

Schulgesundheitsfachkräfte (SGFK) in Deutschland: Schnittstelle im Versorgungssystem und Motor für Bildungsteilhabe

*Schulgesundheitsfachkräfte fangen gesundheitliche und psychosoziale Probleme von Schüler*innen früh auf und ermöglichen, dass über 85 % der Kinder direkt in den Unterricht zurückkehren. Davon profitiert auch die pädiatrische Versorgung, weil unnötige Notfallkontakte reduziert und Belastungen frühzeitig erkannt werden. Als verbindende Schnittstelle zwischen Bildung und Gesundheit verbessern sie die gesundheitliche Versorgung und Teilhabe – vorausgesetzt, ihre Arbeit wird dauerhaft strukturell verankert.*



Gabriele Ellsäßer



Johann Böhm

Einleitung

Die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland hat sich in den vergangenen Jahren deutlich verschlechtert. Psychosoziale Belastungen, chronische Erkrankungen

und pandemiebedingte Entwicklungsrückstände treffen auf eine sich stark verändernde Schullandschaft – insbesondere des Ganztags – ab 2026 Rechtsanspruch zunächst für Schulanfänger. Hinzu kommen hohe Bildungsanforderungen, geprägt durch soziale Benachteiligung, Kinderarmut, Migration, die „Wunden“ der Pandemie sowie die Anforderungen inklusiver Bildung und der Betreuung geflüchteter Kinder. Diese Faktoren kumulieren zu einem erheblichen Unterstützungsbedarf im System Schule. Gleichzeitig fehlt in Deutschland ein flächendeckendes schulgesundheitsliches Versorgungssystem, wie es in vielen europäischen und angloamerikanischen Ländern etabliert ist. Schulgesundheitsfachkräfte (SGFK, „School Nurses“) könnten einen zentralen Beitrag zur Bewältigung dieser Herausforderungen leisten (1,2).

Gesundheitliche und psychosoziale Problemlagen im Setting Schule

Übersichtsarbeiten zeigen eine hohe Prävalenz gesundheitlicher Belastungen im Kindes- und Jugendalter (3,4): Etwa die Hälfte der Mädchen und ein Drittel der Jungen berichten über psychosomatische Beschwerden. Mehr als die Hälfte der Jugendlichen hat ausgeprägte Zukunftsängste. Rund jedes sechste Kind lebt mit einer chronischen Erkrankung, und etwa 17 % zeigen psychische Auffälligkeiten. Zudem erleiden rund 9 % der

Schüler*innen behandlungsbedürftige Unfälle im Schulkontext.

Pandemiebedingt wurden bei Einschulungskindern vermehrt Entwicklungsstörungen, Übergewicht sowie ein gesteigerter Medienkonsum beobachtet. Bei Jugendlichen ist insbesondere der Anstieg psychischer Erkrankungen deutlich – vor allem bei Mädchen. Postpandemisch blieben diese auf einem höheren Niveau als vor der Pandemie. Insgesamt verschärfen diese Entwicklungen die Situation zusätzlich. Besonders betroffen sind Kinder aus sozial benachteiligten Familien.

Qualifikation und Rolle der Schulgesundheitsfachkräfte

SGFK sind examinierte Pflegefachkräfte und verfügen durch ihre Weiterqualifizierung auf der Basis eines evaluierten Curriculums über professionelle Kompetenz, eigenständig und interprofessionell in Schule zu handeln (5). Die bundesweite Umsetzung erfolgt seit 2021 über die Evangelische Hochschule in Darmstadt. Die Qualifizierung umfasst ein breites Spektrum pflegefachlicher und koordinativer Kompetenzen, die für die Tätigkeit im schulischen Setting zentral sind (6):

- gesundheitliche Erstbeurteilung
- pflegefachliche Situationsanalyse
- Versorgung akuter Beschwerden
- Management chronischer Erkrankungen
- psychosoziale Stabilisierung
- Gesundheitsförderung und Prävention

