

Masterarbeit

Österreichisches Schularztwesen - gestern, heute, morgen

eingereicht von

Priv.Doz. Dr. Jörg Jahnel

Geb.Dat.: 06.08.1977

zur Erlangung

des akademischen Grades „Master of Business Administration“ (MBA),

Lehrgang MBA in Health Care and Hospital Management,

an der Medizinischen Universität Graz (MUG)

unter der Anleitung von

MMag. Dr. Günter Polt, MSc; Landesschularzt, Landesschulrat für Steiermark, und

Dr. Martin Sprenger, MBH; Leiter des Universitätslehrgang Public Health, MUG.

31. Jänner 2017

ZUSAMMENFASSUNG

EINLEITUNG: Das österreichische Schularztwesen hat eine lange Tradition und bietet Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention im „Setting Schule“. Diese Arbeit liefert einen Rückblick auf die Geschichte des österreichischen Schularztsystems, geht auf die heutigen Kernaufgabengebiete der SchulärztInnen ein und stellt die Zufriedenheit und Herausforderungen im Schularztwesen mittels einer Umfrage an steirischen Schulen fest. Schließlich werden mögliche Konzepte für das Schularztwesen der Zukunft in Österreich vorgelegt.

METHODIK: Einerseits erfolgte eine unsystematische Literatursuche, andererseits wurde eine elektronische Umfrage mit 8 Fragen an steirischen Schulen durchgeführt, bei der die Hauptzielgröße die Kerngebiete des Schularztsystems im Public-Health Sinne war. Ergänzend dienten persönliche Interviews auf Landes- und Bundesebene und Gespräche im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen.

ERGEBNISSE: Die Ergebnisse zeigen, dass das österreichische Schularztwesen im 19. Jahrhundert aufgrund von Hygienemängel und gesellschaftlichen Herausforderungen entstanden ist. Das System mit schulgebundenen ÄrztInnen ist europaweit eher die Ausnahme und ist rechtlich mit Gesetzen aus dem 20. Jahrhundert geregelt. Heutzutage sind die Aufgabengebiete der SchulärztInnen präventive Reihenuntersuchungen und gesundheitsfördernde Maßnahmen, wie Beratungsgespräche und Gesundheitsprojekte.

Diskussion/Schlussfolgerung: Das österreichische Schularztwesen hat enormes Potential, systemische Anpassungen dürften unabdingbar sein. Unterschiedliche Zukunftskonzepte sind vorstellbar: unter anderem kluge Weiterentwicklungen oder die Aufteilung der Kompetenzen, wie Reihenuntersuchungen im Sinne der Prävention zentralisieren und die Tätigkeit der SchulärztInnen auf die Schulgesundheitsförderung fokussieren.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The Austrian system of school physicians has a long tradition and offers opportunities for health promoting and prevention. This masterthesis gives an overview on the history of the system and on the area of responsibility of Austrian school physician. An online survey within Styrian schools helps to assess the satisfaction with the system. Pros and cons of the system are discussed. Finally new ideas for system changes are reconsidered.

METHODS: Literature research in typical database and an online survey with 8 questions were performed. Additionally talks of persons working in the field of content were used to discuss the topic.

RESULTS: The system of Austrian school physicians developed in the 19th century due to major hygienic problems in schools. The system with school-bounded, from the government continuously and nationwide paid school physicians is interesting; however, the field of action of the school physicians is limited by law. Today these doctors are allowed to perform serial examinations and projects in the field of health promoting and prevention. The treatment of children is not allowed.

CONCLUSION: The Austrian system of school physicians has a potential for the future; however, changes in law and modifications have to be performed by the authorities. A model for the future is the separation of the two fields: serial physical examinations should be performed centralized in new established centers, school physicians should be in charge for health promotion of school children.

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich, Jörg Jahnel, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht verwendet und die wörtlich oder sinngemäß entnommenen Stellen anderer AutorInnen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 31. Jänner 2017

VORWORT

Die Gesundheit aller Kinder- und Jugendlichen sollte in einer modernen Gesellschaft die höchste Priorität haben. In meiner Tätigkeit als Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde bin ich täglich mit den Folgen einer derzeit unausgewogenen Politik der Gesundheitsförderung und Prävention in der Altersklasse der 6 bis 18-Jährigen konfrontiert. Ich bin überzeugt, dass Gesundheitsförderung und Prävention vorwiegend in dieser persönlichkeitsformenden Altersstufe erfolgen muss, damit ein nachhaltiger Erfolg erzielt werden kann.

Diese Arbeit ist die Zusammenfassung einer persönlichen, jahrelangen Auseinandersetzung mit dem Konzept und den Stärken bzw. Schwächen des österreichischen Schularztwesens in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention. Mir war bei dieser aktuellen Arbeit wichtig, einerseits das Schularztsystem durch eine gründliche historische Aufarbeitung besser zu verstehen, andererseits wollte ich aktuelle Herausforderungen und tägliche Probleme der SchulärztInnen mit Hilfe eines Fragebogens darstellen. Schließlich versuchte ich die Meinungen über SchulärztInnen aus verschiedenen Sichtweisen (aus Sicht der SchulärztInnen, PädagogInnen, Eltern, SchülerInnen, ÄrztInnen, PolitikerInnen etc.) zu erfassen und daraus mögliche Konzepte für das österreichische Schularztwesen der Zukunft zu kreieren, mit dem Ziel der Akzeptanz aller Beteiligten.

DANKSAGUNG

Die Verfassung dieser Masterarbeit war nur durch die Hilfe und Unterstützung von vielen Personen möglich. Ich möchte mich bei folgenden Personen besonders bedanken:

- Bei Herrn MMag. Dr. Günter Polt, MSc, für seine freundschaftliche und fachkompetente Betreuung.
- Bei Herrn Dr. Martin Sprenger, MPH, für die jahrelange Inspiration im Bereich Public Health und für seinen unermüdlichen Einsatz für dieses Thema.
- Bei meiner Ehefrau, Frau Dr. Heidrun Janel, MPH, die mich als Schulärztin mit Selbsterfahrungen unterstützte und mir mit ihrer liebevollen und motivierenden Art beistand.
- Bei meiner gesamten Familie, meinen Freunden und ArbeitskollegInnen für die moralische Unterstützung.

Besonderer Dank gilt dem Organisationsteam des MBA-Lehrgangs für das Engagement und die Mühe.

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung.....	11
1.1 Gesundheitsförderung.....	12
1.2 Prävention	13
1.3 Aktuelle Trends in der Gesundheitsversorgung.....	14
2. Methodik, Vorgehen	16
2.1 Teil 1: Geschichtlicher Überblick	16
2.2 Teil 2: Fragebogen	17
2.2.1 Frageninhalt.....	17
2.2.2 Umfrageablauf, -kohorte und -auswertung.....	17
2.2 Teil 3: Zukunftsvision.....	18
3. Ergebnisse.....	19
3.1 Teil 1: Die Geschichte des österreichischen Schularztwesens	19
3.1.1 Anfänge des Schularztwesens ab dem 17. Jahrhundert	19
3.1.2 Schulärztlicher Dienst in Berndorf ab 1907	22
3.1.3 Schulärztlicher Dienst im 20. Jahrhundert.....	23
3.1.4 Aufgabengebiet von SchulärztInnen im historischen Überblick.....	25
3.1.5 Heutige Aufgabengebiete und Organisation von SchulärztInnen	27
3.1.6 Ausbildung der SchulärztInnen im historischen Überblick.....	30
3.1.7 Aktuelle Organisation des schulärztliches Dienstes in Österreich.....	30
3.1.8 Kritik am SchulärztInnen-System: Rechnungshofberichte (1998 und 2013) .	33
3.1.9 SchulärztInnen im internationalen Vergleich	40
3.2 Teil 2: Umfrage über die aktuelle Situation.....	43

3.2.1	Teil A: Ergebnisse pro Multiple-Choice-Fragen	43
3.2.1	Teil B: Freie Kommentare	54
4.	Diskussion	56
4.1	Vor- und Nachteile des aktuellen Schularztsystems.....	56
4.1.1	Vorteile des österreichischen Schularztsystems	59
4.1.2	Nachteil des österreichischen Schularztsystems	61
4.2	Zukunftsvision: Konzept „Schularztwesen 2022“	62
4.2.1	Szenario 1: Abschaffung der schulgebundenen SchulärztInnen.....	63
4.2.2	Szenario 2: Keine Grundsatzänderung, moderate Anpassungen	65
4.2.3	Szenario 3: Auftrennung der Kompetenzen	66
4.2.3	Szenario 4: GesundheitsmanagerInnen in Schulen	67
4.5	Abschließende Zusammenfassung, Fazit	68
5.	Literaturverzeichnis	70

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AHS – Allgemeinbildende Höhere Schulen

APS - Allgemeinbildende Pflichtschulen

BMHS - Berufsbildende Mittlere und Höhere Schulen

bzgl. - bezüglich

bzw. - beziehungsweise

d.h. – das heißt

EU – Europäische Union

EQUIHP – European Quality Instrument for Health Promotion

HBSC – Health Behaviour in School-aged Children

HS - Hauptschule

MUG – Medizinische Universität Graz

Nr. - Nummer

NMS – Neue Mittelschule

PC – Personal Computer

SchUG - Schulunterrichtsgesetz

u.a. – unter anderem

usw. – und so weiter

v.a. – vor allem

VS - Volksschule

WHO - World Health Organisation

z.B. – zum Beispiel

1. Einleitung

Mein Zugang zum Thema „Schularztwesen“ ist jener über Public Health. Die Menschenrechte der United Nations (UN) besagen, dass Gesundheit ein Grundrecht ist (1). Die am häufigsten zitierte Definition von Gesundheit stammt aus 1948 von der World Health Organisation (WHO): „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“. Public Health ist das Fachgebiet, welches sich mit dem Management der Bevölkerungsgesundheit befasst. Neue Herausforderungen - wie demographische Bevölkerungsänderungen, geänderte Migrationsströmungen oder Kostensteigerungen in der medizinischen Technologie – verlangen nach innovativen Lösungen. Daher ist die Gesundheitspolitik vieler Industrieländer im Wandel, wobei die zentralen gesundheitlichen Fragen stets unverändert bleiben: wie verbessert man die Gesundheit möglichst vieler, um sie vor neuen Gefahren zu sichern und wie steigert man die Effizienz von Gesundheitseinrichtungen, um die Kosten zu optimieren (2).

Um in einem Land Public Health zu betreiben, führt kein Weg an den Schulen vorbei. Schulen sind das Nadelöhr, welches alle BürgerInnen zwischen Kindheit und Erwachsensein verpflichtend passieren müssen. So ist auch die Entstehung des Public Health Gedankens und des Schularztwesens parallel verlaufen: beides entwickelte sich vor allem aus den Anstrengungen des Staates, Infektionskrankheiten einzudämmen (2, 3). Für Public Health wird eine systemische Sichtweise und eine interdisziplinäre Arbeitsweise benötigt. Das „Setting Schule“ ist ein Ort, an dem aktiv – vom Staat initiiert - Public Health betrieben werden kann. Die Frage die sich stellt ist, ob das österreichische Modell mit von öffentlichen Mitteln finanzierten, flächendeckenden, gesetzlich verpflichteten SchulärztInnen optimal oder veränderungswürdig ist. Was ist die rechtliche Grundlage für die Tätigkeit von SchulärztInnen? Sind SchulärztInnen berechtigt oder verpflichtet, Public Health zu betreiben? Länder wie Deutschland setzen auf individuelle Förderungen von Privatinitiativen an Schulen aus öffentlicher Hand, Reihenuntersuchungen werden getrennt davon zentral prozessoptimiert durchgeführt. Ist das österreichische SchulärztInnen-System noch zeitgerecht, oder benötigt es eine

grundsätzliche Überarbeitung? Diese zentralen Fragen sollen in dieser Arbeit erörtert werden.

1.1 Gesundheitsförderung

Der Begriff der Gesundheitsförderung ist in aller Munde und ist in der vorliegenden Arbeit das Kernthema. Mit Gesundheitsförderung werden zwei strategische Ansätze verbunden: einerseits soll die persönliche und soziale Gesundheitskompetenz gestärkt werden, was durch Empowerment erfolgt, worunter man die Stärkung von Kompetenz und Selbstbestimmungsrecht über die eigene Gesundheit versteht. Andererseits soll eine Politik gelebt werden, die auf die Verbesserung der Gesundheitsdeterminanten (u.a. sozialer Zusammenhalt, frühkindliche Entwicklung, verhinderte Armut und Ausgrenzung, Nahrungsmittel) und den Abbau von gesundheitlichen Ungleichheiten basiert – der Schlüssel dafür ist eine Intersektoralität, bei der man in unterschiedlichen Politikbereichen gesundheitsförderliche Aktivitäten forciert (2).

Dieser Sichtweise liegt die „Ottawa Charta“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1986 zugrunde, welche zu einer neuen Ausrichtung im Gesundheitswesen führte (4). Im Mittelpunkt der Ottawa Charta steht die Bestrebung, allen Menschen die Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu übertragen, damit sie individuell ihre Gesundheit optimal stärken können. Für den Staat bedeutet dies, dass er die politischen Grundvoraussetzungen dafür schafft (u.a. Rahmenbedingungen schaffen, Abbau von sozialen Ungleichheiten, sozial gemeinschaftliches Handeln) und, dass er die Menschen diesbezüglich schult (persönliche Kompetenz). Menschen müssen lernen, was unter Gesundheit verstanden wird (Kompetenzentwicklung), welche Bandbreite hinter einem individuellen Wohlbefinden steckt und wie sie die für sich optimale Gesundheit erreichen (Entdeckung von Gesundheit-fördernden Lebenswelten) (4).

Es gibt viele Ansätze, wie der Staat seinen Bürgern dieses Wissen vermitteln kann. In vielen Bereichen werden lokal-beschränkte Gesundheitsförderungsprojekte durchgeführt, wie zum Beispiel im Rahmen der „betrieblichen Gesundheitsförderung“. Erfolgreich sind jedoch auch Settings in Gemeinden und in Bildungseinrichtungen - ein

Beispiel dafür ist das vom Land Steiermark initiierte Projekt „Schule aktiv“ mit Fokus auf Gesundheitsförderung durch Sport (Bewegungsprogramme) und eine gesunde Ernährung an Schulbuffets (Gesunde Jause) (5). Stets ist das Ziel von diesen Interventionen, die Gesundheit von Personen zu fördern, zu erhalten oder wiederherzustellen (6).

Das „Setting Schule“ bietet die Möglichkeit einer Gesundheitsförderung in der breiten Bevölkerung - unabhängig vom sozialen Status, Ausbildungsgrad oder Wohnort, da jeder in Österreich lebende Mensch verpflichtet ist, eine Schule zu besuchen. Zudem wird in der Altersklasse der 6 – 18-Jährigen eine lang wirksame Verhaltensänderung der betroffenen Kinder und Jugendlichen erwartet, die bis weit ins Erwachsenenalter hinein anhalten könnte. Der Bedarf an Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen ist offensichtlich. Beispiele sind die steigende Zahlen von adipösen Kindern, psychosomatisch bedingte Befindlichkeitsstörungen (u.a. Schlaf- und Konzentrationsstörungen) oder Störungen muskuloskelettaler Genese (7).

1.2 Prävention

Im Gegensatz zur Gesundheitsförderung zielt die Prävention (Krankheitsverhütung) auf gezielte Verhinderung, Verzögerung oder Risikominimierung einer gesundheitlichen Schädigung. Man unterscheidet eine Primärprävention, bei der der Eintritt einer biologischen Schädigung verhindert wird. Bei der Sekundärprävention werden Maßnahmen unternommen, um symptomlose Krankheitsfrühstadien zu entdecken (Vorsorgeuntersuchungen). Tertiärprävention ist die Behandlung einer symptomatischen Erkrankung, um eine Verschlimmerung bzw. bleibender Funktionsverlust zu vermeiden (2).

Das SchulärztInnen-System arbeitet vor allem im Bereich der Primär-, als auch Sekundärprävention. Der krankheitsorientierte Ansatz der Primärprävention entspricht dem ressourcenorientierten Ansatz der Gesundheitsförderung. Beides zielt auf eine verbesserte Gesundheit des einzelnen und somit der Gesellschaft. Gerade in Schulen kann anhand des Schulen-Schwerpunktes (z.B. technischer Schwerpunkt in höheren

technischen Lehranstalten) auf die Prävention im Bereich der einzelnen Berufsbilder durch die SchulärztInnen eingegangen werden (z.B. Schwerpunkt Magersucht in Modeschulen). Die Sekundärprävention entspricht den Reihenuntersuchungen aller SchülerInnen durch die SchulärztInnen. Es handelt sich um ein Screening auf Frühstadien häufiger Zivilisationskrankheiten, u.a. Haltungsschäden, Zahnauffälligkeiten oder metabolisches Syndrom (5). Da gesetzlich jede Schülerin bzw. jeder Schüler jährlich von SchulärztInnen untersucht werden muss, handelt es sich - bezüglich der Prävention-Risikogruppenstrategie - im Schularztwesen um eine klassische Bevölkerungsstrategie und nicht um eine Risikogruppenstrategie (2, 8).

1.3 Aktuelle Trends in der Gesundheitsversorgung

Die letzte österreichische Gesundheitsreform und der Bundes-Zielsteuerungsvertrag (jeweils 2013 beschlossen) haben zum Ziel, die Gesundheitsversorgung zu verbessern und eine Kostendämpfung zu erzielen (9, 10). Ein zentrales Anliegen der österreichischen Gesundheitsreform ist die Stärkung der Primärversorgung (= Primary Health Care; PHC) nach internationalem Vorbild (11). Im Sinne von Public Health soll die Gesundheit der Bevölkerung verbessert und Krankheiten vermieden werden – Kern von Reformen soll sein, dass die ärztliche Behandlung der Bevölkerung qualitativ hochwertiger und effizienter wird. International schwankt der Ausbau der Primärversorgung stark, England und Niederlande sind führend in der Implementierung von Zentren für Primärversorgung, Deutschland geht den Weg von hausarztzentrierter Versorgung und lokalen Gesundheitszentren (12, 13). Österreich will Strukturen schaffen, damit sich „Primärversorgungszentren“ (PHCs, oder PHC-Zentren) etablieren – diese werden in Österreich Primärversorgungseinheiten (PVE) genannt. Bisher waren HausärztInnen theoretisch die Erstansprechpartner der Bevölkerung und diese überwiesen entweder zum Facharzt oder ins Krankenhaus – praktisch wurde von der Bevölkerung primär ein Facharzt oder das Krankenhaus aufgesucht. SchulärztInnen dürfen Empfehlungen für Überweisungen ausstellen, aber weder direkt die SchülerInnen behandeln, noch überweisen (siehe unten).

Ende März 2014 wurde im Rahmen der Bundesgesundheitskonferenz der Startschuss zur Neugestaltung der Primärversorgung in Österreich gesetzt. Um das Ziel der Etablierung von PHC-Zentren bzw. PVE erreichen zu können, sind gesetzliche Voraussetzungen notwendig, die in Österreich noch nicht abgeschlossen sind. Das sogenannte „PHC-Gesetz“ wird aufgrund einer großen Verunsicherung bei den MedizinerInnen, kritischer Stimmen und aktiven Protesten gegen die Strukturänderung in den Medien häufig diskutiert (12, 14, 15). Die Bedarfsplanung soll auf Basis des gültigen Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG; bundesweite Parameter) und des Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG; regionale Planung auf Basis der ÖSG-Vorgaben in der Landeszielsteuerungskommission) erfolgen (12, 14).

Die Modifikationen in der Gesundheitsversorgung betrifft Erwachsene, für das Alter 8 -18 Jahre – für welches der Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde zuständig ist - besteht kein Plan der Integration in PHCs/PVE. Auch wenn AllgemeinmedizinerInnen berechtigt sind, Kinder und Jugendliche zu behandeln, so fehlt häufig das Spezialwissen über Themen in diesen Altersstufen. Die einzige Berufsgruppe neben den Pädiatern, welche eine spezielle Ausbildung bezüglich Gesundheitsförderung und Prävention in der Altersgruppe der 8 – 18-Jährigen hat, sind die SchulärztInnen. Interessanterweise – nach aktuellen recherchierten Wissensstand - sind in keinen Strukturplänen Änderungen des Schularztwesens mit Integration in ein umfassendes, staatliches Konzept der Gesundheitsförderung und Prävention vorgesehen (16, 17).

