
Schulgesundheitspflege in Rheinland-Pfalz

Entwicklung eines Schulgesundheitsindex

Dorothee Malonga Makosi

Romina T. Dubrow

Christiane Diefenbach

Michael S. Urschitz

Abteilung für Pädiatrische Epidemiologie

Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik

Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz



Gefördert durch



Impressum

Herausgegeben von:

Abteilung für Pädiatrische Epidemiologie
Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Rhabanusstr. 3 | Bonifazius-Turm A | 55118 Mainz
sgf@uni-mainz.de

Ausgabe: April 2026

© Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Die Vervielfältigung, auch auszugsweise, ist nur mit ausdrücklicher Genehmigung gestattet.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	1
1. Hintergrund	3
2. Zielsetzung	5
3. Methodik	6
4. Ergebnisse	9
5. Diskussion	26
6. Ausblick und Empfehlungen	28
7. Danksagung	29
8. Literatur	30

Zusammenfassung

Gesundheit und Bildung sind zentrale Voraussetzungen für gesellschaftliche Teilhabe und individuelle Entwicklung. Sie stehen in einem wechselseitigen Verhältnis: Nur, wenn Kinder körperlich und psychisch gesund sind, können sie ihr Bildungspotenzial voll ausschöpfen; zugleich fördert ein hoher Bildungsstand langfristig die Gesundheit. Die Schulgesundheitspflege bildet daher eine entscheidende Schnittstelle zwischen dem Bildungs- und Gesundheitssystem. Sie wird in der Praxis maßgeblich durch Schulgesundheitsfachkräften umgesetzt, die als zentrale Akteurinnen und Akteure gesundheitliche Versorgung, Prävention und Beratung im schulischen Alltag verankern. Insbesondere in der Grundschule, wo die Grundlagen für eine erfolgreiche Bildungsbiografie gelegt werden, kann so frühzeitig gesundheitliche Ungleichheiten ausgleichen und Teilhabechancen verbessert werden.

In Rheinland-Pfalz wurden seit 2018 Schulgesundheitsfachkräfte (SGF bzw. SGFK; international bekannt als school nurse) an ausgewählten Grundschulen erfolgreich etabliert. Ihre Tätigkeit umfasst nicht nur die akute pflegerisch-medizinische Versorgung im Schulalltag, sondern trägt nachweislich auch zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, zur besseren Unterrichtsteilnahme und zur Entlastung von Lehrkräften und Eltern bei. Angesichts dieser positiven Ergebnisse soll der Einsatz von SGF künftig systematisch und bedarfsorientiert ausgebaut werden. Hier setzt das **Projekt QUINDI** („**Q**ualitätsentwicklung und Entwicklung institutioneller Schulgesundheits**IND**ikatoren“; Projektlaufzeit 01/2024 – 12/2024) an: Es entwickelte mit dem **Schulgesundheitsindex (SGI)** ein Konzept eines datenbasierten Steuerungsinstruments, das eine bedarfsorientierte Verteilung von SGF ermöglichen soll.

Die Entwicklung des SGI folgte einem theoriegeleiteten und partizipativen Mixed-Methods-Ansatz. Auf Basis einer umfassenden Literaturanalyse wurden internationale Kriterien zur Auswahl gesundheitsrelevanter schulischer Indikatoren systematisch erfasst und thematisch geordnet. In einem mehrstufigen partizipativen Prozess mit Expertinnen und Experten wurden diese Indikatoren auf ihre Anwendbarkeit im deutschen Bildungssystem überprüft, kontextualisiert und durch weitere praxisrelevante Aspekte ergänzt. An den im Projekt durchgeführten Workshops und Interviews nahmen Vertreterinnen und Vertreter aus Schule, öffentlichem Gesundheitsdienst, Bildungspolitik, Elternbeiräten und Fachverbänden aus Rheinland-Pfalz teil.

Im Ergebnis entstand ein konsensbasiertes Rahmenmodell, das aus vier zentralen Domänen besteht: **Gesundheit, Soziales, Bildung** sowie settingbezogene **Implementierungserfolgskriterien**. Diese **3+1-**

Struktur bildet die Grundlage des SGI. Für jede Domäne wurden konkrete Indikatoren definiert, die sich idealerweise durch bereits vorhandene Routinedaten (z. B. aus Schulstatistik, Gesundheitsberichterstattung oder Sozialdaten) operationalisieren lassen. Ziel war es, durch die Verknüpfung dieser Daten ein differenziertes, kleinräumiges Bild des Bedarfs an jeder einzelnen Schule zu gewinnen.

Als zentrale Herausforderung stellte sich die **begrenzte Verfügbarkeit und Granularität relevanter Daten** dar. Viele Kennzahlen liegen aktuell nur auf Gemeinde- oder Kreisebene vor. Für eine treffsichere Steuerung des Ressourceneinsatzes sind jedoch kleinräumigere Informationen auf Schul- oder Stadtteilebene notwendig. Dies erfordert Investitionen in eine moderne Dateninfrastruktur sowie klare datenschutzrechtliche Rahmenbedingungen.

Im nächsten Schritt sollte der SGI im Rahmen eines **Proof-of-Concepts** in der Praxis erprobt werden. Ziele wären die Validierung und kontinuierliche Weiterentwicklung des Instruments, um eine wissenschaftlich fundierte und politisch nutzbare Entscheidungsgrundlage für den bedarfsgerechten Ausbau des Einsatzes von SGF zu schaffen.

Mit QUINDI wurde ein entscheidender **Beitrag zur Weiterentwicklung der Schulgesundheitspflege** in Rheinland-Pfalz geleistet. Ein datenbasierter, gerechter und zielgerichteter Einsatz von SGF erscheint möglich und könnte nicht nur gesundheitliche Ungleichheiten reduzieren, sondern auch Bildungsgerechtigkeit nachhaltig stärken – und damit die Grundlage für gleiche Chancen und Teilhabe aller Kinder schaffen.

1. Hintergrund

Bildung und Gesundheit stehen in einem wechselseitigen Zusammenhang: Gesundheit ist eine zentrale Voraussetzung für erfolgreiche Bildungsprozesse, während Bildung zugleich die Gesundheitskompetenz stärkt und langfristig zu besseren gesundheitlichen Lebenslagen beiträgt [1, 2]. Schulen sind daher nicht nur Lernorte, sondern auch zentrale Settings der Gesundheitsförderung und Prävention. Besonders in der Grundschule, also zu Beginn der Bildungslaufbahn, sind frühzeitige Unterstützung und gezielte gesundheitsbezogene Interventionen entscheidend, um allen Kindern einen gelungenen und chancengerechten Start ins schulische Lernen zu ermöglichen.

Vor diesem Hintergrund kommt der Schulgesundheitspflege eine zentrale Bedeutung zu. Sie trägt dazu bei, gesundheitliche Belastungen frühzeitig zu erkennen, individuelle Bedarfe zu adressieren und gesundheitliche Ressourcen der Kinder zu stärken. Gerade in dieser sensiblen Phase kann ein niedrigschwelliger Zugang zu pflegerisch-medizinischer Versorgung dazu beitragen, gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern und Teilhabechancen im Bildungsprozess zu erhöhen.

In Rheinland-Pfalz wurden Schulgesundheitsfachkräfte (SGF bzw. SGFK; international bekannt als school nurse) seit 2018 im Rahmen von Modellprojekten an 33 Grundschulen etabliert und verstetigt (Stand April 2026). Erste Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung zeigen deutlich positive Effekte: Die Tätigkeit der SGF führt zu einer bedarfsgerechteren medizinisch-pflegerischen Versorgung, stärkt die Gesundheitskompetenz der Schülerinnen und Schüler (SuS) und verbessert ihre Teilnahme am Unterricht. Auch für Eltern ergeben sich positive Auswirkungen: Wenn Kinder seltener krankheitsbedingt fehlen, reduzieren sich auch die daraus resultierenden Arbeitsausfälle der Eltern. Zudem entlastet die Präsenz der SGF Lehrkräfte von medizinischen Aufgaben und ermöglicht ihnen, sich stärker auf ihre pädagogische Arbeit zu konzentrieren [3]. Diese vielversprechenden Ergebnisse bilden eine zentrale Grundlage für die geplante Ausweitung des Einsatzes von SGF an weiteren Grundschulen im Land.

Das Ministerium für Bildung Rheinland-Pfalz hatte das Ziel zu prüfen, an welchen Grundschulen der größte Bedarf besteht, um die verfügbaren Ressourcen gezielt und bedarfsgerecht für die Einführung von SGF einzusetzen. Hierfür ist es notwendig, ein umfassendes Bild über den Status quo zum schulrelevanten Gesundheitsgeschehen an Grundschulen zu erhalten. Ziel des Projekts QUINDI war es, Grundschulen identifizierbar zu machen, die einen priorisierten Bedarf an einer SGF haben. Hierbei sollten klare Kriterien entwickelt werden, um Schulen zu identifizieren, in denen die Schülerschaft entweder eine erhöhte Krankheitslast (engl. Burden-of-Disease) aufweist und/oder mit besonderen

gesundheitlichen Herausforderungen konfrontiert ist. Bisherige Auswahlverfahren für etablierte gesundheitsfördernde Programme können dafür nicht genutzt werden, da sie entweder eine andere Zielsetzung verfolgten (z.B. die Adressierung von sozialer Ungleichheit) oder eher vage Auswahlkriterien zugrunde legten, die für eine spezifische Bedarfsanalyse weder transparent noch ausreichend sind [1, 4, 5].

