirken und stehen unter der Personalverantwortung der Schulleiterin oder des Schulleiters. Außerdem können Schulgesundheitsfachkräfte dadurch auch in Schulentwicklungsprozesse und die Gestaltung des fachbezogenen Unterrichts eingebunden werden.

Schulgesundheitsfachkräfte in Hessen nehmen an den Schulen folgende Aufgaben wahr:

- Akutversorgung von erkrankten und verletzten Personen auf dem Schulgelände
- Unterstützung bei Früherkennung von gesundheitlichen Entwicklungsstörungen
- Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte
- Gesundheitskompetenzförderung (Health Literacy), Verbesserung von Gesundheitswissen
- Unterstützung von chronisch kranken Kindern im Schulalltag
- Ansprechpartner und Vertrauenspersonen
- Interdisziplinäre innerschulische und außerschulische Kooperation.

UMSETZUNGSERFAHRUNGEN

Es ist nicht damit getan, ein Schulkollegium um pflegerisch ausgebildetes Personal zu ergänzen. Auch in einem eingespielten



Theater-Ensemble kann man nicht einfach einen Musiker auf die Bühne bitten und darauf hoffen, dass das Theaterstück dadurch noch besser wird. Der Musiker benötigt eine Einführung in das Stück, das Drehbuch ist anzupassen, es sind Absprachen zu treffen. Aber wenn das alles gelingt, wird das Stück noch wirkungsvoller. So sind auch beim Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften eine Reihe von Faktoren zu beachten, damit sie zum Bildungserfolg der Schülerinnen und Schüler beitragen. Folgende Bedingungen sind hierfür Voraussetzung:

– FESTLEGUNG DER AUFGABEN UND DER FACHLICHEN KOMPETENZEN

Zunächst ist festzulegen, wofür genau Schulgesundheitsfachkräfte eingesetzt werden sollen. Sollen sie lediglich beratend an Schulen tätig sein oder auch aktiv eingreifen, wenn sich ein Kind verletzt hat. Geht es darum, chronisch-krankes Schülerinnen und Schüler beim Start in die Schulzeit zu unterstützen oder soll der Fokus in der weiterführenden Schule liegen, wo unter anderem ein Unterstützungsbedarf bei den Themen Sucht, Sexualität und Gesundheitskompetenz besteht. Aus diesen Festlegungen sind die Aufgaben und geforderten fachlichen Kompetenzen der Schulgesundheitsfachkräfte abzuleiten.

– SCHAFFUNG RECHTLICHER RAHMENBEDINGUNGEN

Erst zum Ende des 20. Jahrhunderts hin wurden Organisation, Aufgaben, Rechte und Pflichten in der Schule durch die Länder

gesetzlich geregelt. Hinzu kommt eine Vielzahl ausführender, untergesetzlicher Vorschriften. Schulgesundheitsfachkräfte jedoch kommen in den Schulgesetzen der Länder bislang nicht vor. Um ihr Handlungsfeld abzusichern, sind insbesondere Festlegungen über deren Aufgaben, medizinische und pflegerische Handlungsmöglichkeiten und zum Datenschutz zu treffen. Aufgrund des sogenannten Gesetzesvorbehalts sollten die Grundlagen in Gesetzesform geschaffen werden.

– GEWÄHRLEISTUNG FUNDIERTER EINFÜHRUNGSFORTBILDUNG

Die Arbeit in einer Schule unterscheidet sich deutlich von derjenigen in einem typischen Pflegeberuf. Beispielsweise ist eine Schulgesundheitsfachkraft vor Ort auf sich allein gestellt und trifft auf Personen, über die sie nicht unbedingt medizinische Unterlagen vorfindet. Sie benötigt zudem gute Kenntnisse der strukturellen Rahmenbedingungen (Trennung zwischen innerer und äußerer Schulverwaltung in den Flächenländern, Aufgaben verschiedener Akteure etc.) und muss wissen, welche Netzwerkverbindungen hilfreich sind. Bei all ihren Aktivitäten muss sie ihren rechtlichen Rahmen kennen.

Um optimal in ihrem Beruf starten zu können, erhalten Schulgesundheitsfachkräfte bundesweit in der Regel eine Einführungsfortbildung. Hierauf hat sich die Evangelische Hochschule in Darmstadt spezialisiert. Der Hochschule steht ein Muster-Curriculum zur Verfügung, das durch die Arbeiterwohlfahrt, Bezirks-



verband Potsdam e.V., herausgegeben wurde und gegebenenfalls an landesspezifische Bedarfe angepasst werden kann.⁶ Die Hochschule bietet bundesweit eine modulare Fortbildung mit 600 Unterrichtseinheiten in 4 Teilen an. Die Teilnehmenden erhalten ein Abschlusszertifikat der Hochschule als Schulgesundheitsfachkraft, Certificate of Advanced Studies (20 Credit Points).

– HERSTELLUNG RÄUMLICHER UND SÄCHLICHER VORAUSSETZUNGEN

Schulen verfügen auf Grundlage der *DGUV Information 202–059, Erste Hilfe in Schulen*⁷, in aller Regel über einen Erste-Hilfe-Raum und eine Grundausstattung an Erste-Hilfe-Materialien. Sekretariatskräfte oder Lehrkräfte können, wenn auch oft nur auf Basis einer neun Unterrichtsstunden umfassenden Ersthelferausbildung, in Notfällen tätig werden. Wenn hingegen Schülerinnen und Schüler regelhaft medizinisch unterstützt werden sollen, ergeben

sich daraus zusätzliche Anforderungen an die Einrichtungen. Beispielsweise müssen Medikamente gekühlt werden und es muss eine verlässliche Organisation gewährleistet sein. Besonders wenn hier Arbeitgeber (zum Beispiel in Hessen das Land) und Gebäudebetreiber (in Hessen die Kreise oder kreisfreien Städte) unterschiedliche Rechtsträger sind, kann sich die Sachlage als herausfordernd darstellen. Deshalb empfiehlt es sich, von vornherein Vereinbarungen über die Kostentragung abzuschließen oder entsprechende schriftliche Zusagen einzuholen. Diese sollten die Bereitstellung eines geeigneten Raumes, die Erstausrüstung sowie die Übernahme der laufenden Kosten umfassen.

– EINBINDUNG IN EIN MULTIPROFESSIONELLES TEAM DER SCHULE

Schulgesundheitsfachkräfte erweitern das schulische Handlungsspektrum deutlich. Sie sind zunächst aber auch ein Fremdkörper

„Schulgesundheitsfachkräfte sind nicht ‚das‘ Wundermittel, um die künftigen Erwachsenen mit weiterer Gesundheitskompetenz auszustatten und Schule zu einem gesunden Lern- und Lebensort zu entwickeln. Sie sind aber eine wichtige Ergänzung zu einem gesunden Schulalltag.“

im Kollegium mit einem neuen Berufsbild und erledigen Aufgaben, die neu sind oder die bislang teilweise andere Personen erledigt haben. Das bedeutet, die Aufgaben sind neu zu sortieren. Dies kann zu Schnittstellenproblemen und Reibungsverlusten führen, wenn die Schulleitung dies nicht professionell managt. Reibungsverluste entstehen beispielsweise dann, wenn eine Lehrkraft den lieb gewonnenen Schulsanitätsdienst abgeben soll und sich deshalb aus der gesundheitlichen Mitverantwortung zurückzieht oder wenn die Schulgesundheitsfachkraft, was sinnvoll ist, Angebote zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz macht und es dadurch zu Konflikten mit den Fachlehrkräften kommt. Außerdem kann es passieren, dass Schülerinnen und Schüler nun eher die Schulgesundheitsfachkraft aufsuchen, statt die Schulsozialarbeiterin oder den Schulsozialarbeiter zu konsultieren. Die Abstimmung der multiprofessionellen Teams in der Schule ist ohnehin durch den Ausbau der Ganztagschulen zu einer zentralen Aufgabe der Schulleitung geworden. Erfolgsfaktoren für die Einbindung in multiprofessionelle Teams sind u. a. gemeinsame Ziele, eine Regelkommunikation und eine aktive Rolle der Schulgesundheitsfachkraft.⁸

– INTEGRATION ALLER AKTEURE

Was selbstverständlich klingt, ist in Wirklichkeit bei der Vielzahl von Akteuren und Zuständigkeiten nicht ganz einfach. Dabei geht es zunächst darum, Widerstände und Irrtümer auszuräumen. Denn auch hier werden Ängste formuliert, zum Beispiel dass Schulgesundheitsfachkräfte in ärztliche Hoheitsbereiche eingreifen oder zu einer Erhöhung der Unterrichtsverpflichtung bei Lehrkräften führen könnten. Auch wenn diese und andere Befürchtungen aus der Luft gegriffen sind, dürfen sie angesprochen werden und sind ernst zu nehmen.

Gleiches gilt für den immer wieder geäußerten Vorwurf, durch die Beschäftigung von Schulgesundheitsfachkräften würde der

Pflegenotstand nur noch mehr vergrößert. Dies kann beispielsweise durch entsprechende Auswahlkriterien verhindert werden (keine Personen, die unmittelbar pflegerisch tätig sind). Außerdem sind in Hessen Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft geeignete Einrichtungen für die praktische Ausbildung nach dem Pflegeberufgesetz.⁹ Sie sind überdies im Schulalltag ideale Werbeträger für den Pflegeberuf.

Eine besonders wichtige Gruppe von Akteuren sind in den Flächenländern die Schulträger, die für die äußere Schulverwaltung verantwortlich sind, also für die Ausstattung und Einrichtung der Räumlichkeiten. Sie sind gefordert, Räumlichkeiten bereit- oder herzustellen, in denen eine Schulgesundheitsfachkraft ihrer Verantwortung gerecht werden kann. Konkret bedeutet dies zum Beispiel, nicht vorhandene Waschbecken anzubringen, gut abwaschbare Möbel aufzustellen und Erste-Hilfe-Materialien bereitzustellen. Ohne den guten Willen des Schulträgers läuft hier also nichts. Das bedeutet, der Schulträger muss von Schulgesundheitsfachkräften überzeugt sein und die Vorteile als Träger erkennen. Diese bestehen beispielsweise darin, dass die Attraktivität eines Standorts gesteigert werden kann, die Zufriedenheit der Beteiligten zunimmt, das Sekretariatspersonal entlastet ist, Eltern chronisch-kranker Schülerinnen und Schüler einer Erwerbsbeschäftigung nachgehen können und sich die Zusammenarbeit mit dem örtlichen Gesundheitsamt effizienter gestalten kann.

– AUSSAGEKRÄFTIGE EVALUATION

Die Einführung von Schulgesundheitsfachkräften wurde in Brandenburg und Hessen intensiv wissenschaftlich begleitet. Entsprechende Begleitforschungen finden auch in anderen Ländern statt. Dies ist wichtig, um den Nutzen für die Beteiligten messen zu können. Auch wenn ein Ursache-Wirkung-Nachweis nicht für jede Tätigkeit einer Schulgesundheitsfachkraft gelingen kann, so waren in Hessen die Aussagen aus der wissenschaftlichen Begleit-

forschung² von zentraler Bedeutung für die Einführung. Wichtig waren Aussagen wie die, dass 43 Prozent aller Schülerinnen und Schüler im Zeitraum von zehn Monaten Kontakt zur Schulgesundheitsfachkraft hatten und 88 Prozent der Lehrkräfte angaben, weniger Zeit für fachfremde, gesundheitsbezogene Tätigkeiten aufwenden zu müssen. Wichtig ist, dass bei der Begleitforschung sämtliche Personenkreise, auf die sich der Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften auswirken könnte, mitgedacht werden, um konkret über Effekte sprechen zu können.

– BEKANNTMACHUNG VON UND BERICHTERSTATTUNG ÜBER SCHULGESUNDHEITSFACHKRÄFTE IN ALLEN BEREICHEN

Schulgesundheitsfachkräfte müssen als neue direkt Beteiligte am Schulleben bekanntgemacht werden. Dies beginnt auf der Ebene der Einsatzschule mit einer persönlichen Vorstellung in allen Klassen, bei der Eltern- und Schülervvertretung sowie in den Konferenzen der Lehrkräfte. Bereits auf dieser Ebene kommt es darauf an, zielgruppenspezifisch zu kommunizieren, um das Angebot für die jeweilige Gruppe und deren Nutzen zu verdeutlichen. Über die jeweilige Schule hinaus bedarf es einer Regelkommunikation mit den Gesundheitsämtern, dem Landesgesundheitsamt, den Personalvertretungsorganen und der Politik. Letztere trifft schließlich die Grundsatzentscheidung, ob Schulgesundheitsfachkräfte überhaupt finanziert werden. Diese Grundsatzentscheidung kann die Politik nur dann verantwortlich treffen, wenn gute planerische Grundlagen vorhanden, die Prozesse abgestimmt, wesentliche Akteure eingebunden und überzeugende Argumente vorhanden sind. In diesem Zusammenhang sind die *DGUV-Information 202–116 „Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften“* mit einem entsprechenden Argumentarium sowie eine gutachterliche Stellungnahme, in welcher der gesamtgesellschaftliche finanzielle Nutzen klar herausgearbeitet wurde, von Interesse.¹⁰ Nach der Einrichtung entsprechender Stellen muss deutlich werden, was sich durch den Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften verändert hat, anhand von Zahlen, Stellungnahmen und Presseberichterstattung.

– KLARES ZIEL, KLEINE SCHRITTE, REGELMÄSSIGE WEITERENTWICKLUNG

Es wäre unrealistisch, zu glauben, die Einführung von Schulgesundheitsfachkräften sei vollumfänglich planbar. Zu vielfältig sind Anforderungen und Beteiligte. Deshalb ist eine Planung erforderlich, die Spielräume offenlässt und ständig weiterentwickelt wird. Eines sollte jedoch klar sein: das Ziel. Dies könnte exemplarisch so beschrieben werden: **„Jede Schülerin und jeder Schüler erfährt in der Ganztagschule eine medizinisch-pflegerische Unterstützung, um das eigene Bildungspotential entfalten zu können.“**

Man muss sich jedoch darüber im Klaren sein, dass dies exemplarisch dargestellte Ziel einen langen Atem und viele kleine Schritte voraussetzt.

POLITISCHE BEWERTUNG

Als im Jahr 2017 die ersten Bundesländer den Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften erprobt haben, war das Unverständnis groß. Die Argumente lauteten, man würde elterliche Aufgaben übernehmen, die Gesundheit von Schülerinnen und Schülern sei keine schulische Aufgabe und eine Finanzierung schlichtweg unrealistisch. Auch wenn Finanzierungsschwierigkeiten weiterhin bestehen, so haben Evaluationsergebnisse und praktische Erfahrungen doch erheblich dazu beigetragen, dass in vielen Bundesländern nicht nur ernsthaft über die Thematik nachgedacht, sondern auch gehandelt wird. Es lohnt sich also, die bisherigen Erfahrungen auch politisch zu bewerten.