In Österreich haben wir ein Schularztwesen mit historisch gewachsenen Strukturen. Die Kernfrage für die Zukunft lautet, durch welche Maßnahmen das österreichische Schularztwesen verstärkt der Gesundheitsförderung und der Prävention im Kontext von Public Health dienen könnte. Um diese Frage beantworten zu können, wird in dieser Arbeit zuerst das Schularztsystem historisch aufgearbeitet, um die Grundlage aktueller organisatorischer und rechtlicher Situationen zu beleuchten. Mit Hilfe einer Umfrage sollen Meinungen und Visionen von beteiligten Personen evaluiert werden und ein Vergleich zu Situationen in anderen europäischen Ländern soll gezogen werden. Schließlich sollen mögliche Konzepte für das Schularztwesen der Zukunft in Österreich vorgelegt werden.

2. Methodik, Vorgehen

Die vorliegende Masterarbeit gliedert sich in verschiedene Teile.

2.1 Teil 1: Geschichtlicher Überblick

Teil 1 befasst sich mit dem historischen Überblick vom österreichischen Schularztwesen. In diesem Bereich liegen nur wenige Quellenbestände vor, es wurden daher verschieden Unterlagen (Bücher, Standardlehrbücher, Zeitschriftenartikel) gesichtet, eine unsystematische Literatursuche in ausgewählten, von der Medizinischen Universität Graz zur Verfügung gestellten Datenbanken (Ovid, Cinahl, PubMed; Suche zwischen Oktober 2016 und Jänner 2017) durchgeführt und die relevantesten Literaturstellen herangezogen. Internetrecherche wurde ergänzend eingesetzt.

Meine Recherchen haben ergeben, dass sich vor allem drei Arbeiten in der jüngeren Vergangenheit mit dem Thema auseinandergesetzt haben, obwohl jede eine andere Zugangsweise zum Thema hatte als meine Masterarbeit. Einerseits liegt eine kompakte medizinhistorische Arbeit zur Geschichte des österreichischen Schularztwesens von Martina Gamper aus dem Jahr 2002 vor, welche im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur entstand - sie konnte wertvolle Dokumente in der Amtsbibliothek des Ministeriums finden und zitieren (18). Andererseits erstellte 2005 Frau Dr. Gudrun Weber - die Schulärztereferentin der österreichischen Ärztekammer und Leiterin des Diplom-Lehrganges „Schularzt“ in Wien – ein Kompendium von unterschiedlichen Beiträgen von ExpertInnen verschiedener Wissenschaftsdisziplinen. Das Buch richtet sich an SchulärztInnen mit rechtlichen, geschichtlichen und fachspezifischen Informationen (19). Schließlich verfasste Frau Mag. Dr. Katharine E. Kogler 2007 ihre Dissertation über die Etablierung von SchulärztInnen in der österreich-ungarischen Monarchie, wobei sie in über 300 Seiten minutiös das Thema geschichtlich aufarbeitete und viele originale Dokumente als Abbildungen (z.B. aus dem Wiener Stadt- und Landesarchiv; Vereinsakten des Staatsarchives) verwendete (3). Es wurden auch Textquellen von anderen wissenschaftlichen Arbeiten verwendet, die das Kernthema meiner Arbeit nur streiften.

2.2 Teil 2: Fragebogen

Teil 2 ist die Darstellung und Auswertung eines online-durchgeführten Fragebogens.

2.2.1 Frageninhalt

Es wurden 8 Fragen in Zusammenarbeit mit dem Landesschularzt der Steiermark, Herr MMag. Dr. Günter Polt, verfasst. Die ersten Fragen waren allgemeine Fragen über die Berufsgruppe, den Schultyp und den Grad der Erfahrung (Berufsjahre). Dann sind Fragen über die Zufriedenheit der schulärztlichen Versorgung in der tätigen Schule und die Notwendigkeit der Verbesserung der schulärztlichen Unterstützungssysteme gestellt worden. Die letzten beiden Fragen fokussieren die Wichtigkeit der schulärztlichen Tätigkeiten und die Notwendigkeit einer verbesserten Ausbildung der SchulärztInnen in diesen Tätigkeitsfeldern. Schließlich bestand die Möglichkeit, freie Kommentare mit persönlichen Meinungen anzufügen.

Mit Hilfe der Umfrage mit klar definierten Fragen konnte in kurzer Zeit ein Eindruck über Erfolge, Probleme, Herausforderungen und Zukunftsvisionen von Personen, die im Schularztwesen tätig sind, gewonnen werden.

2.2.2 Umfrageablauf, -kohorte und -auswertung

Nach Erstellen der Fragen wurden diese gemeinsam mit den Antwortmöglichkeiten in das online-Umfragesystem www.surveymonkey.com eingegeben. Es konnte in diesem System genau definiert werden, ob die TeilnehmerInnen nur eine oder auch mehrere Fragen beantworten durften. Der Internet-Link für den Fragebogen wurde vom Landesschulrat für Steiermark an alle steirische SchuldirektorInnen und SchulärztInnen elektronisch versandt - mit der Bitte, den Fragebogen auszufüllen. Ein Monat nach der ersten Versendung des Links erfolgte eine zweite Aussendung als Erinnerung.

Ziel dieser Umfrage war es, möglichst alle SchulärztInnen und DirektorInnen in der Steiermark zu erfassen. Daher erging das Email mit dem Link an viele unterschiedliche Schultypen: an Berufsbildende mittlere und höhere Schulen (BMHS), Allgemeinbildende

höhere Schulen (AHS) und an Allgemeinbildende Pflichtschulen (APS), zu denen Volksschulen (VS), Hauptschulen (HS), Neue Mittelschulen (NMS), Sonderschulen und Polytechnische Schulen zählen.

Die beantworteten Fragen wurden im Onlinesystem erfasst und wurden dort ausgewertet. Das System gibt an, wie viele Personen eine Frage beantwortet haben und wie häufig die verschiedenen Antwort-Möglichkeiten von den Umfrage-TeilnehmerInnen (in Prozent) beantwortet wurden. Die TeilnehmerInnen haben anonym teilgenommen, im Onlinesystem ist nicht zu erkennen, wer teilgenommen hatte. Die Daten sind online unbegrenzt verfügbar und abrufbar, geschützt durch einen Code.

Das Onlinesystem verfasste Grafiken, welche ich für diese Arbeit verwendet habe. Es waren optische Anpassungen möglich (z.B. Farben, Design etc.), die Daten konnten jedoch nicht manipuliert werden. Das System übernahm genau die Texte aus den Fragen bzw. Antwortmöglichkeiten und diese sind nicht mehr modifizierbar, weswegen in meinen Abbildungen Abkürzungen und ungewöhnliche Silbentrennungen vorkommen. Bei jeder Frage und am Ende der Umfrage besteht jeweils die Möglichkeit, einen freien Text im Sinne eines Kommentars zu verfassen. Auf eine statistische Auswertung der Umfrageergebnisse mittels Berechnung der Signifikanz wurde verzichtet. Diese Informationen der Umfrage-TeilnehmerInnen wurden in einem eigenen Punkt des Ergebnis-Teils zusammengefasst.

2.2 Teil 3: Zukunftsvision

Teil 3 befindet sich im Teil „Diskussion“, da es sich um einen subjektiven Versuch der Skizzierung eines Schularztwesens für die Zukunft handelt. Basis waren die ersten beiden Teile – die Erfahrungen aus der Entstehungs-Geschichte des österreichischen Schularztwesens und die Anmerkungen der online-Umfrage. Schließlich erfolgten mehrere Interviews und Gespräche mit beteiligten Personen bzw. Personen, die im Rahmen ihrer politischen Tätigkeit die Zukunft des Schularztwesens aktiv mitgestalten könnten. In diesem Teil der Arbeit werden Erneuerungsideen in Form von Szenarien formuliert und anschließend Umsetzungsgedanken beleuchtet.

3. Ergebnisse

In diesem Abschnitt wird im ersten Teil die geschichtliche Entwicklung des Schularztwesens in Österreich zusammengefasst. Im zweiten Teil werden die Ergebnisse einer Umfrage im Detail gezeigt.

3.1 Teil 1: Die Geschichte des österreichischen Schularztwesens

Heutzutage ist das Tätigkeitsfeld der SchulärztInnen in vielen Fällen geprägt durch körperliche Untersuchungen, Beratungen von SchülerInnen und die Betreuung der PädagogInnen und Eltern bei medizinischen Fragen (5).

3.1.1 Anfänge des Schularztwesens ab dem 17. Jahrhundert

Ursprünglich wurden Mediziner – ausschließlich Männer - zur Verbesserung der Hygiene in Schulen geholt. Bereits im 17. Jahrhundert beschäftigte sich der Arzt Hippolytus Guarinonius mit den gesundheitlichen Missständen in italienischen Schulen (3). Im 18. Jahrhundert begründete Johann Peter Frank das Lehrfach „Hygiene“ – er beschrieb einen Zusammenhang zwischen dem wirtschaftlichen Erfolg einer Gesellschaft und der Gesundheit der Bevölkerung, womit er dem Staat die Pflicht der Krankheitsbekämpfung bzw. Gesundheitspflege auferlegte. Frank ging bereits da auf das Thema „Schulgesundheitswesen“ ein und befasste sich mit den Anforderungen eines Schulgebäudes.

In Deutschland befasste sich Rudolf Virchow im 19. Jahrhundert aufgrund von großen Epidemien mit Schulhygiene. In Österreich gab es im 19. Jahrhundert massive hygienische Probleme bei Wasserversorgungen und Toiletten in Schulgebäuden, weswegen die „Schulgesundheit“ gefährdet war. Bedingt war dies durch die einsetzende Industrialisierung mit massiven Bevölkerungsvermehrungen in Ballungszentren, die aber auch Arbeitslosigkeit und medizinische Unterversorgung zur Folge hatten. Zusätzlich wurde in der Monarchie 1868 die Wehrpflicht und 1869 die generelle Schulpflicht eingeführt, weswegen die Anzahl der SchülerInnen pro Schulgebäude massiv anstieg.

Deutschland, Frankreich, Großbritannien und die Schweiz führten Mitte des 19. Jahrhunderts auf regionalen Ebenen Einrichtungen für Schulhygiene ein und waren somit weltweit federführend. Prinzipiell war das Ziel dieser Maßnahmen das Formen einer leistungsfähigeren Gesellschaft, um den rasanten Entwicklungen und gesellschaftlichen Änderungen (z.B. in Schulen ausgebildete Arbeitskräfte für die Industrie anstatt Gesellen für Grundherren) während der Industrialisierung standzuhalten.

In der österreichischen Monarchie wurde am 9. Juni 1873 die erste Bestimmung zum Thema „Schulhygiene“ vom damaligen „Ministerium für Unterricht und Kultus“ erlassen. Diese Bestimmung sah vor, dass Bezirksschulbehörden einen ärztlichen Fachmann einstellen müssen, der an Schulen „Schulgesundheitspflege“ durchführen soll. Gedacht waren regelmäßige Revisionen, um hygienische Missstände aufzudecken. Eingesetzt wurden vor allem beamtete Ärzte wie Amtsärzte oder Bezirksärzte. Aus mehreren Gründen wurde die Bestimmung in der Mehrzahl der Länder der Monarchie nicht umgesetzt, häufig aufgrund von Finanzproblemen (20). Fast gleichzeitig 1889 wurde in der Monarchie die gesetzliche Krankenversicherung eingeführt, die ebenfalls nicht sofort flächendeckend umgesetzt werden konnte. Das Verständnis für Hygiene in der Bevölkerung war auch noch gering, da erst in den 1880er Jahren erste bakteriologische Erreger nachgewiesen wurden und langsam die Ursachen für epidemische Erkrankungen bekannt wurden (3). Die Revisionen waren ein Anfang, aber eine jährliche Kontrolle war zu wenig.

Im Jahr 1895 wurden in Österreich Ärzte für Mittelschulen verpflichtet, die Aufklärungsarbeit bei LehrerInnen bei gesundheitlichen Fragen leisten sollten. Damit wurde der Arbeitsbereich der LehrerInnen um die Gesundheitspflege der SchülerInnen erweitert und die individuelle Gesundheit der SchülerInnen rückte mehr und mehr in den Fokus der LehrerInnen und Ärzte. Weiterhin sollten Ärzte hygienische Missstände in Schulen aufdecken („Schulhygiene“), zusätzlich sollten Ärzte nun auch eine richtige Beleuchtung der Klassenräume, korrekte Körperhaltungen, das Neuauftreten von Infektionskrankheiten und den Impfstatus (u.a. Pockenimmunisierung) der SchülerInnen überwachen. Ärzte untersuchten nur bei ausdrücklichem Wunsch der LehrerInnen oder der Eltern SchülerInnen, um sie eventuell von Unterrichtsgegenständen auszuschließen.

Auch wenn zu diesem Zeitpunkt noch kein regelmäßiger, direkter Arzt-SchülerInnen-Kontakt vorgesehen war - sondern die LehrerInnen von den Ärzten beraten und die LehrerInnen auf die Gesundheit der SchülerInnen achteten - war dies eine der frühesten Phasen der Gesundheitsförderung und Prävention in österreichischen Schulen. LehrerInnen begannen Klassenräume regelmäßig zu lüften, achteten auf eine korrekte Sitzhaltung und versuchten Überlastungen von SchülerInnen zu verhindern (18).

Erst um 1900 wurde die Wichtigkeit der Krankheitsprophylaxe in Österreich erkannt und den Ärzten als ergänzendes Tätigkeitsfeld - neben der Krankheitsbehandlung - nahegelegt. Vorangetrieben hat die Etablierung des neuen Aufgabengebietes neu gegründete Gesundheitsvereine, wie die „österreichische Gesellschaft für Gesundheitspflege“ oder „Österreichische Gesellschaft für Schulhygiene“, die mit regelmäßigen Publikationen die Wichtigkeit der Themen den KollegInnen bewusst machten. Ein Hintergrund der Initiative damaliger politischer Führungspersonlichkeiten war die Wichtigkeit von gesunden Jugendlichen, damit sie später optimal dem Militär dienen können – aus Erfahrungen von hohen Mortalitätsraten bei Wehrpflichtigen wollte man die militärische Erziehung bezüglich Hygiene bereits in der Grundschule beginnen lassen (3, 18).

Nicht in allen Regionen der Monarchie wurde der „Schulhygiene“ eine hohe Wichtigkeit zugeordnet. Vorreiter waren vor allem Gebiete der heutigen Länder Tschechien, Polen, Ukraine und Ungarn. Letzteres deswegen, weil zum Zeitpunkt der Doppelmonarchie Ungarn die Ministerien für Unterrichtswesen und Gesundheit innehatte. Ungarn führte bereits 1887 Schulärzte in allen Gymnasien ein, die ergänzend zu den österreichischen Kollegen Reihenuntersuchungen bei neuen SchülerInnen durchführten und in Klassen Gesundheitsthemen unterrichteten. Schon damals war ein Problem die Kompetenz- und Finanzierungsfragen, da die Volksschulen den Gemeinden, die Realschulen den Ländern und die Gymnasien dem Staat unterstellt waren. In Tschechien wurden 1897 jährliche Körperlängenmessungen eingeführt, um optimale Maße für Schulbänke herauszufinden und den Ernährungszustand der Kinder- und Jugendliche herauszufinden (3).

Im internationalen Vergleich wurden die ersten medizinischen Inspektionen in Schulen 1886 in Frankreich eingeführt. Kurz danach folgte diesem Beispiel Belgien, Ungarn, Chile, Deutschland und Großbritannien. Erst 1908 wurde flächendeckend in den USA Schulinspektionen eingeführt (21).

3.1.2 Schulärztlicher Dienst in Berndorf ab 1907

Es gab auch private Initiativen – z.B. finanzierte in Berndorf in Niederösterreich im Jahr 1907 ein Fabrikbesitzer die Reihen-Untersuchung der lokalen SchülerInnen, wobei die tätigen Schulärzte (zuerst Dr. Dehne, dann Dr. Lämle) sehr engagiert und organisiert waren und ihre Pionierarbeit in detaillierten und umfangreichen Schriftstücken zusammenfassten (20). Den SchülerInnen wurde ein Flugzettel mit „Gesundheitsregeln“ für Schulkinder überreicht (Siehe Abbildung 1), die Untersuchungsdaten wurden bereits in Klassenbögen eingetragen und zusammengefasst, damit LehrerInnen ihren Unterricht anpassen konnten. Außerdem wurden auffällige Kinder - sogenannte „Überwachungsschüler“ - immer wieder während des Schuljahres untersucht und betreut – Kinder mit mittellosen Eltern erhielten ein Rezept, andere wurden an den Hausarzt verwiesen. Die Schulärzte achteten somit auch auf den sozialen Hintergrund. Um den Pflegezustand bzw. die Reinlichkeit der Kinder- und Jugendlichen zu erhöhen, wurden „Schulbrausebäder“ installiert. Geachtet wurde v.a. auf Rachitis, Anämie, Tuberkulose, Struma, Drüsenschwellungen, Haltungsschäden und Hautkrankheiten, Herzfehler, „Nervenerkrankungen“ und Leistenbrüchen. Ein großer Schwerpunkt war aufgrund geringer Mundhygiene und fehlenden Zahnärzten der Zahnstatus, wobei am Beginn nur etwa 21% der SchülerInnen einen guten Zahnstatus vorweisen konnten. Die Schulärzte arbeiteten in dieser niederösterreichischen Schule auch mit einem Augen- und einem Hals-Nasen-Ohrenarzt zusammen. Tätigkeiten wie Turnen oder Schwimmen wurden von Schulärzten überwacht. Der Hintergrund des Engagements war, dass einerseits die Kinder und Jugendlichen die Wichtigkeit der Gesundheitsförderung bzw. Prävention erlernen und später weiterleben. Andererseits erhoffte man eine rasche Verbreitung der Informationen von den SchülerInnen in den Familien (22).

<ol style="list-style-type: none"> 1. Bewege dich viel in frischer Luft. 2. Halte dich gerade, z.B. beim Schreiben. 3. Bade häufig, doch nicht zu kalt. 4. Sei reinlich und halte dich von Ungeziefer (u.a. Kopfläuse) frei. 5. Ängstliche und leicht erregbare Kinder dürfen nicht durch Erzählung schreckhafter Geschichten in Aufregung gebracht werden. 6. Atme langsam und tief, durch die Nase und bei geschlossenem Munde. 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Vermeide das Ausspucken auf den Boden, da Lungentuberkulose so übertragen werden kann. 8. Putze täglich deine Zähne. 9. Iss langsam, nicht zu heiß und kaue gut, nasche nicht. 10. Meide den Genuss geistiger Getränke. 11. Achte darauf, dass du täglich regelmäßigen Stuhlgang hast. 12. Schone deine Augen. 13. Schwerhörige Kinder müssen untersucht werden.
---	---

Abbildung 1: Historisches Merkblatt mit dem Titel: „Kurze Gesundheitsregeln“, 1907 (22)

3.1.3 Schulärztlicher Dienst im 20. Jahrhundert

Zum Zeitpunkt der oben beschriebenen privaten Initiative gab es kaum öffentliche Finanzierungen. Im Jahr 1903 setzte sich Theodor Escherich vehement für die Etablierung von Schulärzten ein, obwohl er die Tätigkeit für die individuelle Hygiene von SchülerInnen („Schülerarzt“) und für die Hygiene von Schulhäusern („Schularzt“) strikt trennte (23). Erst 1910 erfolgte auf Basis eines neuen Ministeriums-Erlasses eine langsame, aber sukzessive österreichweite Einführung von staatlich finanzierten, schulärztlichen Diensten, die neben hygienischen Überwachungsaufgaben in Schulgebäuden die SchülerInnen über persönliche tägliche Hygienemaßnahmen unterrichteten – die Quantität und Qualität kam jedoch nicht an die Pionierarbeit von Dr. Dehne und Dr. Lämél heran. Ein neues Konzept war, dass Ärzte in Ausbildungsstellen der LehrerInnen eingestellt wurden, damit zukünftigen LehrerInnen in „Hygiene-Vorlesungen“ Grundkenntnisse der Hygiene vermittelt bekamen. Man erhoffte sich eine rasche, großflächige Ausbreitung der erwünschten Hygienestandards, da nur an etwa einem Drittel der Ausbildungsstellen tatsächlich Ärzte unterrichteten (24).

In Österreich wurden ab dem Semester 1900/1901 Frauen zum Medizinstudium zugelassen, sodass die ersten Schulärztinnen namens Dr. Dora Teleky und Dr. Anna Pölzl erst 1910 eingestellt wurden. In privaten Bereichen waren jedoch schon früher Ärztinnen tätig, die ihr Studium im Ausland absolvierten. Frauen in diesem Beruf waren anfangs umstritten, jedoch verfasste Frau Dr. Teleky überzeugende Schriften, welche rasch die Türen für Frauen nicht nur in Schulen, auch in LehrerInnenbildungsanstalten öffneten. Insbesondere in Mädchenschulen wurden Schulärztinnen bevorzugt eingestellt (25).

