



ICH KOMME IN DIE SCHULE: ERGEBNISSE DER KINDERGESUNDHEITSTUDIE IKIDS



ich komme in die Schule

Informationsbroschüre Nr. 2
Schule und psychische Gesundheit

Stand: 24. Januar 2019

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

INHALT

Impressum	2
Editorial	3
Rückblick	4
Aktuelle Ergebnisse	7
Zusammenfassung und Ausblick	12
Neue Ziele	13
Danksagung	14
Literatur.....	16



IMPRESSUM

Herausgeber

Institut für medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI), Abteilung für Pädiatrische Epidemiologie

Redaktion

Kathleen Schnick-Vollmer

Layout

Susanne Blumenkamp

Mitgewirkt haben an dieser Broschüre

Susanne Blumenkamp, Christiane Diefenbach, Anna-Liesa Filbert, Jana Fischer, Franziska Franke, Christine Gräf, Anja Heß, Dorle Hoffmann, Isabell Hoffmann, Jochem König, Jennifer Schlecht, Martina Franziska Schmidt, Kathleen Schnick-Vollmer, Michael S. Urschitz

Druck

Servicecenter Technik und Wirtschaftsbetriebe der Universitätsmedizin Mainz | Abteilung Druckerei
Auflage 200 Stück

SEHR GEEHRTE LESERIN, SEHR GEEHRTER LESER!

Seit dem Erscheinen der ersten ikidS-Broschüre im Dezember 2017 ist inzwischen mehr als ein Jahr vergangen. Auch 2018 konnte das ikidS-Team wieder wertvolle Arbeit zum Thema „Schule und Gesundheit“ leisten.

2013 begann das ikidS-Projekt mit dem Ziel, den Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von chronischen Krankheiten auf der einen Seite und dem Schulerfolg auf der anderen zu untersuchen. 2017 hat die zweite Projektphase begonnen, sodass ikidS sich nun aus drei Teilprojekten zusammensetzt.

Teilprojekt 1 ist die Fortsetzung des ikidS-Projekts mit Eltern-, Lehrkraft- und Kinderbefragungen in der dritten und vierten Schulklasse. Somit werden die am Projekt teilnehmenden Familien nicht nur, wie ursprünglich geplant, rund um die Einschulung begleitet, sondern über die gesamte Grundschulzeit.

In Teilprojekt 2 werden durch eine umfassende Literaturrecherche wirksame Interventionen eruiert, die bereits an Schulen durchgeführt wurden. Dadurch können gezielte Hilfen für chronisch kranke Kinder in der Schule erfasst werden.

In Teilprojekt 3 etablieren wir aktuell die ersten Schulgesundheitsfachkräfte in Rheinland-Pfalz. Nach Hessen und Brandenburg ist Rheinland-Pfalz das dritte Bundesland, welches Schulgesundheitsfachkräfte an staatlichen Schulen einsetzt.

Auch wenn wir mit Stolz auf das bereits Geschaffte zurückschauen, empfinden wir vor allem aber eines: große Dankbarkeit für all die Unterstützung, die wir erhalten haben und ohne welche das Projekt so nicht hätte verwirklicht werden können.

Wir bedanken uns bei allen Familien, die uns ihre Zeit geschenkt und fleißig viele Fragebögen ausgefüllt haben.

Auch danken wir allen Schulen, die uns zum einen die Möglichkeit gegeben haben, über Präsentationsabende an die Eltern heranzutreten, sich zum anderen neben ihrer hohen Alltagsarbeit aber auch die Zeit genommen haben, Fragebögen zu allen teilnehmenden Kindern auszufüllen.

Unser Dank gilt allen Unterstützerinnen und Unterstützern, Beraterinnen und Beratern, von denen jede und jeder einzelne zum Gelingen und zur Fortführung des Projektes auf ihre und seine ganz eigene Weise beigetragen hat.

Mit dem Wissen, dass Sie, liebe Partnerinnen und Partner, auf Ihren Beitrag ebenso stolz sein können, wie wir auf unseren, wünschen wir Ihnen viel Freude beim Lesen der zweiten ikidS-Broschüre und beenden dieses Editorial mit einem Zitat von Golda Meir:

„Ich tat nie irgendetwas allein. Was auch immer in diesem Land vollbracht wurde, wurde in Zusammenarbeit vollbracht.“



Herzlichst
Ihr Team der Pädiatrischen Epidemiologie

RÜCKBLICK

Die folgenden Ausführungen skizzieren stark verkürzt die wichtigsten Eckdaten des ikidS-Projekts. Für weiterführende Informationen – insbesondere zu den Erhebungsinstrumenten und -verfahren sowie zum statistischen Vorgehen – wird empfohlen, die erste ikidS-Broschüre („Fragestellung, Methodik und Durchführung“) einzusehen:

<https://www.unimedizin-mainz.de/pe/projekte/ikids-i-2013-2017/download.html>

Zusammenfassung

Das ikidS-Projekt beschäftigt sich mit der Erfassung des Zusammenhangs zwischen chronischen Erkrankungen (CE)¹ bzw. anderen schulrelevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei Schuleintritt und der Schulleistung bzw. dem frühen Schulerfolg². Weiterhin werden die Rolle der Schuleingangsuntersuchung (SEU) und die daraus resultierenden medizinischen Versorgungsleistungen und pädagogischen Fördermaßnahmen untersucht. Es sollen mögliche positive Effekte von medizinischer Versorgung und/oder pädagogischer Förderung auf den Schulerfolg identifiziert werden. Basierend auf den Ergebnissen werden Empfehlungen zur bedarfsorientierten medizinischen Versorgung und pädagogischen Förderung erarbeitet und neue Interventionsstrategien entwickelt.

Projektziele

- Erfassung der gesundheitlichen Bedeutung des Schuleintritts
- Erfassung des Zusammenhangs zwischen Schuleintritt, chronischer Erkrankung und Schulleistung bzw. frühem Schulerfolg
- Untersuchung der Rolle der Schuleingangsuntersuchung und der daraus resultierenden Versorgungs- und Fördermaßnahmen
- Erfassung möglicher positiver Effekte von Versorgung und Förderung auf die Schulleistung/den Schulerfolg