Nehmen wir als Ausgangspunkt die veränderte gesellschaftliche Wirklichkeit. Während die Beschäftigungsquote in der Altersgruppe 15 bis unter 65 Jahren bei Frauen im Jahr 1993 in der Bundesrepublik noch bei 54,9 Prozent lag, stieg diese bis zum Jahr 2023 auf 73,6 Prozent an.¹¹ Hierauf hat der Staat reagiert. Noch im Jahr 2002 betrug der Anteil der Grundschulen mit Ganztagschulbetrieb 10,3 Prozent, bis zum Jahr 2022 stieg dieser auf 73 Prozent an. Schon aus dieser Gegenüberstellung wird deutlich, dass sich in ei-

nigen Elternhäusern manches verändert hat, was sich auch auf die gesundheitliche Betreuung der Kinder und Jugendlichen auswirkt. Konkret bedeutet dies, **pflegerische Arbeiten oder die Förderung von Gesundheitskompetenz können weniger im häuslichen Umfeld übernommen werden, wenn die Zeit, die Kinder und Jugendliche in der Schule verbringen, zunimmt. Hier kann die Schule mit dem Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften einen hilfreichen Beitrag leisten.**

Zu den veränderten gesellschaftlichen Bedingungen gehört der zunehmende **Fachkräftemangel**. Auch für Schulen wird es immer herausfordernder, ausgebildete Lehrkräfte einzustellen und sie langfristig zu binden. Die Bildungspolitik hat dies längst erkannt und die Anstrengungen, beispielsweise für Angebote zur Verbesserung der Lehrkräftegesundheit, intensiviert. So werden etwa die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen nach § 5 des Arbeitsschutzgesetzes zunehmend zum Standard und die Angebotspalette rund um das Thema Lehrkräftegesundheit ausgebaut. An dieser Stelle ist die Erweiterung der Schulkollegien um neue Professionen noch vielversprechender. Die sogenannten multiprofessionellen Teams haben sich in den vergangenen Jahren deutlich entwickelt und sind auf dem Weg zum Rechtsanspruch auf Ganztagsbetreuung für Kinder im Grundschulalter noch mehr in den Mittelpunkt gerückt. Die konzeptionellen Überlegungen zum Ausbau multiprofessioneller Teams kommen in aller Regel aus dem Bildungsbereich. Somit stehen bislang vor allem die sozialpädagogische und psychologische Erweiterung der Schul-Teams im Vordergrund. **Sukzessive setzt sich aber die Erkenntnis durch, dass eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen einer gesundheitskompetenten Begleitung bedarf.** Die Schulgesundheitsfachkräfte kommen hier zunehmend ins Spiel. Das Entlastungspotential der Schulgesundheitsfachkräfte für Lehrkräfte und andere Personen ist bei Tannen et al.² ausführlich beschrieben.

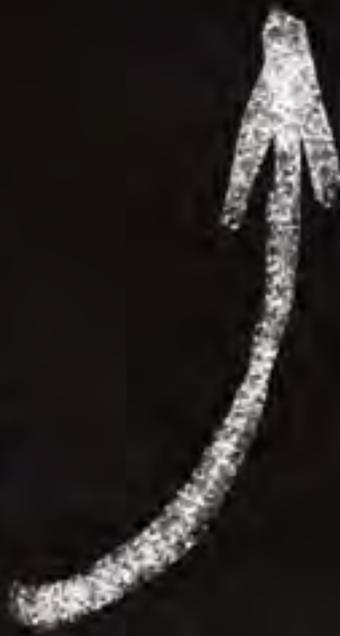
Wichtig für die politische Einordnung ist noch die derzeit debattierte Entwicklung der Pflegeberufe. Mit der durch die Bundesregierung angekündigten Erweiterung des Pflegekompetenzgesetz



zes könnte der Weg gebahnt werden, den Pflegeberuf auch in der Schule noch attraktiver und wirkungsvoller werden zu lassen. Für die Bildungspolitik ist das Gesetzgebungsverfahren deshalb von hohem Interesse.

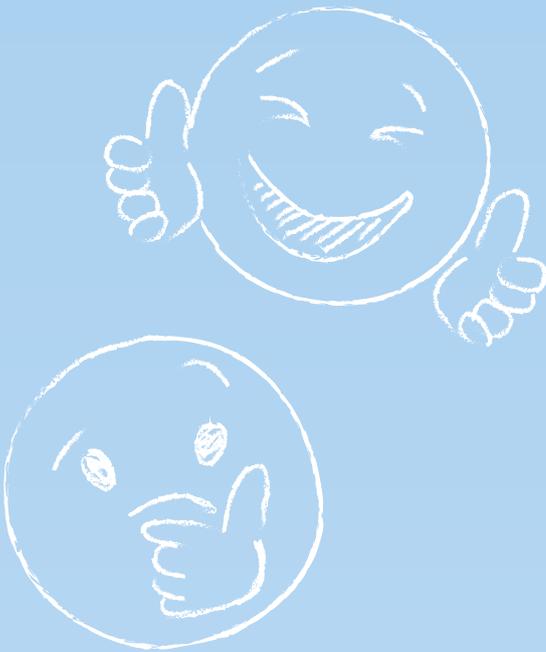
Der Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften ist schließlich einzuordnen in die Debatte um die **Erweiterung der Gesundheitskompetenz**. Nach Ansicht des Bundesministeriums für Gesundheit bedeutet Gesundheitskompetenz die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und in der Praxis umsetzen zu können.¹⁴ Auch wenn sich die Debatte um die Erweiterung der Gesundheitskompetenz in der Gesamtbevölkerung oft auf die Schulen und die Erweiterung des Unterrichts konzentriert, so fordern die Autorinnen und Autoren in dem im Jahr 2020 erschienenen Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz bereits: „Schulgesundheitspflege institutionell in den Erziehungs- und Bildungsinstitutionen (zu) verankern“.¹⁵ Sie erweitern damit den Blick über den reinen Unterricht hinaus in die Lebenswelt junger Menschen und werden damit einem modernen Gesundheitsverständnis gerecht. Gesundheitswissen alleine reicht nicht aus. Im Übrigen ist schulisches Gesundheitswissen unter Umständen vergänglich. **Gesundheit muss im Alltag verankert und erlebbar sein.**

Schulgesundheitsfachkräfte sind nicht „das“ Wundermittel, um die künftigen Erwachsenen mit weiterer Gesundheitskompetenz auszustatten und Schule zu einem gesunden Lern- und Lebensort zu entwickeln. Sie sind aber eine wichtige Ergänzung zu einem gesunden Schulalltag.



Diskussion

Braucht es ein Schulfach Gesundheit?



Schülerinnen und Schüler in Deutschland verfügen nachweislich über eine im europäischen Vergleich niedrige Gesundheitskompetenz.¹ Angesichts der steigenden Zahl von gesundheitlichen Problemen in der Bevölkerung wie Herz-Kreislaufkrankungen, psychischen Erkrankungen, Adipositas und Suchterkrankungen wird die Forderung nach einem Schulfach Gesundheit regelmäßig vorgebracht. Aus diesen Ergebnissen muss ein deutlicher und dringender Handlungsbedarf abgeleitet werden, Gesundheitskompetenz früh im Lebensverlauf zu stärken. Sollte Gesundheit als eigenständiges Fach in die Schulcurricula integriert werden? Oder reicht es aus, Gesundheitsthemen wie bisher in bestehenden Fächern zu behandeln? Ärzteverbände, Krankenversicherungen, Politikerinnen und Politiker haben sich für ersteres ausgesprochen, Kultusministerkonferenz und Lehrerverbände dagegen.

Bettine Bredereck & Anna Philippi
Stiftung Kindergesundheit

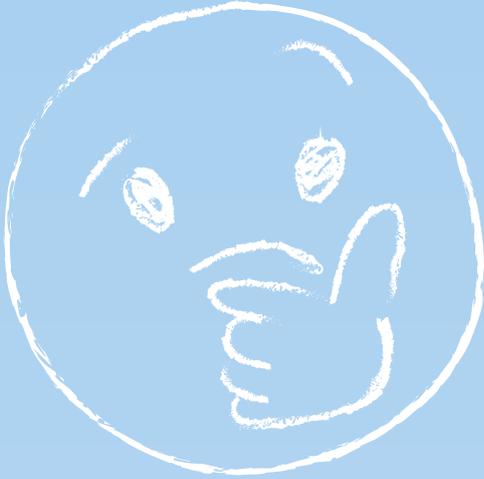


Wir haben die Fragestellung untersucht, um Ihnen eine fundierte Schlussfolgerung zu erleichtern. Welches Fazit würden Sie ziehen? Scannen Sie den QR-Code und stimmen Sie ab!

<http://bit.ly/48zYsoi>



Gesundheit sollte kein eigenes Schulfach werden.



Überlastung des Lehrplans: Die Einführung eines neuen Fachs könnte zu einer Überlastung des bestehenden Stundenplans führen, was die angemessene Behandlung anderer Fächer beeinträchtigen könnte. So stellt sich die Frage: Welches andere Schulfach sollte zugunsten des Schulfachs Gesundheit kürzer unterrichtet werden oder gar wegfallen? Oder könnte eine Erhöhung der Stundenzahl in Kauf genommen werden?

Überlappung mit bestehenden Fächern: Gesundheitsthemen wie gesunde Ernährung, die Vorteile von Bewegung und der menschliche Körper sind schon in den Lehrplänen verschiedener Fächer integriert. Die Einführung eines zusätzlichen Schulfachs könnte daher zu Redundanzen führen.

Schulfächer lösen nichts: Es besteht die Gefahr, dass das Thema auf die Schule abgewälzt wird. Die Ursachen für mangelnde Gesundheitskompetenz sind jedoch oft systemischer Natur und lassen sich nicht allein durch ein neues Schulfach lösen. Stattdessen muss das gesamte Schulsystem neu gedacht werden, um Gesundheitsthemen fächerübergreifend und integriert in den Lehrplan aufzunehmen und so effektiver zu vermitteln. Viele Gesundheitsprobleme wurzeln in sozioökonomischen Ungleichheiten und erfordern deshalb einen gesellschaftspolitischen, strukturellen Ansatz, der auch Maßnahmen außerhalb des Bildungssystems umfasst, um allen Schülern und Schülerinnen gleiche Chancen auf eine gesunde Lebensweise zu bieten.

Gesunder Schulalltag als nachhaltige Alternative: Ziel sollte es sein, Gesundheit im System Schule zu verankern. Die Einführung eines Schulfachs geht hingegen von einem asymmetrischen Verhältnis aus: Der Lehrer ist Subjekt, der Schüler Objekt. Im Gegensatz dazu zielt die Implementierung eines gesunden Schulalltags (einschließlich Architektur, Möblierung, Verpflegung usw.) in gesundheitskompetenten Schulen darauf ab, nicht nur den regulären Unterricht, sondern auch sämtliche Aspekte des schulischen Umfelds gesundheitsförderlich zu gestalten. Dies geht über die Einführung eines neuen Schulfachs hinaus und verspricht eine umfassende Veränderung, die nachhaltige Auswirkungen auf das Wohlbefinden von Schülerinnen, Schülern und Lehrkräften hat.

Ressourcenknappheit: Die Einführung eines neuen Schulfachs erfordert nicht nur Zeit und Engagement der Lehrkräfte, sondern auch finanzielle Ressourcen für Lehrmaterialien, Schulungen und möglicherweise zusätzliches Personal. Angesichts der bestehenden Herausforderungen im Bildungssystem, wie Lehrermangel und Unterfinanzierung, könnte die Einführung eines neuen Fachs zu einer weiteren Belastung der bereits knappen Ressourcen führen.

Kritik von Lehrenden: Die Kritik des Verbands Bildung und Erziehung (VBE) unterstreicht, dass die Einführung eines neuen Schulfachs Gesundheit als Lösung für gesellschaftliche Gesundheitsprobleme nicht angemessen ist. Schulen sollten nicht allein für die Bewältigung gesellschaftlicher Herausforderungen verantwortlich sein, insbesondere wenn dies auf Kosten anderer wichtiger Bildungsziele und Ressourcen geschieht.

Lehrkräfte sind aktuell aufgrund von Überalterung und in der Folge hohen Krankenständen und Früh-Pensionierung schon sehr gefordert. Eine zusätzliche Belastung durch ein neues Schulfach wäre kontraproduktiv. Stattdessen gilt es, die Lehrenden zu entlasten und den Schülerinnen und Schülern niedrigschwellig zu helfen. Ein besserer Weg könnte die Implementierung von Schulgesundheitsfachkräften sein, die die Gesundheitskompetenz von Schülerinnen und Schülern, Eltern und Lehrenden stärken.

Komplexität der Umsetzung: Die Einführung eines neuen Schulfachs erfordert eine sorgfältige Planung und Koordination auf föderaler Ebene, um sicherzustellen, dass es effektiv umgesetzt wird. Dies kann zu bürokratischen Hürden und Verzögerungen führen.



Gesundheit muss ein eigenes Schulfach werden!



Eigene Lehrpläne und Ausbildung der Lehrkräfte:

Die Einführung eines eigenständigen Schulfachs „Gesundheit“ ermöglicht fachspezifische und klar strukturierte Lehrpläne, die alle relevanten Gesundheitsaspekte abdecken. Lehrkräfte, die speziell für das Fach Gesundheit ausgebildet sind, können fundierteres Wissen und spezifische Methoden vermitteln. Insbesondere für junge Lehrkräfte und Referendarinnen und Referendare könnte dies ein interessantes und attraktives Feld sein.

Kontinuität: Gesundheitsthemen sind bisher nur sporadisch in den Lehrplänen verankert und oft nur als Wahloption in bestimmten Klassenstufen verfügbar. Eine konsequente Auseinandersetzung mit dem Thema über alle Jahrgangsstufen hinweg fehlt. Regelmäßiger Unterricht kann nachhaltigere Verhaltensänderungen bewirken als Projekte oder Module.

Förderung von Gesundheitskompetenz: Durch die Einführung eines Schulfachs Gesundheit würden Kinder und Jugendliche nicht nur lernen, wie sie ihre eigene Gesundheit erhalten und fördern können, sondern auch, wie sie mit Gesundheitsinformationen umgehen und gesunde Lebensweisen in ihrem Alltag integrieren können. Dies sind essenzielle Fertigkeiten in einer modernen Wissens- und Informationsgesellschaft. Durch die feste Verankerung des Fachs im Schulalltag kann Gesundheitskompetenz maximal gefördert werden.

Großer Bedarf: Mangelnde Gesundheitskompetenz hat tiefgreifende Auswirkungen auf das physische und psychische Wohlergehen. Individuell führt ein Mangel an Wissen über gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zu einem höheren Risiko für körperliche Erkrankungen und psychische Belastungen. Diese Probleme können sich auf die Produktivität und Konzentration auswirken und soziale Strukturen belasten. Durch eine verbesserte Gesundheitskompetenz können diese negativen Auswirkungen reduziert werden, indem Schülerinnen und Schüler proaktiv für ihre Gesundheit sorgen und Krankheiten vorbeugen können, was letztendlich zu einer gesünderen und widerstandsfähigeren Schulgemeinschaft führt.

Hohe Nachfrage: Viele Menschen wünschen sich ein Schulfach Gesundheit. Die Studie „Zukunft Gesundheit 2023 – Jungen Bundesbürgern auf den Puls gefühlt“ der vivida bkk und der Stiftung „Die Gesundheitsarbeiter“ zeigt, dass 84 Prozent der 14- bis 34-Jährigen sich ein Schulfach Gesundheit wünschen.² Über 1.000 Jugendliche und junge Erwachsene in Deutschland wurden dafür befragt.

Ganzheitlicher Ansatz: Ein eigenständiges Fach kann körperliche, psychische und soziale Gesundheit integrativ behandeln, anstatt sie auf verschiedene Fächer zu verteilen. Gesundheit an Schulen muss stärker als Querschnittsthema gedacht werden, das nicht vom guten Willen einzelner Lehrkräfte abhängen darf. Der klassische Projekttag reicht nicht, um allen Kindern nachhaltig das nötige Wissen mitzugeben, um Krankheiten zu vermeiden und ein gutes Leben führen zu können.