1910 wurden auch erstmals in Wien schulärztliche Dienste in Schulen eingeführt, die heute den Berufsschulen entsprechen würden (26). In Gymnasien – damals Mittelschulen – waren SchulärztInnen eher selten. Eine Vorreiterrolle hatte hier Wien, wo 1914 Berichte über die Untersuchungsergebnisse zusammenfasst wurden. Interessant ist, dass ÄrztInnen keine konkreten Aufgaben-Vorgaben hatten und vom Schuldirektor engagiert wurden (27). Auch die Bezahlung wurde erst in einem Erlass des Ministeriums im Jahr 1923 einheitlich geregelt, die Schulärzte erhielten dann das Gehalt von den Schul-Beiträgen der Eltern der SchülerInnen - zuvor sind Gemeinden und Bezirke für das Gehalt aufgekommen. Daher entwickelte sich in den 10er und 20er Jahren des 20. Jahrhunderts der schulärztliche Dienst österreichweit nicht einheitlich. Schulen in großen Städten waren eher gut versorgt, in den ländlichen Regionen waren nur an 4% der Schulen Schulärzte tätig (18).

Bedingt durch die schlechten Gesundheitszustände der Kinder- und Jugendlichen nach dem 1. Weltkrieg wurde das österreichische Schulärzttwesen dann komplett neu geregelt, woran vor allem die sozialdemokratischen Regierungen in Wien aufgrund eines neuen Fürsorge-Verständnisses beteiligt waren. 1919 wurde der schulärztliche Dienst massiv ausgeweitet und an allen Wiener Volksschulen eingeführt. Anfangs waren v.a. Amts- und Bezirksärzte tätig, jedoch war das Aufgabengebiet zu groß für einen „Nebenjob“, weshalb in Wien 1921 spezielle Stellen für SchulärztInnen eingeführt wurden, die neben den oben erwähnten Tätigkeiten sich wieder dem Unterrichten der Kinder- und Jugendlichen in Gesundheitsfragen widmeten. Außerdem wurde um 1920 eine Schulzahnklinik in Wien und ein „schulhygienisches Institut“ (geleitet von einem

„Landesschularzt“) in Salzburg eröffnet (28). Tirol führte erst 1931 eine flächendeckende medizinische Betreuung der SchülerInnen ein

3.1.4 Aufgabengebiet von SchulärztInnen im historischen Überblick

Das Aufgabengebiet der SchulärztInnen war bereits im 19. und 20. Jahrhundert ein Grund für Diskussionen – die Frage war stets, was die Minimum-Aufgaben sind und ab welchen Punkt eine Grenze überschritten wird.

1. Feststellung des Gesundheitszustandes (Körperliche Untersuchung inkl. Körperlänge und – Gewicht)
2. Empfehlung von weiterführenden Untersuchungen (z.B. HNO-, Zahn-, Augen- od. Hautarzt)
3. Erfassen von „Schulkrankheiten“
4. Früherkennung von Infektionskrankheiten
5. Hygienische Beurteilungen des Schulhauses
6. Erste Hilfe
7. Erhebung Impfstatus – Durchführung der Pocken-Impfung
8. Statistiken und Berichte
9. Mitteilungen an Eltern und Empfehlungen für Lehrpersonal (u.a. Befreiung von Unterrichtsgegenständen)
10. Medizinische Wissensvermittlung
11. Berufsberatung
12. Vermittler in Fürsorge-Themen (z.B. Ferienkolonien)

Abbildung 2: Überblick über historische Aufgabengebiete von SchulärztInnen (22)

Im 19. Jahrhundert war ein Kernpunkt der schulärztlichen Tätigkeit die Feststellung des Gesundheitszustandes der Kinder und Jugendlichen bei Schuleintritt (siehe Abb. 2) – eher aus der Notwendigkeit heraus, die Militärtauglichkeit frühzeitig zu erkennen bzw. zur Verhinderung von Untauglichkeiten frühzeitig Behandlungsmaßnahmen einzuführen. Dadurch, dass vor den Weltkriegen keine Krankenversicherungs-Pflicht bestand, waren kaum Arztbesuche in der Kindheit durchgeführt worden und angeborene bzw. frühzeitig erworbene Erkrankungen lange unbehandelt bzw. gar nicht erkannt worden (25).

Am Anfang des 20. Jahrhunderts bestanden große Einwände gegenüber der generellen Schulpflicht, da einige Erkrankungen durch den Besuch in der Schule verursacht wurden – die sogenannten „Schulkrankheiten“. Dazu zählten wie bereits erwähnt Haltungsschäden, Fehlsichtigkeit, Zahnprobleme, Hautkrankheiten (u.a. Kopfläuse) und Infektionskrankheiten. In amerikanischen Schulen versuchte man die Ansteckung von Krankheiten von SchülerInnen zu SchülerInnen mit täglichen Untersuchungen jedes Schulkindes in der Früh vor Betreten des Klassenzimmers zu verhindern. Für Österreich war diese Variante aufgrund des Zeit- und Kostenaufwandes unmöglich, man setzte hier auf Aufklärung über Warnsignale und Schulung über Maßnahmen des Lehrpersonals (23).

Von Anfang an gab es eine Diskussion um die Erlaubnis der Behandlung von SchülerInnen durch Schulärzte. Die Erziehung der Kinder und somit auch die medizinische Betreuung waren im 20. Jahrhundert in den Händen der Eltern, Schulärzte beschränkten sich daher auf Untersuchungen und schriftliche Empfehlungen der nächsten notwendigen Schritte für Eltern. Man wollte auch Konflikte mit den betreuenden AllgemeinmedizinerInnen vermeiden. Außerdem wäre die Behandlung jeder Schülerin bzw. jedes Schülers zu kostenintensiv, da es noch nicht eine verpflichtete Krankenversorgung gab und daher die Kosten die Schulen hätten tragen müssen. Das Stören und Verhindern des Unterrichts aufgrund der Untersuchungen der Schulärzte wurde ebenfalls kritisch hinterfragt und versucht, die Unterrichts-Unterbrechungen zu minimieren. Das Impfen von Pocken-Impfstoff durch Schulärzte war üblich, andere Immunisierungen erfolgten über die AllgemeinmedizinerInnen bzw. waren Impfstoffe limitiert (25).

Auch die ursprüngliche Idee von Ärzten in Schulen – die Beurteilung des hygienischen Zustandes in der Schule – blieb lange im Aufgabengebiet der SchulärztInnen. Das Feststellen von Unzufriedenheit war erwünscht, Verbesserungsvorschläge waren jedoch längere Zeit nicht willkommen. Es gab bereits 1888 Diskussionen auf internationalen Kongressen, ob SchulärztInnen Schulen schließen lassen könnten, wenn Mängel im Schulgebäude (z.B. zu geringe Heizleistung) oder in der Schulausrüstung (z.B. ungeeignete Schulbänke) bestehen würden (29). Es gab Ideen, dass das Aufgabengebiet von Schulärzten bis hin zur Erstellung von Gutachten reichen sollte,

damit diese eine ihnen zuständige Fürsorge-Leistung (z.B. Teilnahme an Ferienkolonien) erhalten könnten. Ein Problem war stets die fehlende ganzzzeitige Anwesenheit – weshalb Verantwortungen an das Lehrpersonal abgegeben wurden. Ein Beispiel dafür ist die Erste Hilfe: LehrerInnen wurden aktiv unterwiesen in Erster Hilfe und SchulärztInnen schafften sich „Erste-Hilfe-Kästen“ an.

1923 wurde mit einem Erlass des Bundesministeriums für Unterricht ein Einheitliches Vorgehen aller österreichischen SchulärztInnen beschlossen – für Bundesgymnasien. In diesem Erlass stand, dass „SchulärztInnen dem Direktor in Fragen der Schulgesundheitspflege beratend zur Seite stehen sollten und sie müssten zweimal jährlich während der Unterrichtszeit unangemeldet das Schulhaus auf hygienische Mängel begutachten. Außerdem seien die SchülerInnen medizinisch zu überwachen und regelmäßige Sprechstunden abzuhalten“. Es wurden einheitliche Elternfragebögen und Gesundheitsbögen eingeführt, wobei der Gesundheitsbogen als Leitfaden der Abfolge und Ausmaßes der körperlichen Untersuchung diene (18).

3.1.5 Heutige Aufgabengebiete und Organisation von SchulärztInnen

Die Stellung und Aufgaben der SchulärztInnen sind in Österreich gesetzlich verankert. 1962 wurde durch das Schulorganisationsgesetz (SchOG) im Rahmen des Schulgesetzwerkes 1962 die äußere Organisation des österreichischen Schulwesens gesetzlich geregelt, 1974 folgte das Schulunterrichtsgesetz (SchUG), das mit Modifizierungen durch eine Vielzahl von Novellen (u.a. 1986) bis heute den Bereich des "inneren Betriebes" unserer Schulen regelt. Aktuell wird die schulärztliche Betreuung im §66 des SchUG aus 1986 gesetzlich festgelegt (Abb. 3) (8, 30, 31):

SchUG, §66; Schulärztliche Betreuung, Schulgesundheitspflege

- (1) Schulärzte haben die Aufgabe, die Lehrer in gesundheitlichen Fragen der Schüler, soweit sie den Unterricht und den Schulbesuch betreffen, zu beraten und die hierfür erforderlichen Untersuchungen der Schüler durchzuführen.*
- (2) Die Schüler sind verpflichtet, sich - abgesehen von einer allfälligen Aufnahmsuntersuchung - einmal im Schuljahr einer schulärztlichen*

Untersuchung zu unterziehen. Darüber hinaus sind Untersuchungen mit Zustimmung des Schülers möglich. Sofern bei Untersuchungen gesundheitliche Mängel festgestellt werden, ist der Schüler hiervon vom Schularzt in Kenntnis zu setzen.

(3) Insoweit bei Lehrerkonferenzen oder Sitzungen des Klassen- und Schulforums bzw. des Schulgemeinschaftsausschusses Angelegenheiten des Gesundheitszustandes von Schülern oder Fragen der Gesundheitserziehung behandelt werden, sind die Schulärzte zur Teilnahme an den genannten Konferenzen bzw. Sitzungen mit beratender Stimme einzuladen.

(4) Soweit Verordnungen auf Grund der Abs. 1 bis 3 nicht von den dem Bundesminister für Bildung und Frauen unterstehenden Schulbehörden des Bundes erlassen werden, sind sie vom Bundesminister für Bildung und Frauen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Gesundheit zu erlassen.

Abbildung 3: Auszüge aus dem Schulunterrichtsgesetz: §66 (8)

Somit dienen die SchulärztInnen der Lenkung und Koordinierung der Schulgesundheitspflege – und nicht der gesundheitlichen Beratung der SchülerInnen. Im §66 werden „schulärztliche Untersuchungen“ erwähnt. Als Grundlage und Leitfaden der jährlichen körperlichen Untersuchung gibt es ein „österreichweites Gesundheitsblatt“, das ein Basisprogramm darstellt (32). Von 1980 bis 1995 wurden diese Gesundheitsblätter zentral im österreichischen Statistischen Zentralamt ausgewertet, danach musste dieses Vorgehen aufgrund rechtlichen und finanziellen Schwierigkeiten beendet werden. Aktuell gibt es regionale Bemühungen von elektronisch erfassten Datenerhebungen, ein einheitliches Vorgehen und eine gemeinsame Auswertung gibt es in Österreich derzeit nicht (5).

Auch wenn im SchUG keine klaren Dienstaufgaben beschrieben wurden, so gibt es regionale Erlässe. Zum Beispiel werden im Zuständigkeitsbereich des steirischen Landesschularztes die Aufgabenbereiche der SchulärztInnen in 10 Punkten klar definiert und werden dem Dienstvertrag angehängt (5, 33):

1. Beratung der Lehrpersonen in gesundheitlichen Fragen der SchülerInnen, soweit sie den Unterricht und den Schulbesuch betreffen.

2. Durchführung der hierfür erforderlichen Untersuchungen anhand von Gesundheitsblätter (Erfassung von: Größe, Alter, Gewicht, Allergien, Sehvermögen, Zahn- und HNO-Status, Atemwegserkrankungen und Haltungsschäden).
3. Mitteilung bei diesen Untersuchungen festgestellter gesundheitlicher Mängel an die SchülerInnen bzw. Erziehungsberechtigten.
4. Der beratenden Teilnahme der SchulärztInnen an den Lehrerkonferenzen, insofern diese Angelegenheiten des Gesundheitszustandes von SchülerInnen oder Fragen der Gesundheitserziehung behandeln.
5. Fachaufsicht über die Tätigkeit der SchulärztInnen in den Schulen.
6. Ausbildung und Weiterbildung der SchulärztInnen.
7. Mitwirkung bei der Neubesetzung von SchulärztInnenstellen.
8. Beratung und Mitwirkung in Angelegenheiten der Gesundheitserziehung an den Schulen bzw. der Beratung zwischen Lehrpersonen und Erziehungsberechtigten über Fragen der Schulgesundheitspflege und der Ausbildung und Weiterbildung der Lehrpersonen hierfür.
9. Pflege des Einvernehmens mit der Schulaufsicht insbesondere mit den FachinspektorInnen für Leibeserziehung sowie der Landessanitätsdirektion.
10. Erledigung allgemeiner administrativer Angelegenheiten des schulärztlichen Bereiches.

Die Landesschulärztin bzw. der Landesschularzt ist die/der schulärztliche ReferentIn im Landesschulrat. Der Erlass des Unterrichtsministeriums „Schulärztlicher Dienst bei den Landesschulräten“ regelt die Aufgabenbereiche dieser Personen: Lenkung und Koordinierung der Schulgesundheitspflege, Fachaufsicht über die Tätigkeit der SchulärztInnen, Mitwirken bei der Neubesetzung von SchulärztInnenstellen, Pflege des Einvernehmens mit den Landessanitätsdirektionen in Angelegenheiten der gesundheitlichen Betreuung der SchülerInnen (34).

3.1.6 Ausbildung der SchulärztInnen im historischen Überblick

Die Ausbildung, welche eine Medizinerin bzw. ein Mediziner zur Ausübung der schulärztlichen Tätigkeit vorweisen muss, war von Anfang an umstritten. Das Aufgabengebiet war bereits im 19. Jahrhundert groß (siehe Abb. 2), die Tätigkeiten waren vielfältiger als jene der Allgemeinmedizinerin bzw. des Allgemeinmediziners. Trotzdem gab es am Beginn keine spezielle Ausbildung. Im 20. Jahrhundert wurden Themen publiziert, welche sich SchulärztInnen postpromotionell speziell aneignen sollten: Hygiene, körperliche Entwicklung, Schadstoffe, Kinderkrankheiten und Maßnahmen zur Krankheitsverhütung (35). 1919 forderte die sehr engagierte Schulärztin Dr. Mathilde Gstettner anerkannte Schulärztekurse (36). Nach dem ersten Weltkrieg wurde ein „Schulärztekurs“ in Wien abgehalten, der teilweise als Voraussetzung für die Anstellung als Schulärztin/Schularzt galt (18).

Heute ist für die Bewerbung als Schulärztin oder als Schularzt in der Steiermark die Berechtigung zur Ausübung als Ärztin bzw. Arzt für Allgemeinmedizin bzw. als Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde und Qualifikation für Tätigkeiten laut §66 SchUG Voraussetzung (8, 33). Seit 1994 erfolgen Diplomlehrgänge für SchulärztInnen in Wien, organisiert durch die Akademie der Ärzte. Nach Beendigung erhalten die TeilnehmerInnen das „Diplom Schularzt“ (37). Der Kurs wird auch in Linz angeboten. Es wurden Schularztkurse auch in Innsbruck abgehalten, ein Universitätslehrgang in Graz zu diesem Thema ist in Vorbereitung (5). Das Jus practicandi (oder der Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde) ist in Österreich eine verpflichtende SchulärztInnen-Voraussetzung, nützliche Zusatzausbildungen sind das Fortbildungsdiplom der österreichischen Ärztekammer oder Diplome für Schularzt, psychosoziale Medizin, Ernährungsmedizin, Arbeitsmedizin oder Sportmedizin (34).

3.1.7 Aktuelle Organisation des schulärztlichen Dienstes in Österreich

Laut §66 des SchUG unterliegen die ÄrztInnen, welche als SchulärztInnen tätig sind, dem Gesetz für Schulunterricht und werden somit den LehrerInnen gleichgestellt. Die äußere Schulorganisation im Pflichtschulbereich (u.a. Formen und Dauer der Schulformen) kommt dem Bund zu, Ausführungsgesetze und Vollziehung fallen in die

Landeszuständigkeit. Schulerhalter der Pflichtschulen sind entweder Gemeinden oder Gemeindeverbände oder das jeweilige Land. Das Landeslehrerdienstrecht wird vom Bund beschlossen und von den Ländern vollzogen (8, 31, 38).

Zuständig für die SchulärztInnen sind somit jene Behörden, die auch für die LehrerInnen verantwortlich sind – und dies ist vom Schultyp abhängig. Die Zuständigkeiten in der Schulverwaltung – und somit auch des schulärztlichen Dienstes - sind derzeit unter verschiedenen Körperschaften (Bund, Land oder Gemeinde) verteilt. Während im Bereich der AHS und BMHS einheitlich der Bund zuständig ist, ist die Kompetenzverteilung bei den Pflichtschulen komplizierter (Abb. 4).

Kenndaten zum schulärztlichen Dienst						
Rechtsgrundlagen	Schulorganisationsgesetz – SchOG, BGBl. Nr. 242/1962 i.d.g.F. Schulunterrichtsgesetz – SchUG, BGBl. Nr. 472/1986 i.d.g.F. Suchtmittelgesetz – SMG, BGBl. I Nr. 112/1997 i.d.g.F. Leistungsbeurteilungsverordnung, BGBl. Nr. 371/1974 Erlass des BMUKK „Gesundheitserziehung“, Rundschreiben Nr. 7/1997 Erlass des BMUKK „Schulärztlicher Dienst bei den Landesschulräten“, Rundschreiben Nr. 91/1993					
Schulärztlicher Dienst an Bundesschulen						
Österreich	2006/2007	2007/2008	2008/2009	2009/2010	2010/2011	Veränderung
	Anzahl					in %
Schulärzte	537	539	541	542	543	+ 1,12
Schulen	550	537	533	541	543	- 1,27
Schüler	339.406	332.979	330.915	333.811	330.015	- 2,77

Abbildung 4: Kenndaten zum schulärztlichen Dienst. Auszüge aus dem Rechnungshofbericht - Gesundheit der Schüler: Schulärztlicher Dienst und Schulpsychologischer Dienst, 2013 (34)

Bei der Diensthoheit über die Lehrer bzw. SchulärztInnen an den Pflichtschulen (z.B. Einstellungs-Entscheidungen) sind grundsätzlich die Länder zuständig, aber einige Bundesländer haben diese Kompetenz zumindest teilweise durch eigene „Landeslehrer-Diensthoheitsgesetze“ an den Bund übertragen. In Wien, Niederösterreich, Oberösterreich, der Steiermark und dem Burgenland üben daher die Landesschulräte (diese sind Bundesbehörden) bzw. die Bezirksschulräte im Rahmen der „mittelbaren

Bundesverwaltung“ (siehe unten) die Diensthoheit aus. In den anderen Ländern sind dagegen die Schulabteilungen bei den Ämtern der Landesregierung bzw. die Bezirksverwaltungsbehörden dafür zuständig. Die Bezahlung der LehrerInnen und SchulärztInnen ist ebenfalls kompliziert. Die Kosten für das Personal an den Pflichtschulen werden vom Land getragen, werden aber vom Bund anhand eines Stellenplans ersetzt (an Berufsschulen zu 50 Prozent). Im Jahr 2013 waren das fünf Milliarden Euro (38).

Entscheidende Maßzahl für den Umfang der schulärztlichen Tätigkeit ist die Zahl der SchülerInnen - für eine bestimmte Anzahl an SchülerInnen wird je nach Schulform vom Bund unterschiedlich viele Stunden finanziert. Der genaue Schlüssel ist, für jeweils 60 SchülerInnen an mittleren und höheren Schulen bzw. für jeweils 45 SchülerInnen an Schulen mit sportlichen Schwerpunkt. Das Verwaltungspersonal an den Schulen wird vom jeweiligen Schulerhalter bezahlt. Die Schulaufsicht liegt sowohl für die Pflicht- als auch für die höheren Schulen beim Bund, gleiches gilt für die Lehreraus- und – fortbildung (34, 38).

