



MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Entwicklung einer Intervention zur Verbesserung der psychischen Gesundheitskompetenz von Lehrpersonen der Sekundarstufe in Österreich“

verfasst von / submitted by

Hannah Pöllmann, BSc BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2023 / Vienna 2023

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Assoz. Prof. Mag. Dr. Marko Lüftenegger, Privatdoz.

Danksagung

Letzten Sommer unterhielten Flora Seemann und ich uns über unsere Masterarbeits-Vorhaben. Flora sprach von ihrer spannenden Idee eines Wissenschaftskommunikations-Projekts und davon, noch eine Partnerin zu suchen, um dieses gemeinsam umzusetzen. Ich möchte mich bei ihr dafür bedanken, dass ich diese Projektpartnerin werden durfte. Es war die beste Entscheidung, die ich hätte treffen können: Mein Studium mit einer Arbeit zu einem der Themen abzuschließen, die mich ursprünglich zu diesem Studiengang bewegt haben, und währenddessen eine wunderbare Freundschaft entstehen zu sehen, empfinde ich als großes Glück.

Außerdem möchte ich mich bei allen bedanken, die uns beide auf diesem Weg unterstützt haben – allen voran Assoz. Prof. Mag. Dr. Marko Lüftenegger und Dr.ⁱⁿ Julia Reiter: Ich möchte Assoz. Prof. Mag. Dr. Lüftenegger meinen Dank dafür aussprechen, dass er sich der Betreuung unserer Arbeiten angenommen hat. Bei ihm möchte ich mich für sein stets hilfreiches, ausführliches Feedback und die kritischen Nachfragen, Anregungen und Tipps bedanken, die der Qualität unserer Arbeiten maßgeblich zuträglich waren. Außerdem möchte ich mich nochmal besonders für die große Hilfe bei der Rekrutierung unserer Studententeilnehmer*innen bedanken. Ich möchte mich schließlich herzlich bei Julia bedanken, die unser Vorhaben mit ihrem Seminar im Vorjahr inspiriert und dann von Anfang an begleitet hat. Die regelmäßigen Treffen mit ihr haben dafür gesorgt, dass wir stets am Ball geblieben sind. Julia hat sich in den letzten zwei Semestern so viel Zeit genommen, zu erklären, zu reflektieren, zu hinterfragen, zu unterstützen, zu vernetzen und uns im Zweifel daran zu erinnern, dass wir das alles schon schaffen werden. Mit ihrer herzlichen Art, ihrer Geduld und Zuversicht, war sie uns eine riesige Stütze.

Zuletzt möchte ich mich bei meinen Eltern bedanken, die mich stets mit Vertrauen, Wertschätzung und Unterstützung begleitet und mir den Weg für meine bisherigen und zukünftigen Erfolge geebnet haben.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
Psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter.....	5
Psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter im Kontext Schule.....	7
Psychische Probleme bei Schüler*innen	7
Schulisches Wohlbefinden	8
Perspektive der Lehrer*innen	9
Psychische Gesundheitskompetenz.....	11
Auswahl einer Intervention zur Verbesserung der psychischen Gesundheitskompetenz von Lehrpersonen	12
Fragestellung und Hypothesen	14
Entwicklung und Inhalte des Infohefts.....	16
Methode.....	21
Stichprobe	21
Untersuchungsaufbau.....	22
Messinstrumente	23
Soziodemographische Variablen	24
Stichprobenspezifische Variablen	24
Indirekte Veränderungsmessung	24
Direkte Veränderungsmessung.....	25
Lesezeit.....	26
Statistische Auswertung.....	26
Ergebnisse	27
Voranalysen	27
Reliabilität	27
Voraussetzungstestung	28
Kontrollvariable Lesezeit	29

Deskriptive Statistik.....	30
Verbesserung der psychischen Gesundheitskompetenz nach der Intervention	31
Explorative Analysen.....	33
Diskussion	35
Limitationen.....	36
Implikationen	39
Literaturverzeichnis.....	41
Abbildungsverzeichnis	48
Tabellenverzeichnis.....	49
Anhang	50
Anhang A	51
Anhang B	53
Anhang C	87
Anhang D	94

Einleitung

Das Kindes- und Jugendalter stellt eine besonders vulnerable Phase für die psychische Gesundheit dar (Frey, 2021; Fuchs & Karwautz, 2017). An Aktualität und Dringlichkeit hat dieser Umstand durch die akuten und nachwirkenden Folgen der Covid-19-Pandemie nochmals dazugewonnen. Erste empirische Belege zeigen eine Verschärfung bestehender und das Hinzukommen neuer Probleme während der Zeit der Lockdowns (Pieh et al., 2021; Plener et al., 2021). Auch nach den Hochphasen der Pandemie bleiben die Prävalenzen psychischer Probleme unter jungen Menschen hoch (Felder-Puig et al., 2023; Humer et al., 2021). Der Bedarf an Unterstützung und Entlastung für diese Altersgruppe zeigt sich demnach so deutlich wie selten zuvor.

Bei der Frage nach unterstützenden Maßnahmen ist die Schule ein naheliegender Bereich, über welchen Kinder und Jugendliche gezielt und flächendeckend erreicht werden können. Das Lehrpersonal stellt demnach eine Schlüsselrolle in der Frage nach dem Umgang mit den steigenden Zahlen psychischer Belastungen im Kindes- und Jugendalter dar. Es fungiert neben der Familie als zweite erwachsene Instanz im Alltag von Schüler*innen. Die vorliegende Arbeit greift diese besondere Rolle auf und beschreibt die Entwicklung und Pilot-Studie zur Überprüfung einer niederschweligen Intervention für Lehrpersonen zur Verbesserung ihrer Kompetenzen im Umgang mit psychischer Gesundheit und Krankheit bei Schüler*innen. Im Speziellen wird sich auf die Lage in der österreichischen Sekundarstufe fokussiert.

Welche Bedürfnisse und Notwendigkeiten es in Bezug auf dieses Thema mit Hinblick auf die Möglichkeiten des Lehrpersonals gibt, und wie sich daraus die Ansätze der entwickelten Intervention ergeben, wird im Folgenden dargelegt. Zunächst wird auf die wichtigsten Daten zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im deutschsprachigen Raum beziehungsweise in Österreich eingegangen – mit besonderem Augenmerk auf die Zahlen seit der Covid-19-Pandemie. Darüber hinaus wird die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden im Kontext Schule beleuchtet, vor allem in Hinblick auf die Rolle des Lehrpersonals. Hierbei sollen auch deren Erleben und Bedürfnisse Erwähnung finden. Darauf folgend wird das Konzept der (psychischen) Gesundheitskompetenz als Maß der lehrkraftspezifischen Kompetenzen in diesem Bereich vorgestellt und erläutert.

Schließlich wird auf Basis der diskutierten Belege ausgeführt, weshalb die angestrebte Intervention – ein wissenschaftskommunikatorisches Infoheft – zur Verbesserung der psychischen Gesundheitskompetenz von Lehrpersonen in Frage kommt. Daraufhin werden

die Fragestellungen und Hypothesen zur Entwicklung und Überprüfung der Wirksamkeit dieses Infohefts dargelegt. Der genaue Aufbau und Inhalt des Infohefts werden ebenfalls dargestellt. Die vorliegende Arbeit erläutert im weiteren Verlauf die erste Implementierung dieser Intervention. Die Entwicklung des Infohefts und die Pilot-Studie wurden in einem gemeinsamen Masterarbeits-Projekt mit Flora Seemann realisiert, deren Masterarbeit sich mit der Verbesserung der Lehrer*innen-Selbstwirksamkeit durch die Intervention beschäftigt (siehe Seemann, 2023).

Psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter

Das Kindes- und Jugendalter stellt aus diversen Gründen eine herausfordernde Phase für die psychische Gesundheit dar (Blakemore, 2019). Vor allem im Jugendalter gelten die altersspezifischen Entwicklungsaufgaben, aber auch neurobiologische Reifungsprozesse, als begünstigend für die Entstehung psychischer Störungen (Frey, 2021). Psychische Probleme in jungen Jahren können weitreichende negative Folgen für die psychische Gesundheit sowie für die Lebensqualität und -zufriedenheit bis ins Erwachsenenalter haben (Schlack et al., 2021). Bei erwachsenen Betroffenen von psychischen Problemen traten diese vermehrt bereits im Jugend- oder frühen Erwachsenenalter auf (Fuchs & Karwautz, 2017).

Die höchsten Prävalenzen psychischer Störungen bei jungen Menschen finden sich durchgängig bei Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens, ADHS und emotionalen Störungen. Auch Süchte und Essstörungen spielen in dieser Altersgruppe eine wesentliche Rolle (Fuchs & Karwautz, 2017). Problematischer Substanz- oder Mediengebrauch sowie essgestörtes Verhalten wirken sich negativ auf die Gesundheit aus und treten bei Jugendlichen vielfach auch abseits von zu diagnostizierenden Symptomausprägungen auf (Felder-Puig et al., 2023; Hojni et al., 2019; Wiener Programm für Frauengesundheit, 2015). Auch die Thematisierung nicht-suizidaler Selbstverletzungen (NSSV) hat in den letzten Jahren laufend an Bedeutung gewonnen und ist vor allem im Jugendalter relevant – so finden sich sogar in nicht-klinischen Stichproben europäischer Jugendlicher Lebenszeitprävalenzen für NSSV von ungefähr 20-30% (Brunner et al., 2013; Fuchs & Karwautz, 2017).

In einer epidemiologischen Studie aus Österreich zeigte sich unter 10- bis 18-Jährigen eine Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen von rund 34% (Fuchs & Karwautz, 2017; Wagner et al., 2017). Geschlechterunterschiede wurden nicht in der allgemeinen Lebenszeitprävalenz, jedoch in den spezifischen Störungen gefunden. Zusammenfassend lässt sich hierzu sagen, dass externalisierende Probleme (z.B. ADHS) bei Burschen häufiger sind, während sich bei Mädchen mehr internalisierende Probleme (z.B. Depression) zeigten.

Betroffene externalisierender Störungen nehmen dabei weit öfter professionelle Hilfe in Anspruch als jene mit internalisierenden Störungen. Zur Frage der Komorbidität sei erwähnt, dass über 40% jener, die die Kriterien für eine Störung erfüllten, auch die Kriterien für mindestens eine weitere erfüllten (Wagner et al., 2017).

Eine besondere Herausforderung für das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen stellte die Covid-19-Pandemie mit ihren Phasen von Lockdowns sowie eingeschränktem Schulbetrieb und *Home-Schooling* dar. Für Schüler*innen war diese Zeit je nach Alter und Familiensituation durch unterschiedliche Anforderungen und zusätzliche Belastungen geprägt. Das Zurechtkommen mit der Einschränkung sozialer Kontakte und die Umstellung auf das Lernen von zu Hause wurde für viele Schüler*innen durch eine schwierige bis unsichere familiäre Situation zusätzlich erschwert (Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit, 2020; Ravens-Sieberer et al., 2021). Neben Freizeitaktivitäten fielen durch Pandemie-bedingte Einschränkungen für viele Betroffene psychischer Probleme außerdem auch etwaige bereits genutzte Unterstützungsangebote weg (Frey, 2021).

Die Versorgungslage psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Österreich wurde bereits vor der Pandemie als mangelhaft und im Zuge der erhöhten Belastungslage während derselben als an seine Kapazitätsgrenzen kommend beschrieben (Fliedl et al., 2020; Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit, 2020; Plener et al., 2021). Erste Befunde aus den Hochphasen und Nachklängen der Covid-19-Pandemie zeichneten durchwegs das Bild einer Zunahme der Belastungen bei Kindern und Jugendlichen (Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit, 2020; Ravens-Sieberer et al., 2021). International und auch in Daten aus Österreich fanden sich im Vergleich zu Zahlen aus Zeiten vor der Pandemie vielfach vor allem erhöhte Depressions- und Angstsymptome, eine Steigerung in der Häufigkeit von Schlafstörungen, essgestörtem Verhalten und Suizidgedanken (Frey, 2021; Pieh et al., 2021). Auch berichteten kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen von einer Zunahme „krisenhafter Zuspitzungen“ (Frey, 2021, S. 692).

In der Zeit nach den Phasen des *Home-Schoolings* fanden sich erste Belege einer Abnahme psychischer Probleme bei österreichischen Schüler*innen, die allerdings immer noch höher waren als vor der Pandemie (Humer et al., 2021). Auch in den kürzlich veröffentlichten Ergebnissen der *Health Behaviour in School-aged Children*-Studie (HBSC-Studie) zeigen sich in Daten des Schuljahres 2021/2022 noch immer hohe Zahlen psychischen Unwohlseins, vor allem bei Mädchen. So zeigte sich unter anderem, dass 22% der Mädchen

und 10% der Burschen laut den Daten die Kriterien für eine depressive Verstimmung oder Depression erfüllten (Felder-Puig et al., 2023).

In Anbetracht der Befundlage lässt sich also sagen, dass sich die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Österreich seit Beginn der Pandemie im Mittel verschlechtert haben dürfte. Wie sich die Lage in einer Zeit, die tatsächlich als „nach der Pandemie“ bezeichnet werden kann, entwickeln wird, ist noch nicht bekannt. Jedoch sprechen bereits die Zahlen vor der Pandemie und die Bewertung der Versorgungslage in Österreich für einen nicht ausreichend gedeckten Unterstützungsbedarf.

Psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter im Kontext Schule

Um die Unterstützung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen flächendeckend zu erweitern, gilt die Schule als wesentlicher Ort, anzusetzen (Hascher & Hagenauer, 2010; Holzer et al., 2021). Sie ist im Kindes- und Jugendalter neben Bildungseinrichtung auch meist Sozialzentrum für Schüler*innen, die über viele Jahre hinweg einen großen Teil ihrer Zeit dort verbringen. Die Schule kann in vielerlei Hinsicht förderlich und/oder belastend für die psychische Gesundheit junger Menschen sein und somit sowohl Risikofaktor als auch Ressource für diese darstellen (Felder-Puig et al., 2023; Hascher & Hagenauer, 2010; Holzer et al., 2021).

Psychische Probleme bei Schüler*innen

Psychische Belastungen bis hin zu Störungen haben sowohl im privaten als auch im Schulalltag starke Auswirkungen auf betroffene Schüler*innen. Einerseits erschweren Symptome, je nach deren Art, den Schulerfolg. Andererseits kann die Schule selbst an der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Problemen beteiligt sein (Higgen & Mösko, 2020; Hoyer & Knappe, 2020). So können beispielsweise Antriebslosigkeit bei Depression oder Konzentrationsprobleme bei ADHS der Bewältigung des ohnehin fordernden Schulalltags zusätzliche Hürden in den Weg stellen. Außerdem ist die Schule zum Beispiel für Schüler*innen mit Angststörungen häufig der oder ein Auslöser von Angst (Hoyer & Knappe, 2020).

In Bezug auf psychische Probleme von Schüler*innen kann die Rolle von Lehrpersonen in zwei Bereiche unterteilt werden. Einerseits können Lehrpersonen psychische Probleme bei Schüler*innen erkennen. Andererseits sind sie im Unterricht mit der Aufgabe konfrontiert, mit diesen Problemen umzugehen, ob sie nun durch eine Diagnose bestätigt und bekannt sind oder nicht. Lehrpersonen wird im Erkennen von psychischen Problemen oftmals

eine Schlüsselrolle zugeschrieben, die auch empirisch belegt wird (Dimitropoulos et al., 2022; Frey, 2021; Papandrea & Winefield, 2011).

Schulisches Wohlbefinden

Neben der Betrachtung psychischer Erkrankungen bei Schüler*innen rückt immer mehr das (schulbezogene) Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen in den Fokus (Hascher & Hagenauer, 2010; Holzer et al., 2021). Die Frage nach der psychischen Gesundheit kann demnach nicht nur über die An- oder Abwesenheit und Schwere von Belastungen gestellt, sondern im Sinne der Ansätze Positiver Psychologie auch über das Vorhandensein von Ressourcen betrachtet werden (Holzer et al., 2021). Auch in der Definition psychischer Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation wird diese als über die Abwesenheit psychischer Krankheit hinausgehend beschrieben (World Health Organization, 2022). Empirische Belege zum – noch wenig vereinheitlicht operationalisiertem – schulischen Wohlbefinden zeigen, dass dieses prinzipiell von Schüler*innen eher hoch angegeben wird, mit dem Alter aber immer mehr abnimmt (Hascher & Hagenauer, 2010; Holzer et al., 2021).

Das zeigt sich auch in österreichischen Daten. So zeigt die kürzlich veröffentlichte *HBSC*-Studie, dass es über alle Altersgruppen hinweg einem Großteil der Schüler*innen gut in der Schule gefällt. Jedoch fallen auch hier die Antworten bei steigendem Alter immer negativer aus. Auch das schulische Belastungsempfinden und das Stresserleben sind vor allem bei älteren Schüler*innen hoch. Allerdings ist im Vergleich zu früheren Erhebungszeitpunkten der alle vier Jahre durchgeführten *HBSC*-Studie der Anteil jener, die sich durch schulische Anforderung stark belastet fühlen, in allen Altersgruppen gestiegen (Felder-Puig et al., 2023).

Zu den Einflussfaktoren auf das Wohlbefinden von Schüler*innen zählen neben sozialen Beziehungen zu Mitschüler*innen und individuellen Faktoren auch welche, die das Lehrpersonal betreffen (Hascher & Hagenauer, 2010; Holzer et al., 2021). Lehrer*innen können einerseits über die Beziehung als häufige Kontakt- bis Vertrauenspersonen zu ihren Schüler*innen auf deren Wohlbefinden wirken, andererseits über ihr Verhalten und ihren Unterricht. So gelten neben Aspekten der Unterrichtsqualität auch das Klassenklima und die Beziehung zu Lehrpersonen als wichtige Einflussquellen für schulisches Wohlbefinden (Dimitropoulos et al., 2022; Hascher & Hagenauer, 2010). Die Qualität der Beziehung zu ihren Lehrer*innen beschreiben österreichische Schüler*innen überwiegend positiv, mit zunehmendem Alter allerdings immer negativer; vor allem unter älteren Schülerinnen wird die Beziehung zu den Lehrkräften zunehmend nicht mehr als gut, sondern als durchschnittlich

oder negativ beurteilt (Felder-Puig et al., 2023). Hascher und Hagenauer (2010) empfehlen in der Diskussion ihrer Studienergebnisse zu den Einflussfaktoren auf das schulische Wohlbefinden in der Sekundarstufe unter anderem die Verbesserung einer wertschätzenden Beziehung zwischen Schüler*innen und Lehrpersonen sowie des Klassenklimas.

Perspektive der Lehrer*innen

Empirisch zeigt sich, wie bereits erwähnt, die Schlüsselrolle des Lehrpersonals im Erkennen psychischer Probleme bei Schüler*innen (Dimitropoulos et al., 2022; Frey, 2021; Papandrea & Winefield, 2011). Lehrpersonen berichten in diesen Belangen von hohen Verantwortungsgefühlen (Dimitropoulos et al., 2022; Ekornes, 2015). Gleichzeitig beklagen viele von ihnen Unsicherheiten hinsichtlich der Grenzen ihrer Zuständigkeit und berichten auch, sich allein gelassen zu fühlen (Higgen & Mösko, 2020). Ekornes (2015) fand, dass ein Großteil des Stresserlebens von Lehrpersonen durch deren wahrgenommene Nichtübereinstimmung („mismatch“) von Verantwortungsgefühl und Kompetenz erklärt werden könnte.