Teilnehmer

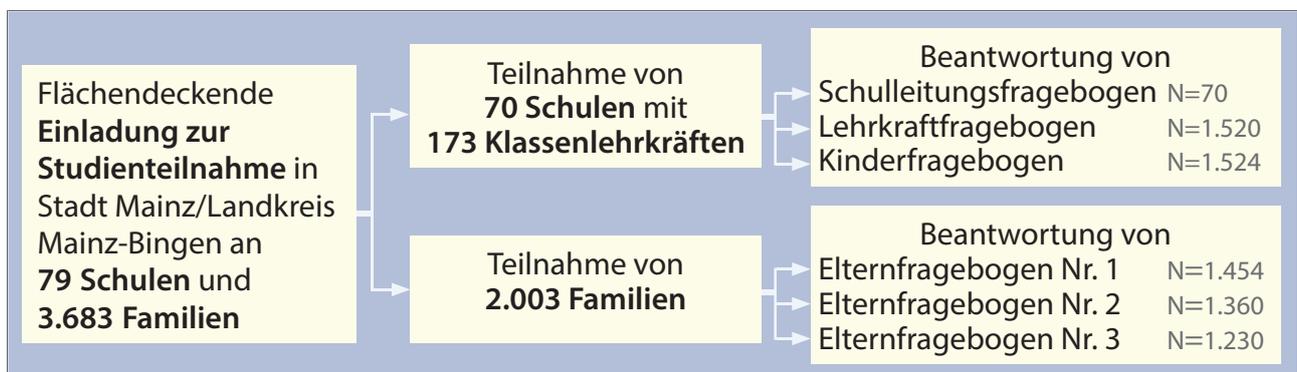


Abb. 1: ikidS-Teilnehmer im Einschulungsjahrgang 2015/2016.

^{1,2} Für die Definition einer chronischen Erkrankung im ikidS-Projekt, Schulleistung und dem frühen Schulerfolg sei auf die erste ikidS-Broschüre (Fragestellungen, Methode und Durchführung) verwiesen.

Studienregion

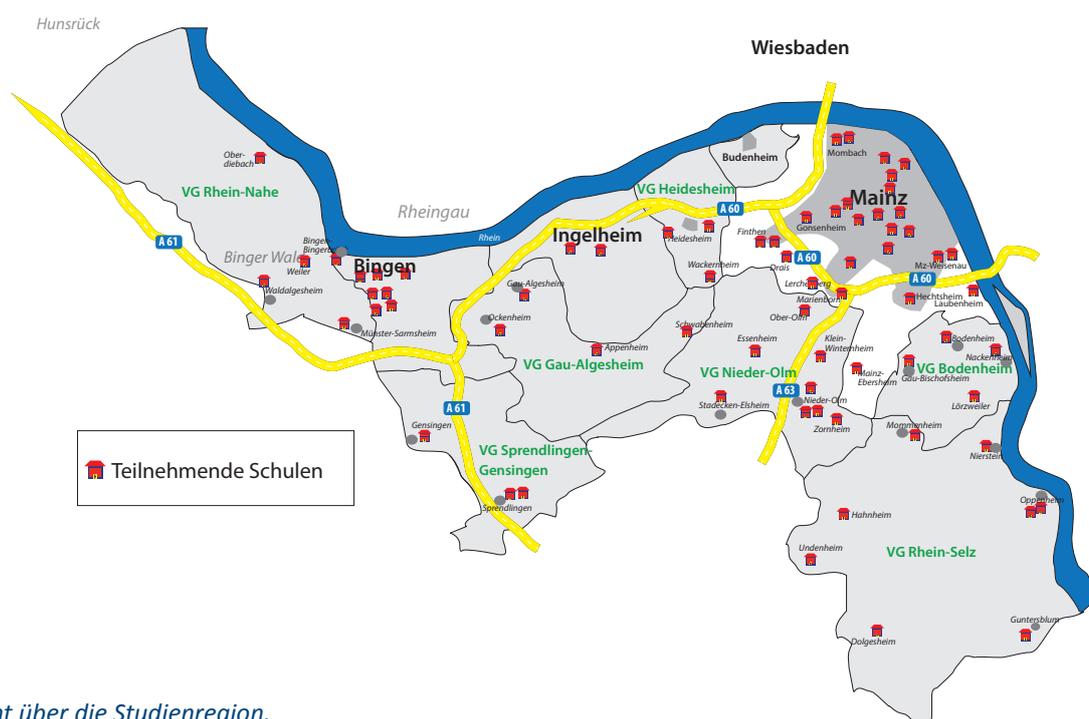


Abb. 2: Übersicht über die Studienregion.

Vorgehen

Die Kinder wurden im Rahmen ihrer Schuleingangsuntersuchung auf das Vorliegen einer oder mehrerer chronischer Erkrankungen untersucht. Die Eltern wurden über den ersten Elternfragebogen zu vorausgegangenen bzw. begonnenen Versorgungs- und Fördermaßnahmen befragt. Gesundheitsbezogene Veränderungen wurden durch zwei Nachbefragungen der Eltern – drei und zehn Monate nach Einschulung – erfasst. Im Fokus standen insbesondere das Neuauftreten und der Verlauf von chronischen Erkrankungen wie beispielsweise Allergien, Asthma, ADHS, Hör- und Sehstörungen. Am Ende der ersten Klasse wurde der frühe Schulerfolg jeweils aus der Perspektive von Eltern, Kindern und Lehrkräften erhoben.

Das Forschungsziel besteht darin, Zusammenhänge zwischen chronischen Erkrankungen und Schulleistung/frühem Schulerfolg³ unter Berücksichtigung von gesundheitlichen, familiären und schulischen Faktoren zu untersuchen.

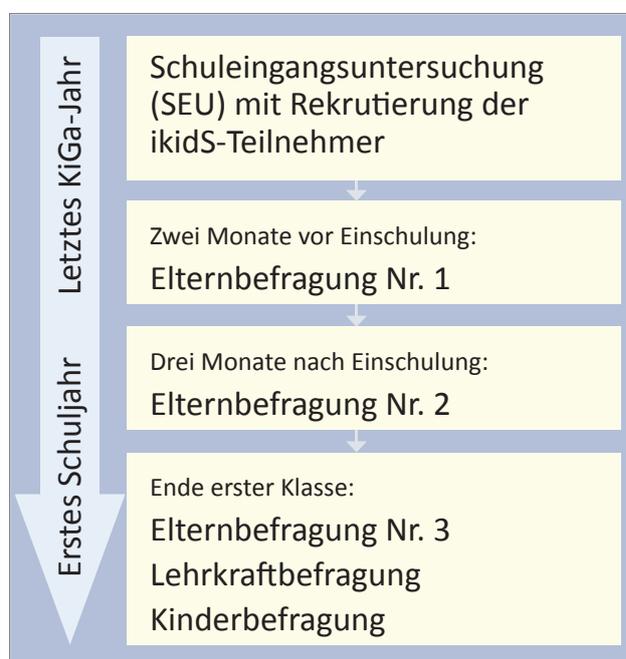


Abb. 3: Das Studiendesign mit 4 Befragungszeitpunkten im ikidS-Projekt.

³ Während sich Schulleistung lediglich auf die schulischen Fähigkeiten bezieht, bemisst der frühe Schulerfolg weitere Variablen wie bspw. die Adaption der Kinder an die Schule.