Aktuell werden etwa 1,2 Millionen SchülerInnen zumindest einmal jährlich von etwa 2500 SchulärztInnen (Summe aller Schulen) untersucht. Bei den angestellten SchulärztInnen (v.a. höhere Bundes-Schulen; etwa 540 SchulärztInnen) überwiegen mit etwa 80% die Schulärztinnen. Es sind aber auch niedergelassene Gemeinde-, Distrikts-, oder SprengelärztInnen im schulärztlichen Dienst tätig, bei denen der Männeranteil etwa 80% beträgt. BerufsschülerInnen werden häufig nicht von SchulärztInnen, sondern von den zuständigen Gebietskrankenkassen im Rahmen der Jugendlichen-Untersuchungen untersucht (18).

3.1.7.1 Grazer Pflichtschulenmodell

SchulärztInnen im Bereich der AHS und BMHS sind dem jeweiligen Landesschularzt im Landesschulrat unterstellt, werden einer oder mehreren Schulen (je nach Anstellungsausmaß) fix zugeteilt und sind ausschließlich für „ihre“ Schule im Sinne des §66 zuständig („schulgebundene“ SchulärztInnen). Im Pflichtschulbereich läuft dies anders ab. Als Beispiel übernimmt in Graz der schulärztliche Dienst des Amtes für Jugend und Familie der Stadt Graz die gesamte schulärztliche Versorgung an allen

städtischen Pflichtschulen (39). Dort werden die gesetzlich vorgeschriebenen Untersuchungen nicht mit schulgebunden SchulärztInnen durchgeführt, sondern jede Grazer Pflichtschule erhält am Schuljahres-Beginn klassenweise Einladungen für einen Untersuchungstermin, der immer für alle SchülerInnen außerhalb der Schule in den Räumlichkeiten des Ärztlichen Dienstes der Stadt Graz stattfindet. Die Kinder werden dort im Rahmen einer „Gesundheitsstraße“ untersucht. Dieses Modell erhielt eine Nominierung für den „Vorsorgepreis 2014 des Landes Niederösterreich“ (40).

3.1.7.2 Grazer „Gesundheitsstraße“

Der Besuch in den Räumlichkeiten des schulärztlichen Dienstes der Stadt Graz beginnt mit einem Einzel-Gespräch der zuständigen SchulärztIn mit den SchülerInnen im Beisein der Eltern, wobei genau Vorerkrankungen sowie die Familie-Anamnese erhoben werden. Die eigentliche Gesundheitsstraße beginnt mit einem apparativen Seh- und Hörtest. Danach folgt die körperliche Untersuchung durch ÄrztInnen des Ärztlichen Dienstes. Die dritte Station der Gesundheitsstraße ist eine Bewegungsanalyse durch Haltungsturnlehrer, die Aufschluss über etwaige muskuläre Probleme oder Haltungsschwächen geben soll. Den Abschluss bildet eine Untersuchung und Beratung durch den Schulzahnärztlichen Dienst des Amtes für Bildung und Integration der Stadt Graz. Direkt vor Ort werden Termine für gesundheitsförderliche oder präventive Maßnahmen terminisiert. Sollten bei der schulärztlichen Untersuchung Probleme des Bewegungsapparates auffallen, besteht die Möglichkeit, bei einem einmal wöchentlich anwesenden Kinder- und Jugendorthopäden vorstellig zu werden. Haltungsturnen und Haltungsschwimmen wird von den HaltungsturnlehrerInnen des Ärztlichen Dienstes in den Schulen angeboten. Bei Übergewicht besteht die Möglichkeit einer ernährungsmedizinischen Beratung durch eine entsprechend ausgebildete Person des Ärztlichen Dienstes.

3.1.8 Kritik am SchulärztInnen-System: Rechnungshofberichte (1998 und 2013)

In der österreichischen Bundesverfassung wurde bereits vor über 250 Jahren zur unabhängigen, öffentlichen Finanzkontrolle die Institution des „Rechnungshofes“ eingerichtet, welche im Rang eines Ministeriums zu sehen ist. Ziel von diesem

Kontrollorgan ist die Überprüfung öffentlicher Einrichtungen, die aus öffentlichen Geldern finanziert werden. Der Rechnungshof erbringt seine Leistungen objektiv, unabhängig, kompetent, sachlich, fair und beachtet die internationalen Richtlinien der Finanzkontrolle (41).

Bereits zweimal wurde vom Rechnungshof der schulärztliche Dienst der Bundesschulen geprüft. 1998 handelte es sich um eine Gebarungsüberprüfung (Prüfung kommunaler Haushaltsaufstellung), bei der die Beurteilung der Rechtsgrundlage, der Einsatz finanzieller Mittel, der Aufgabenerfüllung, der Organisation sowie der Qualitätssicherung des schulärztlichen Dienstes für die Bundesschulen untersucht wurden (42). 2013 wurde ergänzend kontrolliert, ob die durch die Budgets zur Verfügung gestellten Mittel sparsam, wirtschaftlich und zweckmäßig eingesetzt werden (34).

3.1.8.1 Rechnungshofbericht 1998

In der Zusammenfassung des Rechnungshofberichtes von 1998 wurden mehrere Punkte kritisiert (42):

1. SchulärztInnen übernehmen neben ihrer gesetzlich zugesprochenen Aufgabenstellung der Schulgesundheitspflege auch Aufgaben der allgemeinen Gesundheitspflege, die nach Sanitätsvorschriften in den Bereich der Gesundheitsämter fallen. Gleichzeitig arbeiten zahlreiche Gesundheitsvereine mit finanzieller Unterstützung von Bund, Ländern und Gemeinden im Gebiet der Gesundheitserziehung, auch die Sozialversicherungsträger sind tätig. Der Rechnungshof begrüßte die vielfachen Arten von Maßnahmen auf der Gesundheitsfürsorge, forderte jedoch die Aktivitäten zu evaluieren und vollständig zu koordinieren, ohne die Eigeninitiativen der Schulen einzuschränken. Die bestmögliche Nutzung von beschränkten Ressourcen solle das Ziel sein.
2. Das System der Reihenuntersuchungen wird als reformbedürftig eingestuft. Sie dienen nur eingeschränkt der Gesundheitsstatistik der 6 bis 18-Jährigen. Der Rechnungshof kritisierte, dass die Reihenuntersuchungen nicht immer jährlich

sattfinden und dass die Gesundheitsblätter bei Schulwechsel meist nicht der neuen Schule weitergegeben werden. Genaue Richtlinien bezüglich Zeitpunkt, Zielsetzung, Durchführende, Zuverlässigkeit, Inhalt (u.a. Impfstatus) und die bundesweite elektronische Erfassung für die Gesundheitsstatistik wären lt. Rechnungshof wünschenswert.

3. Verschiedene Vergütungsmechanismen zwischen Bundes- und Pflichtschulbereich (Vergütung pro 60 SchülerInnen vs. pro Untersuchungen vs. pro Stunde). Der Rechnungshof empfiehlt schulärztliche Honorare den pauschalen Entgelten zu bevorzugen.
4. Der Rechnungshof forderte für die Landesschulräte allgemein gültige, objektiv nachvollziehbare Kriterien für die SchulärztInnen-Bestellung einzuführen, wobei die Schulen ein Mitspracherecht haben sollten.
5. Es wurde in dem Bericht kritisiert, dass die gesetzlich vorgeschriebene (laut §66) Teilnahme der SchulärztInnen an Lehrerkonferenzen, Sitzungen des Klassen- und Schulforums häufig nicht wahrgenommen wird.
6. Der Rechnungshof empfiehlt den SchulärztInnen, vermehrt der gesetzlich vorgeschriebenen (laut §66) Beratung der LehrerInnen zu folgen. Dies betrifft vor allem die Umsetzung des Unterrichtsprinzips Gesundheitserziehung im Rahmen von Gesundheitsprojekten. Der Rechnungshof empfahl Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für das Fachgebiet Gesundheitserziehung für LehrerInnen und SchulärztInnen auszubauen.

Der Bericht berechnete, dass 1994/95 in Bundesschulen die Kosten pro SchülerIn für die schulärztliche Betreuung etwa 600 Schilling betragen hatten, was etwa € 44,-- entsprach. Der Bericht wies darauf hin, dass in allen Ländern bzw. Gemeinden Gesundheitsfürsorge der Schulkinder – dazu zählten Impfungen, Haltungsturnen, Unfallverhütung, Drogenberatung, Zahngesundheitserziehung erfolgte. Laut Rechnungshof wurden größere Geldmengen indirekt durch Subventionen für Gesundheitsvereine und Impfhonorare ausgegeben.

3.1.8.2 Rechnungshofbericht 2013

Die Zusammenfassung des Rechnungshofberichtes von 2013 ist ähnlich jenem Bericht von 1998, jedoch ausführlicher. Die Effizienz des schulärztlichen Dienstes sei durch die verfassungsrechtliche Kompetenzverteilung zwischen Schulgesundheitspflege (für diese ist das Ministerium für Unterricht zuständig) und Gesundheitsförderung (für diese ist das Ministerium für Gesundheit zuständig, z.B. Impfen ist Teil der Gesundheitsbehörden) beeinträchtigt. Die von den SchulärztInnen erhobenen Ergebnisse der Reihenuntersuchungen der SchülerInnen werden nicht elektronisch erfasst und nicht für Zwecke der Gesundheitspolitik ausgewertet (34).

	Schulärztlicher Dienst
Rechtsgrundlage	§ 66 Schulunterrichtsgesetz (Schulgesundheitspflege)
Wirkungsbereich	Schulgesundheitspflege: BMUKK Gesundheitsvorsorge: BMG
Zuständigkeiten	Bundesschulen – Bund (Pflichtschulen – Länder, Gemeinden)
Organisation (Stand: 2010)	– Abteilung III/11 des BMUKK – je Bundesland ein schulärztlicher Referent im Amt des Landesschulrats bzw. Stadtschulrats für Wien – rd. 540 Schulärzte an Bundesschulen
Aufgaben	Beratung der Lehrer in gesundheitlichen Fragen der Schüler (den Unterricht und den Schulbesuch betreffend)

Abbildung 5: Auszüge aus dem Rechnungshofbericht - Gesundheit der Schüler: Schulärztlicher Dienst und Schulpsychologischer Dienst, 2013 (34)

Im Detail wurde im Rechnungshofbericht 2013 hervorgehoben, dass die SchulärztInnen dem Bildungsministerium unterliegen und der Schulgesundheitspflege (SchUG §66; siehe oben) dienen, d.h. der gesundheitlichen Beratung der LehrerInnen und nicht der SchülerInnen. Definiert wird die Schulgesundheitspflege als jene Gesundheitspflege, die den Unterricht und den Schulbesuch betrifft. Die Gesundheitspflege *per se* fällt in den Zuständigkeitsbereich des Gesundheitsministeriums, wird aber von den

Landesbehörden vollzogen (Abb. 4). Dies ist aufgrund der sogenannten „mittelbaren Bundesverwaltung“ möglich - darunter wird die Vollziehung von Bundesgesetzen durch Behörden verstanden, die nicht vom Bundesbehörden sondern von Landesbehörden betrieben werden (Bundesverfassungsgesetz Art. 102) (43). Das bedeutet, dass die Vollziehung des Gesundheitswesens Angelegenheit der von den Ländern wahrzunehmenden mittelbaren Bundesverwaltungen ist (Bezirksverwaltungsbehörde und Landeshauptleute). Laut Bundesministeriengesetz 1986 zählt definitionsgemäß zu den Aufgaben des Gesundheitsministeriums nicht nur die Gesundheitspflege, sondern auch die Gesundheitserziehung bzw. -beratung sowie das Hygiene- und Impfwesen.

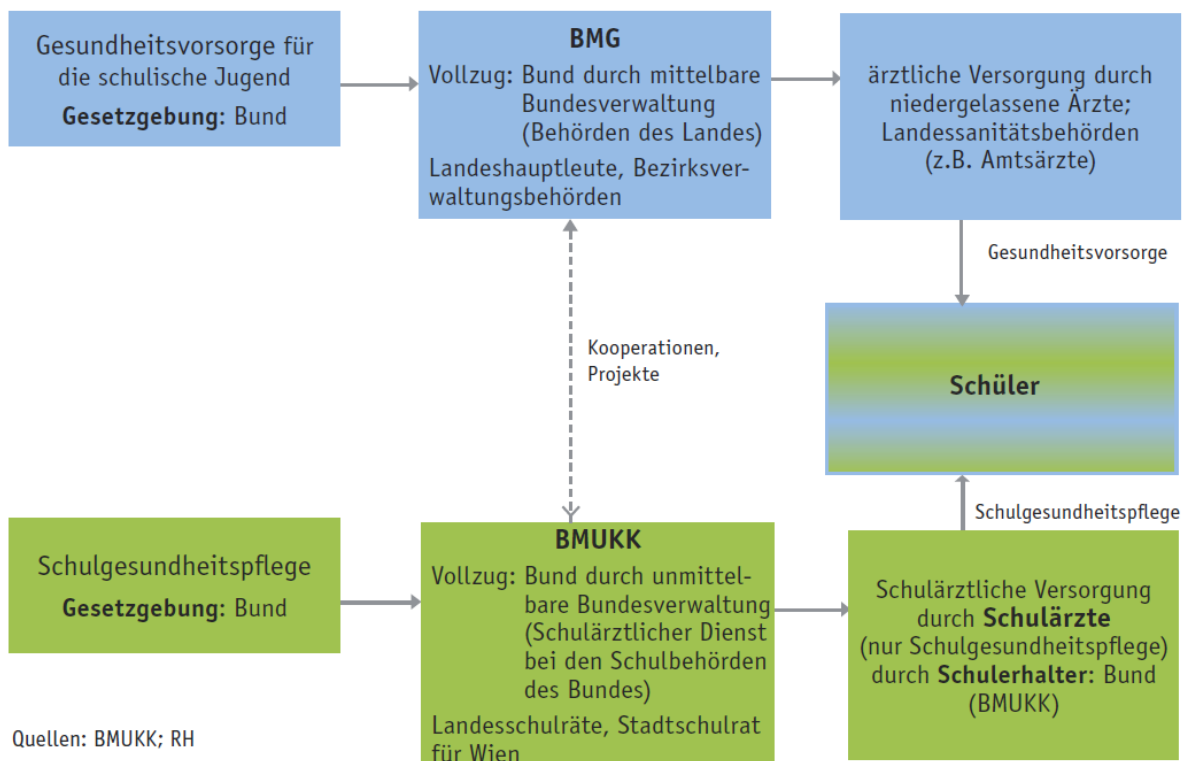


Abbildung 6: Gesetzgebung und Vollzug für den schulärztlichen Dienst an Bundesschulen. Auszüge aus dem Rechnungshofbericht - Gesundheit der Schüler: Schulärztlicher Dienst und Schulpsychologischer Dienst, 2013 (34). BMG, Bundesministerium für Gesundheit; BMUKK, Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur.

Somit sind für die Gesundheit der 6 bis 18-Jährigen mehrere Bundesministerien und Gebietskörperschaftsebenen zuständig (Bund: Bundesschulen; Länder und Gemeinden:

Pflichtschulen), wodurch es zur Inhomogenität in der schulärztlichen Versorgung kommt. Der Rechnungshof hatte im Bericht 2013 im Detail das Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur (BMUKK, Name des Unterrichtsministerium 2013) und die Landesschulräte von Oberösterreich, Salzburg und Wien geprüft (Abb. 5). Im Vergleich zum Bericht von 1998 sind die Kernpunkte ident. Insgesamt haben sich in den 15 Jahren zwischen den Berichten manche Fachausdrücke und Ideologien geändert. So hat man das Konzept der „Gesundheitserziehung“ (= durch Information und Aufklärung riskante individuelle Verhaltensweise zu verhindern; z.B. Nikotinabusus) in Richtung „Gesundheitsförderung“ (= Verantwortung für sich selbst und für die Gesellschaft) umgestaltet (34).

Schulbehörde	Organisationseinheit	Schulärzte (2010)
BMUKK	Abteilung III/11 (2,1 VBÄ)	
Landesschulrat für Oberösterreich	1 schulärztlicher Referent (teilbeschäftigter Arzt)	82 Schulärzte (23 VBÄ) an 86 Bundesschulen
Landesschulrat für Salzburg	1 schulärztlicher Referent (teilbeschäftigter Arzt)	33 Schulärzte (9 VBÄ) an 39 Bundesschulen
Stadtschulrat für Wien	1 schulärztlicher Referent (teilbeschäftigter Arzt)	107 Schulärzte (30 VBÄ) an 99 Bundesschulen

Abbildung 7: Kenndaten zum schulärztlichen Dienst. Auszüge aus dem Rechnungshofbericht - Gesundheit der Schüler: Schulärztlicher Dienst und Schulpsychologischer Dienst, 2013 (34)

Der Rechnungshof stellte folgende kritische Punkte fest (34):

1. Durch die gesetzlich bedingte Einschränkung der Tätigkeit der SchulärztInnen auf die Schulgesundheitspflege leidet die SchülerInnengesundheit, weshalb der Rechnungshof in seinem Bericht 2013 die strikte Trennung von Schulgesundheitspflege und Gesundheitsförderung im Sinne der Effizienzsteigerung des schulärztlichen Dienstes empfiehlt. Dies würde eine Gesetzesreform von SchUG §66 mit genauen Kompetenzbestimmungen zwischen Gesundheits- und Bildungsministerium benötigen. Diese Schritte könnten auch zu einer Homogenität im Schularztwesen führen (aktuell Trennung Pflicht- und Bundesschulen).

2. Die jährliche Reihenuntersuchung mit der Erfassung der Gesundheitsblätter sollte genauer geregelt werden. Es werden Gesundheitsblätter regelmäßig ausgefüllt, aber die Daten werden weder elektronisch erfasst, noch ans Gesundheitsministerium übermittelt, weshalb keine Nutzung für Zwecke der Gesundheitspolitik (gezielte Präventionsmaßnahmen) möglich war.
3. SchulärztInnen führen ein Schularztbuch und verfassen Tätigkeitsberichte, diese werden aber im Bildungsministerium zu wenig weiterverarbeitet - ein Gesamtbericht mit der Möglichkeit des Vergleiches zwischen den Bundesländern wäre wünschenswert.
4. Überschneidungen mit den Tätigkeiten des arbeitsmedizinischen Dienstes hinsichtlich der Beratung der Schulleitung bezüglich des hygienischen Zustandes der Unterrichtsräume. Synergieeffekte sollten genutzt werden.
5. Projekte zur Gesundheitsförderung werden sowohl vom Bildungs-, als auch vom Gesundheitsministerium finanziert – teils gemeinsam, teils getrennt, teils mit verschiedenen Gesundheitseinrichtungen (Summe 2010: etwa €420.000). Zukünftige Projekte sollten kritisch hinterfragt werden, vor allem externe Vergaben von Studien.
6. Qualitätssicherung des gesundheitlichen Dienstes nur ansatzweise vorhanden (z.B. Qualitätszirkel in einigen Bundesländern), der Rechnungshof empfiehlt ein systemisches Qualitätsmanagement aufzubauen (z.B. im Rahmen des schulischen Qualitätsmanagements).
7. Die gesetzlich vorgeschriebene Beratung der LehrerInnen bezieht sich auch auf die Leistungsfeststellung und Leistungsbeurteilung von SchülerInnen mit geistiger Behinderung bzw. gesundheitlicher Gefährdung (Leistungsbeurteilungsverordnung).
8. Der Rechnungshof schlug vor, im Rahmen einer Aufgabenreform den SchulärztInnen an Bundesschulen kostenneutral weitere Tätigkeiten zu übertragen (z.B. in der Gesundheitserziehung oder –vorsorge).

3.1.9 SchulärztInnen im internationalen Vergleich

Trotz intensiver Recherche inkl. E-Mail-Anfragen an verschiedenen Personen in Europa war es nicht möglich, eine zusammenfassende Arbeit über die Schularzt-Systeme in europäischen Ländern zu finden. In einer mündlichen „Blitz-Umfrage“ innerhalb der Mitglieder der europäischen Kommission für pädiatrische Lebererkrankungen – der ich selbst angehöre (Hepatology Committee of ESPGHAN; European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition; vertretene Länder: Ungarn, Polen, Großbritannien, Frankreich, Spanien, Italien, Österreich, Belgien, Niederlande, Deutschland, Bosnien-Herzegowien) – zeigte sich, dass nur in Ungarn und der Schweiz ein vergleichbares System mit schulgebundenen ÄrztInnen besteht. Bosnien-Herzegowien und Polen – beides teilweise ehemalige Monarchie-Staaten, hatten in der Vergangenheit ein vergleichbares System. Andere Staaten trennen die Tätigkeitsbereiche der SchulärztInnen. In Deutschland erfolgen einerseits regelmäßig schul-externe Reihenuntersuchungen (z.B. Schuleingangsuntersuchungen), wobei dies pro Bundesland verschieden organisiert wird. Andererseits werden gesundheitsförderliche Projekte organisiert, wobei die Initiative sowohl von den schulinternen PädagogInnen, als auch von regionalen, landesweiten und bundesweiten Organisationen übernommen werden.