Vor allem externalisierende Auffälligkeiten von Schüler*innen im Unterricht werden als belastend erlebt (Dimitropoulos et al., 2022; Graham et al., 2011). Internalisierende psychische Probleme werden hingegen von Lehrpersonen oft schlechter erkannt. Betroffene Schüler*innen bekommen seltener Unterstützung im Unterricht und werden seltener an unterstützende Anlaufstellen verwiesen (Papandrea & Winefield, 2011). Es zeigt sich in Bezug auf diese Unterscheidung also zusammenfassend, dass externalisierende Auffälligkeiten für Lehrpersonen besonders herausfordernd im Unterricht sind, während es bei zweiteren vielfach schon am Erkennen einer Problemlage scheitert und Unterstützung für Betroffene oftmals ausbleibt. Lehrpersonen berichten auch, sich speziell für die Erkennung internalisierender psychischer Probleme nicht angemessen ausgebildet zu fühlen (Papandrea & Winefield, 2011).

Eine unzureichende Ausbildung von Lehrer*innen im Umgang mit psychischen Problemen bei Schüler*innen wird im Allgemeinen vielfach diskutiert und von Lehrpersonen selbst in Untersuchungen berichtet (Ekornes, 2015; Graham et al., 2011; Higgen & Mösko, 2020). Ein Blick in die Inhalte der Lehrer*innen-Ausbildung in Österreich bestätigt dieses Bild. In den aktuellen Curricula der österreichischen Bachelor- und Master-Lehramtsstudiengänge für die Sekundarstufe finden sich psychologische Inhalte hauptsächlich in Bezug auf Entwicklungs- und Bildungspsychologie, psychische Probleme und der Umgang mit ihnen stehen nicht in verpflichtender Weise explizit auf dem Programm

(StudienServiceCenter Lehrer*innenbildung Universität Wien, o.D.a, StudienServiceCenter Lehrer*innenbildung Universität Wien, o.D.b). Auch in der postgraduellen „Induktionsphase“, die das erste Berufsjahr von Lehrer*innen unter anderem durch zusätzliche verpflichtende Lehrveranstaltungen begleiten soll, finden sich in den entsprechenden Pflichtmodulen zwar Inhalte zur Elternarbeit und zum Konfliktmanagement, explizit wird der Umgang mit psychischen Problemen oder Störungen allerdings auch hier nicht genannt (BGBl. II Nr. 220/2022; Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung, o.D.; Pädagogische Hochschule Niederösterreich, o.D.; Pädagogische Hochschule Wien, o.D.).

Eine komplexere Darstellung der teils ambivalenten Ansichten von Lehrpersonen in Bezug auf ihre Rolle für die psychische Gesundheit ihrer Schüler*innen wird in einer etwas älteren Studie von 2011 (Graham et al.) geboten. Hier deuten die Ergebnisse darauf hin, dass Lehrpersonen die psychische Gesundheit ihrer Schüler*innen wichtig ist und sie diese zu unterstützen bereit sind. Gleichzeitig fühlen sie sich von hohen Erwartungen und unklaren Rollenaufgaben in diesen Belangen belastet und sehen oft (externe) Expert*innen als bessere Ansprechpersonen für Schüler*innen an. Viele beschreiben auch mangelnde zeitliche Ressourcen und unkooperative Erziehungsberechtigte als Hindernisse. Auch fanden Graham et al., dass Lehrpersonen die Bedeutung ihrer eigenen Rolle als alltägliche Interaktionspartner*innen bezüglich ihres Einflusses auf das Wohlbefinden ihrer Schüler*innen unterschätzen. Dazu passt, dass unter den befragten Lehrer*innen ein binäres Bild psychischer Gesundheit und Krankheit vorherrschend war, welches die ressourcenorientierte Unterstützung des Wohlbefindens vernachlässigt und den Fokus eher auf psychische Auffälligkeiten und Krankheiten legt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es unter den Schüler*innen der österreichischen Sekundarstufe hohe Belastungen im Bereich psychischer Probleme und Störungen sowie Verbesserungspotential im schulischen Wohlbefinden gibt. Auf Lehrer*innenseite, wiederum, besteht in Bezug auf dieses Thema ein hohes Stresserleben und Verantwortungsgefühl bei gleichzeitigem Mangel an wahrgenommener Kompetenz und wenig Beachtung dieser Themen in den verpflichtenden Inhalten der Lehrer*innen-Ausbildung.

Schließlich lassen sich folgende Aspekte ableiten, die in Bezug auf psychische Gesundheit und Krankheit von Schüler*innen in Bezug auf das Potentials des Lehrpersonals von Gewicht sind. Zunächst können Lehrpersonen (1) das Wohlbefinden ihrer Schüler*innen

aktiv fördern, sowie in Bezug auf psychische Probleme dieselben bei ihren Schüler*innen einerseits (2) erkennen, und andererseits (3) mit diesen im Unterricht adäquat umgehen. Für alle drei Aspekte lässt sich sagen, dass eine Verbesserung der Kompetenzen von Lehrpersonen – aufgrund mangelnder Ausbildung und des von ihnen wahrgenommenen Stresses – sowohl in ihrem eigenen als auch im Sinne der Schüler*innen und deren Gesundheit angezeigt wäre. Zunächst ist zu klären, durch welches Konstrukt diese Kompetenzen messbar sind, bevor die Entwicklung einer Intervention zu dessen Verbesserung erläutert wird.

Psychische Gesundheitskompetenz

Als Maß der Kompetenz von Lehrpersonen in Bezug auf die psychische Gesundheit im Kontext Schule sollte das Konzept der psychischen Gesundheitskompetenz ins Auge gefasst werden, welche die Kompetenz einer Person im Umgang mit psychischer Gesundheit und Krankheit umfasst. Diese kann als allgemeines oder auf spezifische Kontexte bezogenes Konstrukt angewandt werden. Um also zur Operationalisierung einer *lehrkraftspezifischen psychischen Gesundheitskompetenz* zu gelangen, müssen zuerst die Hintergründe der *allgemeinen Gesundheitskompetenz* im Sinne der „*Health Literacy*“ diskutiert werden, gefolgt von einer näheren Diskussion der Konzeptualisierungen der *psychischen Gesundheitskompetenz* („*Mental Health Literacy*“) bis hin zur Operationalisierung einer lehrkraftspezifischen psychischen Gesundheitskompetenz.

Zur Gesundheitskompetenz sei gesagt, dass diese in ihrer Konzeption als „*Health Literacy*“ sich an das Konzept der Lesekompetenz („*literacy*“) anlehnt. Dieses Konstrukt besteht in der (wahrgenommenen) Kompetenz von Personen, Informationen zur Gesundheit und dem Gesundheitssystem zu finden, zu verstehen und zu beurteilen, um dann auf Basis dieser gesundheitsförderliche Entscheidungen treffen zu können (Robin et al., 2021). Dieses Konzept lässt sich allgemein fassen oder auf unterschiedliche spezifische Kontexte beziehen – so auch auf die psychische Gesundheit.

Die *psychische Gesundheitskompetenz* wird für gewöhnlich nicht nur als Kompetenz des Findens, Verstehens, Beurteilens und Anwendens von Informationen zur psychischen Gesundheit und entsprechenden Aspekten des Gesundheitssystems beschrieben, sondern meist mit darüberhinausgehenden Inhalten ergänzt. So wird sie bei Jorm et al. (1997) als Wissen und Einstellungen umfassend beschrieben, die das Erkennen, die Prävention und den Umgang mit psychischen Problemen begünstigen. Neben dem kompetenten Umgang mit Informationen werden also für die psychische Gesundheitskompetenz auch bestehendes

Wissen und vor allem Einstellungen zum Thema psychische Gesundheit und Krankheit als relevant erachtet, die der psychischen Gesundheit und dem Umgang mit psychischer Krankheit förderlich sind.

Die psychische Gesundheitskompetenz als Konzept auf den Kontext Schule zu beziehen, kann verschiedene Dinge bedeuten – es könnte zum Beispiel um die psychische Gesundheitskompetenz von Schüler*innen selbst gehen. Für die Zwecke dieser Arbeit ist jedenfalls die psychische Gesundheitskompetenz von Lehrpersonen in Bezug auf ihre Schüler*innen von Interesse. Hierzu sei erwähnt, dass die (psychische) Gesundheitskompetenz im Allgemeinen nicht nur der eigenen Gesundheit, sondern auch der des eigenen Umfelds dienlich sein kann. Im Speziellen ist bei der psychischen Gesundheitskompetenz der Einfluss gesundheitsfördernder Einstellungen zu nennen – stigmatisierende Einstellungen können die Unterstützung anderer von psychischen Problemen betroffenen Personen hindern (Yamaguchi et al., 2019).

Allerdings lässt sich die psychische Gesundheitskompetenz von Lehrpersonen in Bezug auf die Unterstützung ihrer Schüler*innen auch in direkter Weise operationalisieren. In einer Untersuchung zur psychischen Gesundheitskompetenz von Lehrpersonen in der Schweiz haben Robin et al. (2021) eine *lehrkraftspezifische psychische Gesundheitskompetenz* operationalisiert. Diese beinhaltet einerseits die Gesundheitskompetenz im Sinne der „*Health Literacy*“ für diesen Kontext, andererseits auch die für die psychische Gesundheitskompetenz zusätzlichen Bereiche von Wissen und Einstellungen sowie Handlungskompetenzen. So wird in ihrem Erhebungsinstrument, einem Selbstauskunfts-Fragebogen mit drei Skalen zur psychischen Gesundheitskompetenz, zunächst (1) die Fähigkeit von Lehrpersonen, Information zur psychischen Gesundheit und Krankheit bei Schüler*innen zu finden, verstehen und beurteilen zu können, erfragt. Außerdem werden (2) die Handlungskompetenzen im Erkennen von und im Umgang mit psychischen Problemen bei Schüler*innen, sowie (3) Wissen und Einstellungen zu psychischer Krankheit erhoben. In der vorliegenden Arbeit dient diese *lehrkraftspezifische psychische Gesundheitskompetenz* als Konstrukt, deren Verbesserung durch die zu entwickelnde Intervention angestrebt wird.

Auswahl einer Intervention zur Verbesserung der psychischen Gesundheitskompetenz von Lehrpersonen

In der Frage nach geeigneten Interventionen für die lehrkraftspezifische psychische Gesundheitskompetenz spielt die Abwägung einer Balance von Kosten und Nutzen eine große Rolle. Dies betrifft in Bezug auf die Kosten einerseits den Aufwand der Erstellung und

Durchführung der Intervention aber auch den (zeitlichen) Aufwand auf Seiten der Lehrkräfte, die sich ohnehin mit hohen Anforderungen konfrontiert sehen (Dimitropoulos et al., 2022; Graham et al., 2011; Higgen & Mösko, 2020). Ideal wäre also eine für die Zielgruppe möglichst niederschwellige und zeitlich wenig aufwendige Intervention, die zusätzlich ökonomisch günstig zur Verfügung gestellt werden kann.

Die Inhalte, die in einer solchen Intervention zur Erwähnung kommen sollten, können anhand der vorhin ausformulierten Aspekte zusammengefasst werden, die das Potential der Lehrpersonen in der Unterstützung der psychischen Gesundheit ihrer Schüler*innen kategorisieren. Lehrkräfte sollen demnach in ihren Kompetenzen gefördert werden, (1) das Wohlbefinden ihrer Schüler*innen zu fördern sowie bei Bedarf (2) psychische Probleme zu erkennen und (3) mit diesen adäquat umzugehen. Dies kann durch Vermittlung von für den Schulkontext relevantem psychologischem Wissen zu Wohlbefinden, psychischer Gesundheit und psychischen Krankheiten sowie lehrkraftspezifischen Handlungsempfehlungen angestrebt werden.

Es bietet sich auf Basis all dieser Überlegungen der Ansatz einer wissenschaftskommunikatorischen Intervention an. Wissenschaftskommunikation hat zum Ziel, wissenschaftliches Fachwissen für eine bestimmte Zielgruppe verständlich aufzubereiten (Yadlapalli, 2022). Psychologisches Fachwissen soll also für die Zielgruppe und in Hinblick auf deren Anwendungsmöglichkeiten aufbereitet werden. Es fiel deshalb die Entscheidung auf die Entwicklung eines wissenschaftskommunikatorischen Infohefts, welches einfach verbreitet und selbstständig gelesen werden kann.

Neben dem wissenschaftskommunikatorischen Aspekt des Infohefts soll allerdings auch der spezifische Kontext der Zielgruppe ausschlaggebend für die Inhalte sein. Der Unsicherheit im Umgang mit psychischen Problemen bei Schüler*innen soll einerseits auf Basis psychologisch fundierter Empfehlungen aber auch mit Hinblick auf die Möglichkeiten und Grenzen des Lehrpersonals entgegengetreten werden. Das Infoheft soll demnach Lehrer*innen über psychische Gesundheit und Krankheit sowie Wohlbefinden von Schüler*innen informieren und praxisnahe Handlungsempfehlungen beinhalten, die sich an der Situation der Sekundarstufe in Österreich orientieren.

Für andere Interventionen zur Verbesserung der psychischen Gesundheitskompetenz von Lehrer*innen und/ oder Schüler*innen Schule bereits positive Wirkungen belegt werden (Campos et al., 2018; Kutcher et al., 2015a; Kutcher et al., 2015b; Skre et al., 2013). Gemeinsam haben diese Interventionen allerdings, dass sie zumeist sehr aufwendig sind – es

handelt sich oft um Trainings oder ähnliche Programme mit hohem Zeitaufwand. Klarerweise ergibt sich die Frage, wie wirkungsvoll eine simple und in der Durchführung dem*der Empfänger*in selbst überlassene Maßnahme wie das zu entwickelnde Infoheft im Vergleich zu diesen Interventionen ist. Genau diesen Versuch setzt sich die vorliegende Arbeit zum Ziel.

Fragestellung und Hypothesen

Die folgende Studie setzt es sich zum Ziel, eine möglichst ökonomische, niederschwellige wissenschaftskommunikatorische Intervention für Lehrpersonen zu entwickeln und ihre Wirkung auf deren psychische Gesundheitskompetenz einer ersten Untersuchung zu unterziehen. Dabei wird sich auf folgende Forschungsfrage fokussiert:

Wie kann eine niederschwellige wissenschaftskommunikatorische Intervention die psychische Gesundheitskompetenz von Lehrpersonen der Sekundarstufe erhöhen?

Die Beantwortung dieser Frage soll über die Entwicklung eines wissenschaftskommunikatorischen Infohefts für Lehrpersonen und dessen Erprobung im Sinne einer Pilot-Studie an praxiserfahrenen Master-Lehramtsstudierenden der Sekundarstufe erfolgen. Diese Zielgruppe eignet sich für eine erste Erforschung der Wirkung der Intervention. Im Masterstudium befinden sich Lehramtsstudierende im Übergang von der Ausbildung zur Berufstätigkeit. Lehrinhalte aus dem Studium sind noch präsent, gleichzeitig haben die Studierenden zu diesem Zeitpunkt bereits einschlägige Praxiserfahrung gesammelt, einige sind bereits an Schulen angestellt (StudienServiceCenter Lehrer*innenbildung Universität Wien, o.D.b). Auch eignen sie sich in Hinblick auf die Möglichkeiten der Rekrutierung, die bei Studierenden über den Weg der Universität erwartbar besser sind, als es Lehrer*innen über den Weg der Schulen wären. Bevor der Schritt ins Feld erfolgen und die Intervention mit Lehrer*innen an Schulen durchgeführt werden kann, lässt sie sich auf diesem Wege in ihrer Wirkung (und Akzeptanz) an angehenden Lehrpersonen erproben.

Die Studie soll also erste Erkenntnisse darüber liefern, ob eine solch niederschwellige Intervention den Umgang von Lehrpersonen mit psychischen Problemen ihrer Schüler*innen positiv beeinflussen kann. Das gewählte Studien-Design eines *Ein-Gruppen-Prä-Posttests* soll die Verbesserung der lehrkraftspezifischen psychischen Gesundheitskompetenz durch das Infoheft testen. Auch die Verbesserung der Lehrer*innen-Selbstwirksamkeit in Bezug auf psychische Gesundheit und Krankheit bei Schüler*innen wird im Zuge dieser Studie

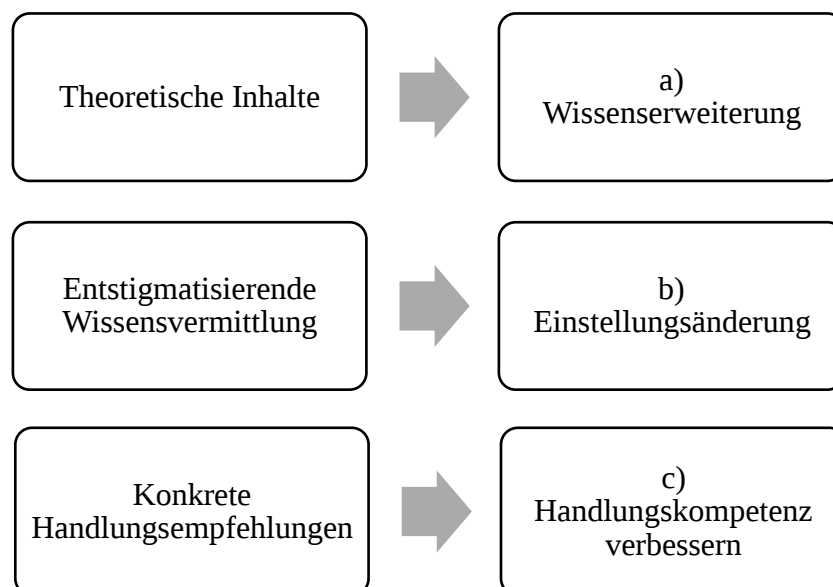
erhoben¹. Die vorliegende Arbeit fokussiert sich auf die psychische Gesundheitskompetenz und geht von Folgendem aus:

Die lehrkraftspezifische psychische Gesundheitskompetenz der teilnehmenden Master-Lehramtsstudierenden ist nach dem Lesen des Infohefts höher als vorher. (H1)

Die angenommenen Wirkmechanismen des Infohefts auf die Verbesserung beider Konstrukte sind in der Erstellung desselben maßgeblich. Die angestrebte Wirkweise hinsichtlich der Verbesserung der lehrkraftspezifischen psychischen Gesundheitskompetenz bezieht sich auf die Bereiche der psychischen Gesundheitskompetenz von Robin et al. (2021). Anhand dieser Bereiche wurde in Hinblick auf die zu entwickelnde Intervention für die Zwecke der vorliegenden Arbeit ein Wirkmodell (siehe Abb. 1) formuliert.

Abbildung 1

Wirkmodell für die Verbesserung der psychischen Gesundheitskompetenz durch das Infoheft. Links stehen die Inhalte des Infohefts, rechts die entsprechenden erwarteten Wirkungen auf die lehrkraftspezifische psychische Gesundheitskompetenz.



Durch die Vermittlung zielgruppengerecht aufbereiteten Wissens soll (a) das Wissen der Teilnehmenden erweitert werden. Des Weiteren sollen über die Thematisierung von

¹ Die Hintergründe und Ergebnisse zur Überprüfung der Verbesserung der lehrkraftspezifischen Selbstwirksamkeit werden in Flora Seemanns Masterarbeit bearbeitet (2023).