Erste Ergebnisse

Erste Auswertungen zeigten, dass die Teilnehmer – mit geringfügigen Einschränkungen – repräsentativ für die Bevölkerung von Mainz/Mainz-Bingen sind⁴.

Für die Hauptauswertung wurden sowohl ärztliche Diagnosen als auch die Inanspruchnahme von speziellem medizinischen Versorgungsbedarf bewertet. Das bedeutet, dass neben der Erfassung einer Krankheit durch Abfrage einer Diagnose auch erhoben wurde, inwiefern Kinder mehr medizinische Versorgung als andere Kinder benötigen (z.B. Medikamente oder Physiotherapie). Dadurch entstanden 3 Gruppen: Gesundheitlich unauffällige Kinder, Kinder, die eine Diagnose, aber

keinen erhöhten Versorgungsbedarf hatten, und Kinder, die unabhängig von einer Diagnose durch einen erhöhten Versorgungsbedarf gekennzeichnet waren. Von den 1.145 Kindern, für die der Gesundheitsstatus vollständig ermittelt werden konnte, hatten 37 % eine Diagnose erhalten. Weitere 15 % zeigten einen erhöhten Versorgungsbedarf (mit oder ohne Diagnose). Insgesamt waren somit 52 % der Kinder von einer Diagnose, einem erhöhten Versorgungsbedarf oder beidem betroffen (siehe Abb. 4). Mit Blick auf die Schulleistung zeigte sich, dass die Kinder mit erhöhtem Versorgungsbedarf signifikant schlechtere Ergebnisse erzielten als die gesunden Kinder⁵.

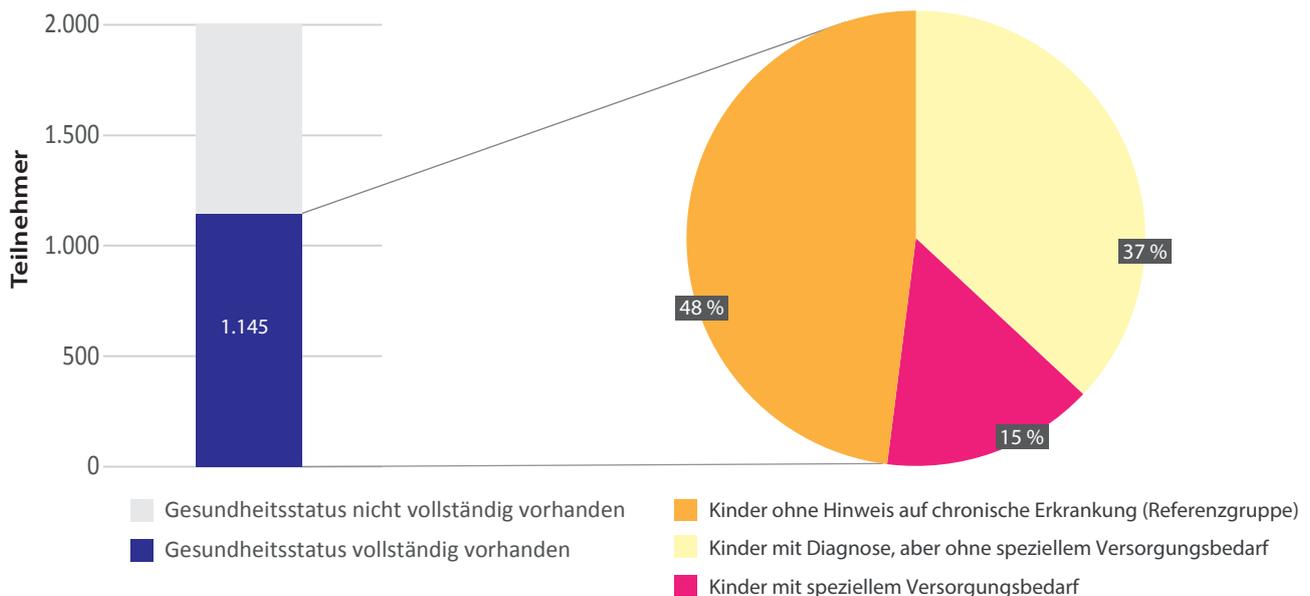


Abb. 4: Von 2003 ikidS-Teilnehmern wurde der Gesundheitsstatus für 1.145 Kinder vollständig ermittelt. Diese Kinder wurden in drei Gruppen unterteilt: Kinder ohne Hinweis auf chronische Erkrankungen, Kinder mit chronischer Erkrankung, aber ohne speziellem Versorgungsbedarf und Kinder mit speziellem Versorgungsbedarf.

^{4,5} vgl. Hoffmann et al., 2018

AKTUELLE ERGEBNISSE

Während in der ersten Broschüre die chronischen Erkrankungen im Allgemeinen dargestellt wurden, stellt die vorliegende Broschüre Nr. 2 Ergebnisse zu spezifischen Erkrankungen vor. Im Fokus dieses Heftes steht das Thema „**Psychische Gesundheit und Schule**“. Hierzu wurden zum

einen der Zusammenhang zwischen **psychischen Auffälligkeiten und Schulleistung** untersucht und in einer zweiten Untersuchung der Zusammenhang zwischen dem **Einschulungsalter und Aufmerksamkeitsstörungen** näher betrachtet.

Untersuchung 1: Zusammenhang zwischen psychischen Auffälligkeiten und der Schulleistung

Hintergrund

Psychische Auffälligkeiten und Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter gewinnen in der Gesundheits- und Bildungspolitik an Bedeutung. Die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten, die in einer psychischen Erkrankung münden können, aber nicht müssen, liegt je nach Definition zwischen 10 und 20 %. Psychische Auffälligkeiten und Erkrankungen können sich negativ auf den Schulerfolg auswirken; andererseits hat auch schulischer Misserfolg Einfluss auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

Fragestellung

Im Rahmen von ikidS wurde bei Schulanfängern der Zusammenhang zwischen psychischen Problemen und den schulischen Fähigkeiten am Ende der ersten Klasse untersucht. Dabei wurden u. a. folgende mögliche Einflussgrößen berücksichtigt: Geschlecht, Alter bei Einschulung, sozioökonomischer Status, Migrationshintergrund, chronisch körperliche Erkrankung, Familienmodell und Freizeitverhalten.

Vorgehen

Erfassung von psychischen und körperlichen Erkrankungen: Die Eltern wurden nach einer ärztlichen Diagnose für das Vorliegen einer psychischen Erkrankung (Autismus, Tic-Störung, ADHS, Angststörung, Depression, Anpassungsstörung, Psychose) oder einer körperlichen Erkrank-

kung (Anämie, Asthma, Neurodermitis, Heuschnupfen, Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankung, Kleinwuchs, Übergewicht, Untergewicht, Mangelgeburt, Frühgeburt, Epilepsie, Herzerkrankung, Hörstörung, Sehstörung, Sprachstörung, Tagesmüdigkeit, Schnarchen, Krebserkrankung) befragt.