In den USA gibt es je nach Bundesstaat Initiativen hinsichtlich „School physicians“, die jedoch nicht flächendeckend und nicht unseren SchulärztInnen entsprechen. Bei den School physician handelt es sich um nicht ÄrztInnen, sondern es sind eher PartnerInnen der Schulen, die verschiedene Personen des Gesundheitswesens – die sogenannten „School Health Professionals“ (SHP) koordinieren. Zu den SHPs zählen Schul-Krankenschwestern (School Nurses), Schulpsychologen (School Psychologists), SozialarbeiterInnen (School Social Workers) und Schulberater (School Counselors). „School doctors“ existieren in den USA oder in Großbritannien nicht, es handelt sich in der Literatur um die Übersetzung der österreichischen Bezeichnung „SchulärztInnen“ (44-46).

Das Europa-Regionalbüro der WHO hat 2014 eine Rahmenvereinbarung für die 53 Mitgliederstaaten bezüglich nationalen und regionalen Qualitätsstandards für

Gesundheitsförderungen in Schulen bzw. für SHPs verfasst. Diese Vereinbarung soll nur eine Basis darstellen und kann durch jeden WHO-Staat angepasst werden. Es wurden 7 Standards für „School Health Services“ (SHS; Schulgesundheitservice) definiert, damit die im Schulgesundheitservice tätigen Personen (SHS-Personen) eine Richtlinie haben (Abb. 8) (47). Basis für die Rahmenvereinbarung sind Daten der größten europäischen Kinder- und Jugendgesundheitsstudie, sogenannten „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study“, die ebenfalls von der WHO alle 4 Jahre seit 30 Jahren veröffentlicht wird (48, 49).

1. Ein nationales Netzwerk mit Einbeziehung der Gesundheits- und Bildungsministerien soll über Ziele, den Inhalt und die Bedingungen der Personen im Schulgesundheitservice entscheiden.
2. Gesundheitsförderungsprogramme sollen auf die Bedürfnisse von Kindern- und Jugendlichen angepasst werden und Eltern sollen miteinbezogen werden.
3. Es muss ausreichend Personal, Räumlichkeiten und Büromittel zur Verfügung gestellt werden, damit die SHS-Personen ihre Ziele erreichen können.
4. Ein lokales Netzwerk zur optimalen Zusammenarbeit von SHS-Personen, LehrerInnen, Schuladministratoren, Eltern und SchülerInnen soll geschaffen werden.
5. Die SHS-Personen sollen klar definierte Arbeitsaufgaben haben und auf SHS Qualitätsstandards erreichen.
6. Die Arbeitsaufgaben der SHS sollen landesweit in „Paketen“ zusammengefasst werden, die allgemeinen-gültigen Public Health Richtlinien entsprechen und regionale erhobenen Public Health Bedürfnisse einschließen.
7. Gesundheitsdaten sollen elektronisch erhoben, ausgewertet und verglichen werden, um lokale Public Health Themen einfließen lassen zu können und Gesundheitstrends zu erkennen.

Abbildung 8: SHS Standards (frei übersetzt aus dem Englischen) (47)

In Österreich werden viele der SHS-Standards aktiv verfolgt – z.B. gibt es eine Koordinationsstelle für Gesundheitsförderung in der Schule (KOST GF), die 2016 das Bild der „gesundheitsfördernden Schule“ definiert hat und Maßnahmen für eine

Gesundheitsförderung im Kontext der 10 Rahmengesundheitsziele verfasst hat (50, 51). Wie im internationalen Vergleich sind ÄrztInnen auch im österreichischen Konzept nur eine Säule des Konzeptes, die Zusammenarbeit vieler Professionalitäten ist vorgesehen (Abb. 9).

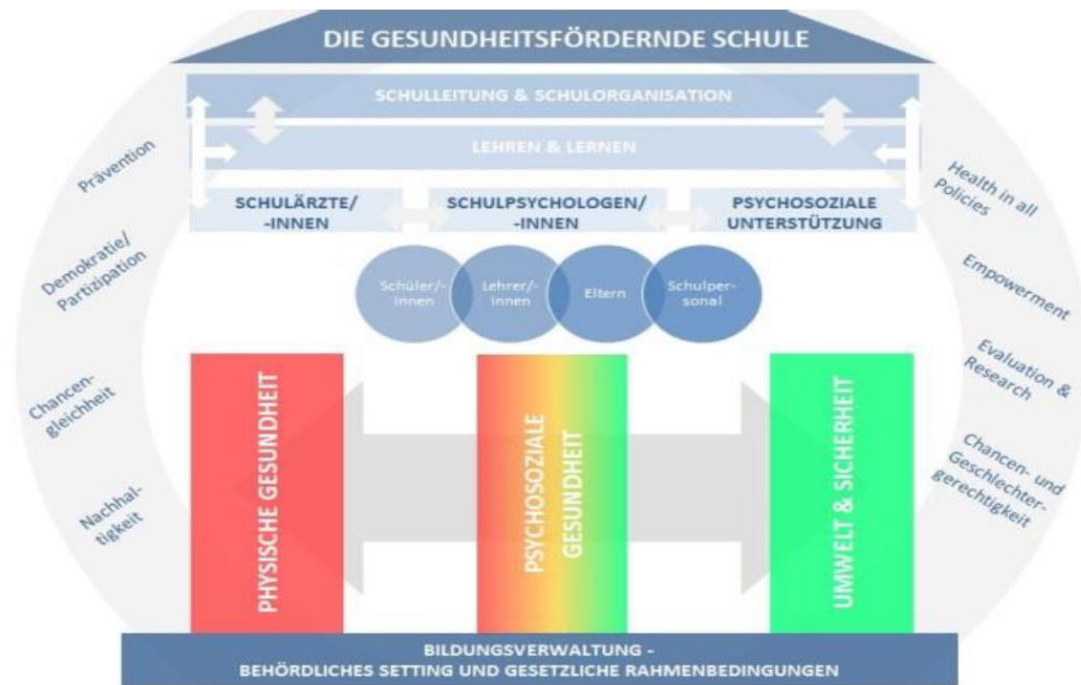


Abbildung 9: Ziel der Struktur einer gesundheitsfördernden Schule (50)

3.2 Teil 2: Umfrage über die aktuelle Situation

Ein Anliegen dieser Arbeit war das Erfassen von Meinungen der im Bereich des österreichischen Schularztwesens tätigen Personen. Die Ergebnisse werden in 2 Teilen vorgestellt: im Teil A werden die Ergebnisse von Multiple-Choice-Fragen analysiert, im Teil B werden Kommentare der TeilnehmerInnen zusammengefasst.

Anmerkung: Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde die Interpretation bzw. Diskussion direkt im Anschluss an die Fragensauswertung angeschlossen, anstatt – wie üblich – im Diskussions-Teil.

3.2.1 Teil A: Ergebnisse pro Multiple-Choice-Fragen

(1) Frage 1: Berufsgruppe

Bei der ersten Frage wurde erfasst, zu welcher Berufsgruppe die TeilnehmerInnen gehören (Abb. 10).

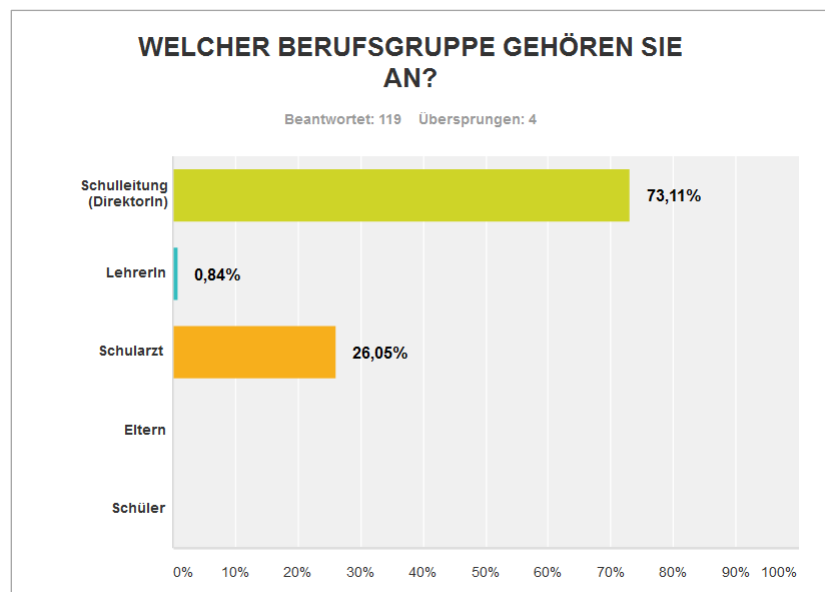


Abbildung 10: Ergebnisse Frage 1

Es nahmen 123 Personen an der Umfrage teil, wobei 4 Personen die erste Frage übersprungen haben. 87 Personen waren SchulleiterInnen, das entspricht 73%. 31 teilnehmende Personen (26,05%) waren SchulärztInnen, nur eine Lehr-Person hat den Fragebogen ausgefüllt. Es haben weder Eltern noch SchülerInnen teilgenommen.

Interpretation:

Ursprünglich war geplant, beide Sichtweisen zu erfassen, jene der SchulärztInnen und jene der PädagogInnen - aus Sicht der Schulleitung. Daher wurde der Fragebogen an beide Berufsgruppen übermittelt. Das Verhältnis bei diesem Ergebnis ist 1/4 zu 3/4. Da es pro Schule eine Direktorin oder einen Direktor und etwa 2 SchulärztInnen gibt, sollte das Ergebnis genau umgekehrt sein. Der Fragebogen wurde zwar an die Schulleiter ausgesandt, jedoch ging ich davon aus, dass einige das Beantworten des Fragebogens evt. delegieren könnten und vermutete die Teilnahme von zahlreichen LehrerInnen – jedoch traf dies nur in einem Fall zu.

Da die TeilnehmerInnen-Verteilung zwischen ÄrztInnen und Ärzte unausgeglichen ist, könnten die Ergebnisse einem gewissen Bias unterliegen. Somit ist im Nachhinein das Studiendesign nicht optimal, da das Aussenden der Umfrage an die beiden Berufsgruppen nicht getrennt erfolgte. Beim Entwerfen des Studiendesigns ging ich davon aus, dass nachträglich die unterschiedlichen Gruppen getrennt untersucht werden könnten – aber leider war dies bei dem verwendeten Computerprogramm nicht möglich.

Die Spalten „Eltern“ und „SchülerInnen“ waren für mögliche Ausbauschnitte der Umfrage gedacht gewesen, ich verzichtete jedoch auf diese Erweiterung. In der Praxis stellte sich heraus, dass die Fragen nicht optimal für SchülerInnen oder Eltern geeignet waren.

(2) Frage 2: Schultyp

Hier wurde erfragt, in welchem Schultyp die Teilnehmerin bzw. der Teilnehmer tätig ist (Abb. 11).

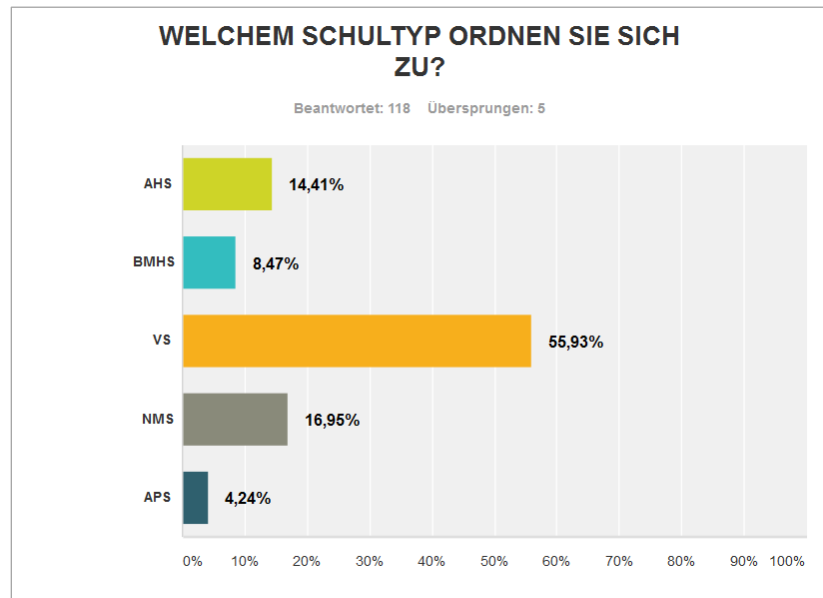


Abbildung 11: Ergebnisse Frage 2. AHS, Allgemeinbildende höhere Schulen, BMHS, Berufsbildende mittlere und höhere Schulen; VS, Volksschule; NMS, neue Mittelschule, APS, Allgemeinbildende Pflichtschulen (APS).

Auch die zweite Frage wurde von fast allen Personen beantwortet (96%). Die meisten Fragebogen-TeilnehmerInnen waren im Bereich der Volksschule tätig (n= 66; 56% aller TeilnehmerInnen). Die Schultypen AHS (n=16; 14%) und NMS (n=20; 17%) waren etwa gleich vertreten. Gering waren die Antworten von Personen aus dem Bereich BMHS (n=9; 8%) und APS (n=5; 4%) waren weniger vertreten.

Interpretation:

Vergleichbar mit der ersten Frage erwartete ich eine ausgeglichene Beteiligung an dem Fragebogen. Ein separates Aussenden an verschiedene Schulen wäre ebenfalls sinnvoll gewesen, da hier zwei der Zuständigkeiten (Regional- vs. Bundesebene) vermischt wurden.

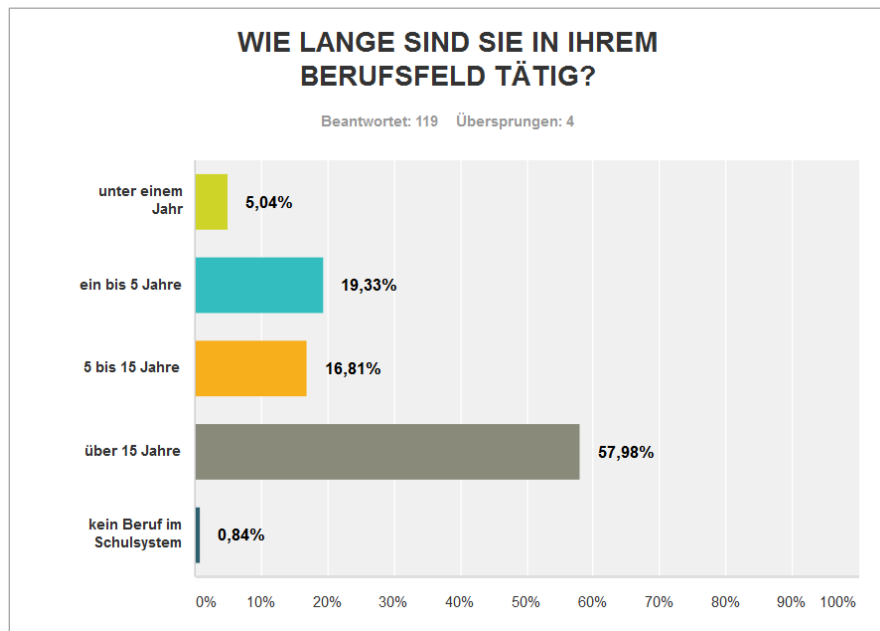
(3) Frage 3: Berufserfahrung

Abbildung 12: Ergebnisse Frage 3

Bei der dritten Frage wurde erfragt, wie lange die TeilnehmerInnen bereits im Schulsystem arbeiten (Abb. 12). Es stellte sich heraus, dass die meisten Personen erfahren sind – 58% (n=69) der TeilnehmerInnen waren bereits über 15 Jahre im Berufsfeld des österreichischen Schulwesens tätig. Die Gruppen der TeilnehmerInnen bis 5 Jahren (n=23; 19%) und zwischen 5 und 15 Jahren Berufserfahrung (n=20; 17%) haben etwa gleich häufig teilgenommen. Immerhin 6 TeilnehmerInnen waren neu im Schulbereich tätig, eine Person hatte keinen Beruf im Schulsystem.

Interpretation:

Es ist interessant, dass besonders die erfahrenen Personen im Schulsystem Interesse an der Umfrage zeigten. Etwa 25% der TeilnehmerInnen hatten eine Berufserfahrung von bis zu 5 Jahren. In Summe könnten die Ergebnisse etwa die Altersverteilung der Personen im Schulsystem-tätigen Personen entsprechen. Diese Daten könnten darauf schließen, dass es ein Anliegen ist, eigene Berufs-Erfahrungen weiterzugeben, damit evt. ein ganzes System davon profitiert oder damit man Zukunftsvisionen deponieren kann. Auf alle Fälle scheinen junge Personen im Berufsfeld motiviert zu sein.

(4) Frage 4: Zufriedenheit an Unterstützungssystemen

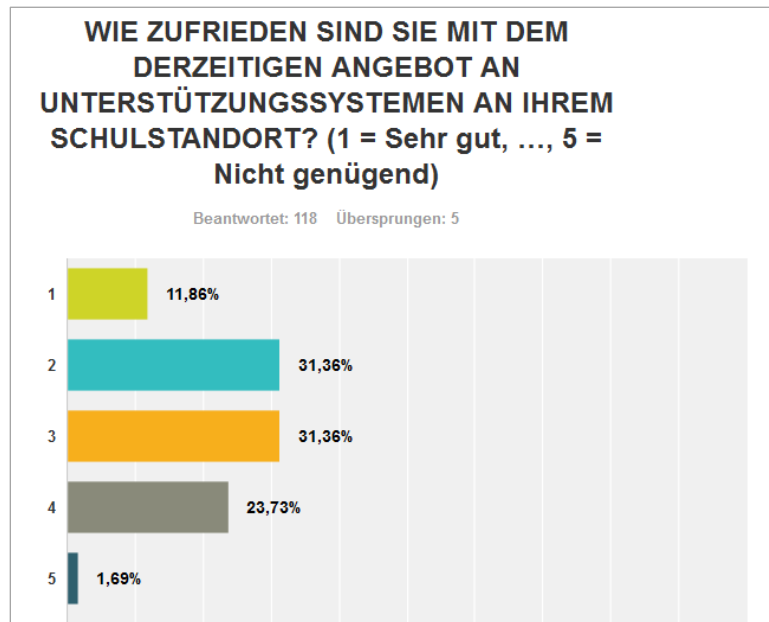


Abbildung 13: Ergebnisse Frage 4

Die Ergebnisse zur Frage der Zufriedenheit über die Angebote der Unterstützungssysteme am jeweiligen Standort sind äußerst unterschiedlich. Insgesamt zeigt sich eine Glockenkurve: jeweils ein Drittel benoten die Zufriedenheit mit „gut“ oder „befriedigend“ (jeweils $n=37$; 32%), der Rest teilt sich auf - „sehr gut“ ($n=14$; 12%) und „genügend“ ($n=28$; 24%). Nur wenige sind überhaupt nicht zufrieden ($n=2$; 2%).

Interpretation:

Diese Ergebnisse sind beeindruckend: Nur 11% der TeilnehmerInnen sind völlig zufrieden mit dem System der Unterstützung oder umgekehrt, 89% sehen einen Verbesserungsbedarf. Zwei Prozent geben dem System ein „Nicht genügend“ und somit sind die völlig unzufriedenen Personen eine Randgruppe. Diese Ergebnisse geben den Verantwortlichen eindeutig den Auftrag, das System zu überarbeiten und Veränderungen durchzuführen. Welche Änderungen sich die Personen wünschen, kann nicht gesagt werden – eine zweite Umfrage mit Konkretisierung dieser Fragestellung wäre zielführend.