Vorurteilen und im Aufklären über psychische Gesundheit und Krankheit (b) gesundheitsförderliche Einstellungen unterstützt werden. Schließlich soll die (c) Handlungskompetenz der Lehrpersonen verbessert werden, indem möglichst praxisnahe und an den Kontext angepasste Handlungsempfehlungen nahegelegt werden. Der Umgang mit Informationen im Sinne der Gesundheitskompetenz als „*Health Literacy*“ ist hierbei im Punkt (a) insofern miteinbegriffen, als eine Erweiterung des Wissens zu psychischer Gesundheit und Krankheit sowie Anlaufstellen in Österreich auch den Umgang mit weiteren Informationen erleichtern soll. Weiters soll das Finden von Informationen durch die Bereitstellung weiterführender Quellen erleichtert werden.

Entwicklung und Inhalte des Infohefts

Das Infoheft wurde durch Leitlinien für Wissenschaftskommunikation informiert und mit Bedacht auf den spezifischen Kontext der Sekundarstufe in Österreich sowie in Hinblick auf die Zielgruppe – Lehrer*innen – verfasst (Brown University Science Center, 2014; Wissenschaftskommunikation.de, o.D.; Yadlapalli, 2022). Ziel des Heftes ist es, auf diese Weise durch Wissen sowie konkrete Handlungsempfehlungen Verbesserungen in der psychischen Gesundheitskompetenz und der Selbstwirksamkeit der lesenden Lehrpersonen zu erzielen. Wissenschaftskommunikation bedeutet in diesem Kontext demnach, psychologisches Fachwissen über psychische Gesundheit und Krankheit im Kindes- und Jugendalter praxisbezogen und zielgruppengerecht auszuwählen und aufzubereiten. Der Zielgruppe gerecht zu werden, erfordert zum einen, deren Bedarf in dieser Hinsicht umfangreich informiert und aufgeklärt zu werden, nachzukommen. Gleichzeitig ist die Zielgruppe erwartbar durch ihren stressigen Berufsalltag in ihrer verfügbaren Zeit und (Lese-) Bereitschaft bis zu einem gewissen Grad beschränkt. Das Infoheft soll also, vereinfacht gesagt, so kurzweilig wie möglich und so umfangreich wie nötig sein.

Das erstellte Infoheft befindet sich vollständig im Anhang (Anhang B) und trägt den Titel: „„*What the Mental Health*“ - Wissen und praxisnahe Empfehlungen für Lehramtsstudierende über psychische Gesundheit und Krankheit bei ihren Schüler*innen“.²

Formatiert und visuell aufbereitet wurde das Heft mit der Bildbearbeitungs-Website

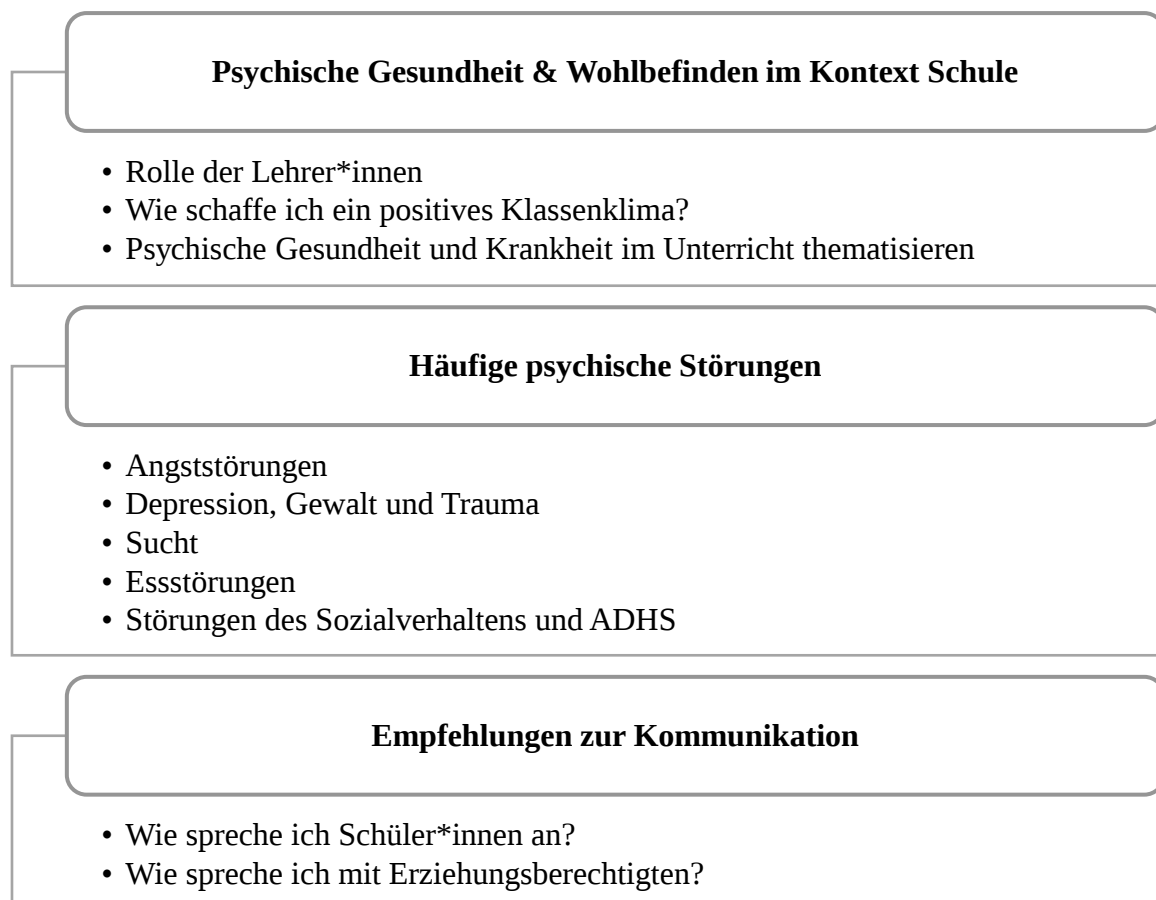
² Der Titel wurde an die erste Implementation im Zuge der Erhebung mit Lehramtsstudierenden im Sinne der Klarheit angepasst. Bei etwaiger Implementation des Infoheftes für weitere Kontexte wird geplant, das Wort „Lehramtsstudierende“ durch „Lehrer*innen“ zu ersetzen.

Canva. Das Heft hat insgesamt 34 Seiten – davon 19 Leseseiten – und enthält zur Visualisierung eigens erstellte Illustrationen. Die visuelle Aufmachung soll möglichst ansprechend sein und die Lesbarkeit unterstützen. So wurden beispielsweise wichtige Begriffe fettgedruckt und der Fließtext mit Informations-Kästchen abgewechselt. Das Heft wurde so konzipiert, dass die wichtigsten Inhalte zum festgelegten Thema Platz finden und der Umfang gleichzeitig überschaubar bleibt. Der gewählte Schreibstil ist sachlich und soll zugleich für eine erwachsene Zielgruppe ohne psychologische Expertise angemessen leicht lesbar sein. Einige Fachbegriffe wurden in Fußnoten beschrieben, wenn sie als einigen, aber nicht allen Personen der Zielgruppe bekannt angenommen wurden.

Folgend wird das Infoheft in seinem Inhalt und seiner Gestaltung anhand der fachlichen und wissenschaftskommunikatorischen Überlegungen und angezielten Wirkungen näher diskutiert. Nach einer kurzen Einleitung bilden den Hauptteil des Infohefts die in Abbildung 2 dargestellten Kapitel und Unterkapitel.

Abbildung 2

Inhalte des Infohefts



Das Infoheft enthält weiters auch thematisch geordnete Anlaufstellen für Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen, an die Lehrpersonen ihre Schüler*innen verweisen können, sowie Empfehlungen für weiterführende Quellen an Literatur und Informationen. Das erste Kapitel mit dem Titel „Psychische Gesundheit & Wohlbefinden im Kontext Schule“ liefert allgemeine Informationen, Begriffsklärungen und erste Tipps zum Thema. Letztere umfassen Verhaltensempfehlungen in Form einer Liste mit „*Do's* und *Don't's* zum Thema psychische Gesundheit und Krankheit in der Schule für Lehrkräfte“. Ein Beispiel für ein „*Do*“, also eine empfohlene Verhaltensweise, lautet: „Setzen Sie sich für Ihre Schüler*innen ein! Sagen Sie etwas, wenn sich andere Schüler*innen oder Lehrer*innen abschätzig über Schüler*innen mit psychischen Problemen äußern“. Ein Beispiel für ein „*Don't*“ betrifft das Thema Sprache und lautet: „Vermeiden Sie eine abwertende Sprache! Denken Sie über Begriffe, die mit psychischer Krankheit zu tun haben, nach, bevor Sie diese verwenden. Machen Sie auch Kolleg*innen und Schüler*innen darauf aufmerksam! Begriffe wie „autistisch“ oder „schizophren“ sollten nicht als Adjektive für negative Dinge oder Verhalten verwendet werden“.

Nach diesen allgemeinen Informationen zum Umgang mit den Themen psychische Gesundheit und Krankheit besteht der größere Teil des Heftes aus jeweils zweiseitigen Kapiteln, die eine psychische Störung oder eine Gruppe von Störungsbildern beschreiben. Hierbei werden die jeweiligen Störungen vor allem in Hinblick darauf beschrieben, wie sie sich im Kontext Schule äußern können und welche Verhaltensweisen seitens der Lehrkräfte empfehlenswert sind. Je nach Störungsbildern werden auch falsche Vorurteile thematisiert und aufgeklärt.

Vor diesen Kapiteln gibt es neben einleitenden Worten auch weitere Erläuterungen zu psychologischen Konzepten. Zunächst werden die Begriffe „externalisierend“ und „internalisierend“ in ihrer Bedeutung im Kontext psychischer Probleme bei Kindern und Jugendlichen erklärt. Anschließend wird die Komplexität der Entstehung psychischer Störungen im Sinne des biopsychosozialen Modells, auch anhand des Beispiels einer fiktiven Schülerin, thematisiert (Hoyer & Knappe, 2020).

Der Aufbau der einzelnen Störungskapitel folgt einem einheitlichen Aufbau, der einen Steckbrief zur, beziehungsweise zu den beschriebenen Störung(en) beinhaltet. Die Fachinformationen zu den Störungen werden anhand ihrer Praxisrelevanz für die Zielgruppe ausgewählt und aufbereitet. So werden Symptome an vielen Stellen so beschrieben, wie sie sich im Schulalltag zeigen (könnten). Anzeichen für bestimmte psychische Probleme werden

auf den Schulkontext bezogen und Handlungsempfehlungen zum Umgang mit denselben für die konkrete Situation als Lehrperson verfasst.

Die Auswahl und Zusammenstellung der beschriebenen Störungen orientiert sich vor allem an den Prävalenzen im Jugendalter sowie an Überlegungen zur Relevanz im Schulalltag (Fuchs & Karwautz, 2017; Higgen & Mösko, 2020; Hoyer & Knappe, 2020). So ergaben sich folgende Störungskapitel: (1) Angststörungen, (2) Depression, Gewalt und Trauma, (3) Sucht, (4) Essstörungen, (5) Störungen des Sozialverhaltens und ADHS.

Um die Vorgehensweise bei der Auswahl der Informationen und ihrer Aufbereitung an einem Beispiel zu illustrieren, wird folgend das letzte Störungskapitel in seinen Inhalten und seiner Aufmachung näher diskutiert (siehe Abb. 3 & Abb. 4). Für dieses Kapitel wurden Störungen des Sozialverhaltens und die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) als bedeutendste externalisierende Störungen im Kindes- und Jugendalter ausgewählt (Hoyer & Knappe, 2020). Externalisierende Auffälligkeiten werden von Lehrpersonen oft als im Unterricht besonders herausfordernd wahrgenommen (Higgen & Mösko, 2020). Handlungsempfehlungen sind hier also im Sinne der Lehrpersonen besonders angezeigt.

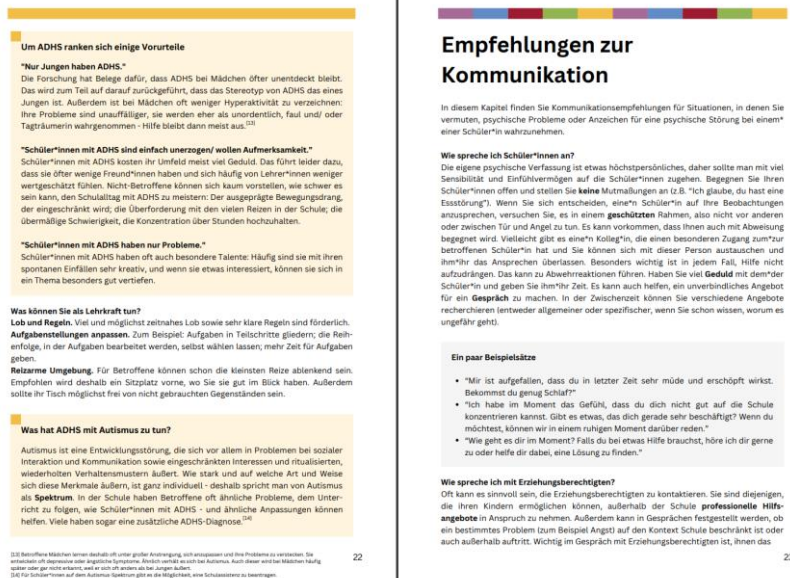
Abbildung 3

Auszug aus dem Infoheft: Titelseite und erste Seite zum Kapitel „Störungen des Sozialverhaltens und ADHS“



Abbildung 4

Auszug aus dem Infoheft: Zweite Seite des Kapitels „Störungen des Sozialverhaltens und ADHS“ und erste Seite des Kapitels „Empfehlungen zur Kommunikation“



Zunächst wird zu den Störungen des Sozialverhaltens beschrieben, wie sich diese im Jugendalter äußern und welche möglichen Ursachen sie haben können. Lesende des Infohefts werden darüber hinaus darauf hingewiesen, dass die Unterstützung betroffener Schüler*innen am besten unter Beiziehung der Erziehungsberechtigten sowie externer Expert*innen und Fachpersonen erfolgen sollte, Lehrpersonen also nicht alleine mit entsprechenden Schwierigkeiten zurechtkommen müssen und sollten (Hoyer & Knappe, 2020).

Im Anschluss wird auf die Frage nach dem Umgang mit Schüler*innen mit ADHS eingegangen. Dafür werden zunächst die Hauptsymptome – Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität – in ihrem möglichen Auftreten im Schulkontext beschrieben (Hoyer & Knappe, 2020; Reid & Johnson, 2012). Danach wird auf einige Vorurteile eingegangen, die sich um ADHS ranken. Hierbei soll im Sinne der betroffenen Schüler*innen auch Empathie geschaffen und eine Defizitorientierung hinterfragt werden. Betroffene Schüler*innen gelten oft als anstrengend, sie haben (dadurch) oft weniger Freundschaften und fühlen sich von Lehrpersonen wenig wertgeschätzt (Honkasilta et al., 2016; Mrug et al., 2007). Im Besonderen wird also auf die Schwierigkeiten und den Leidensdruck hingewiesen, die Betroffene im Schulkontext selbst empfinden. Außerdem wird auf mögliche Talente hingewiesen, die mit ADHS einhergehen können, um eine ressourcenorientiertere Einstellung der Lesenden zu unterstützen. Zuletzt werden Geschlechterunterschiede bei ADHS dahingehend diskutiert, wie sich ADHS bei Mädchen oft anders als bei Burschen äußern kann

und weibliche Betroffene deshalb oft in ihren Problemen unentdeckt bleiben (Engel, 2021). Einige Tipps zum Umgang mit ADHS im Unterricht werden außerdem anhand von Schulratgebern und empirischen Ergebnissen zu schulbasierten Interventionen zusammengefasst (Reid & Johnson, 2012; Richard et al., 2015).

Die Frage, wie Lehrpersonen auf einen Verdacht auf psychische Probleme bei Schüler*innen reagieren können, ist Thema des abschließenden Kapitels. Um also den Schritt vom Erkennen psychischer Probleme bei Schüler*innen hin zum entsprechenden Handeln zu erleichtern, werden Kommunikationsempfehlungen beschrieben. Diese beziehen sich zunächst auf die Kontaktaufnahme mit dem*der betroffenen Schüler*in und anschließend auf die Kommunikation mit den Erziehungsberechtigten. Hierbei werden auch konkrete Beispielsätze zur Verfügung gestellt. So wird für die Kontaktaufnahme mit Schüler*innen unter anderem folgender Satz beispielhaft empfohlen: „Ich habe im Moment das Gefühl, dass du dich nicht gut auf die Schule konzentrieren kannst. Gibt es etwas, das dich gerade sehr beschäftigt? Wenn du möchtest, können wir in einem ruhigen Moment darüber reden.“ (siehe Abb. 4). Für die Kommunikation mit Erziehungsberechtigten wurde zum Beispiel folgender Satz formuliert: „Ich könnte mir gut vorstellen, dass ihr Sohn von professioneller Unterstützung profitieren könnte. Das könnte ihm helfen, seine Angst vor der Schule zu überwinden. Dann werden sicher auch seine Noten wieder besser.“

Methode

Das Infoheft soll in seiner Wirksamkeit hinsichtlich der Verbesserung der lehrkraftspezifischen psychischen Gesundheitskompetenz durch ein *Ein-Gruppen-Prä-Posttest-Design* mit Selbstauskunftsfragebögen erstmals empirisch untersucht werden (Döring, 2023). Dazu wird den Teilnehmenden ein Online-Fragebogen zur Erhebung der lehrkraftspezifischen psychischen Gesundheitskompetenz und Selbstwirksamkeit vorgelegt, bevor diese innerhalb von zwei Wochen das Infoheft lesen sollen. Nach diesen zwei Wochen wird der Fragebogen erneut vorgelegt. Der detaillierte Studienaufbau sowie eine ausführliche Beschreibung der Stichprobe, der Messinstrumente sowie der geplanten statistischen Auswertung werden im Folgenden beschrieben.

Stichprobe

Die Stichprobe besteht aus Lehramtsstudierenden im Masterstudium der Universität Wien. Rekrutiert wurden die Teilnehmer*innen durch eine Vorstellung der Studie zur freiwilligen Teilnahme in vier Lehrveranstaltungen des Lehramts-Masterstudiums an der

Universität Wien, wovon zwei online und zwei präsent abgehalten wurden. Bei den Lehrveranstaltungen handelt es sich um Unterrichtsfach-übergreifende, sodass Studierende verschiedener Unterrichtsfächer rekrutiert werden können. Eine Analyse mit *G*Power* (Faul et al., 2009) für einen *t-Test mit abhängigen Stichproben* mit einem gegebenen Signifikanzniveau von 5% ($\alpha = .05$), einer Teststärke von 95% ($1-\beta = .95$), sowie einer mittleren Effektstärke (Cohens $d = 0.5$) ergab eine Stichprobengröße von $N = 45$. Die finale Stichprobe ergab eine Teilnehmendenzahl von $N = 44$, wodurch die angestrebte Stichprobengröße knapp verfehlt wurde. Zum ersten Erhebungszeitpunkt nahmen $N = 65$ Personen teil, von welchen 21 als *Drop-Outs* zu verzeichnen sind, die zum zweiten Erhebungszeitpunkt nicht mehr teilgenommen haben.