Erfassung psychischer Auffälligkeiten: Zudem wurden die Eltern gefragt, ob sie bei ihrem Kind **emotionale - und Verhaltensauffälligkeiten** feststellen konnten. Zusätzlich beantworteten sowohl Eltern als auch Lehrkräfte den Fragebogen zu Stärken und Schwächen des Kindes (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ). Dieser Fragebogen erfasst über 5 Skalen das Verhalten der Kinder und kann Schwierigkeiten bei der Anpassung an das neue Umfeld Schule identifizieren. Weiterhin ermöglicht er die Unterscheidung der psychischen Auffälligkeiten zwischen externalisierenden (Verhaltensprobleme wie z.B. aggressives Verhalten, Unruhe und Zappeligkeit) und internalisierenden Störungen (emotionale Probleme, z. B. Ängste, Depressionen).

Bildung der Referenzgruppen: Da eine chronische körperliche Erkrankung ein Risikofaktor für die Entstehung sekundärer psychischer Auffälligkeiten ist und körperliche und psychische Gesundheitsprobleme sich häufig nicht eindeutig

voneinander abgrenzen lassen, wurden die Kinder in folgende drei Gruppen aufgeteilt:

- Kinder, die nur eine körperliche Erkrankung (ohne psychische Auffälligkeiten) hatten
- Kinder mit psychischen Auffälligkeiten, mit oder ohne begleitende körperliche Erkrankung
- Kinder, die keine mit unseren Methoden erfassbaren Gesundheitsprobleme hatten

Diese drei Gruppen wurden hinsichtlich ihrer Schulleistung miteinander verglichen.

Erfassung der Schulleistung: Am Ende der ersten Klasse beurteilten die Klassenlehrkräfte die sprachlichen, schriftsprachlichen, mathematischen und naturwissenschaftlichen Fähigkeiten jeweils auf einer 5-stufigen Skala von -2 (unterdurchschnittlich) über 0 (durchschnittlich) bis +2 (überdurchschnittlich)⁶. Für die Auswertung wurden die Ergebnisse der vier Bereiche zu einem Summenscore addiert (-8 bis +8).

Ergebnisse

1. Verteilung der psychischen Auffälligkeiten

Für 1.462 Kinder (51% Jungen, Altersdurchschnitt 7,3 Jahre) lagen vollständige Daten zu den schulischen Fähigkeiten vor (Stichprobe). Von diesen

zeigten 601 (41%) eine oder mehrere psychische Auffälligkeiten. Diese Auffälligkeiten verteilten sich folgendermaßen (siehe Abb. 5) :

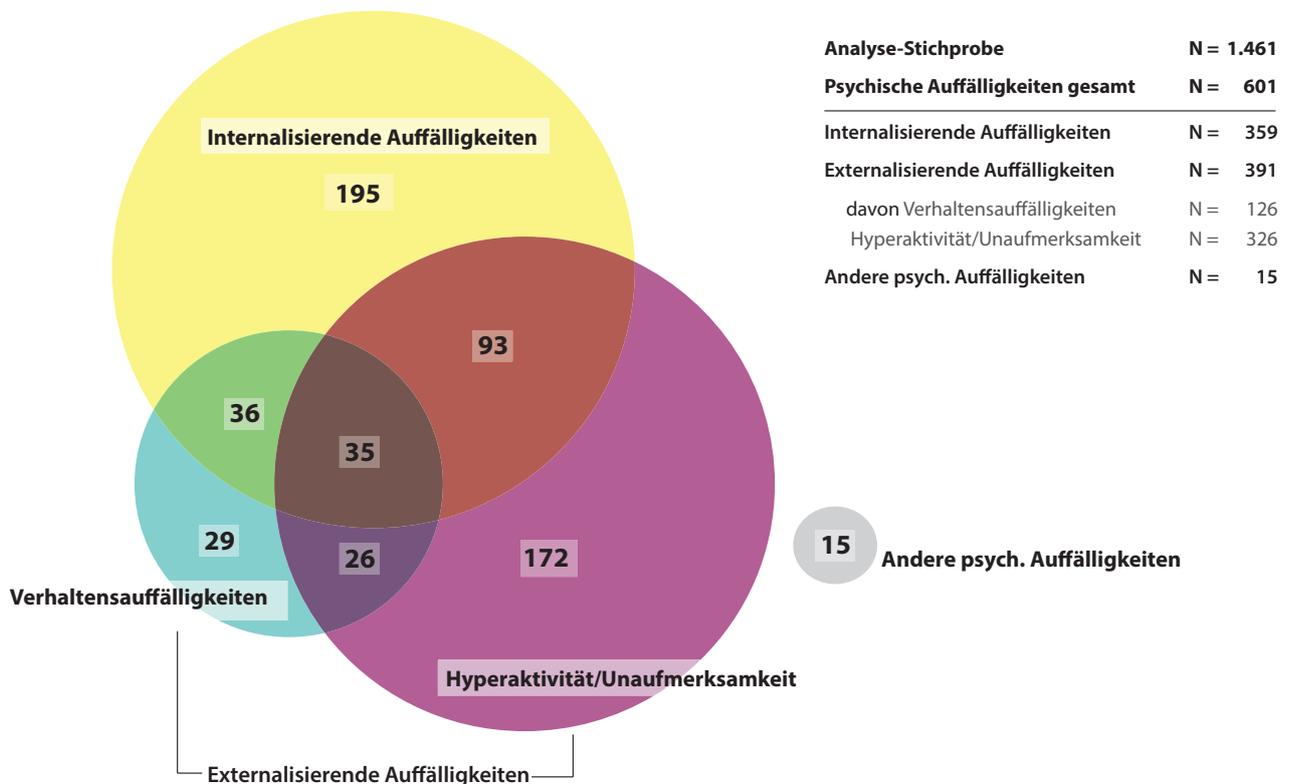


Abb. 5: Verteilung der psychischen Auffälligkeiten.

⁶ im Vergleich zu anderen Kindern gleichen Alters

2. Zusammenhang zwischen psychischen Auffälligkeiten und Schulleistungen

Kinder mit zumindest einer psychischen Auffälligkeit hatten niedrigere Werte für die schulischen Fähigkeiten im Vergleich zu Kindern der Referenzgruppe (adjustierte mittlere Differenz: $-0,98$ [$-1,35$; $-0,61$]⁷, $p < 0,001$). Bei Betrachtung nur externalisierender Probleme zeigte sich ein deutlicher negativer Zusammenhang mit den

schulischen Fähigkeiten (adjustierte mittlere Differenz: $-1,44$ [$-1,83$; $-1,05$]⁷ $p < 0,001$), während dieser bei internalisierenden Problemen nicht beobachtet wurde. Kinder mit Symptomen von Hyperaktivität/Unaufmerksamkeit waren am stärksten betroffen (adjustierte mittlere Differenz: $-1,96$ [$-2,36$; $-1,56$]⁷, $p < 0,001$) (siehe Abb. 6).