Ein zentrales Hindernis für die gezielte Bedarfsanalyse ist das Fehlen eines spezifischen Messinstruments, das kleinräumig, d.h. auf Ebene einzelner Grundschulen oder Stadtteile, das schulrelevante Gesundheitsgeschehen der SuS abbildet. Ein derartiges Messinstrument würde es ermöglichen, den Gesundheitszustand und die medizinisch-pflegerischen Bedarfe der Kinder präzise zu erfassen und die Ausweitung der Schulgesundheitspflege in Rheinland-Pfalz gezielt zu planen und zu steuern.

2. Zielsetzung

Im Schuljahr 2022/23 existierten in Rheinland-Pfalz 962 öffentlich geführte Grundschulen. Um die Ausweitung der Schulgesundheitspflege zielgerichtet zu steuern, sollte die Priorisierung von Schulen auf objektiven Kriterien und dem tatsächlichen Bedarf der SuS basieren. Es ist anzunehmen, dass der Nutzen von SGF besonders dort hoch ist, wo die gesundheitliche Belastung der SuS am größten ist. Ziel des Projekts QUINDI war es, diese Belastung durch die Entwicklung eines Schulgesundheitsindex (SGI) messbar zu machen und so eine datenbasierte Auswahl und Priorisierung von Schulen zu ermöglichen.

Der SGI sollte nicht nur Gesundheitsindikatoren berücksichtigen, sondern auch relevante Co-Faktoren aus angrenzenden Bereichen wie z.B. Bildung und Soziales einbeziehen und dabei so weit wie möglich auf bereits vorhandene Sekundärdaten zurückgreifen. Bislang existiert in Deutschland weder ein solcher Index noch eine systematische Übersicht über relevante kleinräumige Datenquellen, die eine Bedarfsanalyse auf Ebene einzelner Schulen ermöglichen. Diese Lücke wird mit dem vorliegenden Konzept adressiert.

Die zentralen Fragestellungen lauteten daher:

- **Welche Indikatoren sollten den SGI bilden, um den schulgesundheitlichen Bedarf der SuS präzise abzubilden?**
- **Welche bereits routinemäßig erhobenen Daten eignen sich als Indikatoren für den SGI, und sind sie kleinräumig genug, um einzelne Grundschulen gezielt zu identifizieren?**
- **Welche Institutionen in Rheinland-Pfalz halten entsprechende kleinräumige Daten vor, die für die Operationalisierung des SGI genutzt werden können?**

3. Methodik

Im Projekt QUINDI wurde ein mehrstufiger Mixed-Methods-Ansatz verfolgt, der theoriegeleitet, partizipativ und interdisziplinär angelegt war. Die Indexentwicklung richtete sich nach Methoden der empirischen Sozialforschung [6] und kombinierte qualitative und quantitative Forschungsmethoden. Das Projekt gliederte sich in drei aufeinander aufbauende Arbeitspakete (AP).

3.1. AP 1: Darstellung des aktuellen Forschungsstands & theoretische Grundlage

Zu Beginn wurde eine umfassende Literatursuche in PubMed und Google Scholar durchgeführt, um etablierte Kriterien zu identifizieren, die im (inter)nationalen Kontext bei der Auswahl von Schulen für gesundheitsbezogene Interventionen zum Einsatz kamen. Die Suche umfasste sowohl peer-reviewed wissenschaftliche Publikationen als auch Praxis- und Ergebnisberichte aus nationalen Modellprojekten, um sowohl evidenzbasierte als auch praxisnahe Selektionskriterien zu erfassen.

In den beiden Datenbanken wurde mit den folgenden Stichworten nach (inter)nationaler Literatur gesucht: *School health, school nurse, student health, socioeconomic status, SES, mental health, whole school approach, intervention, cohort, Regional deprivation AND school*, Regional deprivation AND school* AND indicator*, (School recruitment OR school inclusion) AND health.*

Die identifizierten Publikationen wurden nach Relevanz selektiert und inhaltlich analysiert. Im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse wurden drei zentrale Indikatorengruppen extrahiert, die in der (inter)nationalen Forschung wiederholt als Kriterium für die Auswahl von Schulen für gesundheitsbezogene Interventionen genutzt wurden: **Sozial-, Bildungs- und Gesundheitsindikatoren**. Aus diesen Gruppen wurden spezifische Einzelindikatoren identifiziert und kategorisiert, die für die Konstruktion eines multidimensionalen SGI geeignet erschienen. Die Ergebnisse der Literaturrecherche dienten als methodische Grundlage für AP 2.

3.2. AP 2: Indikatorenauswahl durch Befragung von Expertinnen und Experten

Im zweiten Arbeitspaket wurde in einem partizipativen Bewertungsprozess eine interdisziplinär zusammengestellte Gruppe aus Expertinnen und Experten zu den drei Indikatorengruppen aus AP 1 befragt. Die Befragungen dienten sowohl der kritischen Reflexion als auch der kontextualisierten Weiterentwicklung der zuvor identifizierten Indikatoren. Dadurch wurde sichergestellt, dass der Index sowohl wissenschaftlich fundiert als auch praxisnah und anwendbar im Kontext deutscher Schulen ist. Der Befragungsprozess gliederte sich in die im Folgenden beschriebenen zwei Phasen.

3.2.a. Phase 1: Identifikation von Einzelindikatoren & Konzeptualisierung des Schulgesundheitsindex

Ein **Workshop** mit Expertinnen und Experten aus verschiedenen Bereichen markierte den Start der qualitativen Erhebungsphase. Eingeladen wurden gezielt Personen aus Rheinland-Pfalz, die Zielgruppe des SGI sind und über fundierte Expertise in den Bereichen Schule, Gesundheit, Bildung und Soziales verfügten. Ziel des Workshops war es, die in der Literatur identifizierten Indikatoren kritisch zu reflektieren, ihre Anwendbarkeit im deutschen Kontext zu diskutieren sowie zusätzliche praxisrelevante Kriterien zu identifizieren. In einer moderierten, leitfadengestützten Diskussion wurden eine in AP 1 erstellte theoriegeleitete Liste potenzieller Einzelindikatoren sowie grundsätzliche Aspekte zur Umsetzbarkeit, Machbarkeit und Anwendbarkeit des SGI vorgestellt und diskutiert. Dabei standen sowohl die fachliche Einschätzung über die Relevanz einzelner Indikatoren als auch übergreifende konzeptionelle Anforderungen an den SGI im Fokus des Austauschs.

Der Workshop wurde nach Einholung einer Einwilligungserklärung aller Beteiligten digital aufgezeichnet und von einem externen Dienstleister transkribiert. Die Auswertung erfolgte deduktiv anhand des Gesprächsleitfadens.

Ergänzend dazu wurden im Anschluss **leitfadengestützte Einzelinterviews** mit weiteren Schlüsselpersonen durchgeführt, die entweder am Workshop nicht teilnehmen konnten oder auf Empfehlung der Workshopteilnehmenden als besonders relevante Stimmen identifiziert wurden. Auch diese Gespräche wurden entweder datenschutzkonform vollständig transkribiert oder mittels strukturierter Notizen dokumentiert und inhaltlich ausgewertet. Die Ergebnisse flossen in die Erweiterung und Präzisierung des Rahmenmodells ein.

3.2.b. Phase 2: Bewertung der Einzelindikatoren

Der nächste Schritt bestand darin, geeignete Einzelindikatoren zu formulieren, die eine datengestützte Erfassung dieser Dimensionen ermöglichen. Hierzu wurden bestehende Kennzahlen recherchiert und ausgewählt, die als messbare Stellvertreter (Proxys) für die jeweiligen Konzepte fungieren. So wurde beispielsweise der Aspekt der „Armutgefährdung von SuS“ über den „Anteil der Kinder mit Antrag auf Lernmittelfreiheit“ operationalisiert. Im Anschluss erfolgte eine **anonyme Online-Befragung** aller in Phase 1 eingebundenen Expertinnen und Experten mittels LimeSurvey. Ziel der Befragung war es, die Wichtigkeit der identifizierten Einzelindikatoren für einen SGI quantitativ zu erfassen und so eine empirisch fundierte Gewichtung der Indikatoren zu ermöglichen.

Die Umfrage gliederte sich in vier Absätze: Absatz 1 fragte nach der übergeordneten Zusammensetzung des SGI aus den vier Bereichen Gesundheit, Soziales, Bildung und settingbezogener Implementierungserfolgskriterien. In den darauffolgenden Abschnitten wurden alle Einzelindikatoren gruppiert nach Bereichen abgefragt. Die Bewertung erfolgte auf einer 10-stufigen Likert-Skala, die von 1 "überhaupt nicht wichtig" bis 10 "extrem wichtig" reichte. Zur Auswahl der Einzelindikatoren, die letztlich den SGI bilden, wurde jeweils der Median der Bewertungspunkte der Einzelindikatoren als statistisches Kriterium herangezogen. Der Median ist gegenüber Ausreißern robust und ermöglicht somit eine verlässliche Aussage über die zentrale Tendenz der Bewertungen. Die Mediane der einzelnen Indikatoren innerhalb eines Bereichs wurden mit Hilfe einer Quartilsanalyse nach Wichtigkeit angeordnet. Indikatoren mit einem Median im untersten Quartil im Vergleich zu den anderen abgefragten Indikatoren wurden als „nicht relevant genug“ eingestuft und im weiteren Prozess nicht berücksichtigt.