Untersuchungsaufbau

Der erste Erhebungszeitpunkt folgte folgendem Ablauf: In den jeweiligen Lehrveranstaltungen wurde die Studie kurz durch Flora Seemann und mir als gemeinsames Masterarbeitsprojekt vorgestellt, bevor ein Link zum Online-Fragebogen zur Verfügung gestellt wurde, der von den Studierenden direkt bearbeitet werden konnte. In den Präsenz-Lehrveranstaltungen wurde dieser mithilfe eines QR-Codes auf einem gedruckten Flyer verteilt, während der Link in den Online-Lehrveranstaltungen in den Chat des Online-Konferenz-Programms geschickt wurde. Am Ende des Fragebogens wurden die Teilnehmenden zu einem digitalen Infoblatt weitergeleitet, welches einen Link zu einer digitalen Version des Infohefts sowie Informationen zum weiteren Ablauf enthält. Auf diesem Infoblatt wird beschrieben, dass die Teilnehmenden in den folgenden zwei Wochen das Infoheft lesen sollen. Es wird an dieser Stelle auch darauf hingewiesen, dass die Teilnehmenden sich die Dauer, die sie mit dem Lesen verbringen, möglichst gut merken sollen. Die Studierenden in den Präsenz-Lehrveranstaltungen haben das Infoheft zusätzlich zur Online-Lesevariante auch in gedruckter Form erhalten. Außerdem war am in den Präsenz-Lehrveranstaltungen verteilten Flyer als kleiner zusätzlicher Anreiz eine Süßigkeit angebracht.

Der zweite Erhebungszeitpunkt zwei Wochen später erfolgte wieder in den vier Lehrveranstaltungen am jeweils selben Wochentag. Auf die gleiche Weise wie beim ersten Erhebungszeitpunkt wurde nun der Link zum zweiten Fragebogen je nach Lehrveranstaltungsmodus (online oder präsent) zur Verfügung gestellt. Mit dem Ausfüllen dieses zweiten Fragebogens haben die Teilnehmenden ihre Studienteilnahme vervollständigt (siehe Abb. 5).

Abbildung 5

Untersuchungsaufbau



Messinstrumente

Die Daten wurden zu beiden Erhebungszeitpunkten mithilfe eines Online-Fragebogens, welcher über SoSciSurvey erstellt wurde, erhoben. Im Folgenden werden die weiteren Items (außerhalb des Konstrukts) sowie die die psychische Gesundheitskompetenz betreffenden Items dieses Fragebogens beschrieben. Die Zusammensetzung der Items für die Fragebögen beider Erhebungszeitpunkte ist in Tabelle 1 ersichtlich³. Die Zuordnung der Daten zu den jeweiligen Teilnehmenden für beide Erhebungszeitpunkte erfolgt über eine anonymisierte, durch die Teilnehmenden erstellte Codierung. Diese soll aus den jeweils ersten beiden Buchstaben des Vor- und Nachnamens sowie den letzten beiden Ziffern des Geburtsjahres der Mutter der*des Teilnehmenden zusammengesetzt werden (so ergibt sich beispielsweise aus Susi Huber, geboren 1960, die Codierung „SuHu60“). Hierbei wurde angemerkt, dass, sollte dies nicht möglich sein, auch eine andere Person gewählt werden kann.

Tabelle 1

Inhalte der Fragebögen zu beiden Erhebungszeitpunkten

Items	Erhebungszeitpunkt 1	Erhebungszeitpunkt 2
1. Soziodemographische & stichprobenspezifische Items	Ja	Nein
2. Indirekte Veränderungsmessung	Ja	Ja
3. Direkte Veränderungsmessung	Nein	Ja
4. Lesezeit	Nein	Ja

³Die Druckversion des Fragebogens inklusive der in dieser Arbeit nicht näher thematisierten Items zur Selbstwirksamkeit befindet sich im Anhang C. Die Lehrer*innen-Selbstwirksamkeit wurde mithilfe eines übersetzten Fragebogens von Brann et al. (2021) erhoben. Näheres findet sich in der Masterarbeit von Flora Seemann (2023).

Soziodemographische Variablen

Es wurde das Alter in Jahren sowie das Geschlecht erhoben. Für das Geschlecht gibt es die Auswahlmöglichkeiten „männlich“ und „weiblich“, sowie eine dritte Antwortmöglichkeit im freien Antwortformat.

Stichprobenspezifische Variablen

Die Unterrichtsfächer, welche die Teilnehmenden studieren, wurden abgefragt. Außerdem wurde die Frage gestellt, ob die Teilnehmenden neben der Praxiserfahrung im Zuge des Studiums bereits an einer Schule als Lehrer*in angestellt sind.

Indirekte Veränderungsmessung

Im Sinne der indirekten Veränderungsmessung wurde neben der Lehrer*innen-Selbstwirksamkeit (siehe Seemann, 2023) die *lehrkraftspezifische psychische Gesundheitskompetenz*, welche die Hauptanalyse- und Hypothesen der vorliegenden Arbeit betrifft, erhoben. Es wurden hierfür die Items von Robin et al. (2021) zur lehrkraftspezifischen psychischen Gesundheitskompetenz verwendet und nur in minimaler Weise angepasst. Diese Anpassung betrifft ausschließlich die gendergerechte Sprache, die im Sinne der Einheitlichkeit dem Rest des Online-Fragebogen angepasst wurde – es wurde sich für die Schreibweise mit Asterisk entschieden (Beispiel: Schüler*innen). Der Fragebogen besteht aus den folgenden drei Skalen:

Finden, Verstehen und Beurteilen. Dieser Teil des Fragebogens fragt mit 3 Items nach der Einschätzung des Schwierigkeitsgrades, Informationen über psychische Gesundheit und Krankheit bei Schüler*innen jeweils zu finden, zu verstehen und zu beurteilen. Höhere Werte in dieser Skala sprechen für eine *schlechtere* psychische Gesundheitskompetenz.

Beispiel-Item. „Wie einfach / schwierig ist es, Informationen über psychische Belastungen, Störungen oder Erkrankungen bei Schüler*innen zu finden?“
(Antwortmöglichkeiten: 6-stufige Likert-Skala von „sehr leicht“ bis „sehr schwierig“)

Psychische Gesundheitskompetenz (Fähigkeiten). Des Weiteren werden 17 Fragen gestellt, die nach der Einschätzung der eigenen Fähigkeiten in Bezug auf den Umgang mit und das Erkennen von psychischen Problemen bei Schüler*innen als Lehrkraft fragen. Höhere Werte in dieser Skala sprechen für eine *bessere* psychische Gesundheitskompetenz.

Beispiel-Item. „Ich weiß, was ich konkret tun kann, wenn ich bei einem*einer Schüler*in ein erhöhtes Risiko für psychische Belastungen, Störungen oder Erkrankungen

vermute.“ (Antwortmöglichkeiten: 6-stufige Likert-Skala von „stimmt überhaupt nicht“ bis „stimmt voll und ganz“)

Psychische Gesundheitskompetenz (Wissen und Einstellungen). Außerdem werden 13 stigmatisierende Aussagen zur psychischen Gesundheit und Krankheit (im Jugendalter) zur Beurteilung gestellt. Höhere Werte in dieser Skala sprechen für eine *schlechtere* psychische Gesundheitskompetenz.

Beispiel-Item. „Eine psychische Störung ist ein Zeichen für Schwäche.“
(Antwortmöglichkeiten: 6-stufige Likert-Skala von „stimme überhaupt nicht zu“ bis „stimme vollständig zu“)

Direkte Veränderungsmessung

Im Sinne der direkten Veränderungsmessung wurden für den zweiten Erhebungszeitpunkt eigens Items erstellt, die das subjektive Empfinden einer Veränderung in Bezug auf die beiden untersuchten Konstrukte abfragen. Für die psychische Gesundheitskompetenz wurden hierfür Items formuliert, die auf die beschriebenen Skalen abzielen.

Finden, Verstehen und Beurteilen.

- a. Finden: „Wie schätzen Sie nach dem Lesen des Info-Hefts im Vergleich zu vorher Ihre Fähigkeiten ein, Informationen über psychische Belastungen, Störungen oder Erkrankungen bei Schüler*innen zu finden?“
- b. Verstehen: „Wie schätzen Sie nach dem Lesen des Info-Hefts im Vergleich zu vorher Ihre Fähigkeiten ein, Informationen über psychische Belastungen, Störungen oder Erkrankungen bei Schüler*innen zu verstehen?“
- c. Beurteilen: „Wie schätzen Sie nach dem Lesen des Info-Hefts im Vergleich zu vorher Ihre Fähigkeiten ein, Informationen über psychische Belastungen, Störungen oder Erkrankungen bei Schüler*innen zu beurteilen?“

(Antwortmöglichkeiten: „Schlechter“, „Gleich gut“, und „Besser“)

Psychische Gesundheitskompetenz (Fähigkeiten).

- d. Erkennen: „Nach dem Lesen des Info-Hefts, wie schätzen Sie im Vergleich zu vorher Ihre Fähigkeiten ein, psychische Probleme bei Schüler*innen zu erkennen?“
- e. Umgang: „Wie schätzen Sie im Vergleich zu vorher Ihre Fähigkeiten ein, mit psychischen Problemen bei Schüler*innen umzugehen?“

(Antwortmöglichkeiten: „Schlechter“, „Gleich gut“, und „Besser“)

Psychische Gesundheitskompetenz (Wissen und Einstellungen).

- f. Wissen: Wie schätzen Sie im Vergleich zu vorher Ihr Wissen über psychische Probleme bei Schüler*innen ein?

(Antwortmöglichkeiten: „Schlechter“, „Gleich gut“, und „Besser“)

Lesezeit

Zur Kontrolle der Dauer der Beschäftigung mit der Intervention werden die Teilnehmenden zum zweiten Erhebungszeitpunkt gefragt, wie viel Zeit sie mit dem Lesen des Hefts verbracht haben. Sie werden auch vorab darüber informiert, sich dies im Laufe des Lesens zu merken.

Statistische Auswertung

Die geplante, präregistrierte statistische Auswertung sah Folgendes vor: Die Hauptanalyse soll aus *gerichteten t-Tests für abhängige Stichproben* bestehen, welche die Größe und statistische Signifikanz ($\alpha = .05$) des Unterschieds der Summen-Scores der drei Skalen der psychischen Gesundheitskompetenz zwischen dem ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt testen sollen (Bortz & Schuster, 2010). Die Aufbereitung der Daten soll in *IBM SPSS* Version 20 (SPSS, 2011) und die Analysen in *JASP* Version 0.17.1.0 (JASP Team, 2022) durchgeführt werden. Die zu prüfende Hypothese wird also statistisch in die drei folgenden Hypothesen übersetzt:

1. Die Scores der Skala „Finden, Verstehen und Beurteilen“ sind zum zweiten Erhebungszeitpunkt statistisch signifikant *niedriger* als zum ersten Erhebungszeitpunkt.
2. Die Scores der Skala „Psychische Gesundheitskompetenz (Fähigkeiten)“ sind zum zweiten Erhebungszeitpunkt statistisch signifikant *höher* als zum ersten Erhebungszeitpunkt.
3. Die Scores der Skala „Psychische Gesundheitskompetenz (Wissen & Einstellungen)“ sind zum zweiten Erhebungszeitpunkt statistisch signifikant *niedriger* als zum ersten Erhebungszeitpunkt.

Ergebnisse

Im Folgenden werden die durchgeführten statistischen Analysen dargestellt und ihre Ergebnisse erläutert. Abweichungen von der in der Präregistrierung festgehaltenen Statistik werden thematisiert. Außerdem werden explorative Analysen beschrieben.

Voranalysen

Vor der Durchführung der statistischen Testungen wurden zunächst die Reliabilitäten der verwendeten Skalen zu beiden Erhebungszeitpunkten berechnet, sowie die Voraussetzungen für die geplante Auswertung getestet. Außerdem wurde statt eines Ausschlusses von Teilnehmenden mit zu geringer Lesezeit, wie es per Präregistrierung geplant war, eine Korrelation der Lesezeit mit den *Scores* vom zweiten Erhebungszeitpunkt sowie mit den Differenzen der *Scores* beider Erhebungszeitpunkte berechnet.

Darüber hinaus wurden einzelne fehlende Werte imputiert. Hierfür wurde im Falle eines fehlenden Werts in der Skala „Psychische Gesundheitskompetenz (Fähigkeiten)“ der Itemmittelwert der anderen Teilnehmenden imputiert, auch im Falle der verbrachten Lesezeit wurde für zwei fehlende Werte der Stichprobenmittelwert imputiert. Die nicht numerische Antwort „einige Stunden“ auf die Frage zur Lesezeit wurde mit der höchsten angegebenen Lesezeit von 300 Minuten ersetzt.

Reliabilität

Die Reliabilitäten beziehungsweise die interne Konsistenz der drei Skalen des verwendeten Fragebogens zur psychischen Gesundheitskompetenz von Lehrpersonen wurden anhand des *Cronbach's α* und des immer mehr als angemessener angesehenen *McDonald's ω* für beide Erhebungszeitpunkte berechnet, wobei jeweils Werte über .7 als akzeptabel eingeordnet wurden (Dunn et al., 2014; Tavakol & Dennick, 2011). Berechnungen aller drei Skalen über beide Erhebungszeitpunkte hinweg ergaben mit Ausnahme des ersten Erhebungszeitpunktes für die Skala „Finden, Verstehen und Beurteilen“ ($\omega = .584$; $\alpha = .564$) Werte über .7 (siehe Tab. 2).

Tabelle 2*Reliabilitäten der Skalen des Fragebogens „psychische Gesundheitskompetenz“*

Skala	McDonald's	Cronbach's
	ω	α
„Finden, Verstehen und Beurteilen“ – Erhebungszeitpunkt 1	.584	.564
„Finden, Verstehen und Beurteilen“ – Erhebungszeitpunkt 2	.764	.748
„Psychische Gesundheitskompetenz (Fähigkeiten)“ – Erhebungszeitpunkt 1	.749	.757
„Psychische Gesundheitskompetenz (Fähigkeiten)“ – Erhebungszeitpunkt 2	.849	.868
„Psychische Gesundheitskompetenz (Wissen und Einstellungen)“ – Erhebungszeitpunkt 1	.913	.916
„Psychische Gesundheitskompetenz (Wissen und Einstellungen)“ – Erhebungszeitpunkt 2	.905	.915

Bei der Analyse der Reliabilitäten fiel auf, dass die Werte für das Item 8 („Ich finde es schwer zu entscheiden, welche Hilfe für eine*n Schüler*in angemessen/angebracht ist.“) negativ mit der Skala korrelieren. Dieses Item wird deshalb im weiteren Verlauf aus der Analyse ausgeschlossen. Es ist das einzig negativ gepolte Item in dieser Skala, sein Wert trägt also in invertierter Weise zum *Score* bei. Die negative Korrelation könnte also einem Antwortmuster geschuldet sein, nach welchem Teilnehmende das Item 8 ähnlich den anderen Items der Skala beantwortet haben.

Voraussetzungstestung

Im Sinne der Voraussetzungstestung für *t*-Tests mit abhängigen Stichproben wurde die Annahme der Normalverteilung der Differenzen der *Scores* der drei Skalen der psychischen Gesundheitskompetenz zwischen erstem und zweitem Erhebungszeitpunkt getestet. Hierbei hat sich gezeigt, dass die Differenzen der Skala „Psychische Gesundheitskompetenz (Wissen und Einstellungen)“ keine Normalverteilung aufweisen (siehe Tab. 3). Es wurde deshalb entschieden, für diese Skala den non-parametrischen *Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test* durchzuführen (Bortz & Schuster, 2010).

Tabelle 3*Normalverteilungstestung der Differenzen der Scores zwischen beiden Erhebungszeitpunkten*

Skala	Shapiro- Wilk	P-Wert Shapiro- Wilk
Differenz „Finden, Verstehen und Beurteilen“	0.956	0.096
Differenz „Psychische Gesundheitskompetenz (Fähigkeiten)“	0.964	0.178
Differenz „Psychische Gesundheitskompetenz (Wissen und Einstellungen)“	0.916	0.004

Kontrollvariable Lesezeit

Um für den Einfluss der unterschiedlichen Lesezeiten der Teilnehmenden zu kontrollieren, wurden Korrelationen der selbst angegebenen Lesezeiten mit den Score-Differenzen der drei Skalen der psychischen Gesundheitskompetenz im Vergleich zwischen erstem und zweitem Erhebungszeitpunkt sowie mit den jeweiligen Skalen-Scores zum zweiten Erhebungszeitpunkt berechnet. Statistisch signifikante Zusammenhänge hätten einen Einbezug der Lesezeit als Kontrollvariable im weiteren Verlauf der Analysen zur Folge gehabt. Statistisch signifikante Korrelationen wurden allerdings nicht gefunden (siehe Tab. 4).

Tabelle 4

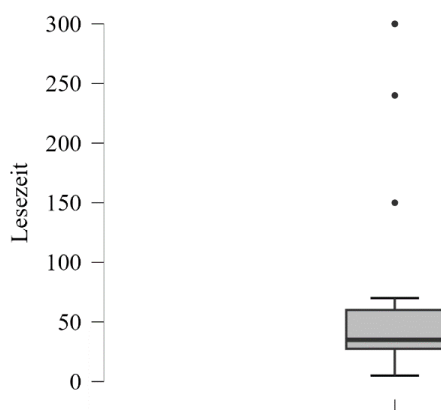
Pearsons Korrelationen der Lesezeiten mit den Differenzen der Scores zwischen beiden Erhebungszeitpunkten und mit den Scores der drei Skalen zum zweiten Erhebungszeitpunkt

	Pearsons r	p
Lesezeit - Differenz „Finden, Verstehen und Beurteilen“	0.118	0.444
Lesezeit - Differenz „Psychische Gesundheitskompetenz (Fähigkeiten)“	0.019	0.903
Lesezeit - Differenz „Psychische Gesundheitskompetenz (Wissen und Einstellungen)“	-0.290	0.056
Lesezeit - „Finden, Verstehen und Beurteilen“	0.176	0.253
Lesezeit - „Psychische Gesundheitskompetenz (Fähigkeiten)“	0.197	0.200
Lesezeit - „Psychische Gesundheitskompetenz (Wissen und Einstellungen)“	0.051	0.743

Die Einschränkungen in der Interpretation der Lesezeit und ihrer Verwendung als Kontrollvariable werden im späteren Verlauf näher diskutiert. An dieser Stelle sei erwähnt, dass die hier durch Selbstauskunft erhobene Lesezeit keine genaue Messung, sondern eine unter diversen Einflüssen stehende Schätzung ist. Dies spiegelt sich in der Verteilung der Daten wider: Wie im Boxplot (Abb. 6) zur Verteilung der Lesezeiten ersichtlich ist, weisen diese mit einer Spannweite von 5 bis 300 Minuten eine sehr hohe Streuung auf. Bei einem Mittelwert von 56.07 Minuten war eine extreme Standardabweichung von 66.35 zu verzeichnen, welche wohl auf die im Boxplot ersichtlichen Ausreißer zurückgeht, die besonders viel Zeit angegeben haben. Ohne diese Ausreißer nach oben ergibt sich ein Mittelwert von 36.93 Minuten und eine Standardabweichung von 18.27.