Klare Verantwortlichkeit: Gesundheitsthemen werden derzeit überwiegend freiwillig über verschiedene Lehrpläne und Klassenstufen angeboten, was zu einem Mangel an Verantwortlichkeit und Verbindlichkeit führt. Wenn Gesundheit und Gesundheitsförderung als Bildungsziele ernst genommen werden sollen, müssen sie in einem eigenständigen Schulfach behandelt werden. Gesundheit muss sich wie ein roter Faden durch das Schulleben ziehen. Ein fächerübergreifender Ansatz, ein bloßer Verweis auf den Sport- und Biologieunterricht oder ein ausschließlich auf das Thema Ernährung fokussiertes Schulfach greifen zu kurz.

Mit einem Schulfach Gesundheit erhalten gesellschaftlich relevante oder aktuelle Themen, wie z. B. Cannabiskonsum, Erste-Hilfe-Maßnahmen und Organspende, einen festen Platz im Lehrplan.

Chancengleichheit: Ein „Schulfach Gesundheit“ würde sicherstellen, dass alle Kinder von klein auf altersgerecht erreicht werden – unabhängig von Geschlecht, Herkunft, familiärem und sozialem Hintergrund. Durch die Festlegung als Pflichtfach in jeder Schulart und in allen Jahrgangsstufen wäre die Nachhaltigkeit der Inhalte garantiert. Kinder aus allen gesellschaftlichen Schichten, insbesondere jedoch aus Familien mit sozioökonomisch niedrigerem Status, können davon profitieren. Da die Zeit, die Kinder in der Schule verbringen, zunimmt, sind die Eltern immer weniger in der Lage, diese wichtige Aufgabe allein zu bewältigen.

Langfristige Entlastung des Personals: Die Stärkung der Gesundheitskompetenz kann dazu beitragen, die Alltagsarbeit von pädagogischen Fachkräften zu erleichtern. Obwohl die Einführung neuer Lehrplaninhalte und didaktischer Strategien anfangs Mehraufwand bedeutet, ermöglicht die Fokussierung auf alltagsnahe Inhalte und die Vermittlung basaler Lern- und Verarbeitungstechniken letztendlich eine effizientere Bildungsarbeit. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der zunehmenden Digitalisierung und den damit verbundenen Herausforderungen von großer Bedeutung. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz trägt somit dazu bei, den Bildungseinrichtungen dabei zu helfen, ihren Bildungsauftrag zu erfüllen.

Gesundheit als gesellschaftlich relevantes Thema: Die institutionelle Verankerung von Gesundheitsthemen führt zu einer erhöhten gesellschaftlichen Anerkennung und Relevanz.

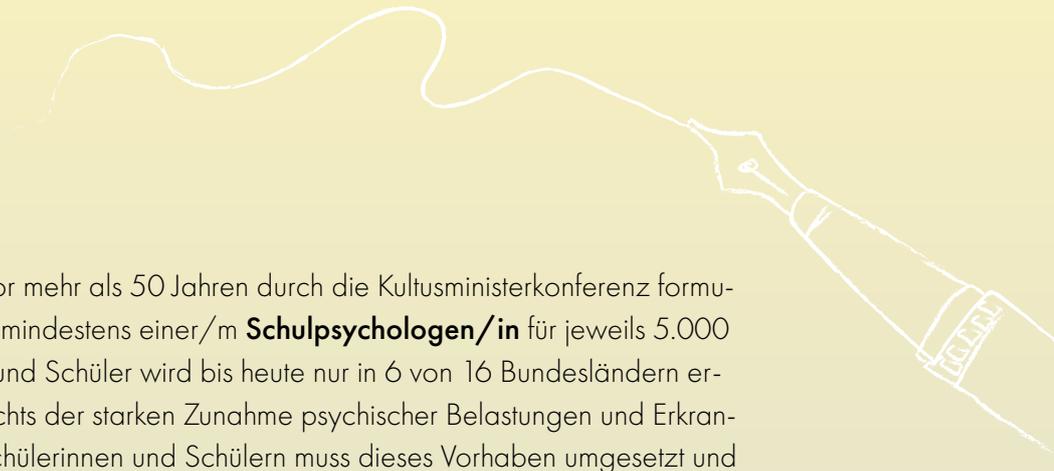
Zentrale Schlussfolgerungen

Kindergesundheitsbericht 2024

1. Aus der allgemeinen Schulpflicht ergibt sich eine **staatliche Fürsorgeverpflichtung** für die körperliche und psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern im Schulalltag.

2. Eine wirksame schulische Gesundheitsfürsorge erfordert ein synergistisches Zusammenwirken von Bildungs- und Gesundheitssystem. Dieses ist nur durch eine **strukturelle Verzahnung** und gleichsinnige **strategische Ausrichtung** möglich, nicht durch zeitlich und räumlich begrenzte Einzelprojekte („Projektitis“). Schule sollte für Heranwachsende, die hier niederschwellig erreicht werden können, neben der Kenntnis kurativer Möglichkeiten auch den Stellenwert von Prävention und Gesundheitsförderung für den Wert und Erhalt der eigenen Gesundheit vermitteln. Sowohl systemisch in Schulleitbildern als auch programmatisch im Unterricht soll dies unabhängig von befristeten Einzelprojekten implementiert werden.

3. Im Schulsystem sind viele Akteure, Professionen und Institutionen mit der Thematik befasst: Vertrauenslehrerinnen und -lehrer, Schulpsychologinnen und -psychologen, Schul- und Jugendsozialarbeiterinnen und -arbeiter, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Schulgesundheitsfachkräfte, Mental Health Coaches. Ihre unterschiedlichen Expertisen und Rollen müssen **stärker aufeinander abgestimmt, vernetzt und koordiniert** werden, um Gesundheitsschutz und -förderung der Schülerinnen und Schüler zu verbessern. Es ist zu erwarten, dass dadurch **Lehrkräfte entlastet** werden und mehr Raum für ihr pädagogisches Kerngeschäft erhalten.



4. Das vor mehr als 50 Jahren durch die Kultusministerkonferenz formulierte Ziel von mindestens einer/m **Schulpsychologen/in** für jeweils 5.000 Schülerinnen und Schüler wird bis heute nur in 6 von 16 Bundesländern erreicht. Angesichts der starken Zunahme psychischer Belastungen und Erkrankungen bei Schülerinnen und Schülern muss dieses Vorhaben umgesetzt und dabei die Bezugszahl angepasst werden.

5. Bundesweit soll an jeder Schule der Zugang zur **Schulsozialarbeit** gewährleistet werden.

6. Die innerschulischen Hilfesysteme benötigen funktionierende Scharniere zu **außerschulischen Gesundheits- und Sozialleistungen** (z. B. zu Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder und Jugendmedizin sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, Zahnärztinnen und Zahnärzten, Öffentlichem Gesundheitsdienst, Hilfen zur Erziehung und Eingliederung sowie Jugend- und Sozialhilfe) **und in kommunale Strukturen**, wie Sportvereine, Musikschulen und Jugendorganisationen.

7. Es braucht **koordinative Funktionen** innerhalb des Schulsystems, um bei Bedarf in bestehende Hilfesysteme außerhalb verweisen zu können. Dadurch können auch Schülerinnen und Schüler aus benachteiligten Gruppen erreicht, die soziale Teilhabe von Kindern und Jugendlichen erleichtert und Versorgungsdefizite wie zum Beispiel Impflücken effektiv angegangen werden.

8. **Qualifizierte Schulgesundheitsfachkräfte** können einerseits medizinische Ersthilfe für akute oder chronisch kranke Schülerinnen und Schüler leisten und andererseits nach Ersteinschätzung Wege in die Systeme einleiten. Speziell qualifizierte Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte sind aufgrund ihrer Expertise für diese Aufgabe ideal geeignet. Da aber im gesamten Gesundheitssystem qualifizierte Fachkräfte in der Kinderpflege fehlen – nicht zuletzt aufgrund der eingeführten generalisierten Pflegeausbildung – ist deshalb ein **konsequenter Ausbau der Ausbildung von spezialisierten Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräften** dringend notwendig.

LITERATURVERZEICHNIS

Schule in Deutschland – Zahlen & Fakten

Seite 12

1. Statistisches Bundesamt (Destatis). Schüler: Deutschland, Schuljahr, Geschlecht, Schulart, Jahrgangsstufen [Internet]. 2023 [Zugriff am 22. Januar 2024]. Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?language=de&sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=21111-0002#abreadcrumb>
2. Statistisches Bundesamt (Destatis). Schüler, Schulanfänger, Absolventen und Abgänger: Bundesländer, Schuljahr, Geschlecht [Internet]. 2023 [Zugriff am 05. Februar 2024]. Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?language=de&sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=21111-0010#abreadcrumb>
3. Statistisches Bundesamt (Destatis). Zahl der Schulanfängerinnen und -anfänger 2023 um 2,1 % auf höchsten Stand seit 20 Jahren gestiegen [Internet]. Pressemitteilung vom 13.11.2023. 2023 [Zugriff am 05. Februar 2024]. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/11/PD23_435_211.html
4. Statistisches Bundesamt (Destatis). Schüler, Schulanfänger, Absolventen und Abgänger: Deutschland, Schuljahr, Geschlecht [Internet]. 2023 [Zugriff am 05. Februar 2024]. Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?language=de&sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=21111-0001#abreadcrumb>
5. Statista. Anzahl der allgemeinbildenden Schulen in Deutschland in den Schuljahren von 2000/2001 bis 2022/2023 [Internet]. 2023 [Zugriff am 05. Februar 2024]. Verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/476776/umfrage/allgemeinbildende-schulen-indeutschland/>
6. Statista. Anzahl der Lehrkräfte an allgemeinbildenden Schulen in Deutschland in den Schuljahren von 2010/2011 bis 2022/2023 [Internet]. 2023 [Zugriff am 07. Februar 2024]. Verfügbar unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1282270/umfrage/lehrkraefte-indeutschland/>
7. Bertelsmann Stiftung. Der Lehrkräftemangel an Grundschulen ist bald überwunden [Internet]. 2024 [Zugriff am 26. Februar 2024]. Verfügbar unter: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2024/januar/der-lehrkraeftemangel-an-grundschulen-ist-bald-ueberwunden>
8. Aktion Mensch. Inklusionsquoten in Deutschland [Internet]. 2022 [Zugriff am 19. Februar 2024]. Verfügbar unter: <https://www.aktion-mensch.de/inklusion/bildung/hintergrund/zahlen-daten-und-fakten/inklusionsquoten-in-deutschland>
9. Statistisches Bundesamt (Destatis). Schüler mit sonderpädagogischer Förderung: Deutschland, Schuljahr, Schulart, Förderschwerpunkte [Internet]. 2023 [Zugriff am 22. Januar 2024]. Verfügbar unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?language=de&sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=21111-0007#abreadcrumb>
10. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Betreuungslücken für Kinder im Grundschulalter schließen [Internet]. 2023 [Zugriff am 29. Januar 2024]. Verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/familie/kinderbetreuung/ganztagsbetreuung>
11. Statista. Bildungsausgaben – 9.200 Euro pro Schüler:in [Internet]. 2023 [Zugriff am 29. Januar 2024]. Verfügbar unter: <https://de.statista.com/infografik/2071/ausgabe-je-schueler-an-oeffentlichen-schulen/>
12. Statistisches Bundesamt (Destatis). Öffentliche Bildungsausgaben 2022 um 5,3 % gestiegen [Internet]. Pressemitteilung vom 14.12.2023. 2023 [Zugriff am 29. Januar 2024]. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/12/PD23_478_21711.html
13. Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland. Das Bildungswesen in der Bundesrepublik Deutschland 2019/2020: Darstellung der Kompetenzen, Strukturen und bildungspolitischen Entwicklungen für den Informationsaustausch in Europa [Internet]. 2021 [Zugriff am 29. Januar 2024]. Verfügbar unter: <https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/Eurydice/Bildungswesen-dt-pdfs/bildungsfinanzierung.pdf>
14. Bundesministerium für Bildung und Forschung. Zusammenarbeit von Bund und Ländern [Internet]. 2023 [Zugriff am 22. Januar 2024]. Verfügbar unter: https://www.bmbf.de/bmbf/de/bildung/zusammenarbeit-vonbund-und-laendern/zusammenarbeit-vonbund-und-laendern_node.html
15. Hepp, G. Bundeszentrale für politische Bildung. Wie der Staat das Bildungswesen prägt [Internet]. 2013 [Zugriff am 29. Januar 2024]. Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/themen/bildung/dossier-bildung/145238/wie-der-staat-das-bildungswesen-praegt/>
16. Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland. Aufgaben der Kultusministerkonferenz [Internet]. 2023 [Zugriff am 05. Februar 2024]. Verfügbar unter: <https://www.kmk.org/kmk/aufgaben.html>
17. Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland. Bund und Länder einigen sich auf Startchancen-Programm [Internet]. 2024 [Zugriff am 07. Februar 2024]. Verfügbar unter: <https://www.kmk.org/aktuelles/artikelansicht/bund-und-laender-einigen-sich-auf-startchancen-programm.html>

Gesetzliche Grundlagen und Rechtsnormen für Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung und Prävention in Bildungsinstitutionen

Seite 16

1. Richter P. Die Organisation öffentlicher Verwaltung. In: Apelt M, Tacke V, Hrsg. Handbuch Organisationstypen. VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2012. S. 91–112.
2. Tenorth H. E. Kurze Geschichte der allgemeinen Schulpflicht [Internet]. 2014 [Zugriff am 18. September 2024]. Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/themen/bildung/dossier-bildung/185878/kurze-geschichte-der-allgemeinen-schulpflicht/>
3. Avenarius H., Heckel H., Loebel H.-Ch. Schulrechtskunde – Ein Handbuch für die Praxis, Rechtsprechung und Wissenschaft. 7. Auflage. Luchterhand, Neuwied; 2006.
4. Bundesministerium der Justiz. Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland [Internet]. 2022 [Zugriff am 27. August 2024]. Verfügbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/gg/BjNR000010949.html>
5. Kunze M., Schuhmann A. Eine Zeitreise durch 50 Jahre Schüler-Unfallversicherung [Internet]. 2021 [Zugriff am 18. September 2024]. Verfügbar unter: <https://forum.dguv.de/ausgabe/4-2021/artikel/eine-zeitreise-durch-50-jahre-schueler-unfallversicherung>
6. Robert Koch-Institut. Empfehlungen des Robert Koch-Instituts für die Wiederzulassung zu Gemeinschaftseinrichtungen gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz [Internet]. 2023 [Zugriff am 27. August 2024]. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBul/Merkblaetter/Wiederzulassung/Mbl_Wiederzulassung_schule.html
7. Maier M. Masernschutz-Nachweis an Schulen – was gibt es zu beachten? [Internet]. 2022 [Zugriff am 18. September 2024]. Verfügbar unter: <https://deutsches-schulportal.de/schule-im-umfeld/masernschutz-nachweis-an-schulen-was-gibt-es-zu-beachten/#~:text=Gilt%20die%20Nachweispflicht%20des%20Masernschutzes,zum%2031.%20Juli%202022%20nachholen>