3.3. AP 3: Operationalisierung des Index & Identifikation von Datenquellen

In der dritten Projektphase wurde das bereits im Rahmen der Literaturrecherche und der Expertenbefragung entwickelte konzeptionelle Rahmenmodell des SGI zu einem **finalen, operationalen Modell** weiterentwickelt. Aufbauend auf den Umfrageergebnissen wurden für alle als relevant bewerteten Einzelindikatoren geeignete Zielgrößen definiert. Anschließend erfolgte eine systematische Recherche und Analyse potenzieller Routinedatenquellen. Im Austausch mit relevanten Institutionen und Datenhaltenden auf Landes- und Kommunalebene wurde untersucht, inwieweit bestehende Routinedaten für die indikatorbasierte Bedarfsanalyse herangezogen werden können. Die Prüfung umfasste sowohl die Verfügbarkeit der Daten als auch deren Validität sowie die Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorgaben. Die Zuordnung von Zielgrößen zu den jeweiligen Datenquellen wurde in **Übersichtstabellen** (Tabellen 2 bis 7) dokumentiert. Das daraus resultierende finale Rahmenmodell des SGI wird grafisch dargestellt (Abbildung 8).

4. Ergebnisse

4.1 AP 1: Aktueller Forschungsstand & theoretische Grundlage

Auf Basis der Recherche war die Literatur, die explizit Indikatoren für die Einführung von SGF oder anderen Schulgesundheitsinterventionen behandelt, begrenzt. In den 20 identifizierten Studien wurden bei der Auswahl von Indikatoren für Schulen meist einzelne Variablen herangezogen, anstatt speziell dafür entwickelte Algorithmen oder Punktesysteme zu verwenden. Zudem beschränkte sich die Auswahl teilweise auf bestimmte Teilgruppen von SuS und nicht auf die gesamte Schule [7, 8].

Im Allgemeinen ließen sich die Indikatoren in drei Domänen unterteilen, die die theoriegeleitete Struktur des SGI bilden (Abbildung 1).

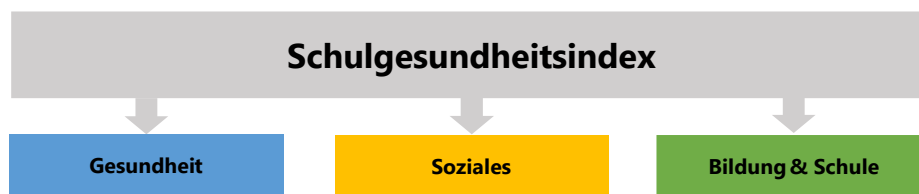


Abbildung 1: Theoriegeleitete Zusammensetzung des Schulgesundheitsindex

Als **Gesundheitsindikatoren** wurde unter anderem der Bedarf der SuS einer Schule an psychologischer Betreuung genannt [1]. Der Bedarf wurde durch Konsultationen mit regionalen Stakeholdern und anhand medizinischer Unterlagen ermittelt. Für Schulinterventionen, die sich auf körperliche Aktivität bezogen, wurde die Übergewichtsrate (gemessen am Body-Mass-Index) in den Schulen [9] und in der Umgebung der Schulen als weiterer Gesundheitsindikator gewählt [10].

Des Weiteren wurde die geographische Lage der Schule - etwa die Unterscheidung zwischen ländlichen und städtischen Regionen - in einzelnen Studien berücksichtigt. Während eine randomisierte Studie dieses Merkmal lediglich zur Stratifizierung vor der Randomisierung nutzte [11], diente sie in einer australischen quasi-experimentellen Studie explizit als Auswahlkriterium. Dort wurden Schulen anhand der Kategorien „metropolitan“, „regional“, „rural“ und „remote“ differenziert [1].

Vereinzelt wurde für die Schulauswahl die Unterstützung von Stakeholder-Gruppen in Anspruch genommen. In einer kanadischen Studie traf die Schulbehörde (Toronto District School Board) die Schulauswahl für eine prospektive Kohortenstudie anhand eines Index, der externe

Herausforderungen identifiziert, welche den schulischen Erfolg der SuS beeinflussen können [12]. Der verwendete Index umfasst aggregierte Daten zu Einkommen und Bildungsniveau der erwachsenen Bürgerinnen und Bürger sowie zum Anteil der alleinerziehenden Eltern in den Postleitzahlbereichen der SuS pro Schule [13].

In einem Großteil der Literatur wurden **Sozialindikatoren** für die Schulauswahl herangezogen. Insbesondere in englischsprachigen Ländern wurde häufig der Anteil der SuS, die kostenloses oder ermäßigtes Mittagessen an Schulen erhalten [8, 14-17], als indirektes Maß für das Einkommen der Eltern [17] oder soziale Deprivation [16] verwendet. (Anmerkung: Ein solches Programm gibt es in Deutschland zwar nicht, jedoch kann dies womöglich mit der Lernmittelfreiheit, der Möglichkeit nach Antrag Unterrichtsmaterial kostenlos auszuleihen, gleichgesetzt werden [18].) In anderen Studien wurde das Einkommen der Eltern direkt als Indikator verwendet [7, 9, 10, 19-21]. Oft diente auch die Ethnizität oder der Migrationshintergrund der Kinder oder ihrer Eltern als Indikator für Schulen mit Bedarf an einer Schulgesundheitsintervention [9, 10, 15, 17, 20]. Ein weiterer gängiger Indikator, der die zuvor genannten Indikatoren teilweise miteinschloss, ist der sozioökonomische Status der Eltern [22-24]. Hier wurden u.a. regionale Datenquellen verwendet, wobei dadurch keine genaue Schulauswahl getroffen werden konnte, sondern nur gebietsbezogene Schlussfolgerungen möglich waren [23].

Im Bereich der **Bildungsindikatoren** konzentrierten sich die Studien oft auf die Ausbildung der Eltern [5, 7, 9]. Teilweise wurden auch die mangelnden Sprachkenntnisse in der jeweiligen Landessprache als Indikator verwendet [22].

Insgesamt zeigte die Literatursichtung, dass eine Vielzahl von möglichen Indikatoren genutzt wird, die für die Entwicklung eines SGI in Deutschland berücksichtigt werden könnten.

4.2 AP 2: Indikatorenauswahl durch Befragung von Expertinnen und Experten

AP 2.1.: Ergebnisse des Workshops und der Interviews

Der **Workshop** wurde am 11. Juni 2024 von 15:00 bis 17:00 Uhr als Präsenzveranstaltung durchgeführt. Insgesamt nahmen 13 Expertinnen und Experten teil, die ein breites Spektrum relevanter Institutionen und Professionen aus den Bereichen Gesundheit, Soziales und Bildung abbildeten. Zu den teilnehmenden Organisationen und Institutionen gehörten unter anderem eine Elternvertretung, die Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, das Schulamt der Stadt Mainz, das Amt für Soziale Leistungen der Stadt Mainz, Mitarbeitende des Gesundheitsamts Mainz-Bingen, die Landeszentrale für Gesundheit, Schulgesundheitsfachkräfte sowie das Ministerium für Bildung Rheinland-Pfalz.

In den beiden Folgemonaten (Juli und August 2024) wurden ergänzende **leitfadengestützte Einzelinterviews** per Telefon oder Videotelefonie mit bislang nicht vertretenen Interessensgruppen durchgeführt (n = 3).

Die Ergebnisse aus Workshop und Einzelinterviews sind Abbildung 2 in Form eines ersten konzeptionellen Rahmenmodells des SGI dargestellt. Dieses Modell fasst zentrale Aspekte zusammen, die nach Ansicht der Expertinnen und Experten bei der Entwicklung eines SGI berücksichtigt werden sollten. Die in AP 1 identifizierten drei zentralen Domänen – **Gesundheit, Soziales und Bildung** – wurden dabei durch die Diskussionen eindeutig bestätigt. Darüber hinaus formulierten die Expertinnen und Experten settingbezogene **Implementierungserfolgsfaktoren**, die entscheidend für eine erfolgreiche und nachhaltige Etablierung von SGF an Schulen sein können. Diese Faktoren wurden als vierte Dimension in das vorläufige Modell aufgenommen, sodass ein „**3+1-Modell**“ entstand, das die theoretische und praktische Basis für die weitere Indexentwicklung bildete.