Abbildung 6

Boxplot der auf Selbstauskunft basierenden Lesezeiten



Da im Vorhinein nicht absehbar war, wie viel Zeit im Durchschnitt mit dem Infoheft verbracht werden würde, wurde sich für ein freies Antwortformat entschieden – wie erwartet waren die meisten Antworten auf Viertel, halbe oder ganze Stunden gerundet. So lag der Modus bei 30 Minuten ($N = 10$), wobei erwähnt werden sollte, dass fast genauso viele Personen ($N = 9$) 60 Minuten Lesezeit angaben. Eine Person gab an, nur 5 Minuten mit dem Infoheft verbracht zu haben, drei weitere gaben an, 10 Minuten gelesen zu haben. Alle anderen Teilnehmenden gaben Lesezeiten von mindestens 15 Minuten an.

Deskriptive Statistik

Die finale Stichprobe von $N = 44$ weist folgende deskriptive Charakteristika auf. Das Alter der Teilnehmenden war im Durchschnitt gerundet 26 Jahre (Mittelwert = 25.659;

Minimum = 22; Maximum = 40). 29 der Teilnehmenden gaben als ihr Geschlecht „weiblich“ an, 19 gaben „männlich“ an. Die dritte Option für das Geschlecht im freien Antwortformat nutzten keine der Teilnehmenden. 19 der 44 teilnehmenden Personen gaben an, nicht nur im Zuge des Studiums Berufserfahrung gesammelt haben, sondern bereits an einer Schule angestellt als Lehrperson arbeiten.

Verbesserung der psychischen Gesundheitskompetenz nach der Intervention

Die Hauptanalyse bestand in der Testung der Signifikanz der Mittelwerts-Unterschiede vor und nach der Intervention in den drei Skalen der psychischen Gesundheitskompetenz. Die gerichtete Hypothese für die Skala „Finden, Verstehen und Beurteilen“ erwartet eine statistisch signifikante Verringerung des *Scores* im Vergleich zwischen erstem und zweitem Erhebungszeitpunkt. Die empfundene Schwierigkeit, Informationen zum Thema psychische Gesundheit bei Schüler*innen zu finden, soll also gesunken sein. Der *t*-Test für diese Hypothese weist ein statistisch signifikantes Ergebnis mit einer mittleren Effektstärke auf (siehe Tab. 5).

Tabelle 5

T-Test für abhängige Stichproben der Skala „Finden, Verstehen und Beurteilen“

Erhebungszeitpunkt 1	Erhebungszeitpunkt 2	t	df	p	Cohens d	Std.-Fehler Cohens d
<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>					
12.227 (2.331)	- 10.727 (2.528)	3.334	43	< .001	0.503	0.196

Die gerichtete Hypothese für die Skala „Psychische Gesundheitskompetenz (Fähigkeiten)“ sagt eine statistisch signifikante Erhöhung des *Scores* im zweiten Erhebungszeitpunkt im Vergleich zum ersten Erhebungszeitpunkt voraus. Die selbstberichteten Fähigkeiten im Umgang mit und in der Erkennung von psychischen Problemen bei Schüler*innen sollen sich also erhöhen. Auch der *t*-Test für diese Hypothese konnte ein statistisch signifikantes Ergebnis zeigen: in diesem Fall mit einer als groß zu interpretierenden Effektstärke (siehe Tab. 6).

Tabelle 6

T-Test für abhängige Stichproben der Skala „Psychische Gesundheitskompetenz (Fähigkeiten)“

Erhebungszeitpunkt 1		Erhebungszeitpunkt 2	t	df	p	Cohens d	Std.-Fehler Cohens d
M (SD)		M (SD)					
58.500 (8.799)	-	67.949 (9.858)	-7.469	43	< .001	-1.126	0.172

Für die Skala „Psychische Gesundheitskompetenz (Wissen und Einstellungen)“ wurde aufgrund der Voraussetzungsverletzung bezüglich der Normalverteilung der Differenzen der Werte beider Erhebungszeitpunkte ein *Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test* durchgeführt. Die gerichtete Hypothese für diese Skala erwartete eine statistisch signifikante Abnahme der Scores, welche inhaltlich eine verringerte Zustimmung zu den falschen Aussagen und stigmatisierenden Einstellungen bedeutet. Diese Hypothesentestung lieferte kein statistisch signifikantes Ergebnis (siehe Tab. 7).

Tabelle 7

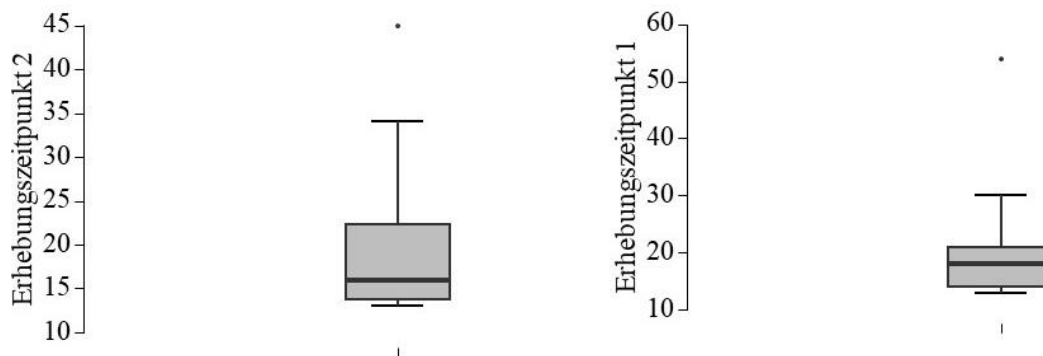
Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test der Skala „Psychische Gesundheitskompetenz (Wissen und Einstellungen)“

Erhebungszeitpunkt 1		Erhebungszeitpunkt 2	W	z	p
M (SD)		M (SD)			
19.136 (7.245)	-	18.841 (7.068)	354.000	.966	.168

Dieses Ergebnis könnte mit einem Bodeneffekt zusammenhängen, der sich in der Verteilung der Werte zu dieser Skala in beiden Erhebungszeitpunkten zu zeigen scheint (siehe Abb. 7). So erzielte bei einem höchstmöglichen Score von 78 zum ersten Erhebungszeitpunkt abgesehen von einer Person mit einem Score von 54 (zum zweiten Erhebungszeitpunkt 45) niemand einen Score von über 30. Die durchschnittliche Veränderung der Scores zwischen beiden Zeitpunkten betrug rund 0.3. Der Modus der Scores war zu beiden Erhebungszeitpunkten mit 13 der kleinstmögliche Score.

Abbildung 7

Verteilung der Scores der Skala „Wissen und Einstellungen“ der psychischen Gesundheitskompetenz zu beiden Erhebungszeitpunkten



Anmerkungh: Die Spannweite der möglichen Scores für diese Skala beträgt 13 bis 78.

Schließlich wurden, um für die Alphafehlerkumulierung zu kontrollieren, alle p -Werte mit der *Bonferroni-Holm-Korrektur* korrigiert (Bortz & Schuster, 2018). Die beiden statistisch signifikanten p -Werte blieben hierbei beide unter .001.

Explorative Analysen

Abgesehen von der Hauptanalyse wurde im weiteren Verlauf der Erstellung der Erhebung entschieden, auch eine direkte Veränderungsmessung zu erheben. Diese Fragen wurden von einer teilnehmenden Person nicht beantwortet. Die Antworten auf die entsprechenden Items zeigten fast durchwegs, dass eine Mehrheit der Teilnehmenden Verbesserungen durch das Infoheft für sich annehmen. So gaben 75% an, nach der Intervention „Informationen über psychische Belastungen, Störungen oder Erkrankungen bei Schüler*innen“ besser *finden* zu können. Ungefähr 61% gaben an, diese Information nun besser *verstehen* zu können. Allerdings gaben nur rund 43% an, Informationen zu diesen Themen nun besser *beurteilen* zu können, hier gab mit rund 52% die Mehrheit an, dies nach der Intervention gleich gut zu können. Auf diese Frage antwortete eine Person, dass sie ihre Beurteilungs-Fähigkeit nun schlechter einschätzt.

In Bezug auf die Fähigkeiten gaben rund 61% der Teilnehmenden an, psychische Probleme bei Schüler*innen nun besser *erkennen* zu können. Rund 66% gaben an, mit diesen nach der Intervention besser *umgehen* zu können. Der höchste Prozentsatz wurde bei der Frage nach der Verbesserung des *Wissens* erzielt – rund 77% der Teilnehmenden schätzen ihr Wissen nach der Intervention besser ein.

Außerdem wurden im Sinne einer „Drop-Out-Analyse“ *ungerichtete t-Tests für unabhängige Stichproben* durchgeführt, welche die *Scores* der drei Skalen der psychischen Gesundheitskompetenz zum ersten Erhebungszeitpunkt zwischen jenen Teilnehmenden, die beim zweiten Erhebungszeitpunkt nicht mehr teilnahmen und jenen Teilnehmenden, die an beiden Zeitpunkten teilnahmen, verglichen. Dies zielte darauf ab, herauszufinden, ob mitunter eine über- oder auch eine unterdurchschnittliche psychische Gesundheitskompetenz Teilnehmende von der doch aufwendigen Teilnahme an der Studie abgehalten haben könnten. Hierbei zeigten sich keine statistisch signifikanten Gruppenunterschiede (siehe Anhang D).

Die Teilnehmenden, die an den Präsenz-Lehrveranstaltungen teilnahmen, haben das Infoheft zusätzlich zur digital zur Verfügung gestellten Variante auch in gedruckter Form erhalten. Um zu überprüfen, ob dieser Formatunterschied den Erfolg der Intervention mitunter beeinflusst hat, wurden *ungerichtete t-Tests für unabhängige Stichproben* für die *Outcomes* der drei Skalen der psychischen Gesundheitskompetenz berechnet, welche alle statistisch nicht signifikant ausfielen (siehe Anhang D). Ebenso keine statistisch signifikanten Zusammenhänge fanden sich in den Ergebnissen der *Mann-Whitney-U-Tests* zum Vergleich der Antworten in den Items zur direkten Veränderungsmessung (siehe Anhang D). Dieser Test wurde gewählt, weil es sich bei den entsprechenden Items um ordinal- und nicht um verhältnisskalierte Variablen handelt (Bortz & Schuster, 2010).

Als weitere explorative Analyse zum Unterschied zwischen jenen Lehrveranstaltungen, die im Präsenzmodus abgehalten wurden und jenen, die online stattfanden, wurde ein *t-Test* zum Vergleich der selbst angegebenen Lesezeiten zwischen diesen beiden Gruppen durchgeführt. In den Präsenz-Lehrveranstaltungen konnte die Studie persönlich vorgestellt und das Infoheft zusätzlich zur digitalen Variante auch in ausgedruckter Form zur Verfügung gestellt werden. Der Test lieferte kein statistisch signifikantes Ergebnis (siehe Anhang D).

Auch eine Korrelation der Lesezeiten mit den *Scores* zum ersten Erhebungszeitpunkt wurde durchgeführt, wobei hier der Zusammenhang zwischen den Ausgangswerten der Teilnehmenden und der Dauer der Auseinandersetzung mit der Intervention von Interesse war (siehe Anhang D). Hierbei zeigte sich in einer der drei Skalen, „Finden, Verstehen und Beurteilen“, eine statistisch signifikante Korrelation ($p = .023$; $r = .343$). Dieses Ergebnis legt nahe, dass Teilnehmende, die zu Beginn größere Schwierigkeiten im Finden, Verstehen und Beurteilen von Informationen zur psychischen Gesundheit und Krankheit bei Schüler*innen angaben, mehr Zeit mit dem Lesen des Infohefts verbracht haben.

Diskussion

Die vorliegende Arbeit beschreibt die Entwicklung einer niederschweligen Wissenschaftskommunikations-Intervention in Form eines Infohefts für den sekundären Bildungsbereich zur Verbesserung der lehrkraftspezifischen psychischen Gesundheitskompetenz (und Selbstwirksamkeit; siehe Seemann, 2023). In einer Pilot-Studie wurde die Intervention an einer Stichprobe aus praxiserfahrenen Lehramtsstudierenden erstmals erprobt. Für zwei von drei Aspekten der lehrkraftspezifischen psychischen Gesundheitskompetenz zeigten sich dabei statistisch signifikante Verbesserungen nach der Intervention.

So verbesserten sich in der Stichprobe einerseits mit einer mittleren Effektgröße die selbstberichteten Fähigkeiten im Finden, Verstehen und Beurteilen von Informationen zu psychischer Gesundheit und Krankheit bei Schüler*innen, sowie mit einer großen Effektgröße die selbstberichteten Fähigkeiten im Umgang mit psychischen Problemen bei Schüler*innen. Für das Wissen und die Einstellungen zu psychischer Krankheit im Jugendalter, welche den dritten Aspekt der lehrkraftspezifischen psychischen Gesundheitskompetenz darstellen, konnte keine statistisch signifikante Verbesserung gezeigt werden. Die hypothetisierte Verbesserung der lehrkraftspezifischen psychischen Gesundheitskompetenz konnte also durch die Daten in zwei von drei Aspekten unterstützt werden.

Dass eine Verbesserung des Wissens und der Einstellungen ausblieb, dürfte in Teilen auf das verwendete Messinstrument zurückzuführen sein. Die Verteilung der Daten zu dieser Skala in beiden Messzeitpunkten zeigt einen deutlichen Bodeneffekt mit nur einem Ausreißer – die meisten Teilnehmenden erzielten zu beiden Zeitpunkten extrem niedrige Werte. Es ist also davon auszugehen, dass die Skala für die meisten (teilnehmenden) Personen die Ausprägung mangelnden Wissens und stigmatisierender Einstellungen zum Thema psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter nicht ausreichend fein genug messen kann. Die stigmatisierenden und falschen Aussagen in dieser Skala, welche zur Zustimmung beziehungsweise Ablehnung gestellt werden, wurden wohl von einem Großteil der Teilnehmenden schon vor der Intervention als falsch erkannt und entweder aus Gründen der sozialen Erwünschtheit und/oder aufgrund einer tatsächlichen Ablehnung diesen größtenteils nicht zugestimmt. Auch in der Befragung, aus welcher der Fragebogen stammt, zeigen sich in dieser Skala weit bessere Werte als beispielsweise in den Fähigkeiten (Robin et al., 2021). Eine feinere Skala zur Messung des Wissens und der Einstellungen von Lehrpersonen in Bezug auf die psychische Gesundheit und Krankheit von Schüler*innen wäre auch in

Anbetracht zukünftiger Forschungsinteressen zu diesen Themen angezeigt. Im Rahmen der vorliegenden Studie war die Entwicklung einer solchen Skala nicht möglich, weshalb sich trotz allem für die Verwendung der Skala von Robin et al. entschieden wurde – auch in Ermangelung einer passenden Alternative zur (deutschsprachigen) Messung der lehrkraftspezifischen psychischen Gesundheitskompetenz.

Explorativ wurden direkte Veränderungsmessungen angestellt, welche für alle Aspekte der lehrkraftspezifischen psychischen Gesundheitskompetenz zusätzliche Auskunft über selbstwahrgenommene Verbesserungen geben. Für den Großteil der Teilnehmenden konnte hierbei eine selbstberichtete Verbesserung des Wissens gefunden werden. Für diese Frage wurde in der direkten Veränderungsmessung sogar die höchste Zustimmung mit rund 77% erreicht. Dies legt auch nahe, dass Veränderungen im Wissen und in den Einstellungen mit dem gewählten Messinstrument zur indirekten Veränderungsmessung nicht ausreichend gut gemessen werden konnten. Die Items zur direkten Veränderungsmessung in Bezug auf die wahrgenommene Verbesserung der eigenen Fähigkeiten zeigten, dass mit rund 61% (Erkennen psychischer Probleme bei Schüler*innen) und rund 66% (Umgang mit psychischen Problemen bei Schüler*innen) ein Großteil der Teilnehmenden auch hier Verbesserungen durch das Infoheft angab. Hierzu sei jedoch nochmals darauf hingewiesen, dass es sich bei der direkten Veränderungsmessung um eine explorativ durchgeführte und auf einer kleinen Anzahl von Items basierende Analyse handelt.

Limitationen

Im Kontext der Limitationen der vorliegenden Studie ist zunächst die Variable „Lesezeit“ zu diskutieren. Teilnehmende wurden nach der mit dem Infoheft verbrachten Lesezeit gefragt. Dies sollte Auskunft über die Intensität der Auseinandersetzung mit der Intervention liefern. Die Variable „Lesezeit“ sollte auch als Indikator für die Akzeptanz und durchschnittliche Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit der erstmals implementierten Intervention dienen und wurde deshalb im freien Antwortformat erhoben⁴. Die sich ergebenden Werte können allerdings unter Einflüssen sozialer Erwünschtheit und Fehleinschätzungen stehen. Außerdem können unterschiedliche Lesezeiten auch mit unterschiedlichen Lesegeschwindigkeiten zusammenhängen. Es wurde sich dennoch für keine andere Erfassung der Intensität der Auseinandersetzung mit der Intervention entschieden, da

⁴ In Folgestudien könnte auf Basis der berichteten Lesezeiten ein festes Antwortformat mit Auswahlmöglichkeiten verwendet werden.

für kompliziertere Varianten, beispielsweise einem Lesetagebuch, eine noch geringere Teilnahmebereitschaft für die ohnehin aufwendige Studienteilnahme erwartet wurde. In der Kontrolle des Einflusses der unterschiedlichen Lesezeiten fanden sich keine statistisch signifikanten Zusammenhänge der Lesezeiten mit den Scores der lehrkraftspezifischen psychischen Gesundheitskompetenz nach der Intervention sowie mit den Differenzen derselben zwischen erstem und zweitem Erhebungszeitpunkt. Selbstverständlich wäre die Annahme, die Dauer der Beschäftigung mit dem Infoheft würde mit dessen Wirkung nicht zusammenhängen, unplausibel. Die Abwesenheit eines statistisch signifikanten Effekts ist wohl nicht zuletzt mit der zu erwarteten Ungenauigkeit dieser auf Schätzung und Selbstauskunft basierenden Größe zurückzuführen. Außerdem liegt die Annahme nahe, dass Teilnehmende, die sich kaum oder gar nicht mit dem Infoheft auseinandergesetzt haben, beim zweiten Erhebungszeitpunkt eher nicht mehr teilnahmen und zu den *Drop-Outs* gehören. Trotz beschriebener Schwierigkeiten stellte die gewählte Erfassung der Lesezeit eine für die Teilnehmenden möglichst unkomplizierte Lösung dar, die einen Überblick über die Lesezeit lieferte.

Statistisch signifikant war allerdings der Zusammenhang der Lesezeit mit den Werten der Skala „Finden, Verstehen und Beurteilen“ zum ersten Erhebungszeitpunkt: Jene Teilnehmenden, die zu Beginn der Studie größere Schwierigkeiten im Umgang mit Informationen zum Thema berichtet haben, gaben demnach höhere Lesezeiten an. Ein größeres Bewusstsein für eine unzureichende Fähigkeit in diesem Bereich könnte also die Motivation, sich länger mit dem Heft auseinanderzusetzen, erhöhen. Dieser Zusammenhang wurde in den anderen Aspekten des Konstrukts nicht gefunden.