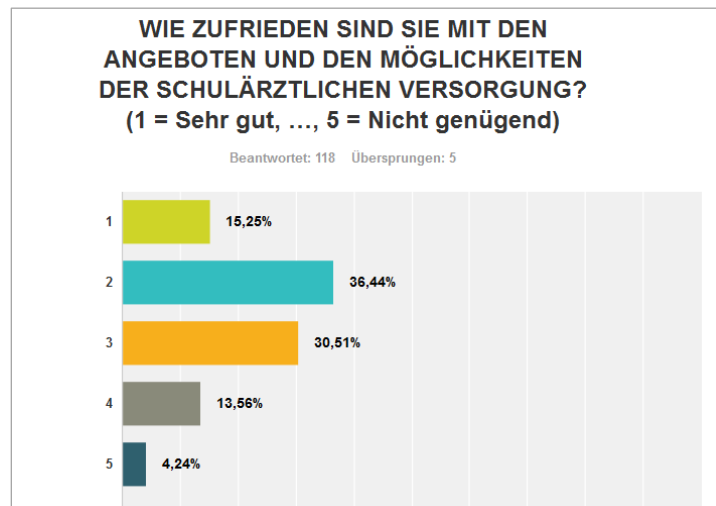
(5) Frage 5: Zufriedenheit an der lokalen schulärztlichen Versorgung

Abbildung 14: Ergebnisse Frage 5

Bei der 5. Frage geht es um den schulärztlichen Dienst (Abb. 14). Wie in der Frage zuvor wurde die Zufriedenheit erfragt. Diesmal antworteten die meisten - ein Drittel - mit „Gut“ (n=43; 31%), knapp gefolgt mit „befriedigend“ (n=36; 31%). Sehr gut (n=18; 15%) und genügend (n=16; 14%) wurde gleich häufig angeklickt. Fünf Personen sind überhaupt nicht mit den Angeboten und Möglichkeiten der lokalen schulärztlichen Versorgung zufrieden (n=5; 4%).

Interpretation:

Die Ergebnisse von Frage 5 sind schwer zu interpretieren, da die Frage nicht klar und eindeutig gestellt wurde. Aus Sicht der PädagogInnen handelt es sich um eine Beurteilung der lokal tätigen SchulärztInnen. Aus Sicht der SchulärztInnen kann die Frage umgekehrt interpretiert werden: wie sehr sind sie mit der Zusammenarbeit mit den Pädagoginnen zufrieden, wie gehen sie auf die SchulärztInnen zu und welche Möglichkeiten bietet die Schule, damit die Arbeit der SchulärztInnen möglichst vielseitig ist. Auch hier wäre die Auftrennung der Fragen auf die einzelnen Berufsgruppen interessant. Auch wenn die Fragenstellung nicht eindeutig war, so kann man dennoch erkennen, dass die meisten zwar zufrieden sind, aber eine Steigerung der Möglichkeiten und Angebote erwünscht wäre.

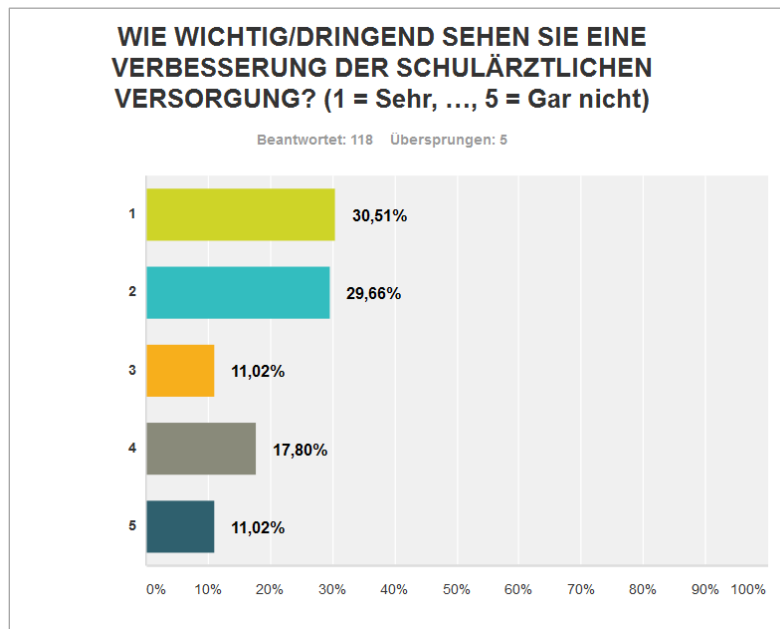
(6) Frage 6: Notwendigkeit der Verbesserung der schulärztlichen Versorgung

Abbildung 15: Ergebnisse Frage 6

Bei der Frage bezüglich der Notwendigkeit der Verbesserung der schulärztlichen Versorgung sehen 11 Prozent (n=13) keinen oder wenig (n=21; 18%) Handlungsbedarf (Abb. 15). 71 von 118 Personen äußerten entweder einen sehr dringenden (n=36; 31%) oder dringenden (n=35; 30%) Wunsch nach Änderungen. Etwa 11% (n=13) waren eher neutral.

Interpretation:

Bei Frage 6 prallen zwei Gruppen aufeinander – die eine Gruppe will das SchulärztInnen-System gleich belassen (34 Personen) und die andere Gruppe will Änderungen (71 Personen), womit sich etwa ein 1:2 Verhältnis ergibt. Somit gibt es eindeutig einen Auftrag für Änderungen, doch die Gruppe der Nicht-Befürworter ist relativ groß, weshalb bei Reformen mit Kritik und Widerstand zu rechnen ist. Diese Tatsache könnte erklären, dass im schulärztlichen System von Seiten des Gesetzgebers über Jahrzehnte keine Änderungen vorgenommen wurden. Die meisten Personen in dem System haben keine grundlegenden Änderungen bisher erfahren und sind daher eventuell skeptisch.

(7) Frage 7: Einstufung der Wichtigkeit von Bereichen der schulärztlichen Versorgung

WELCHE BEREICHE DER SCHULÄRZTLICHEN VERSORGUNG BEFINDEN SIE FÜR BESONDERS WICHTIG? (Mehrfachantworten möglich)

Beantwortet: 117 Übersprungen: 6

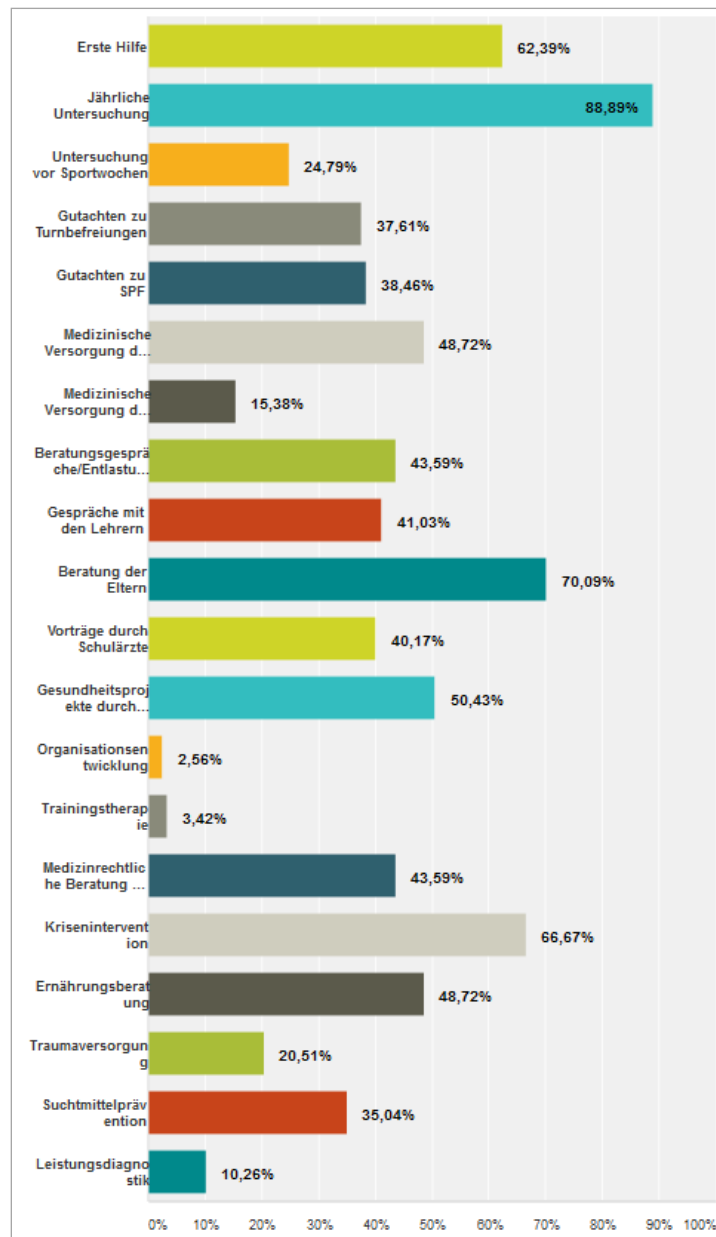


Abbildung 16: Ergebnisse Frage 7

Bei dieser Frage hinsichtlich der Wertigkeit der unterschiedlichen Bereiche der schulärztlichen Versorgung standen den Umfrage-TeilnehmerInnen 20 Antwortmöglichkeiten zur Verfügung. Es waren Mehrfachantworten möglich, weshalb man sich nicht auf „das wichtigste“ Thema festlegte.

> 5 wichtigsten Themen: 5 Themen wurden jeweils von über 50% der Teilnehmer als besonderes wichtig beurteilt. Der wichtigste Bereich war für 104 von 117 Personen die jährlichen **körperlichen Untersuchungen** (89%), gefolgt von **Beratungsgesprächen** mit den Eltern (70%) und an dritter Stelle steht die **Krisenintervention** durch die SchulärztInnen (67%). Etwa 62% sehen die **Erste Hilfe** und rund die Hälfte (50%) die Durchführung von **Gesundheitsprojekten** als Kern-Themen der SchulärztInnen,

> 10 mittelmäßig wichtige Themen: Folgende mittelmäßig wichtige Bereiche mit etwa 50 – 10% der Zustimmung durch die TeilnehmerInnen sind (in abnehmender Wichtigkeit): medizinische Versorgung der SchülerInnen (49%), Ernährungsberatung (49%), Beratungsgespräche bzw. Entlastung (44%), medizinrechtliche Beratung (44%), LehrerInnen-Gespräch (41%), Vortragstätigkeiten in der Schule (40%), Gutachten für sonderpädagogischen Förderbedarf (SPF) (38%) bzw. Turnbefreiungen (38%), Suchtmittelprävention (35%) und Untersuchung vor Sportwochen (25%).

> 5 weniger wichtige Themen: Traumaversorgung (21%), Medizinische Versorgung der der PädagogInnen (15%), Leistungsdiagnostik (10%), Trainingsunterstützung (3%) und Organisationsentwicklung (3%).

Interpretation:

Wenig überraschend werden Reihenuntersuchungen, Erste Hilfe und die medizinische Versorgung der SchülerInnen als sehr wichtige Aufgaben der SchulärztInnen angesehen. Interessant ist, dass psychologische Themen wie Beratungsgespräche und Krisenintervention auch sehr häufig genannt wurden. Schließlich sieht etwa die Hälfte der TeilnehmerInnen das Durchführen von Gesundheitsprojekten als ein wichtiges Aufgabengebiet der SchulärztInnen. Somit besteht der Wunsch, dass SchulärztInnen wichtige Themen der Gesundheitsförderung übernehmen.

(8) Frage 8: Ideen zur Verbesserung der SchulärztInnen-Ausbildung

**IN WELCHEN BEREICHEN SOLLTE DIE
AUSBILDUNG DER SCHULÄRZTE
BESONDERS VERBESSERT WERDEN?
(Mehrfachantworten möglich)**

Beantwortet: 101 Übersprungen: 22

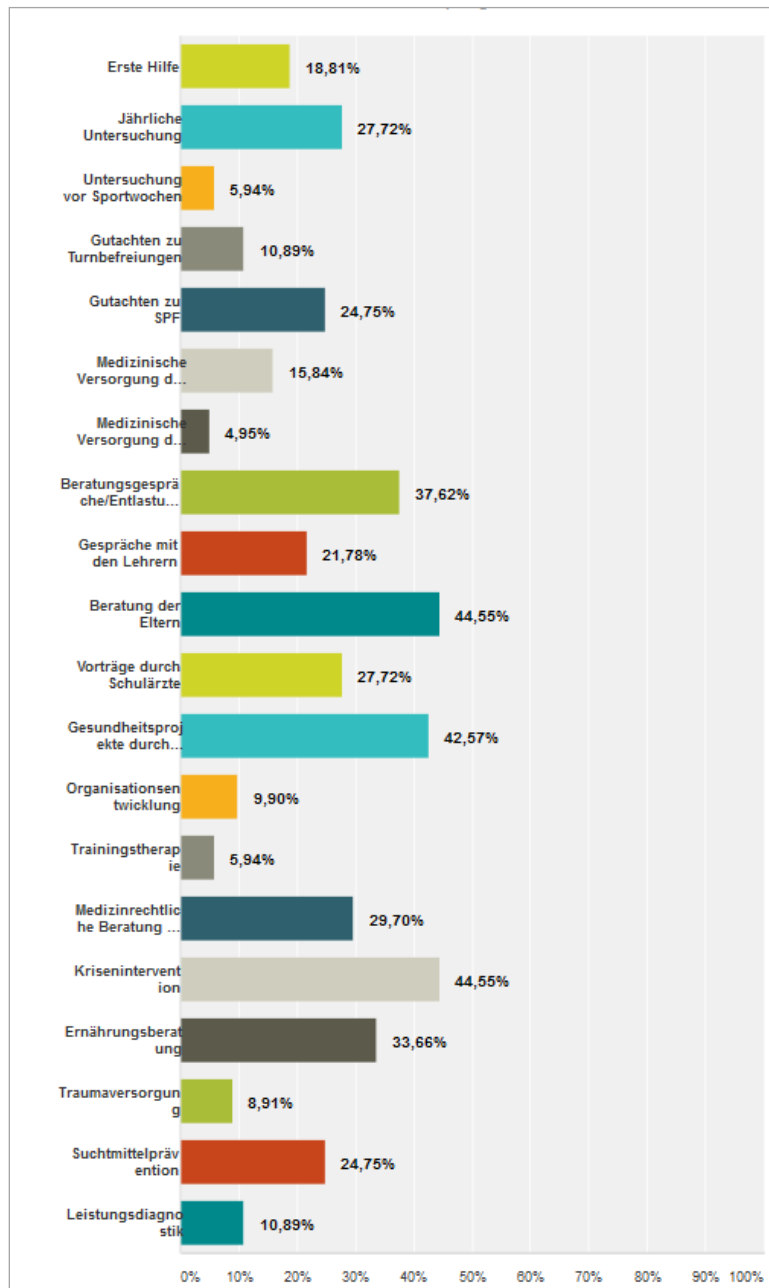


Abbildung 17: Ergebnisse Frage 8

Bei der Frage nach verbesserungswürdigen Bereichen in der Ausbildung von SchulärztInnen haben die TeilnehmerInnen der online-Studie weniger Mehrfachantworten getätigt. Keine Antwort hat mehr als die Hälfte der TeilnehmerInnen-Stimmen erhalten.

> Themen mit über 40% Zustimmung: An erster Stelle der Themen ist eine verbesserte Ausbildung in der **Beratung der Eltern** (45 %), gefolgt von verbesserte **Kriseninterventions**-Schulung (46%) und **Gesundheitsprojekt**-Management (43%).

> Themen mit 10-40% Zustimmung: Fortbildungen im Führen von Beratungsgesprächen (38%), Ernährungsberatungen (34%), medizinrechtliche Beratungen (30%) und Vorträge (28%) folgen in der Wichtigkeit. Etwa 28% der TeilnehmerInnen sehen eine Notwendigkeit in der verbesserten Ausbildung bzgl. jährlicher körperlicher Untersuchungen. Erstellen von Gutachten zu SPF (25%), Suchtmittelprävention (25%), Gesprächsführung mit Eltern, Erste Hilfe (19%), Medizinische Versorgung der SchülerInnen (16%), Erstellen von Turnbefreiungs-Gutachten (11%), Leistungsdiagnostik (11%) und Organisationsentwicklung (10%) folgen auf den weiteren Plätzen der Wichtigkeit.

> Themen unter 10% Zustimmung: Weniger Notwendigkeit einer verbesserten Ausbildung sehen die TeilnehmerInnen in der Traumaversorgung (9%), Untersuchung vor den Sportwochen (6%), Trainingsunterstützung (6%) und in der Medizinischen Versorgung der PädagogInnen (5%).

Interpretation:

Die Wertung zwischen der Wichtigkeit der Tätigkeitsfelder und der Notwendigkeit der Verbesserung der SchulärztInnen-Ausbildung waren teilweise sehr unterschiedlich, jedoch waren Elternberatung und Krisenintervention bei beiden Fragen im oberen Bereich der Wichtigkeit. Nicht die medizinischen Themen, sondern die psychologischen und gesundheitsfördernden Themen sind jene mit Potential für verbesserte Ausbildung.

3.2.1 Teil B: Freie Kommentare

Bei den Fragebeantwortungen im Rahmen der Internet-Umfrage bestand die Möglichkeit, Kommentare beizufügen. Diese wurden gesammelt, ausgewertet und zusammengefasst. Es folgt die Auswertung der freien Kommentare der Umfrage-TeilnehmerInnen nach Themen:

(1) Allgemeine Verbesserungsideen

- Anwesenheitsdauer der SchulärztInnen an der Schule ausbauen, damit rascher auf Probleme akute Erkrankung (fiebrhafte Infekte, Enteritis, Cephalaea, Verletzungen etc.) reagiert werden kann.
Erwünschte Gesundheitsprojekte benötigen Zeit.
- Diplomiertes Pflegepersonal sollte die SchulärztInnen ersetzen und stets anwesend sein.
- Informationsaustausch bzw. Gespräche zwischen den einzelnen Berufsgruppen fördern.
- Fixes regionales Netzwerk mit allen im Setting Schule notwendigen Kooperationspartner (inkl. Kinderklinik, -chirurgie).
- Kriseninterventionsteams sollten die SchulärztInnen verpflichtend miteinbeziehen (neben BildungsberaterInnen, MediatorInnen, SchulpsychologInnen und der Schulleitung).
- Fixe Sprechstunden aller SchulärztInnen für Kinder, Eltern und LehrerInnen.
- Volksschule: (mehr) Anwesenheit in der Schule, wöchentliche Sprechstunden etc. – einziger Kontakt mit SchülerInnen meistens bei jährlichen Reihenuntersuchung ist zu wenig .
- Qualitätskennzahlen, damit man als Schulleitung beurteilen kann, ob die SchulärztInnen in der eigenen Schule kompetent und entsprechend arbeiten - als Schulleitung kann man die Qualität der SchulärztInnen kaum beurteilen.
- Ersatzlose Streichung aller SchulärztInnen, dafür Notfallteams für soziale oder familiären Härtefälle, Misshandlungen, Vernachlässigung etc.
- Verbesserung der Untersuchungen der SchulanfängerInnen (vor Schulbeginn) inkl. Hör- und Sehtest.

- Erhöhung des Bildungsbudgets, damit auch die schulärztliche Tätigkeit verbessert werden kann.

(2) Fortbildungs- und Ausbildungsideen

- Ausbildung für gutachterliche Tätigkeiten im Bereich von schwersterkrankten Personen: z.B. schwerstbehinderte Kinder, WachkomapatientInnen.
- Informationen zur verbesserten Durchführung von Gesundheitsprojekten.
- Schulungen in der ärztlichen Gesprächsführung - speziell mit Jugendlichen.
- Schulung in akuter Traumaversorgung (Verletzungen).
- Schulung in Umgang mit SchülerInnen mit sozialen, psychischen und psychosozialen Probleme.
- SchulärztInnen-Ausbildung: Aus- und Fortbildungen nur am Wochenende und Abend, nicht geblockt unter der Woche, bitte Nutzung moderner Medien wie Skype oder E-Learning.

4. Diskussion

4.1 Vor- und Nachteile des aktuellen Schularztsystems

Das aktuelle österreichische Schularztsystem entstand aufgrund historischer Herausforderungen. Wie im oberen Teil ausführlich ausgeführt, war die Industrialisierung und die daraus folgenden hygienischen Probleme eine Triebfeder. Interessanterweise hat sich das System in den letzten Jahrzehnten wenig weiterentwickelt und somit nicht optimal an die aktuellen Herausforderungen angepasst.