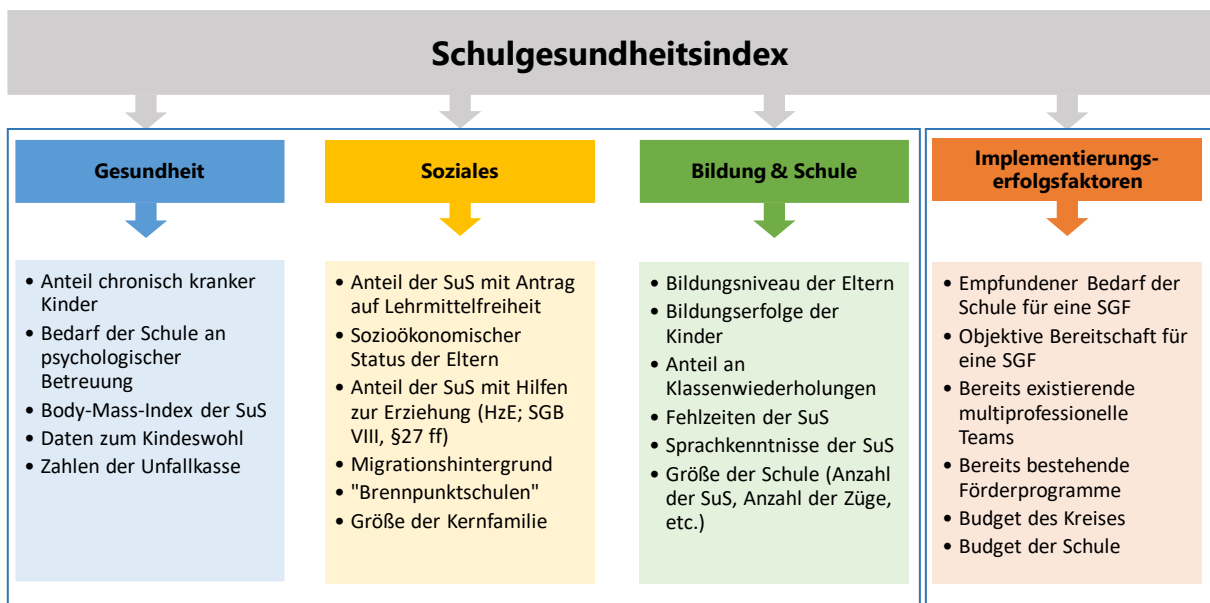


Abbildung 2: vorläufiges Rahmenmodell (3+1-Modell) für die Konzipierung des Schulgesundheitsindex | Zusammengefasstes Zwischenergebnis aus AP 1 und AP 2

AP 2.2.: Ergebnisse der quantitativen Befragung

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Zusammensetzung der teilnehmenden Personen. Von insgesamt 16 eingeladenen Expertinnen und Experten nahmen 11 an der Befragung teil.

Teilnehmende gesamt	11
Bildung	5
Soziales	1
Gesundheit	3
Sonstiges	2

Tabelle 1: Übersicht der Teilnehmenden der Online-Befragung

Die Auswertung der Befragungsergebnisse zeigte, dass die mediane Bewertung der Indikatoren über alle Domänen hinweg zu 75 % über einem Median von 6 lagen (entspricht einem 0,25 Quantil von 6,25). Indikatoren mit einem Wert ≤ 6 wurden als „nicht ausreichend wichtig“ eingestuft und im weiteren Entwicklungsprozess des SGI nicht berücksichtigt.

Im ersten Teil der Befragung wurde die Relevanz der vier übergeordneten Domänen abgefragt, die das konzeptionelle Grundgerüst des SGI bilden sollen (vgl. Abbildung 2). Die Ergebnisse in Abbildung 3 zeigten eine klare Priorisierung: Die Domäne **Gesundheit** wurde mit einem Median von 10 als besonders zentral erachtet. **Soziale Faktoren** und **Implementierungserfolgswirkfaktoren** folgten mit einem Median von jeweils 8 auf dem zweiten Rang. Die **Bildungsfaktoren** wurden von den Befragten als vergleichsweise weniger bedeutsam eingestuft und erreichten mit einem Median von 7 den niedrigsten Wert unter den vier Domänen.

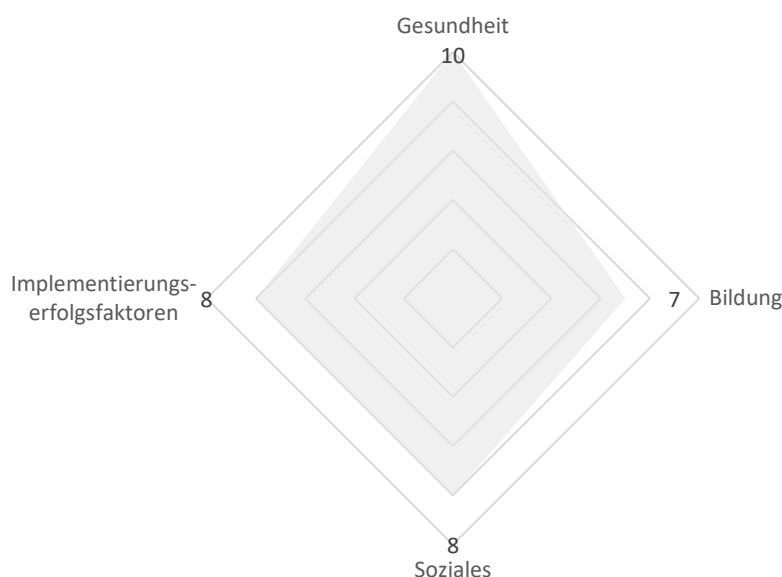


Abbildung 3: Ergebnis Frage 1 - Wie wichtig finden Sie die jeweilige Domäne als Teil des Schulgesundheitsindex?

In Bezug auf die einzelnen Indikatoren einer jeden Domäne ergab sich für die Items der **Domäne Gesundheit** folgendes Meinungsbild (Abbildung 4):

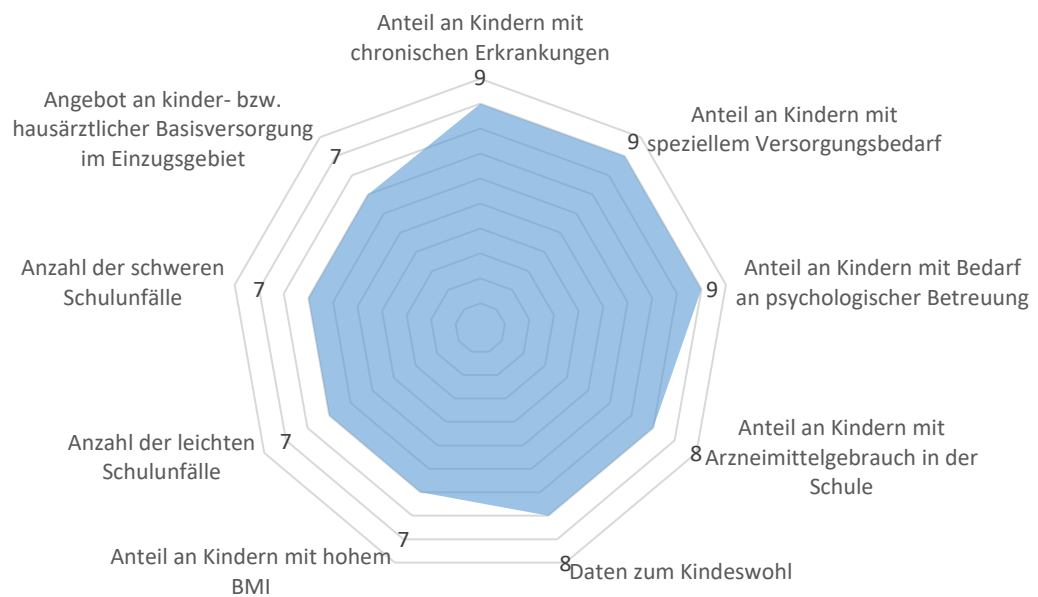


Abbildung 4: Ergebnis Domäne Gesundheit

Als „besonders wichtig“ (Median ≥ 9) galten die Indikatoren

- Anteil an Kindern mit chronischen Erkrankungen
- Anteil an Kindern mit speziellem Versorgungsbedarf
- Anteil an Kindern mit Bedarf an psychologischer Betreuung

Als „wichtig“, mit einem Median von 7 bis 8, galten die folgenden Indikatoren:

- Anteil an Kindern mit Arzneimittelgebrauch in der Schule
- Daten zum Kindeswohl (z.B. Anteil an Kindern mit nicht wahrgenommenen Impfungen oder Vorsorgeuntersuchungen)
- Anteil an Kindern mit hohem Body Mass Index (BMI)
- Anzahl der schweren Schulunfälle (z.B. mit Rettungswageneinsatz)
- Anzahl der leichten Schulunfälle (z.B. Bagatellverletzungen ohne Abbruch des Schultages)
- Angebot an kinder- und hausärztlicher Basisversorgung im Einzugsgebiet der Schule (je 10.000 Kinder bis zu 15 Jahre)

Keine der genannten Indikatoren aus dem Bereich Gesundheit waren „nicht ausreichend wichtig“ (Median ≤ 6).

Das Ergebnis der Itemabfrage in der **Domäne Soziales** sah wie folgt aus (Abbildung 5):

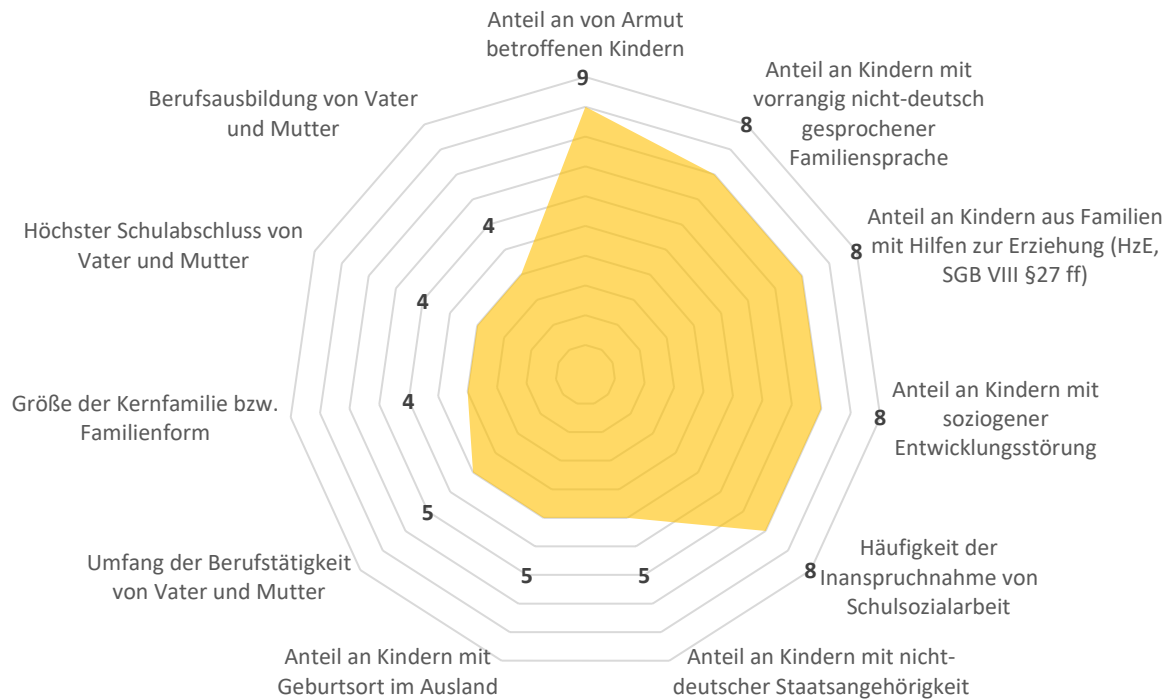


Abbildung 5: Ergebnis Domäne Soziales

Als „besonders wichtig“ (Median ≥ 9) galten Daten zur Kinderarmut (gemessen an Kindern mit Antrag auf Lernmittelfreiheit).