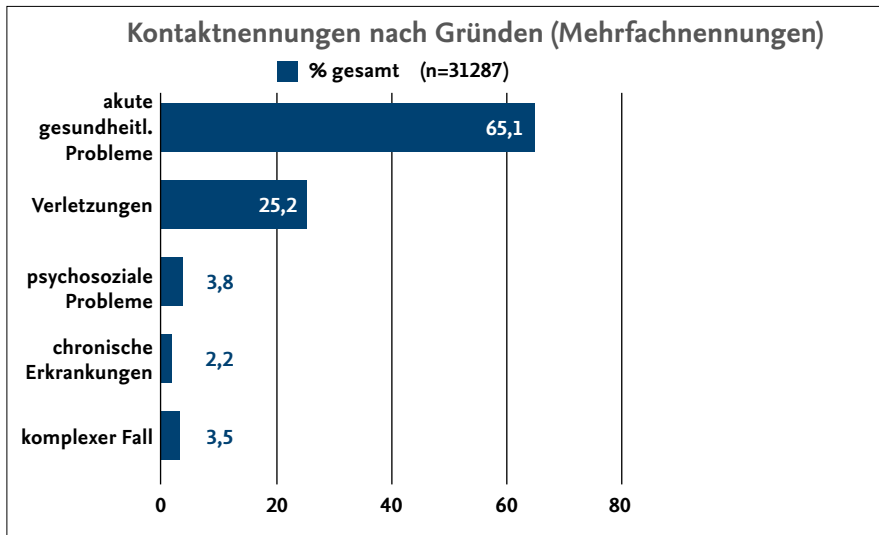


Abb. 1: Dokumentation der Kontakte nach Gründen der Schüler*innen. Quelle: AWO Bezirksverband Potsdam e.V., Delmenhorster Institut für Gesundheitsförderung, eigene Berechnungen

- koordinierende Schnittstellenarbeit zwischen Schule, Eltern und dem medizinischen und psychosozialen Versorgungsnetz.

SGFK in Brandenburg: Kontaktanlässe und Wirkung

Die Analyse des Tätigkeitsfeldes von SGFK basiert auf aktuellen Dokumentationsdaten der AWO Bezirksverband Potsdam e.V. zusammen mit dem Delmenhorster Institut für Gesundheitsförderung (DIG) für den Zeitraum von einem Jahr (08.04.2024–11.04.2025).

Diese in einer praxisnahen und zugleich wissenschaftlich nutzbaren Struktur erhobenen Daten liefern erneut in Deutschland (7) umfangreiche und va-

lide Erkenntnisse zur Bedeutung dieser Berufsgruppe im schulischen Kontext. Die Datenauswertung von 18 SGFK an 21 öffentlichen Schulen (15 Grundschulen (GS), eine kombinierte Grundschule und Oberschule (GS), 4 Oberschulen (OS), ein Oberstufenzentrum) umfasst 28.461 schülerbezogene Kontakte innerhalb dieses Jahres. Bemerkenswert ist, dass 74 % der Schüler*innen mindestens einen Kontakt mit der SGFK aufwiesen, was auf eine hohe Inanspruchnahme und Vernetzung im Schulalltag hinweist. Die durchschnittliche Kontaktdauer von 13 Minuten unterstreicht den Charakter einer niedrigschwelligen, zugleich jedoch fachlich fundierten Intervention.

Die in Abbildung 1 und 2 dargestellten Kontaktanlässe zeigen, dass akute

gesundheitliche Beschwerden – insbesondere Schmerzen (wie Bauch- und Kopfschmerzen) – den größten Anteil ausmachen, gefolgt von Verletzungen und psychosozialen Problemlagen, die auch zu einem erhöhten akuten Gesprächsbedarf führen. Kontaktanlässe im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen sind demgegenüber eher unterrepräsentiert. Besonders hervorzuheben ist, dass 999 Fälle aufgrund zusätzlicher psychosozialer Problemlagen einen erhöhten Betreuungsaufwand erforderten und daher als komplex eingestuft wurden. Diese Verteilung verdeutlicht die Breite des gesundheitlichen Unterstützungsbedarfs im schulischen Setting und unterstreicht die Rolle der SGFK als erste fachliche Anlaufstelle für Schüler*innen.