War es früher das Problem der Hygiene mit einer hohen Kindermortalität und die Sorge um kränkliche Soldaten, so sind es heute andere Herausforderungen, die den möglichen Tätigkeitsbereich der SchulärztInnen immer mehr erweitert. Die **gesellschaftliche Situation** hat sich geändert, die Themen der SchulärztInnen haben sich gewandelt - es ist nicht mehr die Mangelernährung, sondern die Adipositas aufzuklären und zu bekämpfen, da bereits bis zu einem Drittel der Buben und ein Viertel der Mädchen in Österreich zwischen dem 6. und 18. Lebensalter übergewichtig sind. Es ist nicht nur das Gewicht per se, sondern die Folgen durch Mangelbewegung, Erkrankungen des Stützapparates und andere Wohlstandserkrankungen wie Typ 2 Diabetes oder Bluthochdruck. Statt gegen fehlende Impfstoffe, kämpft die Gesellschaft gegen Impfgegner. Immer früher werden bei Kindern und Jugendlichen psychische Probleme wie Mobbing oder Magersucht gesehen. Die Zahl der Schulkinder mit chronischen Erkrankungen erreicht nach Schätzungen des Gesundheitsministeriums 20%. Und schließlich sind SchulärztInnen mit Süchten konfrontiert, dazu zählen Alkohol, Nikotin, Drogen und auch nichtmaterielle Süchte wie Handy- oder Computerabhängigkeit (52). Laut Daten des Fonds Gesundes Österreich ist das Einstiegsalter bei Alkohol bereits zwischen 11 und 13 Jahren (53).

Gesellschaftliche Entwicklungen müssen beachtet werden. Neben neuen Migrationstendenzen mit ihren Herausforderungen (Sprache, Religion etc.) fordert auch die Zunahme von ganztägigen Schulformen Anpassungen. So muss auf Chancengleichheit innerhalb der Kinder geachtet werden, aber auch die verminderte

Zeit der Kinder mit ihren Eltern darf nicht außer Acht gelassen werden. Aufgrund der Veränderungen in der Kindheit mit Auslagerung von Aktivitäten aus der Familie heraus hin zu Gemeinschaftseinrichtungen, wurde die Freizeit technisiert und medialisiert (54).

Aufgrund dieser Tatsachen haben sich **Aufgabengebiete der Schulgemeinschaft** in den letzten Jahren verändert, Ansprüche ans Lehrpersonal sind gestiegen – zum Beispiel muss in vielen Fällen das Lehrpersonal verstärkt die Erziehung der Kinder übernehmen. Der Rechnungshof stellte fest, dass zahlreiche Gesundheitsförderungsprojekte initiiert wurden, jedoch eine zentrale Koordinationsstelle fehlte (34). Das Ministerium für Bildung hat reagiert und in enger Kooperation mit dem Ministerium für Gesundheit eine „Koordinationsstelle für Gesundheitsförderung in der Schule“ eingerichtet. Im Juni 2016 wurde ein Gesamtkonzept für die „Gesundheitsfördernde Schule“ vorgelegt, in welchem versucht wird, die wichtigsten PartnerInnen im Bereich der Schulgesundheit zu definieren und deren Rolle zu beschreiben (50). In Bezug auf die SchulärztInnen werden die Kritiken des Rechnungshofes ernst genommen (siehe oben; Auflösung der Trennung Schulgesundheitspflege und Gesundheitsförderung, Auswertung der Daten der Reihenuntersuchung, Synergieeffekte von SchulärztInnen und ArbeitsmedizinerInnen, systematisches Qualitätsmanagement für den schulärztlichen Dienst durch Leitlinien und Standards), jedoch wird auf rechtliche und datenschutztechnische Gründe für fehlende Änderungen hingewiesen. In diesem Bericht wird erwähnt, dass künftig SchulärztInnen vermehrt als Schnittstellen zwischen internen und externen Beratungssystemen dienen könnten, inklusive der Brücke zu den Eltern.

Bezüglich der zentralen **Datenerfassung der Reihenuntersuchungen** für gezielte Gesundheitsförderung bestehen derzeit drei Probleme: erstens haben SchulärztInnen keinen eigenen PC innerhalb der Schule. Zweitens müsste ein EDV-Programm zur einheitlichen Erfassung österreichweit installiert werden, auf das alle SchulärztInnen Zugriff hätten. Und drittens ist die Frage der Anonymisierung, weil aus datenschutzrechtlichen Gründen feststeht, dass keine heiklen persönlichen Daten gespeichert und österreichweit verteilt werden dürfen. Falls technische und finanzielle Lösungen für diese Punkte gefunden werden könnten, dann könnte schul- oder klassenspezifisch Gesundheitsförderung erfolgen, wodurch ein „Gießkannenphänomen“

verhindert werden könnte. Eine Idee für die Lösung der EDV- und Datenschutz-Probleme wäre die Benützung des E-card-Systems, bei dem es eine Anonymisierungsfunktion gibt (16).

Ein zentraler Punkt ist die im §66 definierte **Schulgesundheitspflege**, welche zu einer rigiden Trennung zwischen Schulgesundheitsförderung und allgemeinen Gesundheitsförderung führt. Diese Trennung wird speziell im zweiten Rechnungshofbericht von 2013 kritisiert (34). Um diese gesetzliche Grundlage zu ändern, benötigt es – laut mündlicher Mitteilung - eine Gesetzesänderung mit 2/3 Mehrheit im Parlament. Diese Änderung wäre nur möglich, wenn das Gesamtkonzept der Organisation der österreichischen Gesundheitsförderung der 6 – 18-Jährigen überarbeitet werden würde. Eine §66 Änderung hätte auch die Folge, dass Tätigkeiten der SchulärztInnen in das Aufgabengebiet des Gesundheitsministeriums fallen würden – derzeit ist ausschließlich das Bildungsministerium für die SchulärztInnen zuständig. Somit müsste eine klar geregelte Kooperation eingegangen bzw. die Zusammenlegung von Bereichen beider Ministerien angestrebt werden. Dies wäre auch vorteilhaft für andere Angelegenheiten im Sinne der „Health in all Policies Strategies“, wie die Umsetzung der Rahmengesundheitsziele für Österreich. Laut Angaben beider Ministerien gab es bereits 2007 Verhandlungen über eine Novellierung des §66 SchUG. Als schwierig gestaltete sich die Neuverteilung von budgetären Ressourcen (34).

Die fünf Ansätze in der **Gesundheitsförderung** sind [1] Krankheitsprävention, [2] Verhaltensänderung, [3] Gesundheitsaufklärung bzw. Erziehung, [4] Empowerment und der Ansatz der [5] sozialen und politischen Veränderung (2). SchulärztInnen haben vor allem in den ersten vier erwähnten Ansätzen Möglichkeiten zu agieren, weswegen gerade dieser Tätigkeitsbereich weiter ausgebaut werden sollte. Beim Ansatz der Krankheitsprävention können SchulärztInnen mit allen LehrerInnen zusammenarbeiten, aber vor allem mit den BiologielehrerInnen. Beim Ansatz der Verhaltensänderung würde sich die Zusammenarbeit mit dem Lehrpersonal im Turnunterricht anbieten, um den SchülerInnen regelmäßig die Freude an der Bewegung nahezubringen und so etwa Bewegung als einen wichtigen Bestandteil des Lebens der SchülerInnen festlegen. Der Ansatz der Gesundheitsaufklärung kann in der Form von Projekten mit verschiedensten LehrerInnen erfolgen, wodurch Themen „lebendiger“ werden. Bezüglich des Ansatzes

des Empowerments werden SchulärztInnen zu VermittlerInnen und TrainerInnen, da SchülerInnen ein hohes Maß an Gesundheits-Selbstbestimmung erfahren sollen. Im Ansatz der sozialen und politischen Veränderung kann nicht eine einzelne Schulärztin oder ein einzelner Schularzt erfolgreich sein, aber durch Zusammenschluss der SchulärztInnen könnte diese Berufsgruppe Einfluss auf die Politik bekommen.

Ein Vorteil des aktuellen Schularztwesens ist, dass **Gesundheitsprojekte** von SchulärztInnen durchgeführt werden können, die den beruflichen Alltag abwechslungsreicher werden lassen. Für die SchulärztInnen gibt es zwei Möglichkeiten: entweder sie nehmen an einem Projekt als TeilnehmerIn bzw. PartnerIn teil, oder sie initiieren ein Projekt selbst. Im Setting Schule gibt es mehrere Förderungsmöglichkeiten, meistens muss ein konkreter Projektplan anhand von Vorgaben des Auftraggebers erstellt werden. Im Projektplan werden genauestens die Zielgruppe, das Budget, die Kooperationspartner sowie der Zeitplan festgelegt. Das Zusammenspiel vieler Beteiligter stellt sich häufig als größte Hürde dar. Bereits von Beginn an sollen alle in das Projekt miteinbezogen werden und auf zeitliche Ressourcen geachtet werden (inkl. Krankheitsfall, Stundenplankollisionen etc.). Insbesondere die Schulleitung, aber auch Eltern sollten von Beginn an involviert und regelmäßig informiert werden. Nicht zu vergessen sind rechtliche Aspekte, wie zum Beispiel eventuell nötige Eltern-Zustimmungen. Nach erfolgreichem Abschluss muss häufig ein Abschlussbericht verfasst werden. Somit ist zu erkennen, dass Gesundheitsprojekte einen enormen Aufwand darstellen und es verständlich ist, dass SchulärztInnen häufig – wie vom Rechnungshof kritisiert – nur geringes Interesse an der Durchführung von Projekten haben.

4.1.1 Vorteile des österreichischen Schularztsystems

Aus meiner persönlichen Sicht ist es ein österreichisches Privileg, dass es dieses System überhaupt gibt. Im Vergleich zu anderen Ländern (siehe oben) hat Österreich eine optimale Basis zur Optimierung der Gesundheitsförderung der 6 – 18-Jährigen. Gerade in diesen Altersstufen kann eine gut durchdachte Gesundheitsförderung effektiv sein - mit langanhaltendem Effekt bis weit ins Erwachsenenalter hinein.

- (1) Tradition der schulgebundenen ÄrztInnen: Das Kapital, flächendeckend ÄrztInnen mit Berufserfahrung im Bereich der schulärztlichen Tätigkeit zu haben, muss erhalten und ausgebaut werden. Die SchulärztInnen sind häufig fixe Bestandteile der Schulgemeinschaft und begleiten Kinder- und Jugendliche über viele Jahre ins Erwachsenenalter. Gerade im Alter zwischen 10 und 18 Jahren haben SchülerInnen als einzige regelmäßige Ansprechperson in Gesundheitsfragen die SchulärztInnen. Gerade in den Jahren der Pubertät möchten Jugendliche nicht mehr zu Kinder- und JugendmedizinerInnen gehen und niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen haben häufig weder spezielle Ausbildungen in der Jugendmedizin, noch genügend Zeit. Vor allem sind die SchulärztInnen vor Ort ansprechbar für die SchülerInnen zu gewissen Zeiten und das wöchentlich.
- (2) ÄrztInnen und nicht Pflegepersonal: Aus meiner Sicht wäre es keine Alternative, die Gesundheitsförderung in Schulen anstatt durch ÄrztInnen durch Pflegepersonal durchzuführen. Sicherlich sollten im Schulverbund die oben erwähnten „School Health Professionals“ vermehrt eingesetzt werden, jedoch muss stets eine ärztliche Betreuung der SchülerInnen aufrecht erhalten bleiben.
- (3) Reihenuntersuchungen: durch die gesetzlich vorgeschriebenen Reihenuntersuchungen werden Kinder- und Jugendliche regelmäßig hinsichtlich Entwicklung und Gesundheit kontrolliert. Dies findet in diesem Ausmaß nur im Rahmen der Mutter-Kind-Untersuchungen und bei den Stellungsuntersuchungen statt. Vorteilhaft kann auch die Schulgebundenheit der SchulärztInnen sein, da jahrelange Verlaufskontrollen ermöglicht werden und auf Bedürfnisse einzelner SchülerInnen eingegangen werden können.
- (4) Rolle in der Gesundheitsförderung und Prävention: Der §66 des SchUG erlaubt den SchulärztInnen, Schulgesundheitspflege durchzuführen. Konkret haben SchulärztInnen die Möglichkeit, Gesundheitsprojekte gemeinsam mit dem Lehrpersonal durchzuführen. Dies ist vor allem in Kombination mit Reihenuntersuchungen sinnvoll.
- (5) Attraktive Arbeitsbedingung: Nicht zu vergessen ist, dass die Verträge der SchulärztInnen in Bundesschulen attraktiv sind. SchulärztInnen haben einen unbefristeten Vertrag mit einem öffentlichen Arbeitsgeber inkl.

Versicherungsschutz. Zusätzlich entspricht der Urlaub den unterrichtsfreien Tagen inklusive aller Schulferien.

4.1.2 Nachteil des österreichischen Schularztsystems

Ich möchte auch die Nachteile des aktuellen Systems systematisch aufarbeiten.

- (1) Ärztliche Tätigkeitsbereich: SchulärztInnen dürfen Erkrankungen nur feststellen, aber nicht behandeln (außer Erste Hilfe, Verletzungen etc.). In manchen Fällen wäre die Möglichkeit, eine Therapieempfehlung den Kindern- und Jugendlichen mitzugeben - inkl. Ausstellung von Rezepten – vorteilhaft und würde Ressourcen sparen. Die Folge wäre ein besseres Management bei akuten und chronischen Erkrankungen und weniger Spitalseinweisungen. Sicherlich könnte durch diese Maßnahme das Interesse und der Stellenwert der SchulärztInnen in der Schulgemeinschaft gesteigert werden.
- (2) Unflexibles System: Wie überall im öffentlichen Dienst gilt es Vorschriften einzuhalten und diese können gleichzeitig Hindernisse für ein erfolgreicheres Arbeiten sein. Die Tatsache, dass bereits 1998 der Rechnungshof Kritik geäußert hat und 15 Jahre später praktisch die gleiche Kritik im nächsten Rechnungshofbericht zu finden war, zeigt, dass das System starr ist.
- (3) Zeit: SchulärztInnen können aufgrund begrenzter Zeit nicht im wünschenswerten Ausmaß die Hauptansprechpartner der SchülerInnen sein. Die Primärversorgung von Kindern und Jugendlichen durch mehrere ÄrztInnen (SchulärztInnen, AllgemeinmedizinerInnen und PädiaterInnen) ist in Österreich aufgrund der Unterversorgung an PädiaterInnen traditionell häufig und wird von der österr. Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM) nicht in Frage gestellt (55). SchulärztInnen sind nur zu gewissen Zeiten pro Tag anwesend, an einigen Tagen in der Woche sind sie gar nicht in den Schulen zu finden.
- (4) Budget: SchulärztInnen haben kein fixes Budget, auf welches sie unabhängig der Schulleitung zugreifen können. Die Verantwortungsübertragung einer gewissen Geldsumme an die SchulärztInnen könnte eine Stimulation zur Eigeninitiative in Gesundheitsprojekten sein.

- (5) Qualitätsprüfung: Die Qualität der Tätigkeit der SchulärztInnen sollte anhand genauer Kriterien erfassbar sein. Jede Schule sollte wissen, wie die SchulärztInnen im Vergleich abschneiden – hinsichtlich fachlicher, aber auch gesundheitsfördernder Kompetenz.
- (6) Ausstattung der SchulärztInnen-Zimmer: MedizinerInnen brauchen eine gewisse Grundausrüstung an medizinischen Geräten, damit sie eine vernünftige körperlich Untersuchung durchführen können (z.B. EKG, Labor, Sonographie etc.). In diesem Bereich ist sicherlich Aufholbedarf.
- (7) Wissensbilanz: Das Problem ist, dass SchulärztInnen recht isoliert in Schulen arbeiten. Es ist eine zunehmende „Wissensbilanz“ (breites Potpourri von seltenen Erkrankungen, teilweise geringe PatientInnenzahlen pro Erkrankung) zu beobachten, die ein vernetztes Arbeiten erfordert, was im Schularztwesen weder vorgesehen noch zeitlich möglich ist.
- (8) Impfungen: Wenn die Möglichkeit der Impfungen durch SchulärztInnen bestehen würde, würde eventuell die Durchimpfungsrate steigen.
- (9) SchulärztInnen und betriebsärztlicher Dienst. Dass in Schulen die SchulärztInnen nicht automatisch betriebsärztliche Dienste übernehmen, führt zu finanziellen Mehrkosten, die verhindert werden könnten.

4.2 Zukunftsvision: Konzept „Schularztwesen 2022“

Laut Ottawa-Charta ist der Staat verpflichtet, seinen BürgerInnen eine möglichst hohe Gesundheitskompetenz zu vermitteln (4). Österreich vermittelt seinen BürgerInnen ein gewisse Gesundheitskompetenz mittels den SchulärztInnen. Aktuell steht aufgrund von Rechnungshofberichten und aufgeschobenen Reformen die Entscheidung auf höchster politischer Ebene an, welchen Weg Österreich in Zukunft in Hinsicht auf die schulärztliche Versorgung gehen wird. Die Suche nach einem optimalen Modell für SchulärztInnen muss neben den aktuellen inhaltlichen Anforderungen in Einklang mit den knapp bemessenen finanziellen Mittel gestellt werden. In den folgenden Szenarien habe ich Visionen für das Schularztwesen der Zukunft beschrieben, welche im Detail

nicht fertig durchdacht und rechtlich/sachlich überprüft sind, aber die die verschiedenen Möglichkeiten der Gestaltung des Schularztwesens aufzeigen soll.

4.2.1 Szenario 1: Abschaffung der schulgebundenen SchulärztInnen

Der Rechnungshofbericht kritisiert sowohl die Trennung von Schulgesundheitspflege von der Gesundheitsförderung (inklusive der häufig parallelläufigen Gesundheitsförderungsprogramme im Jugendalter), als auch fehlende Qualitätsstandards und systemische Auswertung der Reihenuntersuchungen. Im internationalen Vergleich findet man schulgebundene SchulärztInnen praktisch nicht. Das System der schulgebundenen SchulärztInnen ist starr und verschlingt viel öffentliches Geld (u.a. Bezahlung der SchulärztInnen in den Ferien der SchülerInnen). Zuständig für die SchulärztInnen ist derzeit das Bundesministerium für Bildung, obwohl vor allem das Bundesministerium für Gesundheit großes Interesse an der Schulgesundheitspflege und Gesundheitsförderung durch SchulärztInnen (inkl. Daten) hätte.

Somit sprechen viele Punkte für die Abschaffung der schulgebundenen SchulärztInnen. Nach dem Vorbild der Pflichtschulen könnte die **Zuständigkeit auf die Länder** übertragen werden. Die aktuellen Verträge der SchulärztInnen der Bundesschulen würden aufgelöst werden und das freiwerdende Budget würde den Länder und Ihrer Gesundheitsorganisationen zur Verfügung gestellt werden. Rechtlich gesehen müsste der §66 aus dem SchUG gestrichen werden und in einer abgeänderten Form an eine andere Stelle verlegt werden.

In logischer Folge würde es zur Splittung der aktuellen Tätigkeit der SchulärztInnen kommen. **Reihenuntersuchungen** würden wie im Pflichtschul-Bereich - eventuell dem Grazer Vorbild folgend in zentralen Gesundheitsstraßen – erfolgen. Damit könnte man die Qualität der körperlichen Untersuchung steigern, die Untersuchungen wären vergleichbarer aufgrund der verminderten Anzahl von UntersucherInnen. Die Ausstattung der Untersuchungsräumlichkeiten könnte auf hohem und technisch aktuellem Niveau gehalten werden (inkl. Laborgeräten, automatisierter Hör- und Sehtest, Ultraschallgeräte etc.). Diese Untersuchungszentren könnten optimal

ausgelastet werden und auch mit modernen Datenverarbeitungsprogrammen österreichweit verbunden werden. Die Vielzahl der Daten könnten nicht nur der Gesundheitspolitik, sondern auch der Wissenschaft dienen. Die Urlaube der an den Zentren tätigen Personen (ÄrztInnen, Pflegepersonal) wären nicht zwingend an die Schulferien gebunden. In den Ferien könnten Reihenuntersuchungen an anderen Berufsgruppen durchgeführt werden, oder Untersuchungen im Rahmen von Projekten erfolgen.