Ebenfalls „wichtig“, mit einem Median von 7 bis 8, waren:

- Anteil an Kindern mit nicht-deutscher Familiensprache
- Anteil der Kinder mit Hilfen zur Erziehung (HzE, SGB VIII, §27 ff)
- Häufigkeit der Inanspruchnahme von Schulsozialarbeit
- Anteil der Kinder mit soziogenen Entwicklungsstörungen (d.h. Entwicklungsstörungen mit starkem Bezug zum sozioökonomischen Status der Eltern)

„Nicht ausreichend wichtig“ (Median ≤ 6), und damit nicht mehr für den Index relevant, waren die folgenden Indikatoren:

- Nicht-deutsche Staatsangehörigkeit
- Geburtsort im Ausland
- Größe der Kernfamilie (Familienform)
- Daten zum sozioökonomischen Status der Eltern (Schulabschluss der Eltern, Berufsausbildung, Umfang der Berufstätigkeit)

Die Umfrageergebnisse in der **Domäne Bildung** ergaben folgendes Bild (Abbildung 6):

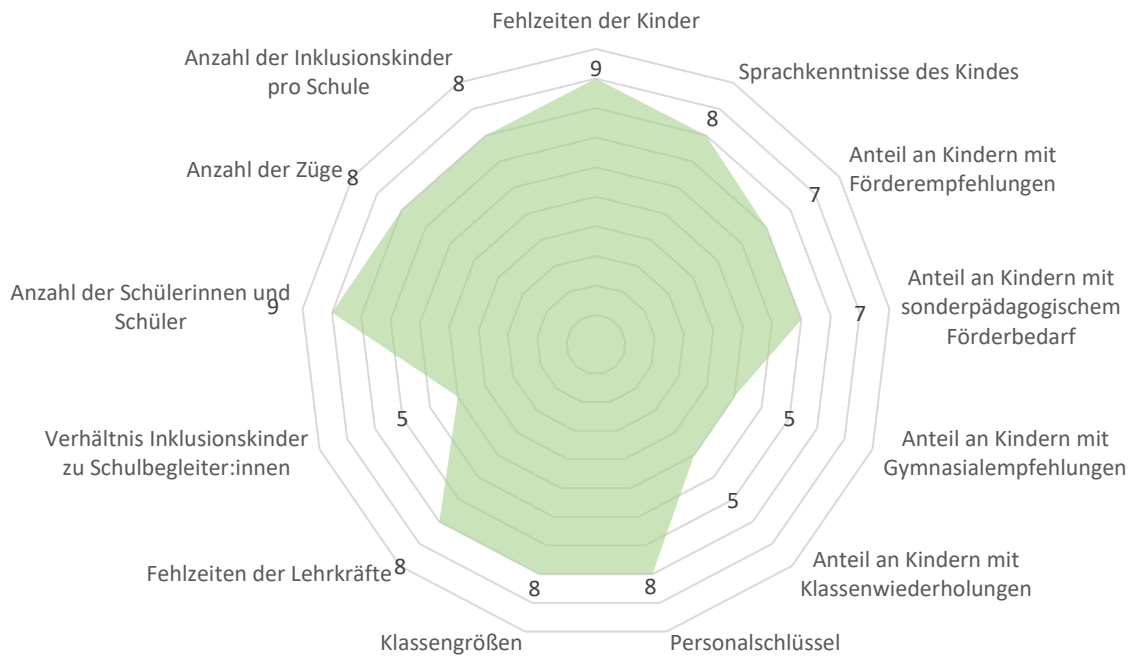


Abbildung 6: Ergebnis Domäne Bildung

Als „besonders wichtig“ (Median ≥ 9) stellten sich die folgenden Indikatoren heraus:

- Fehlzeiten der Kinder
- Gesamtzahl der SuS

Ebenfalls „wichtig“ (Median 7 bis 8) waren:

- Sprachkenntnisse des Kindes
- Personalschlüssel (Verhältnis Kinder zu Lehrkräften)
- Durchschnittliche Klassengröße
- Fehlzeiten des Lehrpersonals
- Anzahl der Züge
- Anzahl der Inklusionskinder pro Schule
- Anteil der Kinder mit Förderempfehlungen
- Anteil der Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf

„Nicht ausreichend wichtig“ (Median ≤ 6) und somit nicht mehr relevant für den SGI waren die folgenden Indikatoren:

- Anteil der Kinder mit Gymnasialempfehlung
- Anteil der Kinder mit Klassenwiederholungen
- Zahlenverhältnis von Inklusionskindern zu Schulbegleiterinnen und Schulbegleitern

In der **Domäne Implementierungserfolgswfaktoren** kam es zu folgendem Ergebnis (Abbildung 7):

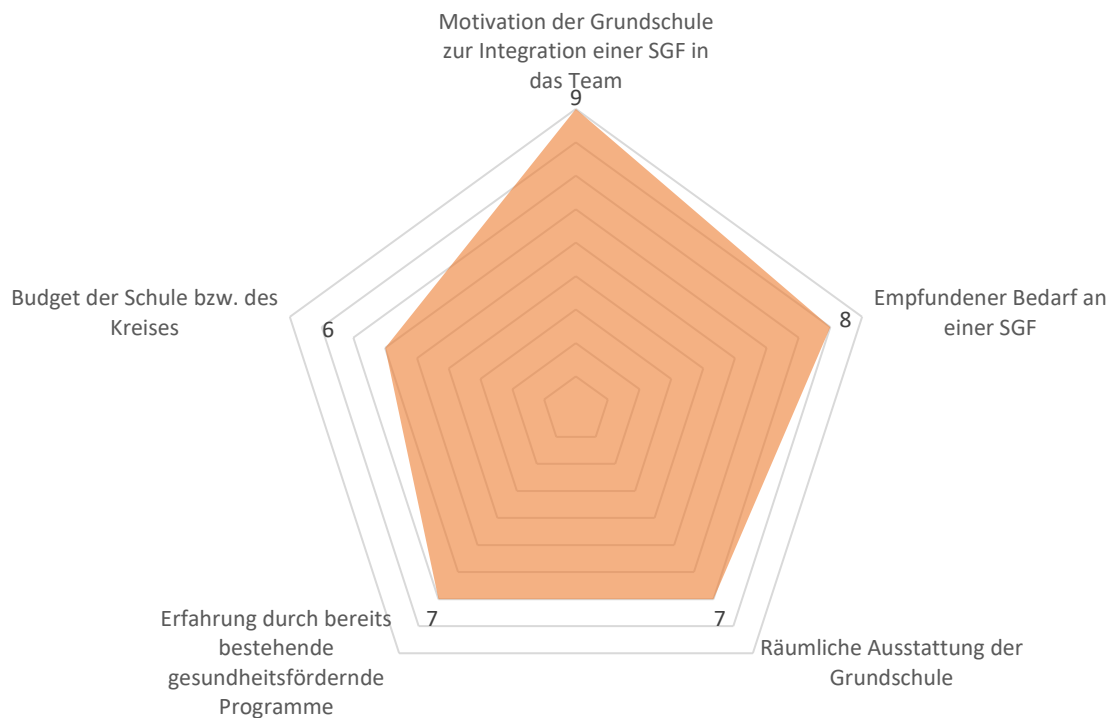


Abbildung 7: Ergebnis Domäne Implementierungserfolgswfaktoren

Als „besonders wichtig“ (Median ≥ 9) galt die Motivation der jeweiligen Grundschule zur Integration einer SGF in das multiprofessionelle Team.

Ebenfalls „wichtig“ (Median 7 bis 8) und förderlich für eine gute Implementierung einer SGF waren:

- der empfundene Bedarf einer Grundschule an einer SGF
- die räumliche Ausstattung der Grundschule (z.B. ein separater Raum für die SGF)
- Erfahrung durch bereits bestehende Förderprogramme an der Schule

„Nicht ausreichend wichtig“ (Median ≤ 6) war laut Meinung der Expertinnen und Experten das Budget der Schule bzw. des Kreises.