Das Interventionsspektrum der Schulgesundheitsfachkräfte umfasst eine breite Palette pflegerischer und psychosozialer Maßnahmen, wie die Dokumentation deutlich macht (vgl. Abbildung 3). Am häufigsten wurden Beratungen der Schüler*innen (12,4 %), emotionale Unterstützung (10,5 %), Kälteanwendungen (10,3 %) sowie körperliche Untersuchungen (10,2 %) durchgeführt. Zentrale pflegerische Maßnahmen wie Schmerzmanagement (8 %), versorgen mit Trinken bzw. Essen (7,3 %) und Anleitung zur Selbsthilfe (7,1 %) tragen wesentlich zur Stabilisierung im Akutfall bei. Ergänzend kommen Ausruhen, Wärmeanwendungen aber auch eine Verlaufsbeobachtung zum Einsatz. Seltener sind klassische pflegerische Tätigkeiten wie Temperatur-, Blutdruck- und Pulsmessungen, Wundversorgung sowie intensivere Gespräche bei psychosozialen Bedarf.

Bezogen auf rund 5 % der schülerbezogenen Kontakte empfahlen die SGFK in über zwei Dritteln dieser Fälle eine weitere ärztliche Behandlung, bei einem Fünftel veranlassten sie die Inanspruchnahme eines D-Arztbesuches und bei rund jeder bzw. jedem zehnten Schülerin oder Schüler eine psychosoziale Unterstützung (Abbildung 4). Diese Vermittlungstätigkeit verdeutlicht die unmittelbare Wirkung der SGFK als zentrale Schnittstelle zum Versorgungssystem im Schulalltag und zeigt ihre Bedeutung in Deutschland erneut empirisch – basierend auf einer großen Zahl von Schüler*innen unterschiedlichen Alters und verschiedener Schulformen.

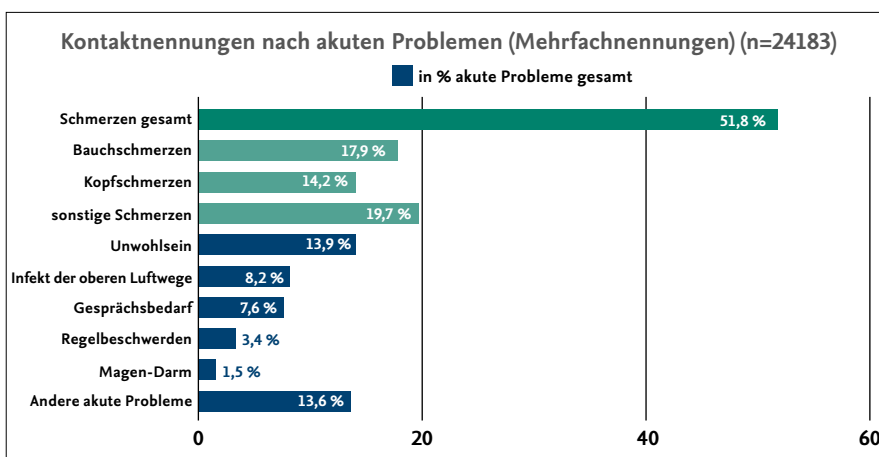


Abb. 2: Dokumentation der Kontakte nach akuten gesundheitlichen Problemen der Schüler*innen. Quelle: AWO Bezirksverband Potsdam e.V., Delmenhorster Institut für Gesundheitsförderung, eigene Berechnungen

Tab. 1: Einfluss auf die Bildungsteilnahme nach Kontakt mit SGFK

	Anzahl	in %
Rückkehr in Unterricht	19.620	85,4%
Schüler nach Hause	3.271	14,2%
RTW/Klinik	71	0,3%
Gesamt	22.962	100%

Quelle: AWO Bezirksverband Potsdam e.V., Delmenhorster Institut für Gesundheitsförderung, eigene Berechnungen

Die Relevanz dieser Tätigkeit spiegelt sich auch in der Bildungsteilnahme wider. Da im Rahmen der Kontakthanfälle dokumentiert wurde, ob eine Rückkehr in den Unterricht möglich war, lassen sich klare Effekte aufzeigen: Von rund 23.000 schülerbezogenen Kontakten konnten 85,4 % der Schüler*innen nach der Intervention wieder am Unterricht teilnehmen; lediglich 0,3 % erforderten einen Rettungstransport oder eine Klinikeinweisung (Tabelle 1). Damit wird sichtbar, wie die SGFK nicht nur gesundheitliche Versorgung sicherstellen, sondern zugleich schulische Teilhabe unterstützen.