Die Studie ist als *Ein-Gruppen-Prä-Posttest-Design* durchgeführt worden. Dieses Studiendesign kann also nicht im Sinne eines Experiments Kausalität belegen. Auch kann es nicht mit einer Kontrollgruppe für die Unsicherheiten, die mit Untersuchungen im Feld einhergehen, aufwarten. Diese Limitation muss in der Interpretation der beobachteten Verbesserung selbstverständlich beachtet werden.

Zur Frage der Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist außerdem die Stichprobe zu besprechen, die mit der Wahl praxiserfahrener Lehramtsstudierenden eine Annäherung an die interessierende Zielgruppe der Lehrer*innen darstellt. Außerdem liegt in der Stichprobe der vorliegenden Studie das durchschnittliche Alter bei 26 Jahren. Unterschiede zwischen Lehramtsstudierenden zu Lehrer*innen sind also auch in Bezug auf Alters- beziehungsweise generationenunterschiede denkbar.

Auch handelt es sich bei den beobachteten Effekten um auf Selbstauskunft basierenden Daten. Diese unterliegen neben Einflüssen sozialer Erwünschtheit auch etwaigen Fehleinschätzungen. Somit können höchstens selbsteingeschätzte Kompetenzen und Intentionen bezüglich zukünftigen Handelns erfasst werden. Wie und ob sich diese in beobachtbarem Verhalten niederschlagen, lässt sich auf Basis der erhobenen Daten nicht belegen. In ihrer systematischen Übersichtsarbeit zu Interventionsstudien zur Verbesserung der psychischen Gesundheitskompetenz von Lehrpersonen bemängeln Yamaguchi et al. (2019) die vorwiegende Fokussierung auf Selbsteinschätzungen. Sie schlagen die Einbeziehung der Erfassung tatsächlichen Verhaltens sowie des Einflusses auf die psychische Gesundheit von Schüler*innen vor. Dass die psychische Gesundheitskompetenz sich auch auf das Verhalten auswirkt, ist zwar im Allgemeinen belegt – in Studien im Schulkontext fehlt allerdings die Untersuchung dieser Aspekte, die schließlich die Ziele einer verbesserten lehrkraftspezifischen psychischen Gesundheitskompetenz sind (Yamaguchi et al., 2019). Eine Folgestudie zur entwickelten Intervention sollte also auch diese *Outcomes* miteinbeziehen und das Erzielen oder Ausbleiben einer nachhaltigen Verbesserung untersuchen.

Die Intervention an sich ist außerdem in ihrer Anwendung nicht als standardisiert durchführbar zu verstehen: wie sich mit dem Infoheft auseinandergesetzt wird, unterliegt der*dem Lesenden. Dies hat den Vorteil einer erhöhten Niederschwelligkeit, erschwert aber eine Kontrolle der Anwendung der Intervention. Andere Interventionen im Kontext Schule für die psychische Gesundheit im Allgemeinen oder die psychische Gesundheitskompetenz im Speziellen folgen oft einem standardisierten Vorgehen (z.B. Franze et al., 2007; Kutcher et al., 2015b). Mit der auf Selbstauskunft basierenden Lesezeit gibt es jedoch zumindest einen Indikator dafür, dass die von einer größeren Zahl an Personen gewählte Lesezeit von (geschätzt) meist 30 oder 60 Minuten die vorhin beschriebenen Verbesserungen (zumindest kurz nach der Intervention) erwirken kann.

Viele Schul-Interventionen in diesem Kontext sind als umfassende Curricula zu verstehen, die oft bei Lehrer*innen und Schüler*innen ansetzen und viel Zeit in Anspruch nehmen (z.B. Franze et al., 2007; Kutcher et al., 2015b; Shoshani & Steinmetz, 2014; Yamaguchi et al., 2018). Vorteile dieser aufwendigen Interventionen sind teils gut belegte positive Effekte, die allerdings nur selten in Form von Längsschnittstudien in ihrer Nachhaltigkeit untersucht wurden (Corrieri et al., 2013; Kutcher et al., 2015b; Shoshani & Steinmetz, 2014; Yamaguchi et al., 2019). Auch die vorliegende Studie konnte die berichteten Effekte nur unmittelbar nach der Intervention beobachten.

Ein dezidiert wissenschaftskommunikatorischer Ansatz mit Fokus auf eine niederschwellige und ökonomische Intervention scheint mit Blick auf bestehende Interventionen zu fehlen. Hervorzuheben ist allerdings das kanadische Programm „the Guide“, welches wissenschaftskommunikatorische Aspekte enthält und als besonders ökonomisch beschrieben wird. Diese in Kanada etablierte und evidenz-basierte Intervention zur Verbesserung der psychischen Gesundheitskompetenz in Schulen sieht neben Trainingseinheiten auch vor, dass Lehrpersonen zunächst im Selbststudium ein Infoheft zu psychischer Gesundheit lesen (Kutcher et al., 2015a). Im deutschsprachigen Raum beziehungsweise in Österreich lässt sich Vergleichbares nicht finden. Der Mehrwert des entwickelten Infohefts liegt also darin, dass es sich um eine auf die österreichische Sekundarstufe zugeschnittene und an Lehrer*innen adressierte Intervention zur Verbesserung der psychischen Gesundheitskompetenz handelt, die zusätzlich niederschwellig und ökonomisch implementierbar ist.

Implikationen

Die durchgeführte Studie liefert erste Belege für die Wirksamkeit der Intervention. Auch ein gewisses Maß an Akzeptanz lässt sich anhand der Teilnahmebereitschaft und der durchschnittlichen Lesezeiten argumentieren. Aus den Ergebnissen der Studie und dem Vergleich zu anderen Interventionsstudien lässt sich ableiten, welche nächsten Schritte für die entwickelte Intervention abzuleiten sind.

Demnach sollte die Intervention in einem nächsten Schritt an Lehrer*innen der Sekundarstufe implementiert werden, um Aussagen über die Wirkung im angestrebten Kontext Schule treffen zu können. Außerdem sollten Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Schüler*innen sowie auf tatsächliche Verhaltensweisen der Lehrpersonen untersucht werden. Zur validen Messung der psychischen Gesundheitskompetenz an sich müsste außerdem ein geeignetes deutschsprachiges Messinstrument für das Wissen und die Einstellungen zur psychischen Gesundheit im Jugendalter gefunden beziehungsweise entwickelt werden. Vorteilhaft wäre im Allgemeinen eine Skala, die auch Veränderungsmessungen explizit ermöglicht, um Interventionen zur Verbesserung der lehrkraftspezifischen psychischen Gesundheitskompetenz in ihrer Wirkung überprüfen zu können. Zur Erfassung der Nachhaltigkeit der Wirkung der Intervention könnte ein Längsschnittdesign zum Einsatz kommen, durch welches die Nachhaltigkeit positiver Effekte erfasst werden könnte. Hierbei wäre auch die Einbeziehung einer Kontrollgruppe denkbar.

Die Pilot-Studie zur entwickelten Intervention konnte erste Belege für die Wirksamkeit der Intervention liefern und somit das Potential niederschwelliger Wissenschaftskommunikation für den Bereich der psychischen Gesundheit im Kontext Schule zeigen. Das Infoheft stellt eine überblicksmäßige Vermittlung der wichtigsten Inhalte für Lehrkräfte zum Thema psychische Gesundheit und Krankheit bei Schüler*innen dar. Auch spezifischere wissenschaftskommunikatorische Materialien, beispielsweise ausführlichere Infohefte zu den einzelnen beschriebenen Störungsbildern, könnten ergänzend sinnvoll sein und in Folgestudien entwickelt und überprüft werden.

Die Schule gilt als geeigneter Ort, das Wohlbefinden von jungen Menschen flächendeckend zu unterstützen und Probleme frühzeitig zu erkennen (Felder-Puig et al., 2023; Hascher & Hagenauer, 2010; Holzer et al., 2021). Der Bedarf seitens der Kinder und Jugendlichen besteht, das Lehrpersonal fühlt sich oftmals überfordert und nicht ausreichend kompetent (Ekornes, 2015; Higgen & Mösko, 2020). Es lässt sich also für die Notwendigkeit argumentieren, diese Inhalte in der Lehrer*innenausbildung verpflichtend zu verankern und offizielle Richtlinien verfügbar zu machen, die zum Beispiel das Vorgehen bei Verdacht auf psychische Probleme eines*einer Schüler*in nahelegen. Wissenschaftskommunikation durch psychologische Expertise kann nämlich nicht Handlungsvorgaben und Empfehlungen von offizieller Seite ersetzen.

Die Rolle der psychologischen Wissenschaftskommunikation kann allerdings, wie im entwickelten Infoheft umgesetzt, psychologisches Fachwissen auf den Schulkontext bezogen vermitteln, über das schulische Wohlbefinden jenseits der Abwesenheit psychischer Probleme aufklären, und fundierte Handlungsempfehlungen zum Umgang mit spezifischen Problemen und zur Förderung des Wohlbefindens von Schüler*innen formulieren. Die durchgeführte Studie liefert erste Belege für das Potential der entwickelten Intervention. Weiterführende Untersuchungen mit Lehrkräften der österreichischen Sekundarstufe sind demnach denkbar – gerade in Hinblick auf die Niederschwelligkeit und Ökonomie der Intervention.

Ausreichend für die Deckung des hohen Unterstützungsbedarfs für die psychisch belastete Gruppe der Kinder und Jugendlichen ist diese Intervention selbstverständlich nicht. Sowohl die Ausbildung von Lehrpersonen im Umgang mit psychischen Problemen von Schüler*innen als auch die psychologische Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird in Österreich weitestgehend als ausbaufähig beschrieben (Plener et al., 2021). Wissenschaftskommunikatorische Interventionen wie das hiermit entwickelte Infoheft bieten einen vielversprechenden Ansatz im Schließen dieser Lücken.

Literaturverzeichnis

- BGBI. II Nr. 220/2022: Verordnung des Bundesministers für Bildung, Wissenschaft und Forschung, mit der die Hochschul-Curriculaverordnung 2013 und die Hochschul-Zulassungsverordnung geändert werden, ausgegeben am 14. Juni 2022. In: RIS (Rechtsinformationssystem des Bundes).
<https://www.ris.bka.gv.at/eli/bgbl/II/2022/220/20220614> [letzter Zugriff: 18.05.2023]
- Blakemore, S.J. (2019). Adolescence and mental health. *The Lancet*, 393(10185), 2030–2031.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31013-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31013-X)
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-3-642-12770-0>
- Brann, K., Boone, W., Splett, J., Clemons, C., & Bidwell, S. (2021). Development of the School Mental Health Self-Efficacy Teacher Survey Using Rasch Analysis. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 39(2), 197-211.
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0734282920947504>
- Brown University Science Center. (2014). *Quick Guide to Science Communication*.
https://www.brown.edu/academics/science-center/sites/brown.edu/academics/science-center/files/uploads/Quick_Guide_to_Science_Communication_0.pdf
- Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C. W., Wasserman, C., Sarchiapone, M., Resch, F., Apter, A., Balazs, J., Barzilay, S., Bobes, J., Corcoran, P., Cosman, D., Haring, C., Iosuec, M., Kahn, J. P., Keeley, H., Meszaros, G., Nemes, B., Podlogar, T., Postuvan, V., Saiz, P.A., Sisask, M., Tubiana, A., Varnik, A., & Wasserman, D. (2014). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(4), 337–348.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12166>
- Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung. (o.D.). *Induktionsphase*.
<https://www.bmbwf.gv.at/Themen/schule/fpp/ip.html> [Zugriff am 25.05.2023]
- Campos, L., Dias, P., Duarte, A., Veiga, E., Dias, C. C., & Palha, F. (2018). Is It Possible to “Find Space for Mental Health” in Young People? Effectiveness of a School-Based

- Mental Health Literacy Promotion Program. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1426. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071426>
- Corrieri, S., Conrad, I., & Riedel-Heller, S. G. (2013). Die Förderung psychischer Gesundheit in der Schule: Evaluation des Projekts „Schulcoaches – Seelische Fitness stärken“. *Das Gesundheitswesen*, 75, A95. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1354076>
- Dimitropoulos, G., Cullen, E., Cullen, O., Pawluk, C., McLuckie, A., Patten, S., Bulloch, A., Wilcox, G., & Arnold, P. D. (2022). “Teachers Often See the Red Flags First”: Perceptions of School Staff Regarding Their Roles in Supporting Students with Mental Health Concerns. *School Mental Health*, 14(2), 402–415. <https://doi.org/10.1007/s12310-021-09475-1>
- Döring, N. (2023). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-64762-2>
- Dunn, T. J., Baguley, T., & Brunsden, V. (2014). From alpha to omega: A practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. *British Journal of Psychology*, 105(3), 399–412. <https://doi.org/10.1111/bjop.12046>
- Ekornes, S. (2017). Teacher Stress Related to Student Mental Health Promotion: The Match Between Perceived Demands and Competence to Help Students with Mental Health Problems. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 61(3), 333–353. <https://doi.org/10.1080/00313831.2016.1147068>
- Engel, J. (2021). *ADHS bei Frauen*. <https://adhd-women.eu/de/adhs-bei-frauen/>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149–60. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Felder-Puig, R., Teutsch, F., & Winkler, R. (2023). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2021/22*. Wien: BMSGPK.

- Fliedl, R., Ecker, B., & Karwautz, A. (2020). Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung 2019 in Österreich – Stufen der Versorgung, Ist-Stand und Ausblick. *Neuropsychiatrie*, 34(4), 179–188. <https://doi.org/10.1007/s40211-020-00374-6>
- Franze, M., Meierjürgen, R., Abeling, I., Rottländer, M., Gerdon, R., & Paulus, P. (2007). „MindMatters“: Ein Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit in Schulen der Sekundarstufe 1 – deutschsprachige Adaptation und Ergebnisse des Modellversuchs. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2(4), 221–227. <https://doi.org/10.1007/s11553-007-0071-3>
- Frey, M. (2021). Psychische Krisen bei Kindern und Jugendlichen. *Nervenheilkunde*, 40(09), 691–698. <https://doi.org/10.1055/a-1524-8628>
- Fuchs, M., & Karwautz, A. (2017). Epidemiologie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Eine narrative Übersichtsarbeit unter Berücksichtigung österreichischer Daten. *Neuropsychiatrie*, 31(3), 96–102. <https://doi.org/10.1007/s40211-017-0238-x>
- Graham, A., Phelps, R., Maddison, C., & Fitzgerald, R. (2011). Supporting children’s mental health in schools: Teacher views. *Teachers and Teaching*, 17(4), 479–496. <https://doi.org/10.1080/13540602.2011.580525>
- Hascher, T., & G. Hagenauer. (2010). Schulisches Wohlbefinden Im Jugendalter – Verläufe Und Einflussfaktoren. In A. Ittel, H. Merckens, & L. Stecher (Hrsg.), *Jahrbuch Jugendforschung* (10. Ausgabe, S. 15-45). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-93116-6_1
- Higgen, S., & Mösko, M. (2020). Mental health and cultural and linguistic diversity as challenges in school? An interview study on the implications for students and teachers. *PLoS One*, 15(7), e0236160. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236160>
- Hojni, M., Delcour, J., Strizek, J., & Uhl, A. (2019). *ESPAD Österreich. Forschungsbericht. Gesundheit Österreich*, Wien.
- Holzer, J., Bürger, S., Samek-Krenkel, S., Spiel, C., & Schober, B. (2021). Conceptualisation of students’ school-related wellbeing: Students’ and teachers’ perspectives. *Educational Research*, 63(4), 474–496. <https://doi.org/10.1080/00131881.2021.1987152>

- Honkasilta, J., Vehkakoski, T., & Vehmas, S. (2016). „The teacher almost made me cry“
Narrative analysis of teachers reactive classroom management strategies as reported
by students diagnosed with ADHD. *Teaching and Teacher Education*, 55, 100–109.
<https://doi.org/10.1016/j.tate.2015.12.009>
- Hoyer, J., & Knappe, S. (Hrsg.). (2020). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1>
- Humer, E., Dale, R., Plener, P.L., Probst, T., & Pieh, C. (2021). Mental health of high school
students one semester after lifting of COVID 19-related remote schooling measures in
Austria. *JAMA Network Open*, 4(11):e2135571.
<https://10.1001/jamanetworkopen.2021.35571>
- IBM Corp. (2011). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NW: IBM
Corp. [Computer Software]
- JASP Team (2023). JASP (Version 0.17.2) [Computer Software]
- Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Christensen, H., Rodgers, R., & Pollitt, P. (1997).
“Mental health literacy”: a survey of the public’s ability to recognise mental disorders
and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of
Australia* 166(4), 182–186. <https://10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>
- Kutcher, S., Bagnell, A., & Wei, Y. (2015a). Mental Health Literacy in Secondary Schools.
Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 24(2), 233–244.
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.11.007>
- Kutcher, S., Gilberds, H., Morgan, C., Greene, R., Hamwaka, K., & Perkins, K. (2015b).
Improving Malawian teachers’ mental health knowledge and attitudes: An integrated
school mental health literacy approach. *Global Mental Health*, 2, E1.
<https://doi.org/10.1017/gmh.2014.8>
- Mrug, S., Hoza, B., Pelham, W. E., Gnagy, E. M., & Greiner, A. R. (2007). Behavior and Peer
Status in Children With ADHD: Continuity and Change. *Journal of Attention
Disorders*, 10(4), 359–371. <https://doi.org/10.1177/1087054706288117>

Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit (Hrsg.). (2020). *Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich 2020*.

<https://www.kinderjugendgesundheit.at/informationen/publikationen/bericht-zur-lage-der-kinder-und-jugendgesundheit-in-osterreich/>

Pädagogische Hochschule Niederösterreich. (o.D.). *Induktionsphase und Berufseinstieg*.

<https://www.ph-noe.ac.at/de/fortbildung/spezifische-bereiche/induktion> [Zugriff am 25.05.2023]

Pädagogische Hochschule Wien. (o.D.). *Induktion*. <https://phwien.ac.at/induktion/> [Zugriff am 25.05.2023]

Papandrea, K., & Winefield, H. (2011). It's Not Just the Squeaky Wheels That Need the Oil: Examining Teachers' Views on the Disparity Between Referral Rates for Students with Internalizing Versus Externalizing Problems. *School Mental Health*, 3(4), 222–235. <https://doi.org/10.1007/s12310-011-9063-8>

Pieh, C., Plener, P.L., Probst, T., Dale, R., & Humer, E. (2021). Assessment of Mental Health of High School Students During Social Distancing and Remote Schooling During the COVID-19 Pandemic in Austria. *JAMA Network Open*, 4(6):e2114866. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.14866>.

Plener, P. L., Klier, C. M., Thun-Hohenstein, L., & Sevecke, K. (2021). Psychische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich neu aufstellen: Dringender Handlungsbedarf besteht JETZT! *Neuropsychiatrie*, 35(4), 213–215. <https://doi.org/10.1007/s40211-021-00409-6>

Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Otto, C., Adedeji, A., Napp, A.-K., Becker, M., Blanck-Stellmacher, U., Löffler, C., Schlack, R., Hölling, H., Devine, J., Erhart, M., & Hurrelmann, K. (2021). Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der COPSYS-Studie. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 64(12), 1512–1521. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03291-3>

Reid, R., & Johnson, J. (2012). *Teacher's Guide to ADHD*. Guilford Publications.