8. Ruckstuhl B. Geschichte, Konzept und Relevanz von Gesundheitsförderung und Prävention. In: Niederberger M., Finne E, Hrsg. Forschungsmethoden in der Gesundheitsförderung und Prävention. Springer; 2021. S. 31–35.
9. Paulus P. Schulische Gesundheitsförderung von Ottawa bis heute: Chancen und Herausforderungen. Bundesgesundheitsblatt. 2022; 65: S.741–748. doi: 10.1007/s00103-022-03550-x
10. Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland. Empfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.2012) [PDF]. 2012 [Zugriff am 18. September 2024]. Verfügbar unter: https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2012/2012_11_15-Gesundheitsempfehlung.pdf
11. Thaiss H.M. Fängt der frühe Vogel den Wurm? Vermittlung von Gesundheitskompetenz in Bildungseinrichtungen (Zusatzmaterial). Monatsschrift Kinderheilkunde. 2023; 171: 901–913. doi: 10.1007/s00112-023-01836-1
12. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Medien für Lehrerinnen und Lehrer [Internet]. o.D. [Zugriff am 18. September 2024]. Verfügbar unter: www.bzga.de/was-wir-tun/gesundheits-und-schule/medien-fuer-lehrkraefte
13. GKV-Spitzenverband. Präventionskurse. [Internet]. 2024 [Zugriff 18. September 2024]. Verfügbar unter: www.gkv-spitzenverband.de/service/praeventionskurse/primaerpraeventionskurse.jsp
14. Zentrale Prüfstelle Prävention. Informationen für Anbieter & Kursleitungen [Internet]. 2014–2024 [Zugriff am 18. September 2024]. Verfügbar unter: <https://www.zentrale-pruefstelle-praevention.de/>
15. Paulus P. Die gesunde gute Schule – Definition, Prinzipien, Handlungsfelder, Merkmale, Strategien und andere Konzepte [PDF]. 2006 [Zugriff am 16. Oktober 2024]. Verfügbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Presse/imported/downloads/xcms_bst_dms_20065_20066_2.pdf
16. Klein J. Der Öffentliche Gesundheitsdienst und seine Stellung im deutschen Gesundheitswesen – Eine organisationssoziologische Analyse [Bachelorarbeit]. 2021 [Zugriff am 18. September 2024]. Verfügbar unter: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/251532/1/wp2021-03.pdf>. doi: 10.18418/978-3-96043-097-1
17. Rundfunk Berlin-Brandenburg (RBB). Preussen Chronik eines deutschen Staates – Verordnung zur Einführung der Allgemeinen Schulpflicht in Preußen [Bild]. o.D. [Zugriff am 16. Oktober 2024]. Verfügbar unter: https://www.preussenchronik.de/bild_jsp/key%3Dbild_96.html
18. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung. Bericht: Untersuchungen der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste und der Zahnärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein Schuljahr 2014/2015 [PDF]. 2015 [Zugriff am 15. Oktober 2024]. Verfügbar unter: <https://laj-sh.de/wp-content/uploads/2017/03/Bericht-der-Kinder-und-Jugend%C3%A4rztlichen-Dienste.pdf>. Abbildung 68, Durchschnittliche Zahl karieserkrankter Milchzähne (Durchschnitts-dmf(t) Werte) für Erstklässler seit dem Schuljahr 2004/2005; S. 117.
2. Weltgesundheitsorganisation (WHO). Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century [Internet]. 2024 [Zugriff am 24. August 2024]. Verfügbar unter: <https://www.who.int/teams/healthpromotion/enhanced-wellbeing/fourth-global-conference/jakarta-declaration>
3. Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland. Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.2012) [PDF]. 2012 [Zugriff am 31. August 2024]. Praktische Umsetzung in BZgA-Leitbegriffe: Gesundheitsförderung und Schule Verfügbar unter: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-und-schule/>
4. Mauz E, Schmitz R, Poethko-Müller C. Kinder und Jugendliche mit besonderem Versorgungsbedarf im Follow-up: Ergebnisse der KiGGSStudie 2003–2012. Journal of Health Monitoring. 2017; 2(4):45–65. doi: 10.17886/RKI-GBE-2017-051
5. Witte J, Zeidler A, Batram M, Diekmannshemke J, Hasemann L. Kinder- und Jugendreport 2022 – Kinder- und Jugendgesundheit in Zeiten der Pandemie [PDF]. 2022 [Zugriff am 19. September 2024]. Verfügbar unter: <https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/27568/data/5b0387cd24815b7b4200773f4d9912dd/kinder-und-jugendreport-2022-studie.pdf>
6. Ravens-Sieberer U, Kamann A, Devine J, Reiß F. Die COVID 19-Pandemie – wie hat sie die Kinderpsyche beeinflusst? Monatsschrift Kinderheilkunde. 2023; 171: 608–614. doi: 10.1007/s00112-023-01775-x
7. Beerbom C, Schönberg C, Kubandt M. Unterrichtsentwicklung – Schülerinnen und Schüler mit chronischen Erkrankungen [PDF]. 2010 [Zugriff am 2. September 2024]. Verfügbar unter: https://bildungsserver.berlin-brandenburg.de/fileadmin/bbb/schule/Hilfe_und_Beratung/Schule_und_Krankheit/pdf/Schule_und_Krankheit.pdf
8. Paulus P. Schulische Gesundheitsförderung von Ottawa bis heute: Chancen und Herausforderungen. Bundesgesundheitsblatt. 2022; 65:741–748. doi: 10.1007/s00103-022-03550-x
9. Frank, H. Lehrer am Limit. Gegensteuern und durchstarten. Weinheim: Beltz; 2010.
10. Scheuch K, Haufe E, Seibt R. Teachers' Health. Dtsch Arztebl Int. 2015; 112: 347–356. doi: 10.3238/arztebl.2015.0347
11. Gänsslen J-C, Striegel U, Protsch M, Melcher B, Vey D, Maulbecker-Armstrong K. Geringere Kosten nach Schulunfällen durch Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement. 2024; 29(04):215–219. doi: 10.1055/a-2276-5759
12. Horacek U, Ellsäßer G, Langenbruch B. Fachausschuss ÖGD der DGSPJ, Januar 2015: Empfehlungen zum Ausbau des Schulgesundheitsystems durch „school nurses“ in Deutschland – Schulgesundheitsfachkräften (SGS) in Deutschland [PDF]. 2015 [Zugriff am 19. September 2024]. Verfügbar unter: <https://www.dgspj.de/wp-content/uploads/service-stellungnahmen-schulgesundheitsfachkräften-januar-2015.pdf>
13. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren. Bericht: Untersuchungen der Kinder und Jugendärztlichen Dienste und der Zahnärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein Schuljahr 2017/2018 [PDF]. o.D. [Zugriff am 17. Oktober 2024]. Verfügbar unter: https://www.schleswig-holstein.de/DE/landesregierung/ministerien-behoerden/II/Service/Broschueren/Gesundheit/schuleingunter2018.pdf?__blob=publicationFile&v=1. Abbildung 1, „Daten für Taten“ – das Modell veranschaulicht, wie gewonnene Informationen zum individuellen, gruppen- und bevölkerungsbezogenen Nutzen Verwendung finden können; S. 7.
14. Bode H, Straßburg M, Hollmann H. Sozialpädiatrie in der Praxis. 1. Auflage. Elsevier; 2009.

Akteure der Gesundheitsförderung im Kontext Schule – Aufgabenfelder, Problematiken, Lösungen

Seite 26

1. Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland. Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.2012) [PDF]. 2012 [Zugriff am 24. August 2024]. Verfügbar unter: www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2012/2012_11_15-Gesundheitsempfehlung.pdf

Mit Diabetes in die Schule – selbstverständlich oder nicht?

Seite 38

1. Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe. Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2024 – Die Bestandsaufnahme [PDF]. 2023 [Zugriff am 18. Oktober 2024]. Verfügbar unter: https://www.diabetesde.org/system/files/documents/gesundheitsbericht_2024_endversion.pdf
2. Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen. Die UN-Behindertenrechtskonvention – Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen [PDF]. 2009 [Zugriff am 18. Oktober 2024]. Verfügbar unter: https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/PDF/DB_Menschenrechtsschutz/CRPD/CRPD_Konvention_und_Fakultativprotokoll.pdf
3. Dehn-Hindenberg A, Lange K. Eltern von Kindern mit Typ-1-Diabetes: Folgen für Berufstätigkeit, psycho-soziale Belastungen und Bedarf an Unterstützungsleistungen – Ergebnisse der AMBA-Studie. Diabetologie und Stoffwechsel 2019; Diabetologie und Stoffwechsel. 2019; 14(S 01): S69. doi: 10.1055/s-0039-1688306
4. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung: Medikamentengabe in Schulen – DGUV Information 202-091 [PDF]. 2021 [Zugriff am 18. Oktober 2024]. Verfügbar unter: <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/902>
5. Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI) Abteilung für Pädiatrische Epidemiologie Universitätsmedizin Mainz. Machbarkeitsstudie zur Schulgesundheitsfachkraft [PDF]. o.D. [Zugriff am 18. Oktober 2024]. Verfügbar unter: https://leb.bildung-rp.de/fileadmin/user_upload/leb.bildung-rp.de/Sonstiges/Abschlussbericht_ikid5_Schulgesundheitsfachkraefte.pdf
6. DDG - Deutsche Diabetes Gesellschaft, AGPD - Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Diabetologie der DDG, DGKJ - Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, DGSPJ - Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, BeKD- Berufsverband Kinderkrankenpflege, diabetesDE - Deutsche Diabetes-Hilfe. Positionspapier zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen in der Schule am Beispiel des Typ 1 Diabetes mellitus [PDF]. 2021 [Zugriff am 18. Oktober 2024]. Verfügbar unter: https://www.dgkj.de/fileadmin/user_upload/Meldungen_2023/210728_Positionspapier-Schulgesundheitsfachkraft.pdf

Pinnwand:

Meine Perspektive – Typ-1-Diabetes

Seite 43

1. Robert Koch Insitut (RKI). Diabetes surveillance – Diabetes in Deutschland – Kinder und Jugendliche – Prävalenz Typ-1-Diabetes [Internet]. 2024 [Zugriff am 19. September 2024]. Verfügbar unter: https://diaburvr.kki.de/Webs/Diaburvr/DE/diabetes-in-deutschland/kinderjugendliche/2-11_Praevalenz_Typ_1_Diabetes.html
2. Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG). Therapie des Typ-1-Diabetes – S3-Leitlinie [PDF]. 2023 [Zugriff am 19. September 2024]. Verfügbar unter: https://www.ddg.info/fileadmin/user_upload/05_Behandlung/01_Leitlinien/Evidenzbasierte_Leitlinien/2023/S3-LL-Therapie-Typ-1-Diabetes-Version-5-20230922.pdf
3. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 [Internet]. 2024 [Zugriff am 19. September 2024]. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/diabetes#c3575>
4. BARMER. Diabetes Typ 1: Ursachen, Symptome und Behandlung [Internet]. 2024 [Zugriff am 19. September 2024]. Verfügbar unter: https://www.barmer.de/gesundheits-verstehen/wissen/krankheiten-a-z/diabetes-typ-1-1142716?em_cmp=3-Engagement_P-Max_Nachhaltigkeitsbericht_2024_DE-DE_CONVMAX-NEU&em_src=kw&gclid=EAlaQobChMI2b2J0dbJiAMVK5BQb2RPIwmeEAYAAEgLBbvD_BwE

5. Schoppmeyer M. Gesundheits- und Krankheitslehre – für Pflege- und Gesundheitsberufe. 3. Auflage. Elsevier; 2014. S. 144–150.
6. Karges B, Prinz N, Placzek K, Datz N, Papsch M, Strier U, et al. A Comparison of Familial and Sporadic Type 1 Diabetes Among Young Patients. Diabetes Care. 2021; 44(5):1116–1124. doi: 10.2337/dc201829
7. Achenbach P, Berner R, Bonifacio E, Brämwig S, Braig S, Durstheimer D, et al. Früherkennung von Typ-1-Diabetes durch Inselautoantikörper-Screening – ein Positionspapier der Fr1daPlex-Projektleiter und -Schulungszentren, des BVKJ Bayern und PaedNetz Bayern e.V. Das Gesundheitswesen (eFirst). 2024. doi:10.1055/a-2320-2859
8. Institut für Diabetesforschung. Fr1da-Vorsorgeprogramm [Internet]. o.D. [zitiert 19. September 2024]. Verfügbar unter: <https://www.typ1diabetes-frueherkennung.de/fr1da-vorsorgeplan/index.html>

Pinnwand:

Meine Perspektive – Autismus

Seite 53

1. Hofer, J., Fellinger, J. Autismus-Spektrum-Störungen: von der Früherfassung zu Intervention und Begleitung. Monatsschr Kinderheilkd. 2022; 170:443–452. doi: 10.1007/s00112-020-01116-2
2. Autismus Deutschland e.V. Bundesverband zur Förderung von Menschen mit Autismus. Was ist Autismus? [Internet]. O.D. [Zugriff am 18. September 2024]. Verfügbar unter: <https://www.autismus.de/was-ist-autismus.html>
3. Bundesministerium für Gesundheit. Krankheiten – Autismus [Internet]. 2024 [Zugriff am 18. September 2024]. Verfügbar unter: <https://gesund.bund.de/autismus>

Gesunde Lehrkräfte –

gesunde Schülerinnen und Schüler?!

Seite 56

1. Reiß F, Behn S, Erhart M, Strelow L, Kaman A. et al. Subjektive Gesundheit und psychosomatische Beschwerden von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der HBSC-Studie 2009/10 – 2022. J Health Monitor. 2024; 9(1): 7–24. doi: 10.25646/11867
2. Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus. Bayerns Schulen in Zahlen 2022/2023. München: Schriften des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus, Reihe A, Bildungsstatistik, Heft 75. 2023 [Zugriff am 03. September 2024]. Verfügbar unter: <https://www.km.bayern.de/ministerium/statistik-und-forschung/bayerns-schulen-in-zahlen>
3. Kaman A, Otto C, Adedeji A, Devine J, Erhart M, Napp A.-K, Becker M, Blanck-Stellmacher U, Fertmann R, Saier U, Ravens-Sieberer U. Belastungserleben und psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Hamburg während der COVID-19-Pandemie. [Burden and mental health problems of children and adolescents in Hamburg during the COVID-19 pandemic]. Nervenheilkunde. 2021; 40(05): 319–326. doi: 10.1055/a-1397-5400
4. Robert Koch-Institut. 4. Quartalsbericht – Kindergesundheit in Deutschland aktuell (KIDA): Monitoring der Kindergesundheit in (und nach) der COVID-19-Pandemie. Teil 1 – Auswertung der Onlineerhebung [PDF]. Ergebnisse des KIDA-Erhebungszeitraum 04/202203/2023. Berlin: RKI. 2023 [Zugriff am 03. September 2024]. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kida/4-Quartalsbericht-KIDA.pdf?__blob=publicationFile
5. Meuret S. Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit der Pädagogenstimme? In: Fuchs M, Hrsg. Die Stimme im pädagogischen Alltag (= Kinder- und Jugendstimme, Band 11). Berlin: Logos, 2017. S. 49–54.
6. forsa Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH. Die Schule aus Sicht der Schulleiterinnen und Schulleiter [PDF]. Ergebnisse einer bundesweiten repräsentativen Befragung. Berlin: forsa. 2023 [Zugriff am 03. September 2024]. Verfügbar unter: https://www.blv.de/fileadmin/BLLV/Download/BLLV/VBE/43244_f23.0321_text_Bayern_Gesundheit.pdf