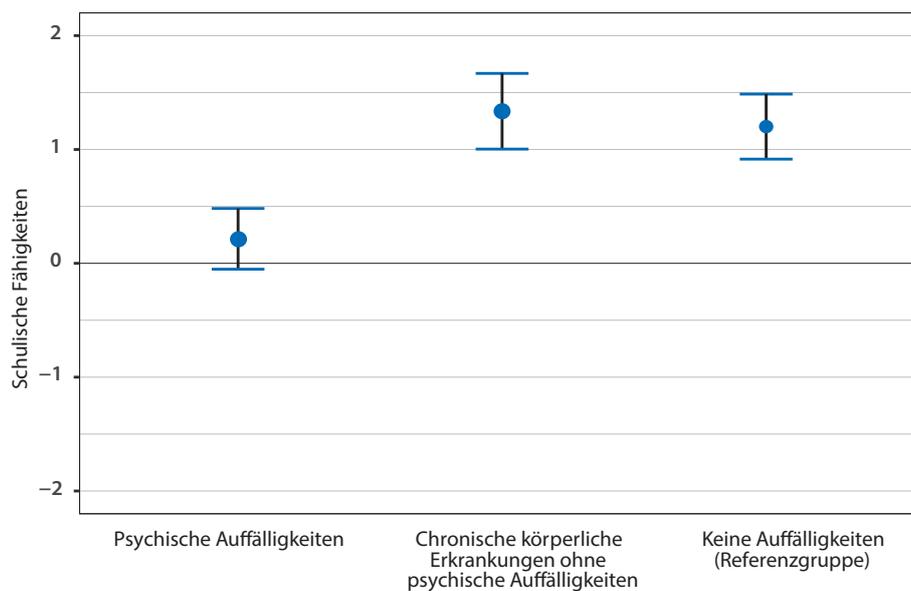


Abb. 6: Unterschiede der schulischen Fähigkeiten zwischen Kindern mit psychischen Auffälligkeiten, Kindern mit chronischen körperlichen Erkrankungen ohne psychische Auffälligkeiten und Kindern ohne psychische Auffälligkeiten.

Schlussfolgerungen

Externalisierende Verhaltensprobleme und insbesondere mit Hyperaktivität und Unaufmerksamkeit einhergehende psychische Auffälligkeiten scheinen bereits zu Beginn der Schullaufbahn den Bildungserfolg zu beeinträchtigen.

Eine frühe Identifikation und effektive Versorgung von Kindern mit externalisierenden Verhaltensproblemen möglichst noch vor der Einschulung könnten den frühen Schulerfolg dieser Kinder verbessern.

⁷ Die Werte in eckigen Klammern stellen den Bereich der Unsicherheit dar, in dem sich die mittleren schulischen Fähigkeiten mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 % bewegen (Vertrauensintervall).

Untersuchung 2: Zusammenhang zwischen Einschulungsalter und Symptomen von Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsdefizit

Hintergrund

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist die häufigste bei Kindern diagnostizierte psychische Erkrankung. Mit einer Häufigkeit von 8-12 % sind weltweit etwa 63 Millionen Kinder und Heranwachsende betroffen. Studien aus aller Welt belegen, dass die jüngsten Kinder in einer Schulklasse häufiger Medikamente gegen ADHS verordnet bekommen als ihre älteren Mitschüler. In Deutschland haben die jüngsten Kinder einer Klasse ab dem dritten Schuljahr ein erhöhtes Risiko, die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung zu erhalten.

Fragestellung

Unklar ist, ob das Einschulungsalter bereits in niedrigeren Klassenstufen mit Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsdefizit assoziiert ist. Es wurde untersucht, ab wann Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsdefizit bei Kindern mit einem jungen Einschulungsalter vermehrt beobachtet werden.

Vorgehen

Die Eltern der Kinder wurden zu drei Zeitpunkten zu den Symptomen von Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsdefizit befragt: vor der Einschulung, 2-3 Monate nach der Einschulung und am Ende der ersten Klasse.

Dafür wurde der Fragebogen zu Stärken und Schwächen eingesetzt (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ), siehe Abb. 7.

Definition des Einschulungsalters: Das Einschulungsalter ist das Zeitintervall zwischen dem Geburtsdatum und dem ersten Schultag. Um Verzerrungen an den Rändern der Altersverteilung zu vermeiden, wurden nur Kinder einbezogen, die ihren 6. Geburtstag innerhalb der offiziellen Stichtage von Rheinland-Pfalz hatten (1. September 2014 bis 31. August 2015). Im Vorjahr zurückgestellte (älter als 7 Jahre) oder vorzeitig eingeschulte Kinder (jünger als 6 Jahre) wurden nicht in die Auswertung einbezogen. Insgesamt wurden die Daten von 1.633 Kindern (52% Jungen, mittleres Einschulungsalter 6,5 Jahre) in die Analysen einbezogen.

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
2. Unruhig, überaktiv, kann nicht lange still sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ständig zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Leicht ablenkbar, unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Denkt nach, bevor er/sie handelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abb. 7: Fragen der Hyperaktivitäts-Subskala aus dem Fragebogen zu Stärken und Schwächen.

Ergebnisse

Zum **Zeitpunkt der Einschulung** konnte kein Zusammenhang zwischen dem Einschulungsalter und den Symptomen Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsdefizit festgestellt werden.

Auch **drei Monate nach der Einschulung** gab es ebenfalls keinen Zusammenhang zwischen diesen Symptomen und dem Einschulungsalter.

Am Ende der ersten Klasse gab es bei den drei jüngeren Altersgruppen eine Zunahme der Symptome Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsdefizit. Lediglich bei der ältesten Altersgruppe hatte der Anteil der Teilnehmer mit einem auffälligen Ergebnis abgenommen. Bei der jüngsten Gruppe zeigte sich eine signifikant stärkere Zunahme der Symptome im Vergleich zu den älteren Kindern.