- Richard, S., Eichelberger, I., Döpfner, M., & Hanisch, C. (2015). Schulbasierte Interventionen bei ADHS und Aufmerksamkeitsproblemen: Ein Überblick. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 29(1), 5–18. <https://doi.org/10.1024/1010-0652/a000141>
- Robin, D., Messerle, N., Mehdiyeva, R., Albermann, K., & Dratva, J. (2021). Psychisch Gesundheitskompetenz von Lehr- und Betreuungspersonen: eine Befragung von Lehr- und Betreuungspersonen im Hinblick auf psychische Belastungen, Störungen und Erkrankungen von Schülerinnen und Schülern in Winterthur. Winterthur: ZHAW Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaft. <https://doi.org/10.21256/zhaw-23295>
- Schlack, R., Peerenboom, N., Neuperdt, L., Junker, S., & Beyer, A.K. (2021). Effekte psychischer Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend im jungen Erwachsenenalter: Ergebnisse der KiGGS-Kohorte. *Journal of Health Monitoring*, 6(4), 3–20. <http://dx.doi.org/10.25646/8862>
- Seemann, F. (2023). *Entwicklung einer Intervention zur Verbesserung der Lehrer*innen-Selbstwirksamkeit im Bereich der psychischen Gesundheit von Schüler*innen der Sekundarstufe in Österreich*. (Unveröffentlichte Masterarbeit). Universität Wien.
- Shoshani, A., & Steinmetz, S. (2014). Positive Psychology at School: A School-Based Intervention to Promote Adolescents' Mental Health and Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 15(6), 1289–1311. <https://doi.org/10.1007/s10902-013-9476-1>
- Skre, Friborg, O., Breivik, C., Johnsen, L. I., Arnesen, Y., & Wang, C. E. A. (2013). A school intervention for mental health literacy in adolescents: effects of a non-randomized cluster controlled trial. *BMC Public Health*, 13(1), 873–873. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-873>
- StudienServiceCenter Lehrer*innenbildung Universität Wien. (o.D.a). *Bachelorstudium Lehramt*. <https://ssc-lehrerinnenbildung.univie.ac.at/studienangebot/bachelorstudium/> [Zugriff am 25.05.2023]
- StudienServiceCenter Lehrer*innenbildung Universität Wien. (o.D.b). *Masterstudium Lehramt*. <https://ssc-lehrerinnenbildung.univie.ac.at/studienangebot/masterstudium/> [Zugriff am 25.05.2023]

- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53–55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Wagner, G., Zeiler, M., Waldherr, K., Philipp, J., Truttmann, S., Dür, W., Treasure, J. L., & Karwautz, A. F. K. (2017). Mental health problems in Austrian adolescents: A nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(12), 1483–1499. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0999-6>
- Wiener Programm für Frauengesundheit. (2015). "Problemzone" Körper? Eine Befragung von Wiener Schülerinnen und Schülern. <https://www.wien.gv.at/kontakte/frauengesundheit/publikationen.html>
- Wissenschaftskommunikation.de. (o. D.). *Tipps und Leitlinien*. <https://www.wissenschaftskommunikation.de/praxis/tippsundleitlinien/> [Zugriff am 23.05.2023]
- World Health Organization. (2022, 17. Juni). *Mental health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> [Zugriff am 07.06.2023]
- Yadlapalli, L. (2022). *Whitepaper. Wissenschaft kommunizieren. Ein praxisorientierter Leitfaden*. APA-Science.
- Yamaguchi, S., Foo, J. C., Nishida, A., Ogawa, S., Togo, F., & Sasaki, T. (2019). Mental health literacy programs for school teachers: A systematic review and narrative synthesis. *Early Intervention in Psychiatry*, 14(1), 14–25. <https://doi.org/10.1111/eip.12793>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wirkmodell für die Verbesserung der psychischen Gesundheitskompetenz durch das Infoheft. Links stehen die Inhalte des Infohefts, rechts die entsprechenden erwarteten Wirkungen auf die lehrkraftspezifische psychische Gesundheitskompetenz.....	15
Abbildung 2: Inhalte des Infohefts	17
Abbildung 3: Auszug aus dem Infoheft: Titelseite und erste Seite zum Kapitel „Störungen des Sozialverhaltens und ADHS“	19
Abbildung 4: Auszug aus dem Infoheft: Zweite Seite des Kapitels „Störungen des Sozialverhaltens und ADHS“ und erste Seite des Kapitels „Empfehlungen zur Kommunikation“	20
Abbildung 5: Untersuchungsaufbau	23
Abbildung 6: Boxplot der auf Selbstauskunft basierenden Lesezeiten	30
Abbildung 7: Verteilung der Scores der Skala „Wissen und Einstellungen“ der psychischen Gesundheitskompetenz zu beiden Erhebungszeitpunkten	33

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Inhalte der Fragebögen zu beiden Erhebungszeitpunkten.....	23
Tabelle 2: Reliabilitäten der Skalen des Fragebogens „psychische Gesundheitskompetenz“	28
Tabelle 3: Normalverteilungstestung der Differenzen der Scores zwischen beiden Erhebungszeitpunkten	29
Tabelle 4: Pearsons Korrelationen der Lesezeiten mit den Differenzen der Scores zwischen beiden Erhebungszeitpunkten und mit den Scores der drei Skalen zum zweiten Erhebungszeitpunkt	29
Tabelle 5: T-Test für abhängige Stichproben der Skala „Finden, Verstehen und Beurteilen“	31
Tabelle 6: T-Test für abhängige Stichproben der Skala „Psychische Gesundheitskompetenz (Fähigkeiten)“.....	32
Tabelle 7: Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test der Skala „Psychische Gesundheitskompetenz (Wissen und Einstellungen)“	32

Anhang

Anhang A: Zusammenfassung (Deutsch) & Abstract (Englisch)

Anhang B: Infoheft „What the Mental Health?“

Anhang C: Fragebögen – vollständige Druckversion des Fragebogens für den Erhebungszeitpunkt 1, sowie ergänzend die Fragebogeninhalte, die ausschließlich für den zweiten Erhebungszeitpunkt verwendet wurden (direkte Veränderungsmessung)

Anhang D: Zusätzliche Ergebnistabellen explorativer Analysen

Anhang A

Zusammenfassung

Hintergrund. In einem gemeinsamen Masterarbeitsprojekt wurde ein *wissenschaftskommunikatorisches Infoheft* entwickelt und überprüft. Dieses beinhaltet Wissen und Handlungsempfehlungen für Lehrpersonen der Sekundarstufe zum Thema psychische Gesundheit und Krankheit bei Schüler*innen. **Methodik.** Überprüft wurde dieses als Intervention in einem *Ein-Gruppen-Prä-Posttest-Design*. Hierfür wurden zwei Konstrukte, *Selbstwirksamkeit* und *psychische Gesundheitskompetenz* von Lehrpersonen (jeweils in Bezug auf den Umgang mit psychischer Gesundheit und Krankheit bei Schüler*innen), vor und nach dem Lesen des Infohefts mittels Fragebogen erhoben. Angenommen wurde eine Verbesserung der Werte beider Konstrukte nach dem Lesen. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit den Hintergründen und Ergebnissen zur psychischen Gesundheitskompetenz. Als Versuchspersonen dienten praxiserfahrene Lehramtsstudierende. **Ergebnisse.** Zwei von drei Aspekten der psychischen Gesundheitskompetenz (1. die Fähigkeiten im Umgang mit psychischen Problemen bei Schüler*innen, sowie 2. das Finden, Verstehen und Beurteilen von Informationen zu psychischen Problemen von Schüler*innen) zeigten statistisch signifikant verbesserte Werte nach der Intervention. **Schlussfolgerung.** Die vorliegende Studie kann als Beleg dafür dienen, dass niederschwellige wissenschaftskommunikatorische Interventionen wie ein Infoheft Verbesserungen in der psychischen Gesundheitskompetenz von Lehrpersonen in Bezug auf ihre Schüler*innen zur Folge haben können.

Abstract

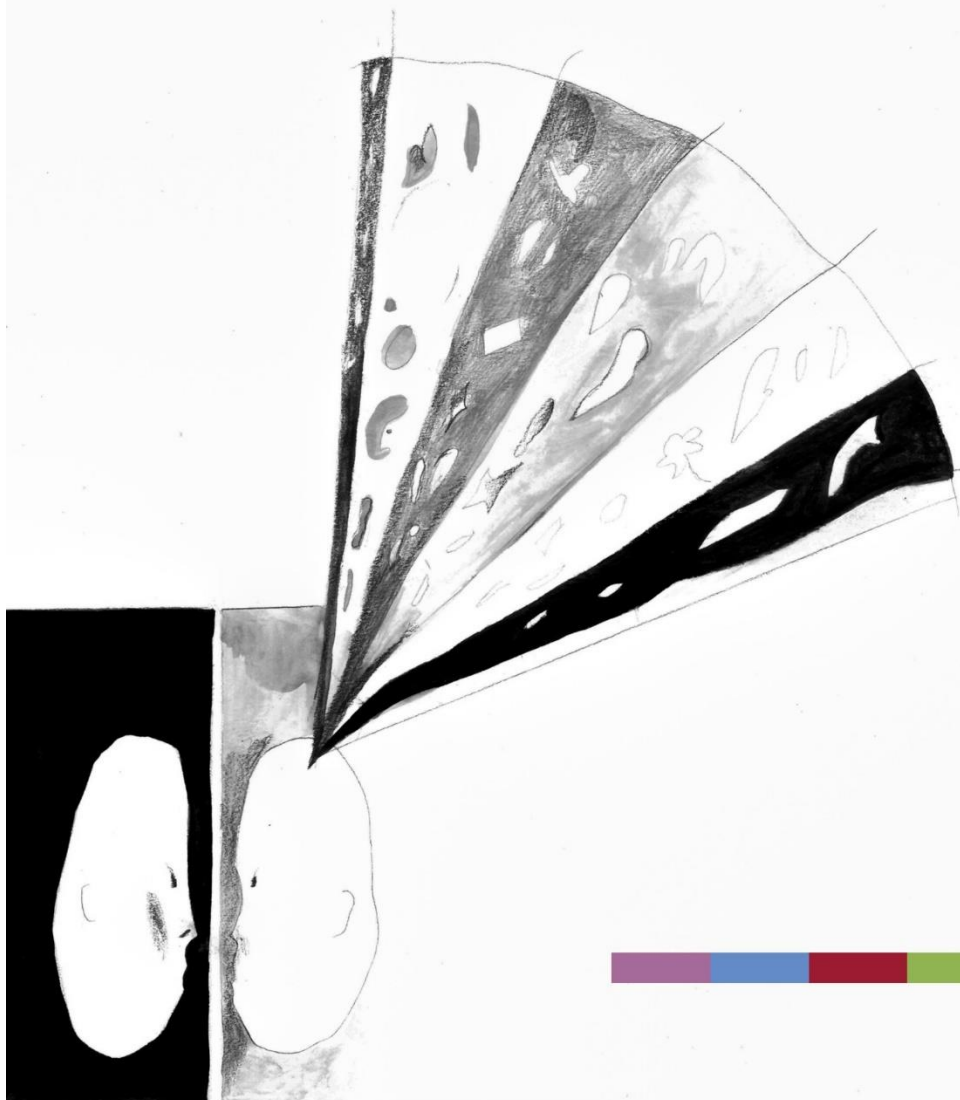
Background. In a joint masters' thesis project, a science communication product in the form of an information booklet was developed and evaluated. It contains knowledge and recommendations for action for secondary school teachers on the topic of mental health and illness in students. **Methods.** The booklet was evaluated using a *One-Group Pretest-Posttest* design. To do so, two constructs, namely *self-efficacy* and *mental health literacy* of teachers (each regarding handling the topic of mental health and illness in their students) were conducted via questionnaires before and after reading the booklet. An improvement in both constructs was expected. The following thesis discusses the background and results for participants' mental health literacy. The sample comprised of student teachers with teaching experience. **Results.** Two out of three aspects of participants' mental health literacy (namely 1. abilities in handling mental health concerns in students, and 2. Finding, understanding and judging information on the topic) showed statistically significant improvement after the intervention. **Conclusion.** It is therefore concluded that low-threshold science communication interventions such as an information booklet can lead to at least some improvement in (student) teachers' mental health literacy regarding their students.



"What the Mental Health?"

Wissen und praxisnahe Empfehlungen für Lehramtsstudierende über
psychische Gesundheit und Krankheit bei ihren Schüler*innen

Flora Seemann und Hannah Pöllmann





Impressum

Inhalt und Layout:

Flora Seemann und Hannah Pöllmann

Kontakt:

wisskomm.psychologie@gmail.com

Illustrationen:

Emma Luise Egger

Entstanden im Rahmen zweier Masterarbeiten im Fach Psychologie an der Universität Wien.

Copyright: Flora Seemann und Hannah Pöllmann



Inhalt

Impressum	I
Inhalt	II
Einleitung	1
Psychische Gesundheit & Wohlbefinden im Kontext Schule	2
Rolle der Lehrer*innen	2
Wie schaffe ich ein positives Klassenklima?	4
Psychische Gesundheit und Krankheit im Unterricht thematisieren	6
Häufige psychische Störungen	7
Angststörungen	8
Depression, Gewalt und Trauma	11
Sucht	14
Essstörungen	17
Störungen des Sozialverhaltens und ADHS	20
Empfehlungen zur Kommunikation	23
Anlaufstellen in Österreich und weiterführende Quellen	25
Anlaufstellen	25
Weiterführende Quellen	28
Referenzen	III



Einleitung

Psychische Störungen sind eine der häufigsten Ursachen für den Verlust von Lebensqualität und viele davon treten vor dem 24. Lebensjahr erstmals auf. Das Jugendalter stellt in dieser Hinsicht eine besonders verletzbare Phase dar. Insbesondere durch die Covid-19 Pandemie sind neue Probleme entstanden und die Bestehenden haben sich weiter verschärft. Wir wollen an dieser Stelle beim Lehrpersonal ansetzen, da (angehende) Lehrer*innen es häufig als belastend empfinden, nicht genau zu wissen, wie sie mit Schüler*innen mit psychischen Problemen umgehen können. Dieses Booklet beinhaltet sowohl theoretisches als auch praktisches Wissen, das sich in der Schule als hilfreich erweisen kann. Gleichzeitig sollen aber auch die Möglichkeiten und Grenzen des Lehrpersonals betont und gezeigt werden, wohin man sich im Ernstfall melden kann.



Psychische Gesundheit im Kontext Schule

Ein großer Teil des Alltags, der Verpflichtungen und des sozialen Lebens junger Menschen spielt sich in der Schule und im Zusammenhang mit ihr ab. Aus diesen Gründen kann die Schule als Ort mit viel Potenzial für die **Förderung der psychischen Gesundheit** von Jugendlichen verstanden werden. In diesem Kapitel soll vor allem darauf eingegangen werden, welche Rolle Lehrpersonen hierbei spielen und wie Sie dieses Potenzial nutzen können.

Rolle der Lehrer*innen

- **Wissenschaftliche Untersuchungen** belegen, dass das Lehrpersonal eine große Rolle in der Erkennung psychischer Störungen bei ihren Schüler*innen spielt. Oft sind sie diejenigen, die erkennen, dass ein*e Schüler*in ein Problem hat.
- Gleichzeitig fühlen sich viele von ihnen damit überfordert: Sie wissen nicht immer, worauf sie im Umgang mit Schüler*innen mit bekannten Diagnosen achten sollen oder wie sie sich verhalten sollen, wenn sie besorgniserregende Veränderungen bei Schüler*innen wahrnehmen. Auch davon abgesehen sehen sich Lehrpersonen ohnehin mit viel **Stress** und großer **Verantwortung** konfrontiert.
- Eine Sache ist hierbei immer zu bedenken: Lehrer*innen sollen **nicht** die Rolle von Therapeut*innen übernehmen müssen. Sie sind **nicht** dafür zuständig, Diagnosen zu stellen oder zu behandeln. Sie können die psychische Gesundheit Ihrer Schüler*innen in wirkungsvoller und vielfältiger Weise fördern, sind aber nicht alleine für diese verantwortlich!

Was können Sie als Lehrperson also zur Förderung der psychischen Gesundheit Ihrer Schüler*innen tun? Diese Frage lässt sich wie folgt aufteilen:

1. Wie gehe ich vor, wenn ich glaube, **psychische Probleme** bei einem*einer Schüler*in wahrzunehmen? (siehe "Häufige psychische Störungen" und "Empfehlungen zur Kommunikation")
2. Wie gehe ich am besten mit Schüler*innen mit bereits bekannten **Diagnosen** psychischer Störungen um? (siehe "Häufige psychische Störungen")
3. Wie fördere ich durch ein **positives Klassenklima** aktiv das psychische Wohlbefinden meiner Schüler*innen? (siehe im folgenden Kapitel)

Zuvor folgen noch einige wichtige allgemeine Begriffsklärungen zu (psychischer) Gesundheit und Krankheit.



Gesundheit? Krankheit? Störung? - Begriffsdefinitionen

Gesundheit: Ein Spektrum, das von “krank” bis “gesund” reicht. Wo wir auf diesem Spektrum liegen, hängt von vielen Faktoren ab und verändert sich. Die WHO definiert Gesundheit schon seit 1948 als einen **Zustand psychischen und körperlichen Wohlbefindens**, der über das Freisein von Krankheiten hinausgeht.

Psychische Gesundheit: Kann als der Teil der Gesundheit angesehen werden, der mit dem psychischen Wohlbefinden zu tun hat. Auch hier gilt, dass die Abwesenheit von psychischer Störung nicht das Einzige ist, worauf es ankommt. Die WHO definiert sie als Zustand, “in dem eine Person ihre **Fähigkeiten** ausschöpfen, die normalen **Lebensbelastungen** bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer **Gemeinschaft** leisten kann.”

Psychische Störungen: So nennt man in der Psychologie und Medizin psychische Erkrankungen. “Störung” ist hier nicht abwertend gemeint! Vielmehr soll damit ausgedrückt werden, dass das psychische Wohlbefinden einer Person wesentlich gestört ist (und nicht die Person an sich). Nicht jedes psychische Problem ist eine psychische Störung - für jede **Diagnose** einer psychischen Störung gibt es genaue Kriterien, ab wann diese zu geben ist. Die psychische Gesundheit einer Person hängt also einerseits davon ab, ob eine oder mehrere psychische Störungen vorliegen, und andererseits davon, wie sie ihr Wohlbefinden darüber hinaus wahrnimmt.

Wohlbefinden in der Schule - Was sagt die Forschung?

Die Bildungsforschung hat bereits spannende Erkenntnisse zum Thema Wohlbefinden in der Schule hervorgebracht:

Schüler*innen mit höherem Wohlbefinden sind nicht nur glücklicher, sie erbringen auch durchschnittlich bessere Schulleistungen, schwänzen seltener, und berichten weniger **gesundheitsschädliches Verhalten**.^[1]

[1] das ist zum Beispiel übermäßiger Alkoholkonsum



Wie schaffe ich ein positives Klassenklima?

Stellen Sie sich eine **Zimmerpflanze** vor: Wird sie hin und wieder gegossen, wird sie vermutlich überleben. Wird sie jedoch aktiv gepflegt, zum Beispiel öfter gegossen, an einen hellen Platz im Zimmer gestellt, und in einen besser passenden Topf umgesetzt, wird sie bestimmt besser wachsen und mitunter unerwartet groß werden, vielleicht sogar Blüten tragen. Betrachten Sie das **psychische Wohlbefinden** Ihrer Schüler*innen ähnlich: Das Erkennen von und der Umgang mit psychischen Störungen ist das Eine, darüber hinaus können sie aber auch aktiv darin gefördert werden, „**aufzublühen**“.