7. vbw – Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V. Psychische Belastungen und Burnout beim Bildungspersonal. Empfehlungen zur Kompetenz- und Organisationsentwicklung [PDF]. Gutachten. Münster: vbw. 2014 [Zugriff am 03. September 2024]. Verfügbar unter: http://www.aktionsrat-bildung.de/fileadmin/Dokumente/ARB_Gutachten_Burnout.pdf
8. Bayerischer Landtag, Drucksache 18/16935. Schriftliche Anfrage der Abgeordneten Dr. Simone Strohmayer SPD vom 03.05.2024. (Früh-) Pensionierungen und begrenzte Dienstunfähigkeit von Lehrkräften in Bayern [PDF]. 2024 [Zugriff am 03. September 2024]. Verfügbar unter: https://www.bayern.landtag.de/www/ElanTextAblage_WP19/Drucksachen/Schriftliche%20Anfragen/19_0002231.pdf
9. Filipp S-H. Ein allgemeines Modell für die Analyse kritischer Lebensereignisse. In: Filipp, S-H eds. Kritische Lebensereignisse. 3. Auflage. Weinheim: Beltz VPU, 1995: 3–52.; Reinders H, Ehmann T, Post I, Niemack J. Stressfaktoren bei Eltern und Schülern am Übergang zur Sekundarstufe. Schriftenreihe Empirische Bildungsforschung – Band 33 [PDF]. Würzburg: Lehrstuhl Empirische Bildungsforschung Julius-Maximilians-Universität Würzburg. 2014 [Zugriff am 03. September 2024]. Verfügbar unter: https://opus.bibliothek.uni-wuerzburg.de/opus4-wuerzburg/frontdoor/deliver/index/docId/11187/file/Schriftenreihe_Empirische_Bildungsforschung_Band33.pdf
10. Maulbecker-Armstrong C, Schulenberg D, Binder D. Kurzbericht. Gutachterliche Stellungnahme zu organisatorischen Rahmenbedingungen und ökonomischen Aspekten der Arbeit von Schulgesundheitsfachkräften [PDF]. Gießen: TransMIT Gesellschaft für Technologietransfer mbH. 2020 [Zugriff am 03. September 2024]. Verfügbar unter: https://www.thm.de/ges/images/Mitarbeiter/Fr_Maulbecker-Armstrong/20210210_Kurzbericht_SGFK_Maulbecker-Armstrong_Schulenberg.pdf
8. Wissenschaftlicher Beirat für Agrarpolitik, Ernährung und gesundheitlichen Verbraucherschutz beim Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft. Politik für eine nachhaltigere Ernährung: Eine integrierte Ernährungspolitik entwickeln und faire Ernährungsumgebungen gestalten, Gutachten [PDF]. 2020 [Zugriff 21. Oktober 2024]. Verfügbar unter: https://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/DE/_Ministerium/Beiraete/ agrarpolitik/wbae-gutachten-nachhaltige-ernaehrung.pdf?__blob=publicationFile&v=3
9. Pudel V, Westenhöfer J. Ernährungspsychologie. 2. Auflage. Göttingen: Hofgrete Verlag für Psychologie; 1998.
10. Kompetenzzentrum für Ernährung (KErn) an der Bayerischen Landesanstalt für Landwirtschaft. Nudging – leicht gemacht: Praktische Handlungsempfehlungen für die Schulumensa [PDF]. 2018 [Zugriff am 21. Oktober 2024]. Verfügbar unter: https://www.kern.bayern.de/mam/cms03/wissenschaft/dateien/nudgingbrosch%C3%BCre_handlungsempfehlungen_schulumensa_2018.pdf
11. Witte, J, Zeitler A, Hasemann L, Diekmannshemke J. DAK-KINDER- UND JUGENDREPORT 2023: Gesundheit und Gesundheitsversorgung während und nach der Pandemie, Datenzeitraum: 2017–2022 [PDF]. 2023 [Zugriff am 21. Oktober 2024]. Verfügbar unter: <https://www.dak.de/dak/download/report-praesentation-2635306.pdf>
12. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Schulen, 5. Auflage, 2. Korrigierter und aktualisierter Nachdruck [PDF]. 2023 [Zugriff am 21. Oktober 2024]. Verfügbar unter: <https://www.dge.de/fileadmin/dok/gemeinschaftsgastronomie/dge-qualitaetsstandards/2023/230928-DGE-QST-Schule.pdf>
13. Nationales Qualitätszentrum für Ernährung in Kita und Schule. Arbeitshilfen [Internet]. o.D. [Zugriff am 21. Oktober 2024]. Verfügbar unter: <https://www.nqz.de/service/arbeitshilfen>
14. Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (Hrsg.). Gutes Essen für Deutschland – Ernährungsstrategie der Bundesregierung [Internet]. 2024 [Zugriff am 21. Oktober 2024]. Verfügbar unter: <https://www.bmel.de/DE/themen/ernaehrung/ernaehrungsstrategie.html>
15. Kratz F, Linster S, Prinz L, Zwigart J, Bender U. Die Rolle von Lehrkräften bei der Begleitung der schulischen Mittagsmahlzeit in der Sekundarstufe 1. Ernährungs U schau international. 2020; 67(5): 90–97. doi: 10.4455/eu.2020.023
16. Deutscher Bundestag (Hrsg.). Bürgergutachten – Empfehlungen des Bürgerrates „Ernährung im Wandel: Zwischen Privatangelegenheit und staatlichen Aufgaben“ an den Deutschen Bundestag, Drucksache 20/10300 [PDF]. 2024 [Zugriff am 21. Oktober 2024]. Verfügbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/20/103/2010300.pdf>
17. DEBInet Deutsches Ernährungsberatungs- und Informationsnetz. Essverhalten – Hunger [Internet]. o.D. [Zugriff 25. März 2024]. Verfügbar unter: <https://www.ernaehrung.de/tipps/essverhalten/essverhalten10.php>
18. Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) (Hrsg.). DGE-Studie zu Kosten- und Preisstrukturen in der Schulverpflegung (KuPS) Kosten und Wirtschaftlichkeit der Schulverpflegung im Fokus – eine Handreichung für Schul- und Sachaufwandsträger [PDF]. 2019 [Zugriff 17. Oktober 2024]. Verfügbar unter: https://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/DE/_Ernaehrung/GesundeErnaehrung/Kosten-Preisstrukturen-Schulverpflegung-Praxis.pdf?__blob=publicationFile&v=5. Abbildung 1, Akteure und Rahmenbedingungen der Schulverpflegung; S. 9.

Schulverpflegung – die Chance für eine ausgewogene Versorgung für alle Kinder und Jugendlichen

Seite 60

1. Schienkiewitz A, Damerow S, Richter A, Mensink G. B. M. Wie hat sich das Körpergewicht seit Beginn der COVID-19 Pandemie verändert? Journal of Health Monitoring. 2022; 7(4): 58–65. doi: 10.25646/10669
2. Robert Koch-Institut (Hrsg.), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland [PDF]. 2008 [Zugriff am 18. Oktober 2024]. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/Basiserhebung/KiGGS_GPA.pdf?__blob=publicationFile
3. Robert Koch-Institut. KiGGS: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. 2024 [Zugriff am 18. Oktober 2024]. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/kiggs_start_inhalt.html?nn=2377388#w2
4. Mensink G B M, Haftenberger M, Lage Barbosa C, Brettschneider A, Lehmann F, Frank M, et al. EsKiMo II – Die Ernährungsstudie als KiGGS-Modul. 2020 [Zugriff 18. Oktober 2024]. Verfügbar unter: <https://edoc.rki.de/handle/176904/6887>, doi: 10.25646/7028
5. Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.). STATISTISCHE VERÖFFENTLICHUNGEN DER KULTUSMINISTERKONFERENZ, Schüler/-innen, Klassen, Lehrkräfte und Absolvierende der Schulen 2012 bis 2021, Dokumentation Nr. 235 [PDF]. 2023 [Zugriff am 21. Oktober 2024]. Verfügbar unter: https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/Statistik/Dokumentationen/Dok_235_SKL_2021.pdf
6. Nationales Qualitätszentrum für Ernährung in Kita und Schule. Zahlen und Fakten [Internet]. 2023 [Zugriff am 21. Oktober 2024]. Verfügbar unter: <https://www.nqz.de/schule/zahlen-fakten>
7. Wissenschaftlicher Beirat für Agrarpolitik, Ernährung und gesundheitlichen Verbraucherschutz beim BMEL: Ernährungsarmut unter Pandemiebedingungen. Stellungnahme [PDF]. 2023 [Zugriff am 21. Oktober 2024]. Verfügbar unter: https://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/DE/_Ministerium/Beiraete/agrarpolitik/ernaehrungsarmut-pandemie.pdf?__blob=publicationFile&v=3

Schule als Ort der Gesundheitsförderung: Ergebnisse der HBSC-Studie

Seite 66

1. Reiß F, Behn S, Erhart M, Strelow L, Kaman A, Ottová-Jordan V, Bilz L, Moor I, Ravens-Sieberer U. Subjektive Gesundheit und psychosomatische Beschwerden von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der HBSC-Studie 2010–2022. Journal of Health Monitoring. 2024; 9(1): 7–24. doi: 10.25646/11867

- Bucksch J, Möckel J, Kaman A, Sudeck G. Bewegungsverhalten von älteren Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse der HBSC-Studie 2022 und Zeitverläufe seit 2009/10. *Journal of Health Monitoring*. 2024; 9(1): 68–85. doi: 10.25646/11873
- Sendatzki S, Helmchen R. M, Moor I, Sudeck G, Dadaczynski K, Rathmann K. Gesundheitskompetenz von Schülerinnen und Schülern in Deutschland – Ergebnisse der HBSC-Studie 2022. *Journal of Health Monitoring*. 2024; 9(1): 25–45. doi: 10.25646/11869
- Moor I, Herke M, Markert J, Böhm M, Reiß F, Bilz L, Sudeck G, Winter K. Die zeitliche Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheit im Kindes- und Jugendalter in Deutschland: Ergebnisse der HBSC-Studie 2009/10–2022. *Journal of Health Monitoring*. 2024; 9(1): 86–107. doi: 10.25646/11875
- Fischer S. M, Bilz L. Mobbing und Cybermobbing an Schulen in Deutschland: Ergebnisse der HBSC-Studie 2022 und Trends von 2009/10 bis 2022. *Journal of Health Monitoring*. 2024; 9(1): 46–67. doi: 10.25646/11871
- Donnelly JE, Hillman CH, Castelli D, Etnier JL, Lee S, Tomporowski P, Lambourne K, Szabo-Reed AN. Physical Activity, Fitness, Cognitive Function, and Academic Achievement in Children: A Systematic Review. *Med Sci Sports Exerc*. 2016; 48(6):1197–222. doi: 10.1249/MSS.0000000000000901
- Poitras VJ, Gray CE, Borghese MM, Carson V, Chaput JP, Janssen I, Katzmarzyk PT, Pate RR, Connor Gorber S, Kho ME, Sampson M, Tremblay MS. Systematic review of the relationships between objectively measured physical activity and health indicators in school-aged children and youth. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2016; 41(6):S197–S239. doi: 10.1139/apnm-2015-0663
- World Health Organization. WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour [PDF]. 2020 [Zugriff am 03. September 2024]. Verfügbar unter: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336656/9789240015128-eng.pdf?sequence=1>
- Hawtlader MDH, Mozid NE, Sharmin S, Monju IH, Ahmed SB, Sarker W, Amin MA, Jhumur SS, Kalal K. The art of forming habits: applying habit theory in changing physical activity behaviour. *J Public Health*. 2023; 31(12): 2045–2057. doi: 10.1007/s10389-022-01766-4
- van Sluijs EMF, Ekelund U, Crochemore-Silva I, Guthold R, Ha A, Lubans D, Oyeyemi AL, Ding D, Katzmarzyk PT. Physical activity behaviours in adolescence: current evidence and opportunities for intervention. *Lancet*. 2021; 398(10298):429–442. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01259-9
- Graf C, Ferrari N, Beneke R, Bloch W, Eiser S, Koch B, Lawrenz W, Krug S, Manz K, Oberhoffer R, Stibbe G, Woll A. Empfehlungen für körperliche Aktivität und Inaktivität von Kindern und Jugendlichen – Methodisches Vorgehen, Datenbasis und Begründung. *Gesundheitswesen*. 2017; 79(S 01):S11–S19. doi: 10.1055/s-0042-123701
- Graf C, Beneke R, Bloch W, Bucksch J, Dordel S, Eiser S, Ferrari N, Koch B, Krug S, Lawrenz W, Manz K, Naul R, Oberhoffer R, Quilling E, Schulz H, Stemper T, Stibbe G, Tokarski W, Völker K, Woll A. Recommendations for promoting physical activity for children and adolescents in Germany. A consensus statement. *Obes Facts*. 2014; 7(3):178–190. doi: 10.1159/000362485
- Steene-Johannessen J, Hansen BH, Dalene KE, Kolle E, Northstone K, Møller NC et al. Variations in accelerometry measured physical activity and sedentary time across Europe - harmonized analyses of 47,497 children and adolescents. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2020; 17:38. doi: 10.1186/s12966-020-00930-x
- Garcia-Hermoso A, López-Gil JF, Ramírez-Vélez R, Alonso-Martínez AM, Izquierdo M, Ezzatvar Y. Adherence to aerobic and musclestrengthening activities guidelines: a systematic review and metaanalysis of 3.3 million participants across 32 countries. *Br J Sports Med*. 2023; 57(4):225–229. doi: 10.1136/bjsports-2022-106189
- Bucksch J, Möckel J, Kaman A, Sudeck G für den HBSC-Studienverbund Deutschland Bewegungsverhalten von älteren Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse der HBSC-Studie 2022 und Zeitverläufe seit 2009/10. *Journal of Health Monitoring*. 2024; 9(1): 68–85. doi: 10.25646/11873
- Rossi L, Behme N, Breuer C. Physical Activity of Children and Adolescents during the COVID-19 Pandemic-A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(21):11440. doi: 10.3390/ijerph182111440
- Ludwig-Walz H, Siemens W, Heinisch S, Dannheim I, Loss J, Bujard M. How the COVID-19 pandemic and related school closures reduce physical activity among children and adolescents in the WHO European Region: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2023; 20(1):149. doi: 10.1186/s12966-023-01542-x
- Schmidt SCE, Burchartz A, Kolb S, Niessner C, Oriwol D, Woll A. Einfluss sozioökonomischer Variablen auf die körperlich-sportliche Aktivität und Bildschirmmediennutzung von Kindern und Jugendlichen während des COVID-19-Lockdowns in Deutschland: die MoMo-Studie. *German Journal of Exercise and Sport Research*. 2022; 52: 362–373. doi: 10.1007/s12662-021-00783-x
- Wessely S, Ferrari N, Friesen D, Grauduszus M, Klaudius M, Joisten C. Changes in Motor Performance and BMI of Primary School Children over Time-Influence of the COVID-19 Confinement and Social Burden. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(8):4565. doi: 10.3390/ijerph19084565

Interview:

„In den Schulen könnten wir das Wissen über Impfungen und deren Umsetzung nachhaltig steigern.“

Seite 70

- Robert Koch Institut. Humane Papillomviren – RKI-Ratgeber [Internet]. 2018 [Zugriff am 15. Oktober 2024]. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_HPV.html
- Deutsches Krebsforschungszentrum in der Helmholtz-Gemeinschaft (dkfz.). Humane Papillomviren und Krebs [Internet]. n. D. [Zugriff 15. Oktober 2024]. Verfügbar unter: https://www.dkfz.de/de/krebspraevention/Krebsrisiken_das-sagt-die-Wissenschaft/7_Gesundheitschance_Impfen/1_Humane-Papillomviren-und-Krebs.html
- Deutsches Krebsforschungszentrum in der Helmholtz-Gemeinschaft (dkfz.) [Internet]. n. D. [Zugriff 16. Oktober 2024]. Verfügbar unter: <https://www.dkfz.de/de/aktuelles/hpv-impfung-schuetzt-vor-krebs.html>
- Robert Koch Institut – Zentrum für Krebsregisterdaten. Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom) [Internet]. 2023 [Zugriff 15. Oktober 2024]. Verfügbar unter: https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Gebaermutterhalskrebs/gebaermutterhalskrebs_node.html
- Statistisches Bundesamt (Destatis). Verkehrsunfälle – Unfälle von Frauen und Männern im Straßenverkehr 2020 [PDF]. 2022 [Zugriff 15. Oktober 2024]. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Verkehrsunfaelle/Publikationen/Downloads-Verkehrsunfaelle/unfaelle-frauen-maenner-5462407207004.pdf?__blob=publicationFile
- Robert Koch Institut. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut 2024. *Epidemiologisches Bulletin*. 2024; 4:1–72. doi: 10.25646/11892.4
- Robert Koch Institut. Interventionsstudie zur Steigerung der HPV-Impfquoten in Deutschland – InveSt HPV [Internet]. 2024 [Zugriff 15. Oktober 2024]. Verfügbar unter: <https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Forschungsprojekte/InvestHPV/InvestHPV.html>
- Robert Koch Institut. Impfquoten von Kinderschutzimpfungen in Deutschland. *Epidemiologisches Bulletin*. 2022; 48:3–25. doi: 10.25646/10838
- Hills AP, King NA, Armstrong TP. The contribution of physical activity and sedentary behaviours to the growth and development of children and adolescents: implications for overweight and obesity. *Sports Med*. 2007; 37(6):533–45. doi: 10.2165/00007256200737060-00006