Stand der Umsetzung Deutschland

Zum Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften in Deutschland ist eine detaillierte Übersicht in der Publikation von Ellsäßer und Manz zur „Rolle der school nurse in der Schulgesundheitspflege: Aktuelle Herausforderungen“ zu finden – und erfolgt bislang sehr heterogen. Bundesweit sind rund 150 SGFK an etwa 32.000 öffentlichen Schulen tätig, meist im Rahmen von Modellprojekten, die je nach Bundesland unterschiedlich weit entwickelt sind – von lokalen Pilotvorhaben (z. B. Teltow-Fläming, Berlin) bis hin zu bereits etablierten Strukturen wie in Hessen, Brandenburg, Rheinland-Pfalz, Hamburg, Stuttgart, so die aktuelle Übersicht der Autorinnen. Die Anstellungsverhältnisse variieren zwischen Land, Kommunen und freien Trägern, angesiedelt im Bildungs- oder Gesundheitsbereich, häufig in Teilzeit und teils befristet. Auch der Schulkontext unterscheidet sich deutlich: SGFK arbeiten in großen und kleinen Schulen, in ländlichen Regionen ebenso wie in städtischen oder sozial belasteten Gebieten. Zudem haben sich zwei Konzepte etabliert: 1. die medizinisch-pflegerische Versorgung im schulischen Sprechzimmer, ergänzt durch

präventive Projektarbeit, und 2. die projektorientierte Prävention mit Beratungsangeboten für Schüler*innen, Lehrkräfte und Eltern – umgesetzt durch Gesundheitsfachkräfte wie in Bremen.

Evidenzlage in Deutschland

Der aktuelle Erkenntnisstand in Deutschland mit insgesamt 8 Evaluationsstudien zeigt deutlich, so die

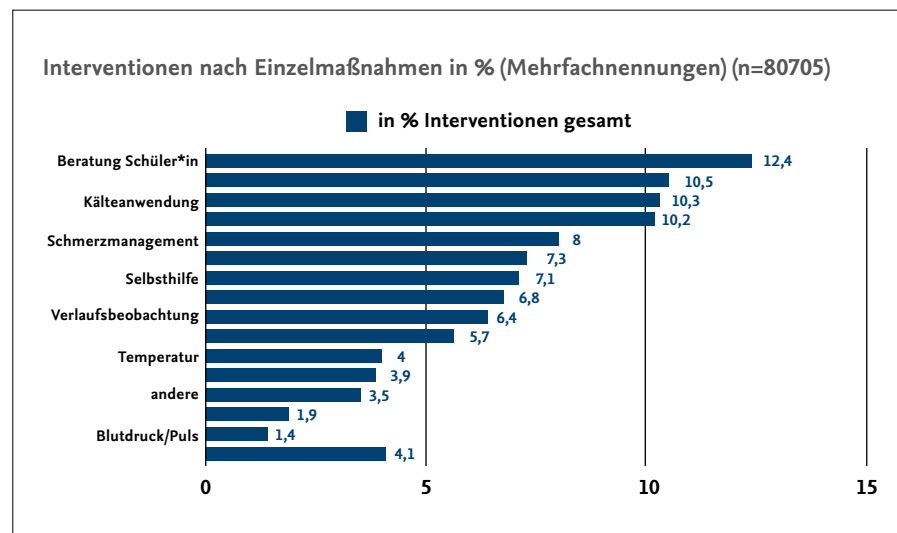


Abb. 3: Dokumentation der schülerbezogenen Maßnahmen der SGFK. Quelle: AWO Bezirksverband Potsdam e.V., Delmenhorster Institut für Gesundheitsförderung, eigene Berechnungen