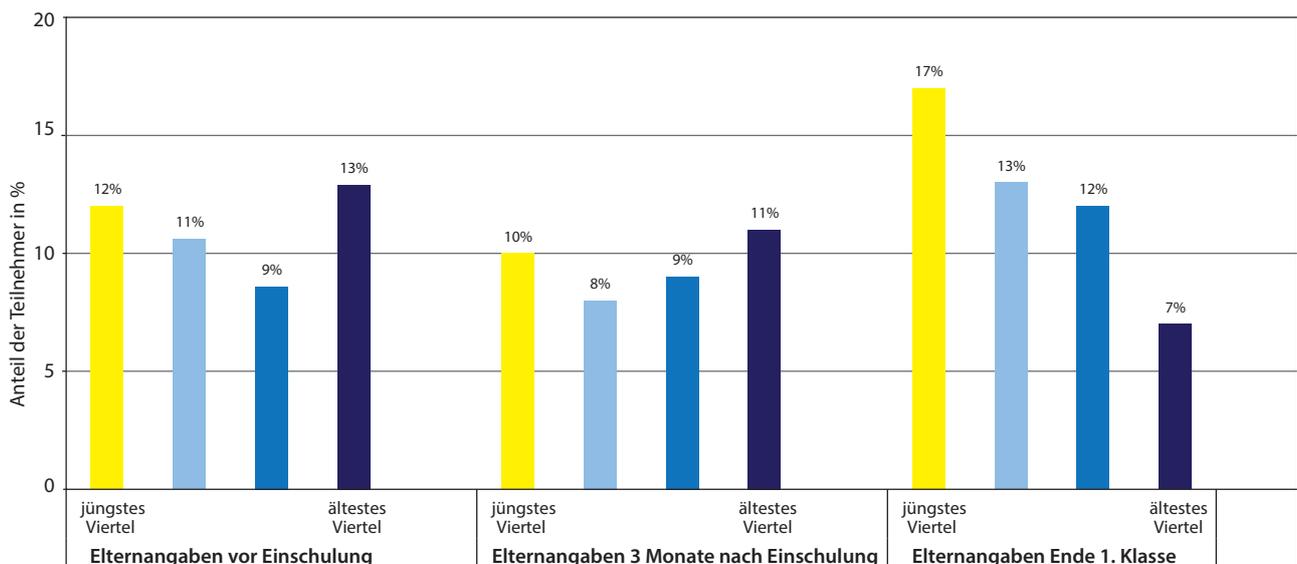


Abb. 8: Anteil der Teilnehmer mit auffälligen Ergebnissen für Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsdefizit.

Schlussfolgerungen

Ein Zusammenhang zwischen Einschulungsalter und den Symptomen Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsdefizit lässt sich bereits am Ende des ersten Schuljahres nachweisen. Daraus lässt sich ableiten, dass bereits in der frühen Anpassungs-

phase an die schulischen Gegebenheiten die jüngsten Kinder verstärkt auffällig werden. Zudem erklärt es das erhöhte Risiko für eine ADHS-Diagnose bei den jungen Kindern in höheren Klassenstufen.

ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Zusammenfassung

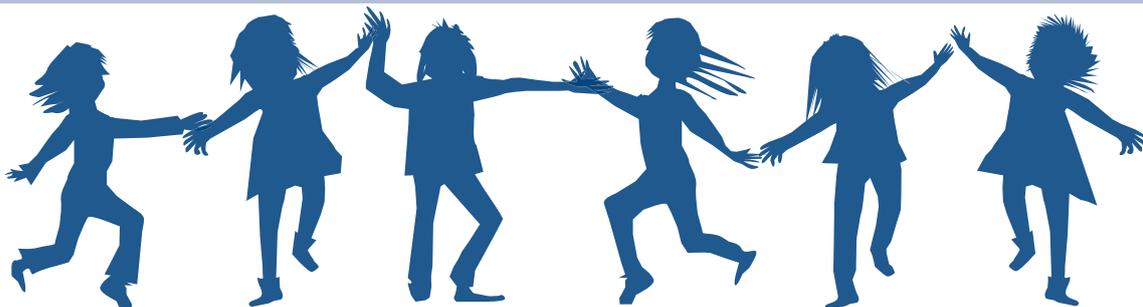
Im Fokus der vorliegenden Informationsbroschüre Nr. 2 steht das Thema "Psychische Gesundheit und Schule". Ergänzend zu den Untersuchungen, die in der ersten ikidS-Broschüre (Fragestellung, Durchführung und Methodik) vorgestellt wurden, zeigte sich erneut, dass (Leistungs-)unterschiede zwischen Kindern mit und ohne chronische(n) Krankheiten vorliegen: Kinder mit psychischen Verhaltensauffälligkeiten weisen niedrigere Werte für schulische Fähigkeiten auf als gesunde Kinder. Die jüngsten Kinder einer Klasse entwickeln häufiger die Symptome Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsdefizit und Impulsivität als ältere Kinder.

Ausblick

Schulleistungen und schulische Fähigkeiten sind sehr wichtige Endpunkte, wenn es darum geht, Auswirkungen chronischer Krankheiten auf den Übergang vom Kindergarten in die Schule zu untersuchen. Ebenso wichtig sind aber auch nichtleistungsorientierte Aspekte bei der Anpassung an das neue Lebensumfeld Schule und die schulischen Anforderungen. Hierzu gehört insbesondere das schulbezogene Wohlbefinden, welches aktuell ausgewertet wird. Im Fokus steht hierbei die Frage, ob sich gesunde und kranke Kinder hinsichtlich ihrer Lernfreude, ihrer sozialen Integration und ihres schulischen Selbstkonzeptes unterscheiden.

Weitere Themen, die aktuell bearbeitet werden

- Auswirkungen chronischer Erkrankung auf ...
 - ... schulische Fehlitage
 - ... fachspezifische Fähigkeiten
 - ... schulbezogenes Wohlbefinden
 - ... Teilhabe und Aktivitäten der chronisch kranken Kinder
- Auswirkungen spezifischer Erkrankungen und Beeinträchtigungen:
 - Psychische Gesundheit und Lebensqualität bei ehemaligen Kinderkrebspatienten
 - Schulische Fähigkeiten bei ehemaligen Frühgeborenen
- Überprüfung der Sehtestempfehlungen aus der Schuleingangsuntersuchung
- Evaluation...
 - ... des Sprachtests des Sozialpädiatrischen Entwicklungsscreening (SOPESS)
 - ... eines Elternfragebogens im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung, welcher auf bessere Erfassung von Kindern mit chronischen Erkrankungen abzielt
 - ... von pädagogischen Fördermaßnahmen für chronisch kranke Kinder



NEUE ZIELE

Aufgrund der bisherigen Erfolge des Projekts konnte eine Anschlussförderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) erzielt werden.

Als weitreichendste Maßnahme ist hier sicher die **Etablierung von Schulgesundheitsfachkräften** an zwei Mainzer Schulen zu erwähnen.

In einer Machbarkeitsstudie wird zurzeit untersucht, wie sich Schulgesundheitsfachkräfte an Schulen für eine spezielle und maßgeschneiderte Versorgung von chronisch kranken Kindern etablieren lassen.