Bewegungsförderung im schulischen Kontext

Seite 74

- Hills AP, King NA, Armstrong TP. The contribution of physical activity and sedentary behaviours to the growth and development of children and adolescents: implications for overweight and obesity. *Sports Med*. 2007; 37(6):533–45. doi: 10.2165/00007256200737060-00006

16. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1-6 million participants. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020; 4(1):23–35. doi: 10.1016/S2352-4642(19)30323-2
17. Katzmarzyk PT, Friedenreich C, Shiroma EJ, Lee I-M. Physical inactivity and non-communicable disease burden in low-income, middle-income and high-income countries. *Br J Sports Med*. 2022; 56:101–106. doi: 10.1136/bjsports-2020-103640
18. Singh A, Bassi S, Nazar GP, Saluja K, Park M, Kinra S, Arora M. Impact of school policies on non-communicable disease risk factors - a systematic review. *BMC Public Health*. 2017; 17(1):292. doi: 10.1186/s12889-017-4201-3
19. Kelso A, Reimers AK, Abu-Omar K, Wunsch K, Niessner C, Wäsche H, Demetriou Y. Locations of Physical Activity: Where Are Children, Adolescents, and Adults Physically Active? A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(3):1240. doi: 10.3390/ijerph18031240
20. Klein D, Vogt T. Salutogenetisch orientierter Sportunterricht: Theoretische Überlegungen und deren exemplarische Implementation in die Sportlehrerinnen- und Sportlehrerbildung. *Der Mensch - Zeitschrift für Salutogenese und anthropologische Medizin*. 2024;6263(1–2):29–35
21. Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen. Rahmenvorgaben für den Schulsport in Nordrhein-Westfalen [Internet]. 2014 [Zugriff am 03. April 2024]. Verfügbar unter: https://www.schulentwicklung.nrw.de/Lehrplaene/upload/klp_Sl/HS/sp/Rahmenvorgaben_Schulsport_Endfassung.pdf
22. Pöppel K, Webner G. Die Berücksichtigung von Gesundheit in deutschen (Sport-)Curricula. *Prävention und Gesundheitsförderung*. 2024; 19(1): 102–108.
23. Heath GW, Parra DC, Sarmiento OL, Andersen LB, Owen N, Goenka S, Montes F, Brownson RC; Lancet Physical Activity Series Working Group. Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. *Lancet*. 2012; 380(9838): 272–281. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60816-2
24. Woods CB, Volf K, Kelly L, Casey B, Gelius P, Messing S, Forberger S, Lakerveld J, Zukowska J, Bengoechea EG; PEN consortium. The evidence for the impact of policy on physical activity outcomes within the school setting: A systematic review. *J Sport Health Sci*. 2021; 10(3):263–276. doi: 10.1016/j.jshs.2021.01.006
25. Neil-Sztramko SE, Caldwell H, Dobbins M. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6 to 18. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021; 9(9):CD007651. doi: 10.1002/14651858.CD007651.pub3
26. Porter A, Walker R, House D, Salway R, Dawson S, Ijaz S, de Vocht F, Jago R. Physical activity interventions in European primary schools: a scoping review to create a framework for the design of tailored interventions in European countries. *Front Public Health*. 2024; 12:1321167. doi: 10.3389/fpubh.2024.1321167
27. Contardo Ayala AM, Parker K, Mazzoli E, Lander N, Ridgers ND, Timperio A, Lubans DR, Abbott G, Koorts H, Salmon J. Effectiveness of Intervention Strategies to Increase Adolescents' Physical Activity and Reduce Sedentary Time in Secondary School Settings, Including Factors Related to Implementation: A Systematic Review and MetaAnalysis. *Sports Med Open*. 2024; 10(1):25. doi: 10.1186/s40798024-00688-7
28. Bandeira ADS, Ravagnani FCP, Barbosa Filho VC, de Oliveira VJM, de Camargo EM, Tenório MCM, Sandreschi PF, Dos Santos PC, Ramires VV, Hallal PC, Silva KS. Mapping recommended strategies to promote active and healthy lifestyles through physical education classes: a scoping review. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2022; 19(1):36. doi: 10.1186/s12966-022-01278-0
29. Whitehead M. The Concept of Physical Literacy. In: *European Journal of Physical Education* 2001; 6(2):127–138. DOI: 10.1080/1740898010060205
30. Cairney J, Dudley D, Kwan M, Bulten R, Kriellaars D. Physical Literacy, Physical Activity and Health: Toward an Evidence-Informed Conceptual Model. *Sports medicine*. 2019; 49(3):371–383. doi: 10.1007/s40279-019-01063-3
31. Joisten C. Bewegung als Fundament einer gesunden Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. In: Breuer C, Joisten C, Schmidt W. *Vierter Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht: Gesundheit, Leistung und Gesellschaft*. Schorndorf: Hofmann-Verlag; 2020.
32. Dordel, S. *Bewegungsförderung in der Schule – Handbuch des Sportförderunterrichts*. 4. Auflage. Dortmund: Verlag Modernes Lernen; 2003.
33. Greule C, Sudeck G, Thiel A, Kastner L, Janßen P, Nieß A, Rapp F, Junne F, Krauß I. Correlates of physical activity enjoyment in children and adolescents for a new perspective on the treatment of overweight: A systematic literature review. *Obes Rev*. 2024; 25(2): e13655. doi: 10.1111/obr.13655
34. Krenz L, Grauduszus M, Klaudius M, Stolz I, Wessely S, Joisten C. Development of a German Physical Literacy Assessment for Children in the Context of Health Promotion-An Explorative Approach. *Children (Basel)*. 2022; 9(12):1908. doi: 10.3390/children9121908
35. Melby PS, Elsborg P, Bentsen P, Nielsen G. Cross-sectional associations between adolescents' physical literacy, sport and exercise participation, and wellbeing. *Front Public Health*. 2022; 10:1054482. doi: 10.3389/fpubh.2022.1054482
36. Carl J, Barratt J, Wanner P, Töpfer C, Cairney J, Pfeifer K. The Effectiveness of Physical Literacy Interventions: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Sports Med*. 2022; 52(12):2965–2999. doi: 10.1007/s40279-022-01738-4
37. Grauduszus M, Koch L, Wessely S, Joisten C. School-based promotion of physical literacy: a scoping review. *Front Public Health*. 2024; 12:1322075. doi: 10.3389/fpubh.2024.1322075
38. Wessely S, Klaudius M, Grauduszus M, Hahne H, Joisten C. *StuPs—A School- and Community-Based Approach for Participatory Physical Literacy Promotion of Children and their Families—A Study Design and Definition of Physical Literacy*; Proceedings of the 25th Annual Congress of the European College of Sport Science; Virtual. 28–30 October 2020; p. 427.
39. Hu D, Zhou S, Crowley-McHattan ZJ, Liu Z. Factors That Influence Participation in Physical Activity in School-Aged Children and Adolescents: A Systematic Review from the Social Ecological Model Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(6):3147. doi: 10.3390/ijerph18063147
40. Forschungsverband Kinder- und Jugendsport NRW. *Bewegung und ‚Literacy‘ – Wunsch oder Wirklichkeit* [PDF]. 2024 [Zugriff am 03. September 2024]. Verfügbar unter: https://www.kiju-sport.nrw/wp-content/uploads/utf-8_Q_Dokumentation_4_Fachgespr_C3_A4ch_Ph_utf-8_Q_ysical_Literacy_5F2024_5Ffinal.pdf
41. Grauduszus M, Wessely S, Klaudius M, Joisten C. Definitions and assessments of physical literacy among children and youth: a scoping review. *BMC Public Health*. 2023; 23(1):1746. doi: 10.1186/s12889023-16680-x
42. Klein D, Koch B. *Gesundheitsförderung im Schulsport*. In: Menrath I, Joisten C, Granacher U, Kriemler S, Hrsg. *Pädiatrische Sportmedizin: Kompendium für Kinder- und Jugendärzte, Hausärzte und Sportärzte*. Springer; 2021. S. 219-225 doi: 10.1007/978-3-662-61588-1_21
43. Sliwa SA, Hawkins GT, Lee SM, Hunt H. A Whole School, Whole Community, Whole Child Approach to Support Student Physical Activity and Nutrition: Introduction/Methods. *J Sch Health*. 2023; 93(9):750761. doi: 10.1111/josh.13374

Psychologische Interventionen im Kontext Schule

Seite 82

1. Winkler Metzke C, Steinhausen H-C. Merkmale der Schulumwelt und psychische Befindlichkeit. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*. 2001; 33(1): 30–41. doi: 10.1026/0049-8637.33.1.30
2. Jerusalem M, Schwarzer R. Entwicklung des Selbstkonzepts in verschiedenen Lernumwelten. In: Pekrun R, Fend H eds. *Schule und Persönlichkeitsentwicklung: ein Resümee der Längsschnittforschung*. Stuttgart: Enke, 1991: 115–128.

3. Samdal O, Nutbeam D, Wold B, Kannas L. Achieving health and educational goals through schools—a study of the importance of the school climate and the students' satisfaction with school. *Health education research*. 1998; 13(3): 383–397. doi: 10.1093/her/13.3.383
4. Costello E J, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*. 2003; 60(8): 837–844. doi: 10.1001/archpsyc.60.8.837.
5. Fombonne E. Case identification in an epidemiological context. In: Rutter M, Taylor E eds. *Child and adolescent psychiatry*. 4th ed. Oxford: Blackwell, 2002: S. 52–86.
6. Klipker K, Baumgarten F, Göbel K, Lampert T, Hölling H. Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*. 2018; 3(3): 37–45. doi: 10.17886/RKI-GBE-2018-077
7. Egger H L, Angold A. Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006; 47(3–4): 313–337. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01618.x
8. Farmer E M Z, Burns B J, Phillips S D, Angold A, Costello E J. Pathways into and through mental health services for children and adolescents. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*. 2003; 54(1): 60–66. doi: 10.1176/appi.ps.54.1.60
9. Farrell L J, Barrett P M. Prevention of childhood emotional disorders: Reducing the burden of suffering associated with anxiety and depression. *Child and Adolescent Mental Health*. 2007; 12(2): 58–65. doi: 10.1111/j.1475-3588.2006.00430.x
10. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Otto C, Adedeji A, Napp A-K, Becker M, Blanck-Stellmacher U, Löffler C, Schlack R., Hölling H, Devine J, Erhart M, Hurrelmann K. Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19- Pandemie – Ergebnisse der COPSY-Studie. *Bundesgesundheitsblatt*. 2021; 64(12), 1512–1521. doi: 10.1007/s00103-02103291-3
11. Witte J, Zeitler A, Hasemann L, Diekmannshemke J. DAK-Kinder- und Jugendreport 2023 Gesundheit und Gesundheitsversorgung während und nach der Pandemie [PDF]. Bielefeld: DAK; 07. November 2023 [Zugriff am 16. August 2024]. Verfügbar unter: <https://www.dak.de/dak/download/report-praesentation-2635306.pdf>
12. Burns B J, Costello E J, Angold A, Tweed D, Stangl D, Farmer E M, Erkanli A. Children's mental health service use across service sectors. *Health Affairs (Millwood)*. 1995; 14(3): 147–159. doi: 10.1377/hlthaff.14.3.147
13. Kazdin A, Johnson B. Advances in psychotherapy for children and adolescents: Interrelations of adjustment, development, and intervention. *Journal of School Psychology*. 1994; 32(3): 217–246. doi: 10.1016/0022-4405(94)90016-7
14. Rones M, Hoagwood K. School-based mental health services: A research review. *Clinical Child Family Psychology Review*. 2000; 3(4): 223–241. doi: 10.1023/a:1026425104386
15. Bray M A, Kehler T J. *The Oxford Handbook of School Psychology*. Oxford: Oxford University Press, 2011.
16. Paulus F W, Ohmann S, Popow C. Practitioner Review: School-based interventions in child mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*. 2016; 57(12): 1337–1359. doi: 10.1111/jcpp.12584. [Beispiele für universelle und selektive Programme sind in dieser Arbeit in der Tabelle auf Seite 1345 zu finden, Beispiele für die indizierte Prävention auf Seite 1346]
17. Lauth G W, Naumann K. *ADHS in der Schule: Übungsprogramm für Lehrer*. 2nd ed. Weinheim: Julius Beltz, 2014: 114.
18. Martens B K, Witt J C, Elliott S N, Darveaux D X. Teacher judgments concerning the acceptability of school-based interventions. *Professional psychology, research and practice*. 1985; 16(2): 191–198. doi: 10.1037//0735-7028.16.2.19
19. Paulus F, Borusiak P. Die Bedeutung und Veränderbarkeit krankheitsbezogener Einstellungen. *Kinderärztliche Praxis*. 2023; 94(5): 346–351.
20. Institute of Medicine (US) Committee on Prevention of mental Disorders. Mrazek P G, Haggerty R J eds. *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington (DC): National Academies Press, 1994.
21. National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on the Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse Among Children, Youth, and Young Adults: Research Advances and Promising Interventions. O'Connell M E, Boat T, Warner K E eds. *Preventing mental, emotional and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. Washington (DC): National Academies Press, 2009.
22. Gottfredson D C, Gottfredson G D. Quality of school-based prevention programs: Results from a national survey. *Journal of Research in Crime and Delinquency*. 2002; 39(1): 3– 35. doi: 10.1177/002242780203900101
23. Horowitz J L, Garber J, Ciesla J A, Young J F, Mufson L. Prevention of depressive symptoms in adolescents: A randomized trial of cognitive-behavioral and interpersonal prevention programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2007; 75(5): 693–706. doi: 10.1037/0022-006X.75.5.693
24. Rutter M. Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health Care*. 1993; 14(8): 626–631. doi: 10.1016/1054-139x(93)90196-v
25. Weisz J R, Sandler I N, Durlak J A, Anton B S. Promoting and protecting youth mental health through evidence-based prevention and treatment. *American Psychologist*. 2005; 60(6): 628–648. doi: 10.1037/0003-066X.60.6.628
26. Miller D N. *Child and adolescent suicidal behaviour. School-based prevention, assessment, and intervention*. New York: The Guilford Press, 2011.
27. Hawkins J D, Catalano R F, Miller J Y. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*. 1992; 112(1): 64–105. doi: 10.1037/0033-2909.112.1.64
28. Forman S G, Barakat N M. Cognitive-behavioral therapy in the schools: Bringing research to practice through effective implementation. *Psychology in the Schools*. 2011; 48(3): 283–296. doi: 10.1002/pits.20547
29. Evans R, Murphy S, Scourfield J. Implementation of a school-based social and emotional learning intervention: Understanding diffusion processes within complex systems. *Prevention Science*. 2015; 16(5): 754–764. doi: 10.1007/s11121-015-0552-0
30. Atkins M S, Franzier S L, Leathers S J, Graczyk P A, Talbott E, Jakobsons L, Adil A J, Martinez-Lora A, Demirtas H, Gibbons R B, Bell C C. Teacher key opinion leaders and mental health consultation in low-income urban schools. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008; 76(5): 905–908. doi: 10.1037/a0013036
31. Gottfredson G D, Gottfredson D C. What schools do to prevent problem behavior and promote safe environments. *Journal of Educational and Psychological Consultation: The Official Journal of the Association for Educational and Psychological Consultants*. 2001; 12(4): 313–344. doi: 10.1207/s1532768xjepc1204_02
32. Bellini S, Peters J K, Benner L, Hopf A. A meta-analysis of school-based social skills interventions for children with autism spectrum disorders. *Remedial and Special Education*. 2007; 28(3): 153–162. doi: 10.1177/07419325070280030401
33. Davidson S, Manion I G. Facing the challenge: Mental health and illness in Canadian youth. *Psychology, Health and Medicine*. 1996; 1(1): 41–56. doi: 10.1080/13548509608400005
34. Forman S G, Olin S S, Hoagwood K E, Crowe M, Saka N. Evidence-based interventions in schools: Developers' views of implementation barriers and facilitators. *School Mental Health*. 2009; 1(1): 26–36. doi: 10.1007/s12310-008-9002-5