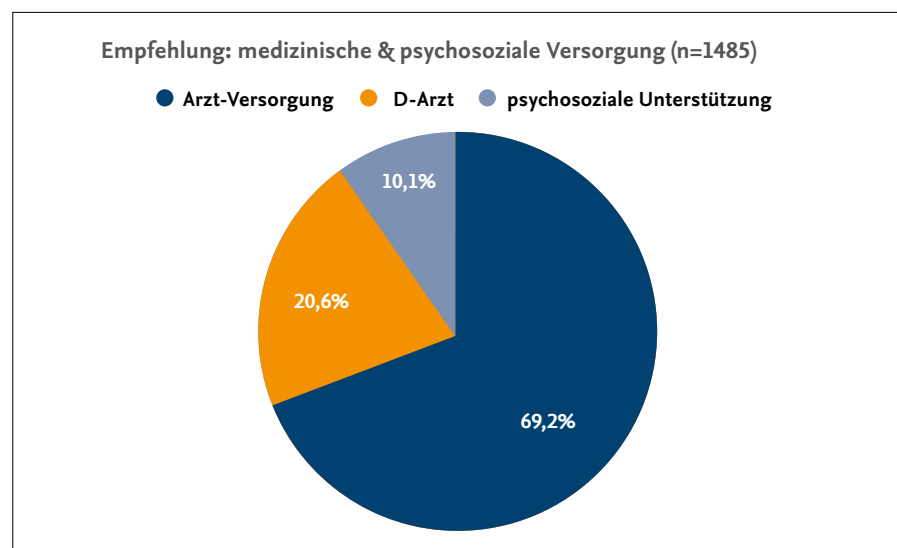


Abb. 4: Dokumentation der Empfehlungen von medizinischer bzw. psychosozialer Versorgung. Quelle: AWO Bezirksverband Potsdam e.V., Delmenhorster Institut für Gesundheitsförderung, eigene Berechnungen

Schlussfolgerungen der Autorinnen, dass Schulgesundheitsfachkräfte wirksam zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Schüler*innen beitragen. Die Wirkungen sind komplex: eine Entlastung der Lehrkräfte, eine Reduktion unnötiger Notfalleinsätze, eine Stärkung der Bildungsteilhabe sowie eine verbesserte Kooperation mit medizinischen und psychosozialen Diensten. Die Evidenz zur Wirksamkeit ist somit vorhanden; die zentrale Herausforderung liegt in der fehlenden flächendeckenden Umsetzung und einer bislang uneinheitlichen strukturellen Verankerung im deutschen Bildungssystem.

Politische Unterstützung durch den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ)

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ) spricht sich in einer aktuellen Pressemitteilung deutlich für eine bundesweite Einführung von Schulgesundheitsfachkräften aus. SGFK seien zentrale Ansprechpersonen im Schulalltag, die bei akuten Beschwerden schnell handeln, Kinder, Eltern und Lehrkräfte beraten und gesundheitsförderliche Strukturen stärken. Besonders für Kinder mit chronischen Erkrankungen stellen sie laut BVKJ eine wichtige Ergänzung der pädiatrischen Versorgung dar.

Der Verband betont, dass SGFK alle Kinder unabhängig von ihrer sozialen

Schulgesundheitsfachkräfte (SGFK) – ein Gewinn für die pädiatrische Versorgung

Was SGFK leisten:

- Sie arbeiten an der Schnittstelle zwischen Bildung und Gesundheit und stärken die sektorenübergreifende Versorgung.
- Tägliche niedrigschwellige Anlaufstelle für akute Beschwerden, Verletzungen und psychosoziale Probleme.
- Frühwarnsystem für häufige Symptome wie Kopf-, Bauchschmerzen, Schwindel, Belastungsreaktionen.
- Unterstützung bei der Betreuung chronisch kranker Kinder (wie Asthma, Diabetes, Allergien).
- Umsetzung von Notfallplänen und Therapieempfehlungen im Schulalltag. Entlastung von Eltern und Vermeidung unnötiger Notfallkonsultationen.

Relevanz für die Pädiatrie:

- SGFK erfassen regelmäßig gesundheitliche Episoden der Kinder, die Arztpraxen oft nicht erreichen – ein bislang fehlender „Erfahrungsraum“ für die Versorgung.
- Sie erkennen psychosoziale Belastungen früh und steuern am Bedarf orientiert gezielt in ärztliche oder therapeutische Versorgung.
- Durch schnelle Interventionen können über 85 % der Kinder wieder am Unterricht teilnehmen – unnötige Arztkontakte und Notfalleinsätze werden reduziert.

Was SGFK nicht sind:

- Kein Ersatz für kinder- oder jugendärztliche Diagnostik oder Behandlung.

Warum sich Kinder- und Jugendärzt*innen einbringen sollten:

- Eine enge Kooperation verbessert die Versorgungsqualität von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen oder komplexen Bedarfen, etwa durch Einladungen zu Qualitätszirkeln.

Lage erreichen, Lehrkräfte entlasten und Familien unterstützen. Ärztliche Leistungen ersetzen sie nicht; vielmehr erleichtern sie durch enge Kooperation

den Zugang zur medizinischen Versorgung.