4.3 AP 3: Konzeptualisierung und Auswahl der Indikatoren

Die Erhebung potenzieller Datenquellen ergab die in den Tabellen 2 bis 7 dargestellten und nach ihrer Relevanz für die einzelnen Indikatoren geordneten Quellen sowie die jeweiligen Datenhalter (vgl. Kapitel 4.2.2 „AP 2.2: Ergebnisse der quantitativen Befragung“).

A. Domäne Gesundheit - Indikatoren zur Gesundheit der Schülerinnen und Schüler

Tabelle 2: Übersicht und Gewichtung der Indikatoren zur Gesundheit der Schülerinnen und Schüler

Median	Indikatoren zur Gesundheit der Schülerinnen und Schüler	Beobachtungseinheit	Aggregations-ebene	Daten- quelle I	Datenhalter I	Daten- quelle II	Daten- halter II	Daten- quelle III	Datenhalter III
9	Anteil an Kindern mit chronischen Erkrankungen	Kind	GS	SEU	GA	KV- Abrechnungs- daten	KV RLP	Schulstatistik	StaLa
9	Anteil an Kindern mit speziellem Versorgungsbedarf	Kind	GS	SEU	GA	KV- Abrechnungs- daten	KV RLP	Schulstatistik	StaLa
9	Anteil an Kindern mit Bedarf an psychologischer Betreuung	Kind	GS	SEU	GA	KV- Abrechnungs- daten	KV RLP	Schulstatistik	StaLa
8	Anteil an Kindern mit Arzneimittelgebrauch in der Schule	Kind	GS	SEU	GA	KV- Abrechnungs- daten	KV RLP	Schulstatistik	StaLa
8	Daten zum Kindeswohl (z.B. Anteil an nicht wahrgenommenen Impfungen oder Vorsorgeuntersuchungen)	Kind	GS	SEU	GA	-	-	-	-
7	Anteil an Kindern mit hohem BMI	Kind	GS	SEU	GA	KV- Abrechnungs- daten	KV RLP	StaLa	-

Median	Indikatoren zur Gesundheit der Schülerinnen und Schüler	Beobachtungseinheit	Aggregations-ebene	Daten- quelle I	Datenhalter I	Daten- quelle II	Daten- halter II	Daten- quelle III	Datenhalter III
7	Anzahl der leichten Schulunfälle (z.B. Bagatellverletzungen ohne Abbruch des Schultages)	Kind	GS	Unfallstatistik	Unfallkasse RLP	-	-	-	-
7	Anzahl der schweren Schulunfälle (z.B. mit Rettungswageneinsatz)	Kind	GS	Unfallstatistik	Unfallkasse RLP	-	-	-	-
7	Angebot an kinder- bzw. hausärztlicher Basisversorgung im Einzugsgebiet der Grundschule (je 10.000 Kinder bis zu 15 Jahre)	GEM/Kreis	GEM/Kreis	INKAR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung	Arztregister	KV RLP	-	-

BM RLP= Ministerium für Bildung RLP, GA = Gesundheitsamt, GEM = Gemeinde, GS = Grundschule, KV RLP = Kassenärztliche Vereinigung RLP, SEU = Schuleingangsuntersuchung, SEU-EFB = Elternfragebogen der SEU, StaLa = Statistisches Landesamt RLP

*Daten werden (noch) nicht systematisch erfasst.

**Indikatoren mit einem Median ≤ 6 sind ausgegraut, da sie als „nicht ausreichend wichtig“ für den SGI eingestuft wurden

B. Domäne Soziales - Indikatoren zur sozialen Situation der Schülerinnen und Schüler

Tabelle 3: Übersicht und Gewichtung der Indikatoren zur sozialen Situation der Schülerinnen und Schüler

Median	Indikatoren zur sozialen Situation der Schülerinnen und Schüler	Beobachtungseinheit	Aggregations-ebene	Datenquelle I	Datenhalter I	Datenquelle II	Datenhalter II
9	Anteil an von Armut betroffenen Kindern (gemessen an Kindern mit Antrag auf Lernmittelfreiheit)	Kind	GS	BM RLP	BM RLP	Schulstatistik	StLa
8	Anteil an Kindern mit vorrangig nicht-deutsch gesprochener Familiensprache	Kind	GS	SEU-EFB	Gesundheitsamt	Schulstatistik	StLa
8	Anteil an Kindern aus Familien mit Hilfen zur Erziehung / frühen Hilfen	Kind	GS			-	-
8	<i>Anteil an Kindern mit soziogener Entwicklungsstörung (d.h. Entwicklungsstörungen mit starkem Bezug zum sozio-ökonomischen Status)*</i>	Kind	GS	<i>KV-Abrechnungsdaten</i>	<i>KV RLP</i>	-	-
8	<i>Häufigkeit der Inanspruchnahme von Schulsozialarbeit*</i>	GS	GS	-	<i>Jugendamt</i>	-	-
5	Anteil an Kindern mit nicht-deutscher Staatsangehörigkeit**	Kind	GS	SEU	GA	Schulstatistik	StLa
5	Anteil an Kindern mit Geburtsort im Ausland**	Kind	GS	SEU	GA	Schulstatistik	StLa
5	Umfang der Berufstätigkeit von Vater und Mutter**	Kind	GS	SEU	GA	-	-
4	Größe der Kernfamilie bzw. Familienform („Wo lebt das Kind überwiegend?“)**	Kind	GS	SEU-EFB	GA	-	-

Median	Indikatoren zur sozialen Situation der Schülerinnen und Schüler	Beobachtungseinheit	Aggregations-ebene	Datenquelle I	Datenhalter I	Datenquelle II	Datenhalter II
4	Höchster Schulabschluss von Vater und Mutter**	Kind	GS	SEU	GA	-	-
4	Berufsausbildung von Vater und Mutter**	Kind	GS	SEU	GA	-	-

BM RLP= Ministerium für Bildung RLP, GA = Gesundheitsamt, GEM = Gemeinde, GS = Grundschule, KV RLP = Kassenärztliche Vereinigung RLP, SEU = Schuleingangsuntersuchung, SEU-EFB = Elternfragebogen der SEU, StaLa = Statistisches Landesamt RLP

*Daten werden (noch) nicht systematisch erfasst.

**Indikatoren mit einem Median ≤ 6 sind ausgegraut, da sie als „nicht ausreichend wichtig“ für den SGI eingestuft wurden

C. Domäne Bildung - Indikatoren zur Bildung + Schule

C.I. Indikatoren zur Bildung der Schülerinnen und Schüler

Tabelle 4: Übersicht und Gewichtung der Indikatoren zur Bildung der Schülerinnen und Schüler

Median	Indikatoren zur Bildung der Schülerinnen und Schüler	Beobachtungseinheit	Aggregationsebene	Datenquelle I	Datenhalter I	Datenquelle II	Datenhalter II
9	Fehlzeiten der Kinder	Kind	GS	Schule	Schule	-	-
8	Sprachkenntnisse des Kindes	Kind	GS	SEU	GA	Schulstatistik	StaLa
7	Anteil an Kindern mit Förderempfehlungen	Kind	GS	SEU	GA	Schulstatistik	StaLa
7	Anteil an Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf	Kind	GS	Schulverzeichnis	StaLa	-	-
5	Anteil an Kindern mit Gymnasialempfehlungen**	Kind	GS	Schule	Schule	-	-
5	Anteil an Kindern mit Klassenwiederholungen**	Kind	GS	Schule	Schule	-	-

BM RLP= Ministerium für Bildung RLP, GA = Gesundheitsamt, GEM = Gemeinde, GS = Grundschule, KV RLP = Kassenärztliche Vereinigung RLP, SEU = Schuleingangsuntersuchung, SEU-EFB = Elternfragebogen der SEU, StaLa = Statistisches Landesamt RLP

*Daten werden (noch) nicht systematisch erfasst.

**Indikatoren mit einem Median ≤ 6 sind ausgegraut, da sie als „nicht ausreichend“ für den SGI eingestuft wurden

C.II. Indikatoren zur Belastung und zu Herausforderungen des Schulpersonals

Tabelle 5: Übersicht und Gewichtung der Indikatoren zur Belastung und zu Herausforderungen des Schulpersonals

Median	Indikatoren zur Belastung und Herausforderungen des Schulpersonals	Beobachtungseinheit	Aggregationsebene	Datenquelle I	Datenhalter I	Datenquelle II	Datenhalter II
8	Personalschlüssel (Verhältnis Kinder zu Lehrkräften)	GS	GS	BM RLP	Schulstatistik	StaLa	
8	Klassengrößen	GS	GS	BM RLP	BM RLP	Schulstatistik	StaLa
8	Fehlzeiten der Lehrkräfte	Lehrer	Schuljahr	BM RLP	BM RLP	-	-
5	Verhältnis Inklusionskinder zu Schulbegleiterinnen und Schulbegleitern**	GS	GS	Schule	Schule	-	-

BM RLP= Ministerium für Bildung RLP, GA = Gesundheitsamt, GEM = Gemeinde, GS = Grundschule, KV RLP = Kassenärztliche Vereinigung RLP, SEU = Schuleingangsuntersuchung, SEU-EFB = Elternfragebogen der SEU, StaLa = Statistisches Landesamt RLP

*Daten werden (noch) nicht systematisch erfasst.