Schulgesundheitsförderungen würden zwar von einer Behörde kontrolliert werden, aber vollkommen von **Gesundheitsförderungsvereinen** übernommen werden. Diese Vereine würden Projekte an und mit Schulen durchführen und haben den Vorteil der Selbstorganisation, weswegen sie ihr Handeln effektiv und zeitoptimiert durchführen würden. Die Vereine hätten eine Anzahl von Fachpersonen vollzeitmäßig beschäftigt, die aufgrund der konstanten Projektstätigkeiten auf eine große Erfahrung und dadurch eine Schnelligkeit bei der Projekt-Planung und -durchführung aufweisen könnten. Vergleichbare Projekte würden in verschiedenen Schulen angeboten werden, wodurch wiederum Ressourcen gespart werden. Der Staat würde somit die Themen der Gesundheitsförderung in Schulen vorgeben, die Ausführung wäre jedoch extern vergeben. Gesundheitsförderungen würden bedarfs- und nicht angebotsorientiert erfolgen, d.h. die Ergebnisse der Reihenuntersuchungen würden direkt in die Planung der Gesundheitsförderungsprojekte einfließen. Diese Vereine hätten stets Interesse an der regelmäßigen Durchführung von staatlich gezahlten Projekten, da sie sich dadurch finanzieren. Der Staat könnte bei fehlender Qualität oder Schnelligkeit ein Folgeprojekt an einen anderen Verein vergeben und dadurch würden die Vereine die Projekte konstant auf hohem Niveau durchführen.

Eine Kritik an diesem Szenario könnte das Fehlen einer ärztlichen Ansprechperson in den Schulen sein. Lösung des Problems wären private, aber durch öffentliches Geld finanzierte „**SchulärztInnen-Organisationseinheiten**“, die mehrere ÄrztInnen vollzeitmäßig beschäftigen, welche für mehrere naheliegende Schulen zuständig sind. Diese sind regelmäßig für Sprechstunden und immer bei Bedarf in Schulen anwesend (Rufbereitschaft) und übernehmen auch die arbeitsmedizinische Betreuung des Schulpersonals (daher BetriebsärztInnen der LehrerInnen und SchülerInnen) - dies

bedarf eine diesbezügliche Ausbildung der tätigen ÄrztInnen. Auch die Erlaubnis der Behandlung der SchülerInnen im Krankheitsfall wäre zu überlegen. Da diese „neuen SchulärztInnen“ stets während des Schulunterrichts erreichbar sein würden, hätte die Schulgemeinschaft eine konstante medizinische Versorgung. Krankenstände der SchulärztInnen könnten aufgrund der Vielzahl von MitarbeiterInnen ausgeglichen werden. Diese Organisationseinheiten würden auch die Brücke zwischen Schulleitung, SchülerInnen, Eltern und Gesundheitsförderungsvereinen bilden. Einmalig im Jahr würde eine verpflichtende gemeinsame Sitzung – unter der Leitung und Organisation der Schulleitung – erfolgen.

4.2.2 Szenario 2: Keine Grundsatzänderung, moderate Anpassungen

Der erste Rechnungshofbericht kritisierte das österreichische Schularztwesen 1998 und im zweiten Bericht 2013 wurde festgestellt, dass kaum Änderungen in der Zwischenzeit erfolgten. Daher ist auch ein Szenario für das Schularztwesen 2022, dass keine Änderungen vorgenommen werden. Das System funktioniert in dieser Form ohne große Schwierigkeiten, das System ist eingespielt und allen bekannt. Die Kritik des Rechnungshofes ist teilweise aufgrund der gesetzlichen Grundlagen zu entwerfen. Die Reihenuntersuchungen könnten mittels Überarbeitungen der Gesundheitsblätter optimiert werden, die Notwendigkeit von zentraler Erfassung aller Daten ist zu diskutieren, schließlich gibt es auch andere bereits vorhandene Datenbanken (u.a. Stellungsuntersuchung, internationale Studien wie die HBSC-Studie). Die fachliche Qualität der SchulärztInnen könnte mit regelmäßigen, verpflichtenden Weiterbildungsveranstaltungen (auch z.B. online) bzw. mit einer verpflichtenden Grundausbildung (bzw. online Kurse mit Prüfungen) verbessert werden. Vermehrte psychologische Ausbildungen mit Hospitationen und Simulationstests wären interessant. Durch interministerielle Projekte könnte ein koordiniertes und ressourcensparendes Vorgehen bei Gesundheitsförderungsprojekten ermöglicht werden.

4.2.3 Szenario 3: Auftrennung der Kompetenzen

Ein Szenario wäre die bewusste Trennung der Schulgesundheitspflege von der Gesundheitsförderung. Im Gegensatz zu Szenario 1 würden zwar schulgebundene SchulärztInnen weiterhin in der heutigen Form bestehen, aber die Reihenuntersuchungen würden aus dem Tätigkeitsbereich der schulgebundenen SchulärztInnen genommen werden und in neue Zentren für SchülerInnenuntersuchungen verlagert werden.

Diese **Reihenuntersuchungs-Zentren** würden – ähnlich wie im Szenario 1 beschrieben – ressourceneffektiver und qualitativer hochwertiger diese Tätigkeit durchführen. Nicht jede Schule, sondern nur diese Zentren müssten mit Datenerfassungsprogrammen ausgestattet werden und könnten die Daten direkt in eine Zentrale übermitteln, damit anhand dieser Daten eine Planung der Gesundheitsförderungsprojekte durchgeführt werden kann. Diese Zentren für Reihenuntersuchungen würden von allen Schultypen genutzt werden mit dem Ziel, einer möglichst hohen Auslastung bei hohem medizinischem Niveau. Dadurch, dass die anonymisierten Daten bzw. eine erhöhte Qualität der Reihenuntersuchungen auch für die Sozialversicherungsträger und dem Gesundheitsministerium von Bedeutung sein könnten, sollte die Finanzierung dieser Zentren von diesen Partnern mitfinanziert werden. Da auch SchülerInnen der Pflichtschulen dort untersucht werden könnten, wäre eine Mitbeteiligung der Länder an den Zentren zu überlegen. Auch die Anbindung an Krankenhäusern wäre denkbar.

Der praktische Ablauf wäre, dass klassenweise (angepasst an den Schularbeiten-Terminplan) die SchülerInnen bzw. Eltern einmal im Jahr in den Untersuchungs-Zentren untersucht werden – aufgrund von mehreren Untersuchungsstationen können mehrere SchülerInnen gleichzeitig untersucht werden. Falls SchülerInnen bei diesem Termin krank sind oder eine Untersuchung wiederholt werden muss, können Eltern und SchülerInnen via Internet aus Termin-Vorschlägen einen Wunschtermin aussuchen. Für die dort tätigen SchulärztInnen würde es zu einer Anhebung der Attraktivität der Tätigkeitsfelder kommen, eine verbesserte Kommunikation und Kooperation mit KollegInnen innerhalb des Zentrums wäre möglich und attraktive Arbeits- und Rahmenbedingungen (familienfreundlich, flexible Arbeitszeitmodelle je nach

persönlichen Bedürfnissen, ausgewogene Work-Life-Balance etc.) sollten SchulärztInnen animieren – neben der Erhöhung der Gehälter auf Facharzt-Krankenhausniveau - aus den Schulen und Krankenhäuser in den Untersuchungszentren zu arbeiten.

Die Personalstellen der Schulärztinnen würden ident bleiben, es würde nur zur Umverteilung kommen. Der Schülerschlüssel für die schulgebundenen SchulärztInnen würde hinaufgesetzt werden und ein Teil in die Reihenuntersuchungs-Zentren versetzt werden. Die schulgebundenen SchulärztInnen würden sich vollkommen auf die **Aufgabe der Beratungsfunktion** der LehrerInnen konzentrieren und würden die Organisation und Koordination der gesamten Schulgesundheitsförder-Maßnahmen übernehmen. Dafür würden sie spezielle Fortbildungseinheiten erhalten (vorzugsweise in der unterrichtsfreien Zeit) und die LandesschulärztInnen würden die Tätigkeiten überprüfen. Die „Schularztbücher“ würden auf eine online-Version umgestellt werden und würden zentral im Gesundheitsministerium zusammenlaufen, welches den Gesamtüberblick behalten soll. Die Ergebnisse der Reihenuntersuchungen würden die SchulärztInnen mit Namensangaben erhalten, damit sie individuelle Gesundheitsförderungen durchführen können – das Ministerium erhält eine anonymisierte Version, die ausreichend wäre, um Risikogruppen und Problemfelder zu identifizieren und Präventionsmaßnahmen abzuleiten. Die Abgeltung der schulgebundenen SchulärztInnen würde nicht geändert werden.

4.2.3 Szenario 4: GesundheitsmanagerInnen in Schulen

Ein weiteres Szenario wäre die Anpassung an die meisten Länder der Welt. Dies bedeutet, Reihenuntersuchungen würden in neu geschaffenen Zentren – wie oben beschrieben – verlagert werden. Die schulgebundenen SchulärztInnen würden durch schulgebundene „GesundheitsmanagerInnen“ ersetzt werden – das wären speziell ausgebildete Personen, die bereits Erfahrung im Gesundheitswesen haben (z.B. Pflegepersonal, Physiotherapeuten etc.). Diese Personen würden wie im Szenario 3 die Koordination aller Gesundheitsförderungs-Aktivitäten einer Schule übernehmen und die Tätigkeiten von LehrerInnen, SchulpsychologInnen etc. und externen Firmen in diesem

Bereich koordinieren. Damit hätte eine Person den Schul-Gesamtüberblick und würde sich mit KollegInnen in anderen Schulen absprechen. Die GesundheitsmanagerInnen würden SchülerInnen beraten und auf Aktivitäten von Gesundheitsförderungs-Vereine hinweisen. Diese Personen müssten Tätigkeitsberichte direkt ins Ministerium liefern, wo es eine Koordinationsstelle (inkl. Qualitäts- und Kostenkontrolle) für ganz Österreich gibt, die wiederum mit anderen Ministerien und Landesregierungen eng zusammenarbeitet. Dieses Szenario würde Geldeinsparungen (u.a. durch koordinierte Projekte, Wegfall der „teuren“ ÄrztInnengehälter) mit sich bringen. Außerdem würde sich eine neue Berufsgruppe bilden und es könnte dadurch eine neue Dynamik mit neuen Ideen entstehen.

4.5 Abschließende Zusammenfassung, Fazit

Das österreichische Schularztwesen hat eine Vergangenheit im Sinne von Public Health, da Ärzte in die Schulen geholt wurden, um die Gesundheit der Bevölkerung zu sichern. Die Ausgangslage mit hygienischen Missständen in Schulen liegt nicht mehr vor, jedoch hat sich die Gesellschaft weiter entwickelt und laut WHO ist die Gesundheits-Kompetenz-Erwerbung ein zentraler Handlungsbereich eines Staats. Das „Setting Schule“ bietet den optimalen Ort zur frühzeitigen Stärkung der persönlichen Gesundheits-Kompetenz und ÄrztInnen sind die optimalen Wissensträger, um diese Kompetenz den SchülerInnen zu übertragen. Somit sollte alles daran gesetzt werden, dass weiterhin SchulärztInnen an Schulen tätig sind.

Obwohl sich Themen in Schulen und der Gesellschaft prinzipiell (z.B. Betreuungsformen, Migration, neue Medien etc.) ändern, blieb das Schularztwesen inklusive Rechten, Pflichten und finanziellen Möglichkeiten unverändert. Eine neue Generation von SchulärztInnen ist nun tätig, die sich verstärkt als „Gesundheitscoaches“ der Kinder und Jugendlichen sehen, dafür aber keine rechtliche Grundlage haben. Ein Rechnungshofbericht sieht aktuellen Handlungsbedarf.

Ich persönlich sehe Bedarf an einer grundsätzlichen Änderung und ich bin überzeugt, dass sich nach intensiven Verhandlungen eine Lösung finden lässt, mit der alle zufrieden sein können.

5. Literaturverzeichnis

1. World Health Organization. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. 2000.
2. Schwartz FW. Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. Urban & Fischer, ISBN 3-437-2260-0. 2003.
3. Kogler K. "Die Einführung des Schularztes lässt sich nicht über Nacht machen..."; Diskurs zur Etablierung von SchulärztInnen und -ZahnärztInnen in der österreichisch-ungarischen Monarchie. Dissertation an der Universität Wien. 2007.
4. World Health Organization. Ottawa Charta for Health Promotion. http://www.education21.ch/sites/default/files/uploads/pdf-d/bne/dossiers_zugaenge/1986_WHO_Ottawa-Charta.pdf (letzter Zugriff: 28/01/2017). 1986.
5. Polt G. Aktuelle Herausforderungen im Schularztwesen in der Steiermark. Interview 2 Dezember 2016. 2016.
6. Kickbusch I. Gesundheitsförderung und Prävention. Kapitel 10 in Schartz FW, Public Health, Gesundheit und Gesundheitswesen, Urban & Fischer, ISBN 3-437-22260-0. 2003.
7. Bös K, Opper, E., Woll, A. . Fitness in der Grundschule (Endbericht). Wiesbaden: BAG für Haltungs und Bewegungsförderung, eV Eigenverlag. 2002.
8. Republik Österreich. Österreichisches Schulunterrichtsgesetz § 66. <https://www.ris.bka.gv.at/NormDokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10009600&FassungVom=2017-01-28&Artikel=&Paragraf=66&Anlage=&Uebergangsrecht=> (letzter Zugriff: 28/01/17). 1986.
9. Bundes-Zielsterungsvertrag. Zielsteuerung Gesundheit. 2013.
10. Bundesministerium für Gesundheit. Die Gesundheitsreform 2013. 2014.
11. Czipionka T. Primärversorgung, Studie im Auftrag von Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger. Institut für höhere Studien Wien (IHS). 2014.
12. Mühlgassner A. Primary Health Care: Ein Gesetz ist in Arbeit. Österr Ärztezeitung. 2015;17.
13. Nemeth I. PHC. Consilium. 2014;11/14.

14. Hasenhündl M. PHC-Gesetz bis Jahresende geplant. Consilium. 2015;09/15.
15. Lindner H. Vertragskündigung ist der "letzte Ausweg". Ärztekammer Steiermark (homepage). 2015.
16. Wurzer B. Änderungen im österreichischen Gesundheitswesen. Gespräch mit dem Generaldirektor-Stellvertreter des Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Wien, 19/1/2016).
17. Jürs J. Österreichisches Schularztwesen. Gespräch mit Frau Dr. J. JÜRS, Leiterin der Abt. I/7 Schulärztlicher Dienst, Bundesministerium für Bildung (Wien, 25/7/2016).
18. Gamper M. Die Entwicklung des Schularztwesens in Österreich. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur. 2002.
19. Weber GH. Kompendium für den Schularzt. Verlagshaus der Ärzte, ISBN 3-901488-13-8. 2005.
20. Wiener E. Die Schularztfrage in Österreich. Wiener klinische Wochenschrift. 1903;21-24.
21. Collier's New Encyclopedia. Medical inspection of schools. 1921.
22. Lämle C. Gesundheitsregeln für Schulkindern. Schulneubauten und schulärztlicher Dienst. 1910.
23. Escherich T. Die Bedeutung des Schularztes in der Prophylaxe der Infektionskrankheiten. 1908.
24. Burgerstein L. Über die Verbreitung des Schularztwesens in Österreich. Das Österreichische Sanitätswesen. 1915:1578-612.
25. Teleky L. Zur Schularztfrage. Wiener klinische Wochenschrift. 1913;39.
26. Winter M. Bericht über den schulärztlichen Dienst an 26 Fortbildungsschulen in Wien im Jahre 1909/10. Das österreichische Sanitätswesen. 1910:573-93.
27. Burgstein L. Die Schularzteinrichtung an den Wiener Mittelschulen und ihre Ergebnisse. 1914.
28. Heller R. Die Tätigkeit des schulhygienischen Institut in Salzburg 1920-1921. Mitteilungen des Volksgesundheitsamtes. 1921:535-8.
29. Cohn H. Die Schularartdebatte auf dem internationalen hygienischen Kongresse zu Wien. 1888.
30. Schulunterrichtsgesetz. §66-§67. 1974.

31. Republik Österreich. Schulorganisationsgesetz.
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10009265> (letzter Zugriff: 28/1/17). 1962.
32. Bundesministerium für Bildung. Gesundheitsblatt. <https://www.lsr-stmk.gv.at/de/Documents/Schularzt/download/Gesundheitsblatt-einjaehrig.pdf> (letzter Zugriff: 28/01/17).
33. Landesschulrat Steiermark. Homepage des schulärztlichen Dienstes. <https://www.lsr-stmk.gv.at/unterricht/schulen/schulaerztlicher-dienst/der-schularzt> (letzter Zugriff: 28/01/17).
34. Rechnungshof. Rechnungshofbericht - Gesundheit der Schüler: Schulärztlicher Dienst und Schulpsychologischer Dienst.
<http://www.rechnungshof.gv.at/berichte/ansicht/detail/gesundheit-der-schueler-schulaerztlicher-dienst-und-schulpsychologischer-dienst.html> (zuletzt Zugriff: 28/1/17). 2013.
35. Schularztausbildung. Das österreichische Sanitätswesen. 1915:1617.
36. Gstettner M. Skizze zu einem Schularztgesetz. 1919.
37. Österreichische Ärztekammer. ÖAK - Diplomrichtlinie Schularzt.
https://www.arztakademie.at/fileadmin/template/main/OeAeKDiplomePDFs/Diplom-Richtlinien/RL07_Schularzt1.pdf (letzter Zugriff: 28/1/17).
38. ORF. Die zersplitterten Kompetenzen. <http://orf.at/stories/2227207/2227226/> (letzter Zugriff: 28/1/17).23.04.2014.
39. Stadt Graz. Schulärztlicher Dienst. <http://www.graz.at/cms/beitrag/10034658/266957> (letzter Zugriff: 28/1/17).
40. Sauseng W. Das Grazer Schuleingangsmodell. Gespräch mit dem Leiter des Ärztlichen Dienst der Stadt Graz, 25/1/17.
41. Rechnungshof. Über den RH. <http://www.rechnungshof.gv.at/ueber-den-rh/der-rechnungshof.html> (letzter Zugriff: 28/1/17).
42. Rechnungshof. Schulärztlicher Dienst, 1998/1, Seite 203-209.
http://www.rechnungshof.gv.at/fileadmin/downloads/1998/berichte/berichte_bund/Bund_1998_1.pdf (letzter Versuch: 28/1/17).
43. Republik Österreich. Bundes-Verfassungsgesetz, Artikel 102.
<https://www.ris.bka.gv.at/NormDokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=100>

00138&Artikel=102&Paragraf=&Anlage=&Uebergangsrecht= (letzter Zugriff: 28/1/17). 1930 (zuletzt geändert 2016).

44. Devore CD, Wheeler LS, Council on School H, American Academy of P. Role of the school physician. Pediatrics. 2013;131(1):178-82. Epub 2013/01/02.

45. Sellery CM. Role of the school physician in today's schools. American journal of public health and the nation's health. 1952;42(7):813-7. Epub 1952/07/01.

46. Weber G. The Professional Role of School Doctors.
http://www.superhands.at/fileadmin/content/files/SchulaerzteBerufsbild_engl_.pdf (letzter Zugriff: 29/1/17).

47. World Health Organization (WHO) - Regional office for Europe. European framework for quality standards in school health services and competences for school health professionals. <http://www.hage.de/files/european-framework-for-quality-standards-in-school-health-services-and-competences-for-school-health-professionals.pdf> (letzter Zugriff: 29/1/17). 2014.

48. WHO und BMGF. HBSC, österreichische Ergebnisse 2014.
http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/9/7/0/CH1444/CMS1427118828092/hbsc_internationale_ergebnisse.pdf (letzter Zugriff: 29/1/17). 2014.

49. World Health Organization (WHO) - Regional office for Europe, editor. Homepage of the Health Behaviour In School-aged Childen (HBSC). <http://www.hbsc.org/> (letzte Zugriff, 29/1/17).

50. Bundesministerium für Bildung. Die gesundheitsfördernde Schule - Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Kontext der Rahmengesundheitsziele.
https://www.bmb.gv.at/schulen/unterricht/uek/gesundheit_gfs.pdf?5mwa67 (letzter Zugriff: 29/1/17). 2016.

51. Bundesministerium für Gesundheit. Rahmen-Gesundheitsziele.
https://media.arbeiterkammer.at/sbg/pdf/Rahmen_Gesundheitsziele_2012.pdf (letzter Zugriff: 29/1/17).2012.

52. Kaschnitz S. Süchte in der Schule. Vortrag im Rahmen des Allgemeinmediziner-Kongresses 2016, Graz. 2016.

53. Österreich Fg. Presseaussendung 2.6.2006. www.fgoeorg/pressepublikation/pressemeldung. 2006.

54. Thiel A, Teubert, H., Kleindienst-Cachay, C. Was soll eine „Bewegte Schule“ leisten? – theoretische Überlegungen und empirische Befunde. Zeitschrift für Heilpädagogik 2002;52.

55. Glehr R. Primärversorgung von Kindern und Jugendlichen in der Allgemeinpraxis, Möglichkeiten und Grenzen. Pädiatrie und Pädologie. 2013;06/13.