35. Allen, K. Introduction to the special issue: Cognitive-behavioral therapy in the school setting – Expanding the school psychologist's toolkit. *Psychology in the Schools*. 2011; 48(3): 215–222.
36. Pelham W E, Fabiano G. Evidence-based psychosocial treatments for attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2008; 37: 184–214. doi: 10.1002/pits.20546
37. Taras H L, American Academy of Pediatrics Committee on School Health. School-based mental health services. *Pediatrics*. 2004; 113(6): 1839–1845. doi: 10.1542/peds.113.6.1839
38. Grawe K. Über Voraussetzungen eines gemeinsamen Erkenntnisprozesses in der Psychotherapie. Eine Erwiderung auf Eysenck und Diepgen. *Psychologische Rundschau*. 1993; 44(3): 181–186.
39. Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Steering Committee on Quality Improvement and Management, Wolraich M, Brown L, Brown R T, DuPaul G, Earls M, Feldman H M, Ganiats T G, Kaplanek B, Meyer B, Perrin J, Pierce K, Reiff M, Stein M T, Visser S. ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*. 2011; 128(5): 1007–1022. doi: 10.1542/peds.2011-2654
40. Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance (CADDRA). *Canadian ADHD Practice Guidelines*. 3rd ed. Toronto: ON, 2011.
41. Bundesministerium für Bildung und Forschung. Was ist der DigitalPakt Schule? [Internet]. [Zugriff am 26. August 2024]. Verfügbar unter: <https://www.digitalpaktschule.de/de/was-ist-der-digitalpakt-schule-1701.html#:~:text=Mit%20dem%20DigitalPakt%20Schule%20unterst%C3%BCtzt%20der%20Bund%20die,zeitgem%C3%A4%C3%9Fen%20digitalen%20Bildungsinfrastruktur%20unter%20dem%20Primat%20der%20P%C3%A4dagogik>.
42. Paulus F W, Joas J, Gerstner I, Kühn A, Wenning M, Gehrke T, Burckhart H, Richter U, Nonnenmacher A, Zemlin M, Lücke T, Brinkmann F, Rothoef T, Lehr T, Möhler E. Problematic Internet Use among Adolescents 18 Months after the Onset of the COVID-19 Pandemic. *Children*. 2022; 9(11): 1724. doi: org/10.3390/children9111724
43. Paulus F W, Möhler E, Ohmann S, Popow C. Digitale Missachtung der Bedürfnisse und Rechte von Kindern und Jugendlichen: Cybermobbing. *Kinder- und Jugendmedizin*. 2020; 20(04): 238–246. doi: 10.1055/a-1202-9414
44. Paulus F W, Ohmann S, Gontard A, Popow C. Internet gaming disorder in children and adolescents: A systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2018; 60(7): 645–659. doi: 10.1111/dmcn.13754
45. Zimmer J C. Problematic social network use: Its antecedents and impact upon classroom performance. *Computers & Education*. 2021; 177(1): 104368. doi: 10.1016/j.compedu.2021.104368
46. Paulus F W, Bédier A, Möhler E. Tatort Internet: Cybergrooming als sexuelle Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. 2022; 98(1): 165–183.
47. Paulus F W, Nouri F, Ohmann S, Möhler, E, Popow C. The impact of Internet pornography on children and adolescents: A systematic review. *L'Encephale*. 2024; S0013-7006(24)00045-9. doi: 10.1016/j.encep.2023.12.004
48. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung. *Digitale Medien mit Augenmaß nutzen* [Internet]. BZgA; 2019 [Zugriff am 16. August 2024]. Verfügbar unter: <https://www.bzga.de/aktuelles/2019-12-03-digitale-medien-mit-augenmass-nutzen/>
49. Popow C, Ohmann S, Paulus F. „Cyberbullying“ unter Jugendlichen. *Monatsschrift Kinderheilkunde*. 2018; 166(6): 498–503. doi: 10.1007/s00112-018-0464-8
50. Olweus D. *Bullying at school: What we know and what we can do*. Blackwell Publishing. 1993; 140.
51. Berndt H. Exkurs: Mobbing-Interventionsteams für saarländische Schulen. In: Böhmer M, Steffgen G eds. *Mobbing an Schulen: Maßnahmen zur Prävention, Intervention und Nachsorge*. Springer Fachmedien, 2020: 169–175. doi: 10.1007/978-3-658-26456-7_10
52. Paulus F W. Mobbing im Netz – Digitale Einschüchterung bei Kindern und Jugendlichen. *Ergopraxis*. 2022; 15(03): 20–27. doi: 10.1055/a1722-7272
53. Schenk L. Was ist Cybermobbing?. In: Böhmer M, Steffgen G eds. *Mobbing an Schulen: Maßnahmen zur Prävention, Intervention und Nachsorge*. Springer Fachmedien, 2020: 273–301. doi: 10.1007/9783-658-26456-7_15
54. Sourander A, Brunstein Klomek A, Ikonen M, Lindroos J, Luntamo T, Koskelainen M, Ristkari T, Helenius H. Psychosocial Risk Factors Associated With Cyberbullying Among Adolescents: A Population-Based Study. *Archives of General Psychiatry*. 2010; 67(7): 720–728. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.79
55. Fisher B W, Gardella J H, Teurbe-Tolon A R. Peer cybervictimization among adolescents and the associated internalizing and externalizing problems: A meta-analysis. *Journal of Youth and Adolescence*. 2016; 45(9): 1727–1743. doi: 10.1007/s10964-016-0541-z
56. OECD. *PISA 2015 Results (Volume III): Students' Well-Being*. Paris: OECD Publishing, 2017. doi: 10.1787/9789264273856-en
57. Fischer S M, Bilz L. Mobbing und Cybermobbing an Schulen in Deutschland: Ergebnisse der HBSC-Studie 2022 und Trends von 2009/10 bis 2022. *J Health Monit*. 2024; 9(1): 46–67. doi: 10.25646/11871
58. Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest. *JIM-Studie 2020 – Jugend, Information, Medien* [PDF]. mpfs; [Zugriff am 16. Juli 2024]. Verfügbar unter: https://www.mpfs.de/fileadmin/files/Studien/JIM/2020/JIM-Studie-2020_Web_final.pdf
59. Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest. *JIM-Studie 2023 – Jugend, Information, Medien* [PDF]. mpfs; [Zugriff am 19. Juli 2024]. Verfügbar unter: https://www.mpfs.de/fileadmin/files/Studien/JIM/2022/JIM_2023_web_final_kor.pdf
60. Fischer S M, John N, Melzer W, Kaman A, Winter K, Bilz L. Mobbing und Cybermobbing bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse der HBSC-Studie 2017/18 und Trends. *J Health Monit*. 2020; 5(3): 56–72. doi: 10.25646/6894
61. Oertel L, Melzer W, Schmechtig N. Gewalt und Mobbing im Schulkontext und dessen Folgen für die Gesundheit. In: Bilz L, Sudeck G, Bucksch J, Klocke A, Kolip J, Melzer W, Ravens-Sieberer, Richter M eds. *Schule und Gesundheit Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheits surveys „Health Behaviour in School-aged Children“*. Weinheim: Beltz Juventa, 2016: 222–24.
62. Olweus D, Limber S. *Olweus bully prevention program*. Center City, MN: Hazelden, 2007.
63. Olweus D, Limber S P. The Olweus bullying prevention program: Implementation and evaluation over two decades. In Jimerson S R, Swearer S M, Espelage D L. *Handbook of bullying in schools*. Routledge, 2009: 377–399.
64. Ossa F C, Jantzer V, Eppelmann L, Parzer P, Resch F, & Kaess M. Effects and moderators of the Olweus bullying prevention program (OBPP) in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2021; 30(11), 1745–1754. doi: 10.1007/s00787-020-01647-9
65. Blum H, Beck D. *No Blame Approach – Mobbing-Intervention in der Schule – Praxishandbuch*. 3rd ed. Köln: Offset Company, 2012.
66. Quack M. Evaluation: Der „No Blame Approach“ in der schulischen Praxis [Internet]. 2008. [Zugriff am 20. Juli 2024]. Verfügbar unter: www.no-blame-approach.de
67. Chiodo D, Kolpin H. Both Promising and Problematic: Reviewing the Evidence for Implementation Science. In: Leschied A W, Saklofske D H, Flett G L eds. *Handbook of School-Based Mental Health Promotion: An Evidence-Informed Framework for Implementation*. Springer International Publishing, 2018: 11–31. doi: 10.1007/978-3319-89842-1_2
68. Kaess M, Jantzer V. Mobbing als Risikofaktor im Kindes- und Jugendalter. In: Fegert J, Resch F, Plener P, Kaess M, Döpfner M, Konrad K, Legenbauer T eds. *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Springer, 2020: 1–20. doi: 10.1007/978-3-662-492895_52-1

69. SR info. Polizei ermittelt wegen Kinderpornografie in Saarbrücker Whatsapp-Gruppe [Internet]. 2023. [Zugriff am 22. Juli 2024]. Verfügbar unter: https://www.sr.de/sr/home/nachrichten/panorama/whatsapp_gruppe_kinderpornografie_schulen_saarland_warnung_100.html
70. Fujita J, Aoyama K, Saigusa Y, Miyazaki H, Aoki Y, Asanuma K, Takahashi Y, Hishimoto A. Problematic Internet use and daily difficulties among adolescents with school refusal behaviors. *Medicine*. 2022; 101(7): e28916. doi: 10.1097/MD.00000000000028916
71. Ward M R. "Cutting class to play video games". *Information Economics and Policy*. 2018; 42(5): 11–19. doi: 10.1016/j.infoecopol.2017.10.001
72. Pine R, Fleming T, McCallum S, Sutcliffe K. The Effects of Casual Videogames on Anxiety, Depression, Stress, and Low Mood: A Systematic Review. *Games for Health Journal*. 2020; 9(4): 255–264. doi: 10.1089/g4h.2019.0132
73. Yalcin N a. The Effect of Online Game Addiction on Children and Adolescents [Thesis]. 2019. [Zugriff am 16. August 2024]. Verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/335062850_The_Effect_of_Online_Game_Addiction_on_Children_and_Adolescents_Nazlim
74. Bozzola E, Spina G, Agostiniani R, Barni S, Russo R, Scarpato E, Di Mauro A, Di Stefano A V, Caruso C, Corsello G, Staiano A. The Use of Social Media in Children and Adolescents: Scoping Review on the Potential Risks. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(16): 9960. doi: 10.3390/ijerph19169960
75. Petras I-K, Petermann F. Übersicht zu Risikofaktoren für Cybermobbing-Viktimisierung im Kindes- und Jugendalter und Empfehlungen für die Präventionsarbeit. *Zeitschrift für Psychiatrie Psychologie und Psychotherapie*. 2019; 203–220. doi: 10.1024/1661-4747/a000391
76. Universitätsklinikum des Saarlandes. Spezialambulanz für Säuglinge, Klein- und Vorschulkinder von 0 bis 6 Jahren mit psychischen Störungen [PDF]. Homburg: UKS; 2024 [Zugriff am 16. August 2024]. Verfügbar unter: https://www.uks.eu/fileadmin/uks/kliniken_und_einrichtungen/kinder-jugendmedizin/kinder-und-jugendpsychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/Infolyer_KJPP/KJP_Ambulanz_Saeuglinge_und_Kleinkinder.pdf
77. Paulus, F W. Psychische Störungen und deren Auswirkungen auf den Bereich Vorschule. Vortrag gehalten am 17.11.2016 auf der Tagung „Miteinander statt nebeneinander, Kooperation der Versorgungssysteme Gesundheit, Schule und Soziales“. Tagung der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes und des Landkreises Saarlouis.
78. Destatis – Statistisches Bundesamt. Kindertagesbetreuung - Betreuungsquote von Kindern unter 6 Jahren nach Bundesländern [Internet]. 2023. [Zugriff am 14. August 2024]. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Kindertagesbetreuung/Tabellen/betreuungsquote.html>
3. Springer Medizin – e.Medpedia. Juvenile idiopathische Arthritis [Internet]. 2019 [Zugriff am 23. September 2024]. Verfügbar unter: https://www.springermedizin.de/emedpedia/detail/paediatric/juvenile-idiopathische-arthritis?epediaDoi=10.1007%2F978-3-642-54671-6_103