Für eine flächendeckende Umsetzung fordert der BVKJ eine klare rechtliche

Tab. 2: Kontaktübersicht der an der Umsetzung der SGFK-Strukturen beteiligten Organisationen

Name der Organisation	Webseite
Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Potsdam e. V.	https://schulgesundheitsfachkraft.de/de/
Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V.	https://hage.de/arbeitsbereiche/gesund-aufwachsen/schulgesundheitsfachkraefte/
Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e. V.	https://www.lzg-rlp.de/de/schulgesundheitsfachkraefte.html
Gesundheitsamt Bremen – Programm „Gesundheitsfachkräfte an Schulen“	https://www.gesundheitsamt.bremen.de/gefas
LVG & AFS Niedersachsen/Bremen e. V.	https://www.gesundheitsfachkraefte-im-quartier.de/
Landeshauptstadt Stuttgart, Gesundheitsamt, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst	https://www.stuttgart.de/organigramm/verwaltungseinheit/verwaltungseinheit/kinder-und-jugendgesundheit-as-schulgesundheitsfachkraefte-sgfk-
Freie und Hansestadt Hamburg Sozialbehörde – Amt für Gesundheit	https://www.hamburg.de/politik-und-verwaltung/behoerden/sozialbehoerde/themen/gesundheitsfoerderung/kindergesundheit/schulgesundheitsfachkraefte-1070028?view=
Dansk Sundhedstjeneste for Sydslesvig e. V.	https://www.dksund.de
Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)	https://dbfk.de/de/berufspolitik/schulgesundheitspflege/index.php

Grundlage, eine dauerhafte Finanzierung sowie eine geschützte Berufsbezeichnung (8).

Fazit

Das breite Spektrum der von Schulgesundheitsfachkräften dokumentierten Kontaktpunkte und Interventionen macht den hohen gesundheitlichen und psychosozialen Unterstützungsbedarf an Schulen sichtbar und bestätigt SGFK als niedrigschwellige erste fachliche Anlaufstelle. Die Ergebnisse zeigen, dass schulbasierte Pflege die Bildungsteilhabe der Schüler*innen stärkt, den Zugang zu medizinischer und psychosozialer Versorgung verbessert und das Gesundheitswesen entlastet. Die systematische Dokumentation bildet dabei die Grundlage, um das Versorgungsmodell fachlich und wissenschaftlich weiterzuentwickeln, an den Schulalltag anzupassen und die im Koalitionsvertrag geforderte engere Kooperation zwischen Schule und Gesundheitswesen zu gestalten (9).

Strukturelle Herausforderungen

Für eine flächendeckende Implementierung von Schulgesundheitsfachkräften bestehen in Deutschland vor allem strukturelle Hürden. Erforderlich sind: eine stabile und langfristige Finanzierung, eine klare institutionelle Verankerung entweder im Gesundheitssystem (wie ÖGD) oder im Bildungssystem sowie bundesweit einheitliche Qualifizierungsstandards. Ebenso braucht es definierte Kooperationsstrukturen, die die Zusammenarbeit zwischen Schule und Gesundheitswesen verbindlich regeln. Darüber hinaus ist eine systematische und praxisnahe Dokumentation (wie in Brandenburg) im Sinne des Public Health Action Cycle notwendig, um die Rolle der SGFK und die Strukturen den Bedarfen anzupassen.

Schlussfolgerung

Schulgesundheitsfachkräfte sind eine wirksame und international bewährte

Struktur zur Förderung von Gesundheit und Bildungsteilhabe. Das Startchancen-Programm bietet die Möglichkeit, SGFK an 4.000 Schulen mit hohen sozialen Bedarfen zu verankern. Für eine nachhaltige Umsetzung braucht es klare politische Entscheidungen und langfristige Ressourcen. Für Kinder- und Jugendärzt*innen entsteht ein deutlicher Versorgungsgewinn durch bessere Informationen und Entlastung im Praxisalltag.



**Literatur als Zusatzmaterial
online**

<https://bit.ly/kja-lit>

Korrespondenzadresse:

Dr. Gabriele Ellsäßer,
Dr. Johann Böhm,
Delmenhorster Institut für Gesundheitsförderung (DIG)
Fabrikhof 2c, 27749 Delmenhorst

Red.: MA