Diese leiden beispielsweise an Diabetes, Allergien, einer Atemwegserkrankung wie Asthma, Epilepsie, ADHS oder einer Entwicklungsstörung. Die betroffenen Schüler und Schülerinnen sollen ganz konkret von den Schulgesundheitsfachkräften profitieren, indem diese ihnen ärztlich verschriebene Medikamente verabreichen, auf Allergien

oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten achten, psychosoziale Belastungen wahrnehmen oder eben einfach in die Rolle des „Kümmerers vor Ort“ schlüpfen.

Zudem prüfen die Schulgesundheitsfachkräfte Förder- und Fürsorgemaßnahmen sowie Behandlungspläne auf Vollständigkeit und begleiten deren Umsetzung.

Das, was die Schulgesundheitsfachkräfte auszeichnet, ist, dass sie in der Lage sind, bei Bedarf notwendige medizinisch-pflegerische Maßnahmen einzuleiten und die einzelnen Elemente der medizinischen Versorgung fachgerecht zu vernetzen.

Damit entlasten sie Lehrkräfte, denen einerseits die Zeit und andererseits das Wissen für den Umgang mit den zahlreichen chronischen Erkrankungen ihrer Schüler und Schülerinnen fehlen.

Erste Ergebnisse dieses Teilprojektes werden Ende 2019 erwartet.



Weiterführende Informationen und Pressemitteilungen finden sich auf folgender Website:

<https://www.unimedizin-mainz.de/pe/projekte/machbarkeitsstudie-zur-schulgesundheitsfachkraft/uebersicht.html>



WIR DANKEN ALLEN KOOPERATIONSPARTNERINNEN UND -PARTNERN DES IKIDS-PROJEKTES

- Bundesministerium für Bildung und Forschung für die Finanzierung des Projekts
- Bildungsministerium des Landes Rheinland-Pfalz (Fr. Ahnen und Fr. Dr. Hubig) für die Schirmherrschaft
- Gesundheitsministerium des Landes Rheinland-Pfalz (Hr. Dr. Schweitzer) für die Schirmherrschaft
- Bildungsministerium des Landes Rheinland-Pfalz, Referat 9416 B (Fr. Schmazinski-Damp)
- Hauptpersonalrat für staatliche Lehrkräfte an Grundschulen des Landes Rheinland-Pfalz (Vorstand und Vorsitzende Fr. Grenda)
- Familienministerium des Landes Rheinland-Pfalz, Referat Kinder und Jugend (Fr. Schönenberg)
- Gesundheitsministerium des Landes Rheinland-Pfalz, Referat für Gesundheitsförderung (Fr. Dr. Laux, Hr. Dr. Jahn) und Referat für Gesundheitsberichterstattung (Hr. Rick)
- Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion Rheinland-Pfalz (Fr. Hemmersbach, Fr. Dr. Erbedinger, Fr. Ernst, Fr. Heieck)
- Agentur für Qualitätssicherung, Evaluation und Selbstständigkeit von Schulen (Hr. Dr. Wetzstein, Hr. Prof. Dr. Höffer-Mehler)
- Bistum Mainz, Dezernat Schulen und Hochschulen (Hr. Schneider)
- Ethik-Kommission der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz (Fr. Prof. Dr. Krämer)
- Goetheschule Mainz (Fr. Erlenwein)
- Maler-Becker-Schule Mainz (Fr. Schneider)
- Landesamt für Umwelt Rheinland-Pfalz (Fr. Degünther)
- Landesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Rheinland-Pfalz (Herr Smolle)
- Landeselternbeirat des Landes Rheinland-Pfalz (Fr. Opper-Scholz, Hr. Gorges, Hr. Schladweiler)
- Partner im öffentlichen Gesundheitsdienst:
 - Amt für Veterinär- und Gesundheitswesen der Kreisverwaltung Mainz-Bingen (Hr. Dr. Hoffmann, Fr. Dr. von der Weiden, Fr. Dinklage, Fr. Dr. Hennes, Fr. Dr. Kögler, Fr. Schmaus, Fr. Schwamb, Fr. Schroff)
 - Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege (Hr. SR Dr. Helmut Stein)
- Partner an der Universitätsmedizin Mainz:
 - Geburtenregister Mainzer Modell (Fr. PD Dr. Queisser-Wahrendorf, Hr. Dr. Wiesel),
 - Deutsches Kinderkrebsregister (Hr. PD Dr. Kaatsch)
 - Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin und Institut für Lehrgesundheit (Hr. Prof. Dr. Letzel, Hr. Prof. Dr. Rose, Fr. Dr. Dudenhöffer, Hr. Beutel, Fr. Dr. Schäfer, Hr. Schöne)
 - Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin (Hr. Prof. Dr. Zepp, Hr. Dr. Kowalzik, Hr. Prof. Dr. Gehring, Fr. Prof. Dr. Mildemberger)
 - Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Hr. Prof. Dr. Huss, Hr. Dr. Jenetzky)
 - Hals-, Nasen-, Ohrenklinik und Poliklinik/Schwerpunkt Kommunikationsstörungen (Hr. Prof. Dr. med. Matthias, Fr. Dr. Läßig, Fr. Prof. Dr. Keilmann)
 - Poliklinik für Zahnerhaltungskunde (Fr. Prof. Dr. Willershausen, Hr. Dr. Weusmann, Hr. Kämmerer)
 - Datenschutzbeauftragte (Fr. Dr. Reinisch, Fr. Jakobi, Hr. Soesanto)
- Partner an der Universität Mainz:
 - Abteilung Psychologie in den Bildungswissenschaften am Psychologischen Institut (Fr. Prof. Dr. Imhof)
 - Abteilung Sportmedizin, Prävention und Rehabilitation am Institut für Sportwissenschaft (Hr. Prof. Dr. Simon, Hr. Dreher)
 - AG Sonderpädagogik am Institut für Erziehungswissenschaft (Hr. Prof. Dr. Traxl, Fr. Thönnnes)

Die folgenden Schulen haben sich im Erhebungsjahr 2015/2016 am Projekt beteiligt*