**Indikatoren mit einem Median ≤6 sind ausgegraut, da sie als „nicht ausreichend wichtig“ für den SGI eingestuft wurden

C.III. Indikatoren zum Kontext einer Grundschule

Tabelle 6: Übersicht und Gewichtung der Indikatoren zum Kontext einer Grundschule

Median	Kontextindikatoren der Grundschule	Beobachtungseinheit	Aggregationsebene	Datenquelle I	Datenhalter I	Datenquelle II	Datenhalter II
9	Anzahl der Schülerinnen und Schüler	GS	GS	Schulverzeichnis	StaLa	Schulstatistik	StaLa
8	Anzahl der Züge	GS	GS	BM RLP	BM RLP	Schulstatistik	StaLa
8	Anzahl der Inklusionskinder pro Schule	GS	GS	Schule	Schule	-	-

BM RLP= Ministerium für Bildung RLP, GA = Gesundheitsamt, GEM = Gemeinde, GS = Grundschule, KV RLP = Kassenärztliche Vereinigung RLP, SEU = Schuleingangsuntersuchung, SEU-EFB = Elternfragebogen der SEU, StaLa = Statistisches Landesamt RLP

*Daten werden (noch) nicht systematisch erfasst.

**Indikatoren mit einem Median ≤ 6 sind ausgegraut, da sie als „nicht ausreichend wichtig“ für den SGI eingestuft wurden

D. Domäne Implementierungserfolgskriterien

Tabelle 7: Übersicht und Gewichtung der Implementierungserfolgskriterien seitens der Grundschule

Median	Indikatoren seitens der Grundschule für einen Implementierungserfolg	Beobachtungseinheit	Aggregationsebene	Datenquelle I	Datenhalter I
9	Motivation der Grundschule zur Integration einer SGF in das Team	GS	GS	gesonderte Abfrage	GS
8	Empfundener Bedarf an einer SGF	GS	GS	gesonderte Abfrage	GS
7	Räumliche Ausstattung der Grundschule (z.B. ein separater Raum für die SGF)	GS	GS	gesonderte Abfrage	Schulträger
7	Erfahrung durch bereits bestehende gesundheitsfördernde Programme	GS	GS	gesonderte Abfrage	GS
6	Budget der Schule bzw. des Kreises**	GS	GS	gesonderte Abfrage	Kreisverwaltung

BM RLP= Ministerium für Bildung RLP, GA = Gesundheitsamt, GEM = Gemeinde, GS = Grundschule, KV RLP = Kassenärztliche Vereinigung RLP, SEU = Schuleingangsuntersuchung, SEU-EFB = Elternfragebogen der SEU, StaLa = Statistisches Landesamt RLP

*Daten werden (noch) nicht systematisch erfasst.

**Indikatoren mit einem Median ≤ 6 sind ausgegraut, da sie als „nicht ausreichend wichtig“ für den SGI eingestuft wurden

E. Rahmenmodell des Schulgesundheitsindex („3+1-Modell“)

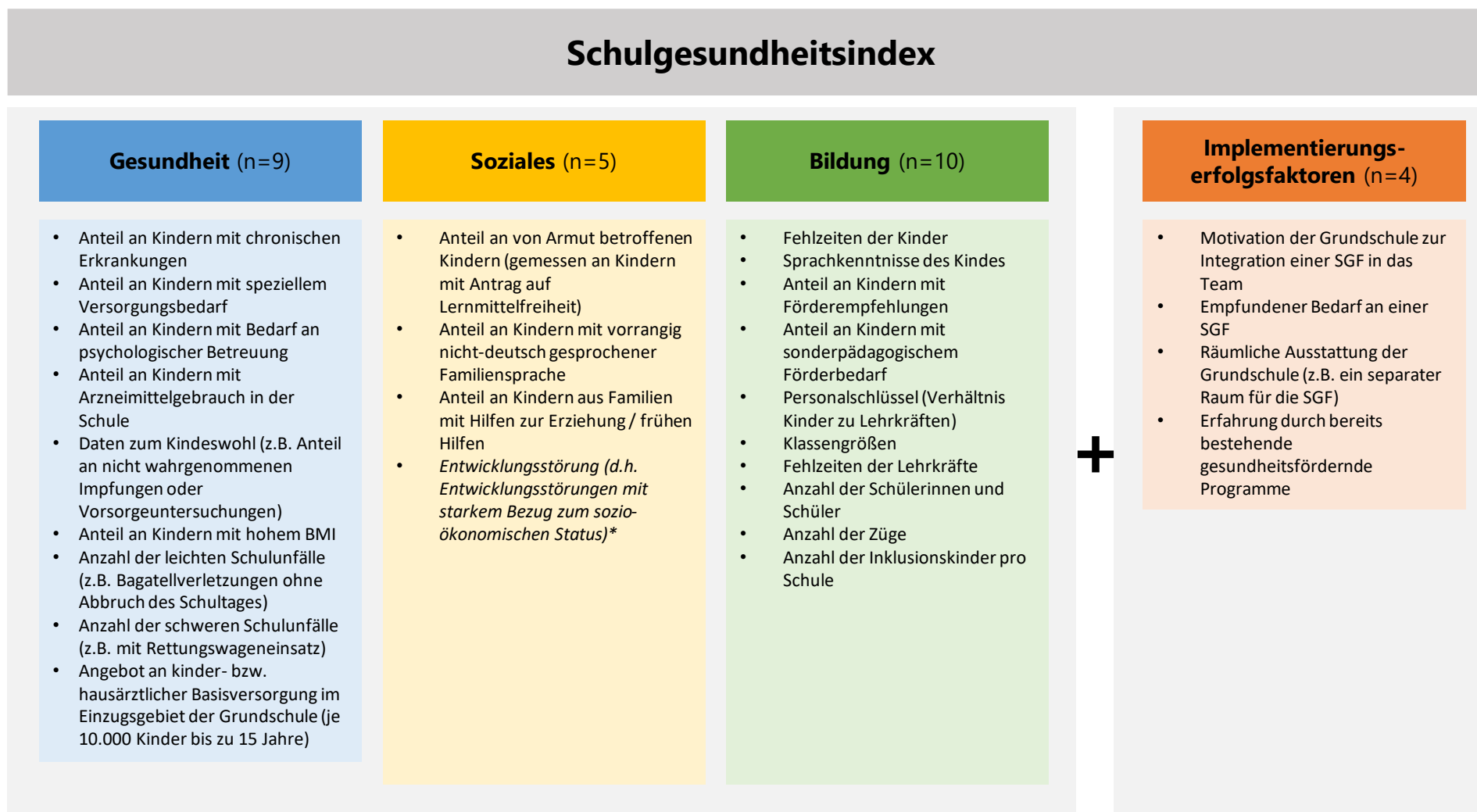


Abbildung 8 Der Schulgesundheitsindex 3+1-Rahmenmodell mit allen Einzelindikatoren [*Daten werden (noch) nicht erhoben]

5. Diskussion

Das Projekt QUINDI verfolgte das Ziel, erstmals ein wissenschaftlich fundiertes und zugleich praxisorientiertes Rahmenmodell für einen SGI in Rheinland-Pfalz zu entwickeln. Die Besonderheit lag dabei in der konsequent partizipativen Vorgehensweise: relevante Akteurinnen und Akteure aus Schule, Gesundheit, Bildung und Sozialwesen wurden aktiv in die Entwicklung einbezogen, wodurch nicht nur wissenschaftliche Evidenz, sondern auch praktische Umsetzbarkeit und Anschlussfähigkeit gewährleistet werden konnten. Der SGI berücksichtigt dabei, dass Schulgesundheit ein multifaktorielles Geschehen ist, das sowohl von gesundheitlichen Faktoren selbst als auch von sozialen und bildungsbezogenen Bedingungen maßgeblich beeinflusst wird. Weiter berücksichtigt der hier entwickelte SGI auch Faktoren, die für eine erfolgreiche Implementierung der SGF in den Schulen wichtig sein können.

Ein zentrales Ergebnis von QUINDI war eine theoriegeleitete und empirisch fundierte Indikatorenliste (3+1 Domänen: Gesundheit (n=9), Soziales (n=5), Bildung (n=10) und Implementierungserfolgskriterien (n=4), die auf der Einschätzung von 16 Expertinnen und Experten basierte. Die partizipative Herangehensweise steigerte nicht nur die Relevanz des Index für die Praxis, sondern legte auch die Grundlage für eine hohe Akzeptanz bei den Akteuren, die später mit dem Index arbeiten werden.

Langfristig kann der SGI einen Mehrwert bieten: Er ermöglicht nicht nur eine bedarfsgerechte Allokation von SGF, sondern **kann auch als Instrument für die Evaluation gesundheitsfördernder Maßnahmen und für die Gesundheitsberichterstattung dienen**. Gerade letzteres ist bedeutsam, da es in Deutschland bislang nur begrenzte Daten zum Gesundheitsgeschehen von SuS gibt. Ein systematisch erhobener und kontinuierlich aktualisierter Index könnte hier wichtige Wissenslücken schließen.

Trotz der erzielten Fortschritte bestehen weiterhin zentrale Herausforderungen, insbesondere im Bereich der Datenerhebung, -verfügbarkeit und -integration. Die Recherche geeigneter Datenquellen zeigte, dass kleinräumige oder schulbezogene Daten in Rheinland-Pfalz nur schwer verfügbar sind. Viele relevante Daten – etwa aus amtlichen Statistiken oder Gesundheitsämtern – liegen lediglich auf regionaler oder kommunaler Ebene vor und sind nicht bis zur Ebene einzelner Schulen heruntergebrochen.