Schule braucht Gesundheitsfachkräfte

Seite 100

1. Hessisches Kultusministerium. Ihr Weg zur Gesundheitsfördernden Schule [PDF]. 2020 [Zugriff am 13. September 2024]. Verfügbar unter: https://hrs.bildung.hessen.de/online/wp-content/uploads/sites/34/2022/05/Broschuere-Gesundheitsfoerdernde_Schule_2020-01.pdf
2. Robert Koch-Institut. NEUES VON KIGGS – Wie geht es den Kindern und Jugendlichen in Deutschland?. 2018 [Zugriff am 18. April 2024]. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/ErgebnisbroschuereKiGGS.pdf
3. Maulbecker-Armstrong C, Jakisch C, Weidenfeld M, Moser K, Benger C, Andreas S. Rauchstopp jetzt, Vollständige Kostenübernahme der Tabakentwöhnung gefordert – eine Initiative der Hessischen Krebsgesellschaft e.V. *Hessisches Ärzteblatt*. 2024; 5:290–291.
4. Loss J, Blume M, Neuperdt L, Flerlage L, Weihs T, Manz K, et al. Wie steht es um die Gesundheit von Mädchen und Jungen in der COVID-19-Pandemie? Ausgewählte Ergebnisse der KIDA-Studie. *Journal of Health Monitoring*. 2023; 8(2). doi: 10.25646/11299
5. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). Positionspapier – Schulgesundheitspflege [PDF]. 2018 [Zugriff am 18. April 2024]. Verfügbar unter: <https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/Positionspapier-Schulgesundheitspflege.pdf>
6. Apel P, Bonin H, Holz G, Lenze A, Borowski S, Wrase M. Wirksame Wege zur Verbesserung der Teilhabe- und Verwirklichungschancen von Kindern aus Familien in prekären Lebenslagen [PDF]. 2017 [Zugriff am 13. September 2024]. Verfügbar unter: https://www.boell.de/sites/default/files/20170515_wirksame_wege_zur_teilhabe_1.pdf
7. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). (2014). Gesund aufwachsen – Schulgesundheitspflege in Deutschland [PDF]. 2014 [Zugriff am 04. Mai 2024]. Verfügbar unter: https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/Schulgesundheitspflege_2014-12-11.pdf
8. Fink, K. Der dänische Schulgesundheitsdienst, Vortrag am 11.04.2019 Frankfurt am Main. Länderbesprechung Schulgesundheitsfachkräfte/school nurses
9. Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Potsdam e. V. Allgemeines [Internet]. 2024 [Zugriff am 13. September 2024]. Verfügbar unter: <https://schulgesundheitsfachkraft.de/de/abschlussberichte-dokumente/>
10. Maulbecker-Armstrong C, Schulenberg D, Binder D, Meier-Gräwe U, Gänsslen J C, Beck V, et al. Gutachterliche Stellungnahme im Rahmen von Projektphase IV des länderübergreifenden Modellprojektes „Schulgesundheitsfachkräfte“ in Brandenburg und Hessen [PDF]. 2020 [Zugriff am 13. September 2024]. Verfügbar unter: https://www.thm.de/ges/images/Downloads/Forschung/Gutachten_20201223_Schulgesundheitsfachkr%C3%A4fte.pdf
11. Tannen A, Adam Y, Ebert J, Ewers M. Schulgesundheitspflege an allgemeinbildenden Schulen – SPLASH, Teil 1: Analyse der Ausgangslage [PDF]. 2018 [Zugriff am 02. Mai 2024]. Verfügbar unter: https://www.hage.de/media/wp_18-02.pdf
12. Evangelische Hochschule Darmstadt – University of Applied Sciences. Weiterbildung zur Schulgesundheitsfachkraft [Internet]. 2022 [Zugriff am 05. Dezember 2023]. Verfügbar unter: <https://campus-lll.de/s/campus-LLL/schulgesundheitsfachkraefte>
13. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV). DGUV Information 202-116 – Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften [Internet]. 2021 [Zugriff am 13. September 2024]. Verfügbar unter: <https://publikationen.dguv.de/regelwerk/dguv-informationen/4350/einsatz-vonschulgesundheitsfachkraeften>
1. Oommen P T, Schütz C, Baltruschat K, Deuter C, Foeldvari I, Ganser G, et al. S2k-Leitlinie „Therapie der Juvenilen Idiopathischen Arthritis“ (3. Auflage, 2019) [PDF]. 2019 [Zugriff am 23. September 2024]. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/027-020L_S2k_Juvenile_Idiopathische_Arthritis_2020-10-verlaengert.pdf
2. Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR). Juvenile Arthritis [Internet]. 2024 [Zugriff am 23. September 2024]. Verfügbar unter: <https://www.gkjr.de/fur-patienten-und-familien/krankheitsbilder/juvenile-arthritis/#:-:text=Unter%20einer%20juvenilen%20Arthritis%20versteht,in%20Deutschland%20an%20einer%20Gelenkentz%3BCndung>

Pinnwand:

Meine Perspektive – Juvenile idiopathische Arthritis

Seite 99

1. Oommen P T, Schütz C, Baltruschat K, Deuter C, Foeldvari I, Ganser G, et al. S2k-Leitlinie „Therapie der Juvenilen Idiopathischen Arthritis“ (3. Auflage, 2019) [PDF]. 2019 [Zugriff am 23. September 2024]. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/027-020L_S2k_Juvenile_Idiopathische_Arthritis_2020-10-verlaengert.pdf
2. Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR). Juvenile Arthritis [Internet]. 2024 [Zugriff am 23. September 2024]. Verfügbar unter: <https://www.gkjr.de/fur-patienten-und-familien/krankheitsbilder/juvenile-arthritis/#:-:text=Unter%20einer%20juvenilen%20Arthritis%20versteht,in%20Deutschland%20an%20einer%20Gelenkentz%3BCndung>

14. Tannen A, Adam Y, Ebert J, Ewers M. Schulgesundheitspflege an allgemeinbildenden Schulen: SPLASH Teil 2: Implementationsbegleitung und Wirkungsanalyse [PDF]. 2018 [Zugriff am 13. September 2024]. Verfügbar unter: https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/24149/2018_Tannen_et-al.pdf;jsessionid=24026CA2A2F0B152DDCCDA17FB636335?sequence=3
15. Best N, Oppewal S, Travers D. Exploring School Nurse Interventions and Health and Education Outcomes: An Integrative Review. *The Journal of School Nursing*. 2018; 34(1):14–27. doi: 10.1177/1059840517745359
16. Heinrichs K, Romberg A, Ewers M. Schulgesundheitspflege in Brandenburg –SPLASH II, Ergebnisse einer Evaluationsstudie zu ausgewählten Gesundheitsindikatoren [PDF]. 2021 [Zugriff am 13. September 2024]. Verfügbar unter: https://igpw.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/igpw/Publikationen/Working-Paper/WP_21-01.pdf
17. Gänsßlen J-C, Striegel U, Protsch M, Melcher B, Vey D, Maulbecker Armstrong C. Geringere Kosten nach Schulunfällen durch Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*. 2024; 29:1–5. doi: 10.1055/a-2276-5759
18. Meier-Gräwe, U., Maulbecker-Armstrong, C. & Binder, D. Der Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften (SGFK) rechnet sich! Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (NDV) – Fachbeiträge, Nr. 08/2021, S. 397–402.
19. Wang, L. Y., Vernon-Smiley, M., Gapinski, M. A., Desisto, M., Maughan, E., Sheetz, A. Cost-benefit study of school nursing services. *JAMA Pediatrics*. 2014; 168(7):642–648. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.5441
20. Manz U. Schulgesundheitspflege in Deutschland. *Pflege & Gesellschaft*. 2021; 26(4):323–326. doi: 10.3262/P&G2104323

Schulgesundheitsfachkräfte – Umsetzungserfahrung und Perspektiven

Seite 112

1. Kultusminister Konferenz. Entwicklung und Ausbau einer kooperativen Ganztagsbildung in der Sekundarstufe I, (Beschluss der Jugend- und Familienministerkonferenz vom 7.05.2020/ Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 18.06.2020 [Internet]. 2020 [Zugriff am 14. April 2024]. Verfügbar unter: https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2020/2020_06_18-KMK-JFMK-Ganztags-Sek-I.pdf
2. Tannen A, Adam Y, Ebert J, Ewers M. Schulgesundheitspflege an allgemeinbildenden Schulen: SPLASH Teil 2: Implementationsbegleitung und Wirkungsanalyse [PDF]. 2018 [Zugriff am 13. September 2024]. Verfügbar unter: https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/24149/2018_Tannen_et-al.pdf;jsessionid=24026CA2A2F0B152DDCCDA17FB636335?sequence=3
3. Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e.V. Gesundheitsfachkräfte an Bremer Schulen [Internet]. o.D. [Zugriff 18. Oktober 2024]. Verfügbar unter: <https://www.gesundheit-nds-hb.de/projekte/gesundheitsfachkraefte-an-bremer-schulen/>
4. Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. Schulgesundheitsfachkräfte verbessern die Gesundheitssituation an Grundschulen [Internet]. 2021 [Zugriff am 18. Oktober 2024]. Verfügbar unter: <https://www.lzg-rlp.de/de/schulgesundheitsfachkraefte.html>
5. Einen Gesamtüberblick u. a. über Ziele, Aufgaben, Organisation, Ausstattung und Forschungsstand liefert: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV). Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften [PDF]. 2021 [Zugriff am 20. Mai 2024]. Verfügbar unter: <https://publikationen.dguv.de/%20widgets/pdf/download/article/4350>
6. Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Potsdam e.V. Curriculum zur Weiterbildung für examinierte Gesundheits- und Kinder-/Krankenpflegekräfte zu Schulgesundheitsfachkräften. 2. Auflage [Internet]. 2018 [Zugriff am 20. Mai 2024]. Verfügbar unter: https://awo-potsdam.de/de/projekt/schulgesundheitsfachkraefte-im-land-brandenburg/?file=files/AWO_PROJEKTE/

- Schulgesundheitsfachkraefte/Curriculum%20f%C3%BCr%20Schulgesundheitsfachkr%C3%A4fte.pdf
7. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV). DGUV Information 202-059, Erste Hilfe in Schulen [Internet]. 2022 [Zugriff am 20. Mai 2024]. Verfügbar unter: <https://publikationen.dguv.de/widgets/%20pdf/download/article/1421>
8. Näheres Fn. 5, S. 31/32.
9. Bürgerservice Hessenrecht. § 8 Abs. 2 der Verordnung über die Ausbildung an Pflegeschulen (PflegeschulenV) vom 21. 08.2020 [Internet]. o.D. [Zugriff am 18. Oktober 2024]. Verfügbar unter: <https://www.rv.hessenrecht.hessen.de/bshe/document/jlr-PfSchulVHEV1P1>
10. Maulbecker-Armstrong C, Schulenberg D, Binder D (Hg.). Gutachterliche Stellungnahme im Rahmen von Projektphase IV des länderübergreifenden Modellprojektes „Schulgesundheitsfachkräfte“ in Brandenburg und Hessen [Internet]. 2020 [Zugriff am 06. Mai 2024]. Verfügbar unter: https://www.thm.de/ges/images/Downloads/Forschung/Gutachten_20201223_Schulgesundheitsfachkr%C3%A4fte.pdf
11. Statistisches Bundesamt. Erwerbstätigenquoten 1991 bis 2023 [Internet]. 2024 [Zugriff am 06. Mai 2024]. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbst%C3%A4tigkeit/Tabellen/erwerbst%C3%A4tigenquoten-gebietsstand-geschlecht-altergruppe-mikrozensus.html>
12. Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland. Bericht über die allgemeinbildenden Schulen in Ganztagsform in den Ländern in der Bundesrepublik Deutschland – 2002 bis 2004 [Internet]. 2006 [Zugriff am 06. Mai 2024]. Verfügbar unter: https://www.kmk.org/fileadmin/pdf/Statistik/GTS_2004.pdf
13. Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland. Allgemeinbildende Schulen in Ganztagsform in den Ländern in der Bundesrepublik Deutschland – Statistik 2018 bis 2022 [Internet]. 2024 [Zugriff am 06. Mai 2024]. Verfügbar unter: https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/Statistik/Dokumentationen/GTS_2022_Bericht.pdf
14. Bundesministerium für Gesundheit. Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung [Internet]. 2024 [Zugriff am 20. Mai 2024]. Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitskompetenz/bevoelkerung#:~:text=Gesundheitskompetenz%20bedeutet%20Gesundheitsinformationen%20finden%2C%20verstehen,Gesundheitskompetenz%20in%20der%20Bev%C3%B6lkerung%20ver%C3%A4ndert>
15. Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer U & Kolpatzik K (Hg.). Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken [Internet]. 2020 [Zugriff am 20. Mai 2024]. Verfügbar unter: <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/app/download/7775450763/National%20Action%20Plan%20Health%20Literacy.pdf?t=1697105483>

Braucht es ein Schulfach Gesundheit?

Seite 120

1. Paakkari L, Torppa M, Mazur J, Boberova Z, Sudeck G, Kalman M, Paakkari O. A Comparative Study on Adolescents' Health Literacy in Europe: Findings from the HBSC Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(10): 35–43. doi:10.3390/ijerph17103543
2. vivida bkk, Stiftung Die Gesundheitsarbeiter. Zukunft Gesundheit 2023: Jungen Bundesbürgern auf den Puls gefühlt. Eine Studie unter 14- bis 34-Jährigen [PDF]. 2023 [Zugriff am 18. Juli 2024]. Verfügbar unter: https://www.vividabkk.de/fileadmin/user_upload/Presse/Studien/PDF/VIVIDABKK_230927_Studie_Zukunft-Gesundheit-2023_PDF_Web.pdf

IMPRESSUM

HERAUSGEBER

Stiftung Kindergesundheit

c/o Dr. von Haunersches Kinderspital,
Univ. München
Lindwurmstr. 4
80337 München

Stiftung Die Gesundarbeiter – Zukunftsverantwortung Gesundheit

Spittelstr. 50
78056 Villingen-Schwenningen

vidida bkk

Spittelstr. 50
78056 Villingen-Schwenningen

MSD Sharp & Dohme GmbH

Levelingstr. 4a
81673 München

Wort & Bild Verlag GmbH & Co. KG

Konradshöhe 1
82065 Baierbrunn

Mit freundlicher Unterstützung von Sanofi-Aventis Deutschland GmbH

Industriepark Höchst, K703
Brüningstr. 50
65926 Frankfurt

V.i.S.d.P.

Prof. Dr. Berthold Koletzko

REDAKTIONSLEITUNG UND KONZEPTION

Anna Philippi

REDAKTION UND TEXT

Bettine Brederbeck, Priv.-Doz. Dr. Katharina Bühren, Lena Duske, Martin Grauduszus, Nadine Haunstetter, Dr. Ulrike Horacek, Lisa-Marie Huber, Prof. Christine Joisten, Dr. Josephine Kasel-Seibert, Robert Keiß, Prof. Berthold Koletzko, Prof. Catharina Maulbecker-Armstrong, Dr. Frank W. Paulus, Anna Philippi, Antje Radetzky, Prof. Matthias Richter, Prof. Marcel Romanos, Hans-Joachim Röthlein, Theresa Schierl, Nikola Schmidt, Dr. Petra Schulze-Lohmann, Ulrich Striegel, Prof. Heidrun Thaiss, Prof. Dr. Klaus Überla

Die Stiftung Kindergesundheit dankt der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ), der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) und dem Deutschen Diabetiker Bund e.V. (DBB) für die Unterstützung. Besonderer Dank gilt der Quirin-Regler Grundschule Holzkirchen, der Grundschule Altgemeinde (Schenefeld) sowie allen Kindern und Jugendlichen, die ihre Sicht auf das Thema Gesundheit mit uns geteilt haben.

LAYOUT

Cornelia Sekulin

LEKTORAT

Susanne Arendts

DRUCK UND VERARBEITUNG

Spreedruck GmbH
Wrangelstraße 100
10715 Berlin

BILDNACHWEIS

Titel: stocksy/Luke Liabile; Seite 8,10: stocksy/Eloisa Ramos; Seite 16: istock/golero; Seite 22: adobestock/Valerii Honcharuk; Seite 24, 26, 58: adobestock/ Drazen; Seite 38: istock/monkeybusinessimages; S. 41: Pexels/Pavel Danilyuk; Seite 56: Pexels/didsss; Seite 59, 91: istock/Nikada; Seite 60, 63: istock/SDI Productions; Seite 65: istock/Nikola Stojadinovic; Seite 66: istock/kate_sept2004; Seite 68: istock/tulcarion; Seite 72: istock/ChayTee; Seite 74, 81: istock/pixeluxe; Seite 82: istock/sturti; Seite 84: istock/Hispanolistic; Seite 86: istock/LSO-photo; Seite 89, 116: adobestock/Photographie.eu; Seite 100: istock/shaunl; Seite 111: istock/dmphoto; Seite 112: istock/Marilyn Nieves; Seite 115: adobestock/kasto; Seite 119: istock/FatCamera; Seite 120: istock/marrio31

Alle Daten im Kindergesundheitsbericht wurden von der Stiftung Kindergesundheit nach bestem Wissen und Gewissen recherchiert und sorgfältig geprüft. Sie entsprechen dem Stand der Drucklegung im November 2024. Dennoch sind inhaltliche Fehler nicht vollständig auszuschließen. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben kann keine Haftung übernommen werden. Nachdruck von Artikeln und Fotos nur mit vorheriger Genehmigung der Stiftung Kindergesundheit.

Berlin, November 2024

ZITATION

Koletzko B, Bühren K, Thaiss H, Horacek U, Romanos M, Philippi A:
Kindergesundheitsbericht 2024,
Fokus Gesundheit und Schule,
Stiftung Kindergesundheit 2024
ISBN 978-3-00-080469-4

Heft nachbestellbar zum Druckkostenpreis
von 28,50 Euro unter:

info@kindergesundheit.de



HERAUSGEBER



Mit freundlicher Unterstützung von



ISBN: 978-3-00-080469-4

€ 28,50