Altstadt Eisgrubschule Mainz	Grundschule Selztal Schwabenheim
Grundschule Feldbergschule Mainz	Grundschule Zornheim
Grundschule Goetheschule Mainz	Adam-Elzheimer Grundschule Stackeden-Elsheim
Grundschule Leibnizschule Mainz	Grundschule Am Gautor Oppenheim
Grundschule Pestalozzi Mainz Mombach	Landskronschule Oppenheim
Lemmchenschule Mainz Mombach	Grundschule Am Gartenfeld Dolgesheim
Grundschule Dr. Martin-Luther-King Mainz	Grundschule Am Selzbogen Hahnheim
Peter-Jordan-Schule Mainz	Grundschule Mommenheim
Astrid-Lindgren-Schule Mainz	Grundschule Am Goldbach Undenheim
Grundschule Am Gleisberg Mainz Gonsenheim	Grundschule Nierstein
Grundschule Münchfeldschule Mainz	Grundschule Bodenheim
Grundschule Maler-Becker-Schule Mainz	Astrid-Lindgren-Schule Gau-Bischofsheim
Waldorfschule Mainz	Grundschule Am Alten Schloss Lörzweiler
Peter-Härtling-Schule Mainz-Finthen	Grundschule Carl-Zuckmayer Nackenheim
Marc-Chagall-Schule Mainz Drais	Rhein-Nahe-Schule Bingen
Grundschule Mainz Lerchenberg	Grundschule Am Mäuseturm Bingen-Bingerbrück
Brunnenschule Mainz-Marienborn	Grundschule Am Entenbach Bingen-Büdesheim
Grundschule Heinrich-Mumbächer Mainz Bretzenheim	Grundschule Bingen-Dietersheim
An den Römersteinen Mainz Zahlbach	Grundschule Am Hörnchen Bingen-Dromersheim
Theodor-Heuss-Schule Mainz	Grundschule Bingen-Gaulsheim
Grundschule Im Feldgarten Mainz Ebersheim	Dreikönigsschule Bingen-Kempton
Martinus-Schule Mainz Oberstadt	Grundschule An der Burg Klopp Bingen-Stadt
Grundschule Laubenheim Mainz-Laubenheim	Grundschule Petersackerhof Oberdiebach
Grundschule Schillerschule Mainz-Weisenau	Grundschule Heilig-Kreuz Weiler
Martinus-Grundschule Weisenau	Grundschule Am Nahetor Münster-Sarmsheim
Grundschule Ludwig-Schwamb-Schule Mainz	Grundschule Waldalgesheim
Präsident-Mohr-Schule Ingelheim	Schloss-Ardeck-Grundschule Gau-Algesheim
Theodor-Heuss-Grundschule Ingelheim	Grundschule Welzbachtal Appenheim
Grundschule An der Sandmühle Heidesheim	Grundschule Am Jakobsberg Ockenheim
Montessori Schule Heidesheim	Grundschule Gensingen
Grundschule Rabenkopf Wackernheim	Grundschule Sprendlingen
Grundschule Burgschule Nieder-Olm	Elisabethenschule Sprendlingen
Grundschule Selztalschule Nieder-Olm	Carl-Küstner-Grundschule Guntersblum
Förderschule/ Motorische Entwicklung Nieder-Olm	
Grundschule Essenheim	
Paul-Klee-Grundschule Klein-Winternheim	
Grundschule Ober-Olm	

*Reihenfolge nach Postleitzahl



LITERATUR

- Bethell CD, Read D, Stein RE, Blumberg SJ, Wells N, Newacheck PW, Identifying children with special health care needs: development and evaluation of a short screening instrument. *Ambul Pediatr*, 2002. 2(1): 38-48.
- Comitee on Children with Disabilities and Comitee on Psychological Aspects of Child and Family Health, Psychosocial risks of chronic health conditions in childhood and adolescence. *Pediatrics*, 1993. 92:876-78. <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/92/6/876.full.pdf>
- Dhuey E & Lipscomb S., Disabled or young? Relative age and special education diagnoses in schools. *Economics of Education Review*, 2010. 29(5): 857-72. doi: 10.1016/j.econedurev.2010.03.006
- Erhart M, Hölling H, Bettge S, Ravens-Sieberer U, Schlack R, The German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS): risks and resources for the mental development of children and adolescents. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz*, 2007. 50:800-9. doi: 10.1007/s00103-007-0243-5
- Esch P, Bocquet V, Pull C, Couffignal S, Lehnert T, Graas M, Fond-Harmant L, Anseau M, The downward spiral of mental disorders and educational attainment: a systematic review on early school leaving. *BMC Psychiatry*, 2014. 14(1): 237. doi: 10.1186/s12888-014-0237-4
- Evans WN, Morrill MS & Parente ST, Measuring inappropriate medical diagnosis and treatment in survey data: The case of ADHD among school-age children. *J Health Econ*, 2010. 29(5): 657-73. doi: 10.1016/j.jhealeco.2010.07.005
- Heckman JJ, Moon SH, Pinto R, Savelyev PA, Yavitz A, The Rate of Return to the High/Scope Perry Pre-school Program. *Journal of public economics*, 2010. 94(1-2): 114-28. doi: 10.1016/j.jpubeco.2009.11.001
- Hoffmann I, Diefenbach C, Gräf C, König J, Schmidt MF, Schnick-Vollmer K, Blettner M. & Urschitz MS, Chronic health conditions and school performance in first graders: A prospective cohort study. *PLoS ONE*, 2018. 13(3): e0194846. doi: 10.1371/journal.pone.0194846
- Kuntz B, Bildung und Gesundheit, in *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit*. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft, T. Schott and C. Hornberg, Editors. 2011, VS Verlag: Wiesbaden: 311–27.
- McPherson M, Arango P, Fox H, Lauver C, McManus M, Newacheck PW, Perrin JM, Shonkoff JP, Strickland B., A new definition of children with special health care needs. *Pediatrics*, 1998. 102(1 Pt 1): 137-40. doi: 10.1542/peds.102.1.137
- Mokkink LB, Van der Lee JH, Grootenhuis MA, Offringa M, Heymans HS; Dutch National Consensus Committee Chronic Diseases and Health Conditions in Childhood, Defining chronic diseases and health conditions in childhood (0–18 years of age): national consensus in the Netherlands. *European Journal of Pediatrics*, 2008. 167(12): 1441-47. doi: 10.1007/s00431-008-0697-y
- Pucher KK, Boot NMWM, De Vries NK, School health promotion interventions targeting physical activity and nutrition can improve academic performance in primary- and middle school children. *Health Education*, 2013. 113(5): 372-91. doi: 10.1108/HE-02-2012-0013
- Schwandt, H & Wuppermann, A., The youngest get the pill: ADHD misdiagnosis in Germany, its regional correlates and international comparison. *Labour Economics*, 2016. 43(C): 72-86. doi: 10.1016/j.labe-co.2016.05.018
- van der Lee JH, Mokkink LB, Grootenhuis MA, Heymans HS, Offringa M, Definitions and measurement of chronic health conditions in childhood: a systematic review. *Jama*, 2007. 297(24): 2741-51. doi: 10.1001/jama.297.24.2741
- Wendt J, Schmidt MF, König J, Patzlaff R, Huss M, Urschitz MS, Young age at school entry and attention-deficit hyperactivity disorder-related symptoms during primary school: results of a prospective cohort study conducted at German Rudolf Steiner Schools. *BMJ Open*, 2018. 0:e020820. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020820
- Woerner W, Becker A, Friedrich C, Rothenberger A, Klasen H, Goodman R, Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 2002. 30(2): 105-12.