Auch die Datenlage zu bestimmten Indikatoren ist an manchen Stellen lückenhaft. So gibt es bislang keine standardisierte Erfassung der Tätigkeiten der Schulsozialarbeit an Grundschulen. Ebenso gibt es

Hinweise, dass der Indikator „Anträge auf Lernmittelfreiheit“ unzureichend sein könnte, da bürokratische Hürden dazu führen, dass nicht alle berechtigten Familien erfasst werden. Hinzu kommt, dass während des Projektzeitraums keine probeweise Datenübermittlung aus einem Gesundheitsamt erfolgen konnte – unter anderem aufgrund von Softwareumstellungen und Personalmangel.

Ein weiterer wichtiger Schritt besteht darin zu prüfen, ob sich bestimmte Zielgrößen zusammenfassen lassen, um den Index kompakter und anwendungsfreundlicher zu gestalten. So könnten beispielsweise „leichte“ und „schwere“ Schulunfälle oder verschiedene Indikatoren zur Schulgröße zu übergeordneten Scores zusammengeführt werden. Darüber hinaus sollte künftig geklärt werden, an welcher zentralen Stelle die Daten für den SGI zusammengeführt, gepflegt und analysiert werden können.

6. Ausblick und Empfehlungen

Die Weiterentwicklung des SGI erfordert aus unserer Sicht zwei zentrale Schritte: Zum einen muss der Index im Rahmen eines **Proof-of-Concept** mit realen Daten getestet werden, um seine Aussagekraft, Praktikabilität und Wirkung zu überprüfen. Zum anderen sollte geprüft werden, wie sich der **Index auf weiterführende Schulen übertragen** lässt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die Relevanz einzelner Indikatoren mit dem Alter der SuS verändert und neue Dimensionen hinzukommen können, etwa im Bereich psychischer Gesundheit oder schulischer Übergangsprozesse.

Darüber hinaus bietet der SGI die Chance, den Blick über das Setting „Schule“ hinaus zu erweitern und **angrenzende Lebenswelten systematisch einzubeziehen**. Besonders der Übergang vom Kindergarten in die Grundschule stellt eine sensible Phase in der gesundheitlichen und sozialen Entwicklung von Kindern dar. Frühkindliche Bildungseinrichtungen erfassen bereits wichtige Informationen zu Entwicklungsstand, Sprachkompetenzen oder Förderbedarfen, die für ein umfassendes Bild schulischer Gesundheitschancen hochrelevant sein können. Die Einbindung solcher Daten würde eine kontinuierliche Perspektive entlang der Bildungsbiografie ermöglichen und helfen, Präventionsmaßnahmen zielgerichteter und früher einzusetzen. Auch hier ist eine zentrale Herausforderung die Harmonisierung und datenschutzkonforme Zusammenführung verschiedener Datenquellen – eine Aufgabe, die politische Rahmensetzung und strukturelle Lösungen erfordert.

Langfristig kann der SGI damit nicht nur zur gezielten Steuerung von Ressourcen im schulischen Gesundheitswesen beitragen, sondern **als übergreifendes Steuerungsinstrument für kontinuierliche Prävention und Gesundheitsförderung in der Kommune** von der frühen Kindheit bis zum Ende der Schulzeit dienen. Er würde damit zu einem wichtigen Baustein einer integrierten, lebensweltorientierten Public-Health-Strategie im Kindes- und Jugendalter.

7. Danksagung

Wir danken allen Expertinnen und Experten, die dieses Projekt mit ihrer Expertise und großem Engagement unterstützt haben!

- Frau Susanne Döhler, stellv. Landeselternsprecherin Rheinland-Pfalz
- Frau Beatrice Habegger, Landespflegekammer Rheinland-Pfalz
- Frau Beate Hildebrand, Schulamt, Landeshauptstadt Mainz
- Herr Bernd Quick, Beauftragter für Belange behinderter Menschen, Landeshauptstadt Mainz
- Herr Dr. Dietmar Hoffmann, Kreisverwaltung Mainz-Bingen
- Herr Dr. Ernst-Dieter Lichtenberg, Vorsitzender des Verbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitswesens
- Frau Dr. Heike Dinklage, Amtsärztlicher Dienst, Gesundheitsamt Mainz-Bingen
- Frau Dr. Esther Schroff, Schulärztlicher Dienst, Kreisverwaltung Mainz-Bingen
- Frau Sandra Schneider, Schulleitung Maler-Becker-Grundschule, Mainz
- Frau Monika Kislik, Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V., Mainz
- Herr Thomas Brill, Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion, Neustadt a. d. Weinstraße
- Frau Nadine Schaper, Schulsozialarbeit, Mainz
- Herr Christian Wantzen, Kinder- & Jugendarzt, Landesverbandsvorsitzender BVKJ e.V. Rheinland-Pfalz
- Frau Ute Schmazinski, Ministerium für Bildung Rheinland-Pfalz
- Frau Jana Fischer, Schulgesundheitsfachkraft, Mainz
- Frau Anja Heß, Schulgesundheitsfachkraft, Mainz

8. Literatur

1. Darling, S., et al., Mental health and wellbeing coordinators in primary schools to support student mental health: protocol for a quasi-experimental cluster study. *BMC public health*, 2021. 21(1): p. 1-14.
2. Walker, S.C., et al., Impact of School-Based Health Center use on academic outcomes. *J Adolesc Health*, 2010. 46(3): p. 251-7.
3. Fischer, J., et al., Schulgesundheitsfachkräfte an Grundschulen - Erste Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie. *Kinderärztliche Praxis*, 2022. 93: p. 21-26.
4. Bandeira, A.D.S., et al., Psychosocial mediators of screen time reduction after an intervention for students from schools in vulnerable areas: A cluster-randomized controlled trial. *J Sci Med Sport*, 2020. 23(3): p. 264-269.
5. Elinder, L.S., et al., A Healthy School Start Plus for prevention of childhood overweight and obesity in disadvantaged areas through parental support in the school setting - study protocol for a parallel group cluster randomised trial. *BMC Public Health*, 2018. 18(1): p. 459.
6. Kromrey, H., J. Roose, and J. Strübing, *Empirische Sozialforschung*, in *Empirische Sozialforschung*. 2016, UVK Verlag: Stuttgart, Deutschland. p. 560.
7. Bouthoorn, S.H., et al., Development of socioeconomic inequalities in obesity among Dutch pre-school and school-aged children. *Obesity*, 2014. 22(10): p. 2230-2237.
8. Durkin, K., et al., Effects of a statewide pre-kindergarten program on children's achievement and behavior through sixth grade. *Developmental Psychology*, 2022. 58(3): p. 470.
9. Gao, Z., et al., Video game-based exercise, Latino Children's physical health, and academic achievement. *American journal of preventive medicine*, 2013. 44(3): p. S240-S246.
10. Jansen, W., et al., Effectiveness of a primary school-based intervention to reduce overweight. *International Journal of Pediatric Obesity*, 2011. 6(sup3): p. e70-77.
11. De Bock, F., et al., A participatory parent-focused intervention promoting physical activity in preschools: design of a cluster-randomized trial. *BMC public health*, 2010. 10: p. 1-13.
12. Rasiah, S., et al., School-based health care: improving academic outcomes for inner-city children-a prospective cohort quasi-experimental study. *Pediatr Res*, 2023. 94(4): p. 1488-1495.
13. Board, T.D.S., *THE 2023 LEARNING OPPORTUNITIES INDEX: QUESTIONS AND ANSWERS 2023*. 2023.
14. Alaimo, K., et al., The Michigan Healthy School Action Tools Process Generates Improvements in School Nutrition Policies and Practices, and Student Dietary Intake. *Health Promotion Practice*, 2015. 16(3): p. 401-410.
15. Jago, R., et al., Fatness, fitness, and cardiometabolic risk factors among sixth-grade youth. *Medicine and science in sports and exercise*, 2010. 42(8): p. 1502.
16. Widnall, E., et al., Adolescent experiences of the COVID-19 pandemic and school closures and implications for mental health, peer relationships and learning: A qualitative study in South-West England. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022. 19(12): p. 7163.
17. Wright, C.M., et al., Study protocol: the Fueling Learning through Exercise (FLEX) study—a randomized controlled trial of the impact of school-based physical activity programs on children's physical activity, cognitive function, and academic achievement. *BMC public health*, 2016. 16(1): p. 1-12.
18. Rheinland-Pfalz, M.f.B., *INFORMATIONEN ZUM ANTRAG AUF LERNMITTELFREIHEIT FÜR DAS SCHULJAHR 2023/2024*. 2023.
19. Chilinda, Z.B., et al., After-school nutrition education programme improves eating behaviour in economically disadvantaged adolescents. *Public Health Nutrition*, 2021. 24(7): p. 1927-1933.
20. Kempe, A., et al., Effectiveness and cost of immunization recall at school-based health centers. *Pediatrics*, 2012. 129(6): p. e1446-e1452.
21. Paulus, P., *Die Gesundheitsfördernde Schule und die Reform der Schule*. *Journal für Psychologie*, 1997. 5(3): p. 41-49.
22. De Heer, H.D., et al., Effectiveness and spillover of an after-school health promotion program for Hispanic elementary school children. *American Journal of Public Health*, 2011. 101(10): p. 1907-1913.
23. Ernst, V.S., et al., Cohort Profile: evaluation of the targeted individual promotion in German preschools using the revised Dortmund Developmental Screening for Preschools DESK 3-6 R (project "GIF MV"). *BMC Public Health*, 2023. 23(1): p. 414.
24. Sutherland, R., et al., A cluster randomised trial of an intervention to increase the implementation of physical activity practices in secondary schools: study protocol for scaling up the Physical Activity 4 Everyone (PA4E1) program. *BMC Public Health*, 2019. 19(1): p. 883.