Do's und Don't's zum Thema psychische Gesundheit und Krankheit in der Schule für Lehrkräfte

Do's

Vergessen Sie nicht, Ihre Schüler*innen zu loben! Oft kommt es einem vielleicht übertrieben vor, oder man vergisst darauf, aber Lob ist für die Motivation und das Selbstvertrauen von Kindern und Jugendlichen sehr wichtig - gerade für diejenigen, denen die Schule schwer fällt!

Setzen Sie sich für Ihre Schüler*innen ein! Sagen Sie etwas, wenn sich andere Schüler*innen oder Lehrer*innen abschätzig über Schüler*innen mit psychischen Problemen äußern.

Informieren Sie sich! Wenn Sie von einer Diagnose einer psychischen Störung eines*einer Schüler*in wissen, informieren Sie sich dazu, ob und wie Sie Ihren Umgang mit dem*der betroffenen Schüler*in anpassen sollten. Die wichtigsten Umgangs-Tipps zu den häufigsten Diagnosen im Jugendalter finden Sie in diesem Heft - Sie sind also schon auf dem besten Weg, diesen Punkt zu erfüllen! Klären Sie bei Bedarf auch Kolleg*innen auf! So helfen Sie ihnen und den betroffenen Schüler*innen.

Machen Sie psychische Gesundheit und Krankheit zum Thema! Versuchen Sie bei Gelegenheit, diese Themen im Unterricht zu behandeln und sehen Sie es als Chance, wenn sie aufkommen. Als Deutsch-Lehrer*in können Sie „Die Leiden des jungen Werther“ als Anlass nehmen, über das Thema Suizid aufzuklären. Auch in anderen Fächern können Sie kreativ werden: Nehmen Sie zum Beispiel im Englisch-Unterricht einen Zeitungsartikel zum Thema ADHS als Ausgangstext für eine Erörterung.



Handeln Sie, wenn Sie bei einem*einer Schüler*in psychische Probleme vermuten!

Wie bereits erwähnt, haben Lehrkräfte in der Regel gutes Gespür dafür, wenn es Schüler*innen nicht gut geht. In diesem Heft finden Sie dazu auch Handlungsempfehlungen.

Dont's

Reden Sie die Probleme Ihrer Schüler*innen nicht klein! Nehmen Sie sie in Ihren Gefühlen ernst und hören Sie ihnen zu.

Kommentieren Sie niemals das Aussehen oder Gewicht von Schüler*innen! Auch harmlos gemeinte Kommentare könnten negative Effekte auf Schüler*innen haben. Nehmen Sie sich auch kurz die Zeit, darüber nachzudenken, wie Sie über sich selbst oder andere Personen sprechen. Ein witzig gemeinter Satz wie: "Ich habe über die Weihnachtsferien ordentlich zugelegt" könnte bei Schüler*innen eigene Unsicherheiten auslösen.

Äußern Sie sich nicht abwertend über Menschen mit psychischen Störungen! Wenn im Unterricht (zum Beispiel in Büchern oder Filmen) Menschen mit psychischen Krankheiten vorkommen, gehen Sie mit gutem Beispiel voran und vermeiden Sie abwertende, "lustige" Kommentare. Sie wissen nie, ob nicht ein*e Schüler*in oder ein*e Angehörige*r betroffen sind! Machen Sie auch Kolleg*innen und Schüler*innen darauf aufmerksam!

Vermeiden Sie eine abwertende Sprache! Denken Sie über Begriffe, die mit psychischer Krankheit zu tun haben, nach, bevor Sie diese verwenden. Machen Sie auch Kolleg*innen und Schüler*innen darauf aufmerksam! Begriffe wie "autistisch" oder "schizophren" sollten nicht als Adjektive für negative Dinge oder Verhalten verwendet werden.

Urteilen Sie nicht vorschnell! Auch wenn Sie ein gutes Gespür dafür haben, zu erkennen, wenn es Schüler*innen nicht gut geht, sollten Sie darauf achten, keine voreiligen Schlüsse über das Ausmaß oder mögliche Diagnosen zu ziehen. Die professionelle Abklärung eines Problems und etwaige Diagnosen sind ein komplexer Prozess und nicht immer ist etwas so, wie es auf den ersten Blick wirkt. Ein Beispiel: Starke Unaufmerksamkeit ist ein wesentliches Symptom einer ADHS, könnte aber auch ein Anzeichen für eine Depression sein. Vertrauen Sie Ihrem Gefühl, aber seien Sie vorsichtig bei einem noch nicht abgeklärten Verdacht.



Psychische Gesundheit und Krankheit im Unterricht thematisieren

Im Folgenden finden Sie zusätzliche Ideen, wie sie die psychische Gesundheit Ihrer Schüler*innen thematisieren und fördern können - viele dieser Tipps sind vor allem für **Klassenvorständ*innen** umsetzbar. Diverse **Anlaufstellen** finden Sie im letzten Teil dieses Heftes.

- **Workshops:** Wenn Sie merken, dass ein bestimmtes Thema in Ihrer Klasse gerade von großer Relevanz ist, können Sie versuchen, externe **Expert*innen** für einen Workshop einzuladen. Solche Themen können zum Beispiel **Schönheitsideale & Essstörungen** oder **Drogenkonsum** sein.
- **Wertschätzung:** Versuchen Sie Ihren Schüler*innen zu vermitteln, dass ihr psychisches Wohlbefinden wichtig ist. Sprechen Sie mit Ihnen über die **Anzeichen** von psychischen Problemen, die sie bei sich oder Mitschüler*innen wahrnehmen könnten. Ermutigen Sie sie, sich bei Bedarf **Hilfe** zu holen und informieren Sie sie auch darüber, wo dies niederschwellig möglich ist.
- **Kummerkasten:** Geben Sie Ihren Schüler*innen die Möglichkeit, (anonym) Anliegen mit Ihnen zu teilen. Dazu können Sie einen Kummerkasten installieren (dafür reicht ein Schuhkarton). Ermutigen Sie die Klasse, **Probleme** mit Mitschüler*innen aber auch **emotionale** und andere **psychische Anliegen** und Fragen zu teilen. Nicht nur anonyme Anliegen können über einen solchen Kasten empfangen werden! Hat ein*e Schüler*in zum Beispiel ein Problem, über das er*sie gerne mit Ihnen sprechen würde, dieses aber nicht vor der Klasse ansprechen möchte, könnte er*sie eine Nachricht mit seinem*ihrem Namen und der Bitte hinterlassen, ihn*sie unauffällig zu kontaktieren.

Häufige psychische Störungen

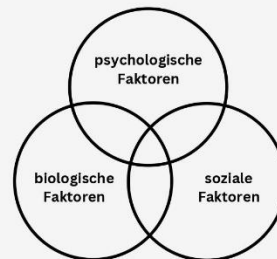
Auf den nachfolgenden Seiten finden Sie genauere Informationen zu den relevantesten psychischen Störungen für den Kontext Schule. Diese haben entweder in der Adoleszenz eine hohe **Prävalenz** ^[2] oder äußern sich im Schulkontext besonders auffällig. Sie sollen neben allgemeinen Informationen vor allem lernen, wie sich diese Störungsbilder in der Schule zeigen könnten und wie Sie mit Betroffenen im Unterricht am besten umgehen.

Externalisierend und internalisierend

Vor allem im Kindes- und Jugendalter unterscheidet man oft zwischen externalisierenden und internalisierenden psychischen Problemen. Erstere sind solche, die sich in einem **nach außen** gerichteten Verhalten zeigen, also in von anderen beobachtbaren und auffälligen Verhalten. Zweitere hingegen sind von außen eher unauffällig und schwieriger erkennbar. Sie äußern sich in einem **nach innen** gerichteten Verhalten - also in Gedanken und Gefühlen, Ängstlichkeit und Zurückgezogenheit. Manche Störungen äußern sich sowohl externalisierend als auch internalisierend.

Wie entstehen eigentlich psychische Störungen?

Die allermeisten psychischen Störungen haben nicht eine einzige Ursache: Die (psychische) Gesundheit einer Person hängt immer von einem Zusammenspiel aus **biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren** ab. Diese Annahme bildet die Grundlage des **“biopsychosozialen Modells”**.



Ein Beispiel im Schulkontext: Eine Schülerin, die durch überfordernde schulische Anforderungen stark erschöpft ist (psychologischer Faktor), eine bestimmte genetische Veranlagung hat (biologischer Faktor) und mit Mobbing konfrontiert ist (sozialer Faktor) - hier ist es nicht unwahrscheinlich, dass sie an einer Depression erkrankt. Findet dieselbe Schülerin aber ein unterstützendes Umfeld vor (sozialer Faktor), sowie die passenden schulischen Anforderungen (psychologischer Faktor), ist es unwahrscheinlicher, dass es zu einer Depression kommt. Die Faktoren können sich also gegenseitig in der Entstehung einer psychischen Störung verstärken oder aber einander kompensieren.

[2] Häufigkeit, mit der eine Erkrankung oder psychische Störung in der Bevölkerung oder in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe vorkommt

Angststörungen



8

Angststörungen sind die **häufigsten psychischen Störungen im Jugendalter** und haben somit hohe Relevanz auch im schulischen Alltag. Hier muss man verschiedene Arten von Angststörungen unterscheiden. Sie können sich auf **viele Arten** äußern und unterschiedliche Ursprünge haben. In vielen Fällen besteht die Angst schon seit der Kindheit. Angststörungen haben eine sehr große Wahrscheinlichkeit, sich zu **chronifizieren**.^[3] Es ist daher wichtig, rechtzeitig einzuschreiten.

Phobien: Bei Phobien wird die Angst durch eindeutig definierbare **Situationen oder Objekte** ausgelöst, die eigentlich ungefährlich sind. Im Schulalltag finden sich vor allem **soziale Phobien** wieder. Hier steht die Angst vor der Betrachtung und Beurteilung durch andere im Vordergrund. In der Schule kann sich das im Unterricht in Leistungssituationen, wie einer Präsentation oder Prüfung zeigen, aber auch in den Pausen, bei der Interaktion mit Gleichaltrigen oder Lehrpersonal. Soziale Situationen lösen eine übertriebene Befürchtung aus, etwas falsch zu machen. Häufig werden die Ängste auch von einer sogenannten **Erwartungsangst**, also einer **Angst vor der Angst** begleitet. So ist es schwer, am Unterricht teilzunehmen und sich zu konzentrieren.

Generalisierte Angststörung: Hier ist Angst ein ständig anwesender Begleiter und bezieht sich nicht auf eine bestimmte Situation. Es ist ein ständiges sich **Sorgen** machen und kann unter anderem zu Schlafstörungen und Konzentrationsschwierigkeiten führen. Die Teilnahme am Unterricht ist somit beeinträchtigt.

Panikstörung: In diesem Fall kommen **Panikattacken**^[4] hinzu, die ebenfalls nicht auf eine bestimmte Situation beschränkt sind. Kommen die Angstattacken in der Schule vor, kann es sein, dass auch hier eine Erwartungsangst entsteht und die Schule gemieden wird.

Steckbrief

Prävalenz

3 von 10 Personen im Laufe ihres Lebens einmal erkrankt

Phobien

durch objektiv wenig oder ungefährliche Situationen oder Objekten ausgelöst

Generalisierte Angststörung

ständiges Gefühl von Angst oder Sorgen

Panikstörung

unerwartete, situations-unspezifische Angstattacken

Lern- und Teilleistungsstörungen und Schulangst

Auch der Zusammenhang von Lese- und/oder Rechtschreibstörungen und Ängsten ist nicht zu unterschätzen. Schüler*innen können in Folge **Versagensängste** und **Schulangst** entwickeln. Sie haben weniger Motivation für die betroffenen Fächer, und die Angst kann sich auch auf andere Fächer ausbreiten, die eigentlich nicht direkt betroffen wären. Dies kann zu einer aktiven **Schulverweigerung** führen und Betroffene erwerben seltener höhere Bildungsabschlüsse.

[3] dauerhaft anzuhalten

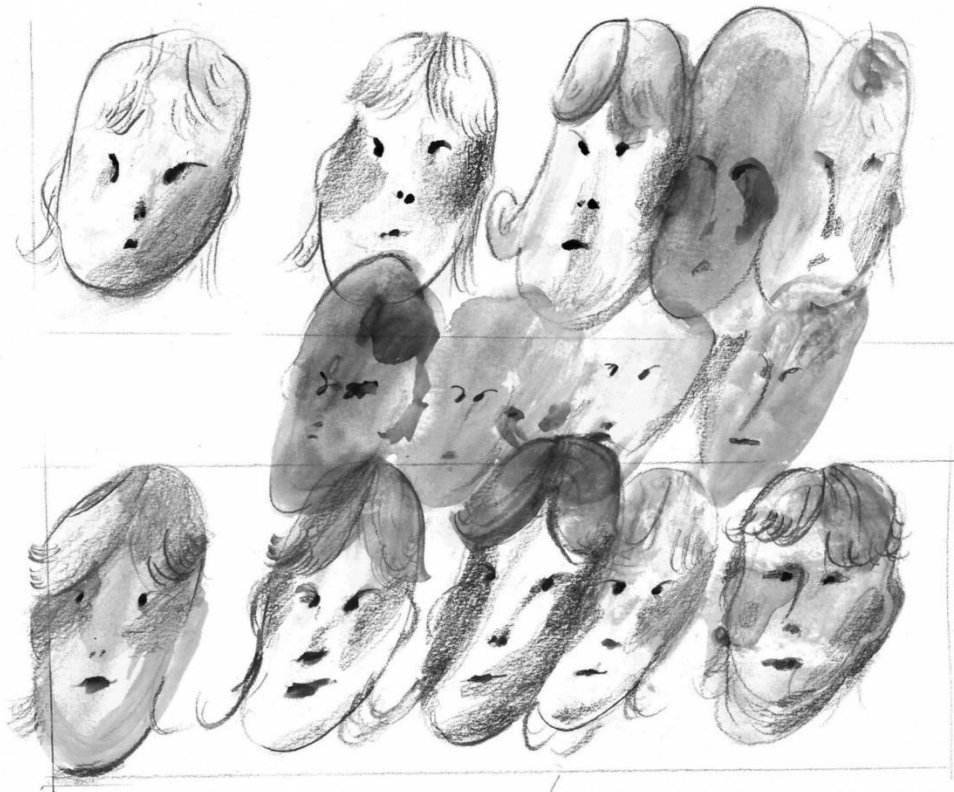
[4] ein plötzlicher Angstanfall, bei dem der Körper starke körperliche und psychische Reaktionen zeigt; von außen nicht immer sichtbar

Was kann ich als Lehrkraft tun?

Angst führt zu Vermeidungsverhalten, dadurch werden soziale Kompetenzen wenig geübt, was wiederum zu ungünstigen Situationen und Reaktionen führt und somit die Angst weiter verstärkt. Auch im Unterricht kann hier angesetzt werden, indem der*die betroffene Schüler*in immer wieder **ermutigt** wird, sich den angstauslösenden Situationen zu stellen. Allerdings ist hier Vorsicht geboten, da **übermäßige Konfrontation** zu **Überforderung** führt und das Vermeidungsverhalten weiter verstärkt. Auch Gleichaltrige und Eltern sind wichtige Einflussfaktoren, welche die Aufrechterhaltung der Angst beeinflussen. Suchen Sie die **Kommunikation** mit den Eltern, diese können ihrem Kind auch außerhalb der Schule helfen und bei Bedarf professionelle Hilfe finden. Mit Gleichaltrigen kann man Ängste im Unterricht und im Schulalltag zum Thema machen und sie so sensibilisieren.

Verhalten im Unterricht

- Äußern Sie Beiträge **verständlich** und in angemessener Lautstärke.
- Suchen Sie den **Blickkontakt** bewusst.
- Entwickeln Sie ein Gefühl für die eigene **Körpersprache**. Wie wirken Sie auf Ihre Schüler*innen?
- Versuchen Sie, positive **verbale und nonverbale** Signale zu senden.
- Überhöhte **Leistungsansprüche** können Ängste begünstigen.
- Vermeiden Sie abwertendes Kommunikationsverhalten und Defizitorientierung. Formulieren Sie Aussagen **ressourcenorientiert**! (z.B.: "Ich sehe, du hast die Vokabel dieses Mal wirklich gut gelernt, weiter so!")



Depression, Gewalt und Trauma

11

Schon im Jugendalter können **depressive Episoden** auftreten. Zunächst sind diese eher selten, äußern sich eher in Reizbarkeit und aggressivem Verhalten, steigen dann aber ab dem 14. Lebensjahr stark an. Je früher sich eine depressive Störung entwickelt, desto **ungünstiger** sind die Prognosen für die Zukunft. Die Teilnahme am Unterricht ist stark beeinträchtigt und der schulische Kontext selbst kann zur Aufrechterhaltung der Störung beitragen. Depressive Störungen können auch eine Reihe an anderen **negativen Konsequenzen**, wie Suchtverhalten, selbstverletzendes Verhalten oder Suizid mit sich ziehen.

Was sind Depressionen?

Depressionen zeigen sich vor allem in gedrückter, niedergeschlagener Stimmung, Antriebslosigkeit und Freud- und Interessensverlust an Dingen, die einem früher Spaß gemacht haben. Sie zeichnen sich also durch einen Mangel an positiven Gefühlen aus. Zusätzlich kann sich die Störung unter anderem auch in Schlafstörungen, Konzentrationsproblemen, Selbstwertproblemen, sozialem Rückzug, Appetitverlust und Suizidgedanken oder -handlungen äußern. Depressionen haben eine hohe **Komorbidität**^[5] mit vielen anderen Störungen (v.a. Angststörungen).

Geschlechtsunterschiede: Bei binärer Betrachtung der Geschlechter^[6] sind Frauen ca. doppelt so häufig betroffen wie Männer. Allerdings begehen Männer häufiger Suizid. Personen mit nicht-binärem Geschlecht oder trans Personen haben aber ein weit erhöhtes Risiko an Depressionen zu erkranken. Der Zusammenhang von Depression und Geschlecht ist also **komplex**.

Steckbrief

Prävalenz

2 von 10 Personen im Laufe ihres Lebens einmal erkrankt

Depressive Episode

Zeichnet sich durch gedrückte Stimmung und Verminderung von Antrieb und Aktivität in einem Zeitraum von mind. 2 Wochen aus

Dysthymie

depressive Stimmung über mind. 2 Jahre hinweg (bei Jugendlichen schon nach 1 Jahr)

Suizid

Als Außenstehende ist es sehr schwer, Suizid vorherzusagen. Betroffene berichten aber oft im Vorfeld über **Suizidgedanken**, beschäftigen sich mit dem Tod, verschenken liebgewordene Sachen oder zeigen starke äußerliche Veränderungen (z.B. Vernachlässigung der Selbstpflege, starke Gewichtszunahme oder -abnahme). Spätestens explizite Pläne zum Suizid sind ein **starkes Zeichen** für eine ernsthafte Gefährdung. Ein großer Risikofaktor ist selbstverletzendes Verhalten.^[7] Dies ist mit viel Scham bei den Betroffenen verbunden und sie versuchen oft, ihre Verletzungen zu verstecken, z.B. unter langer Kleidung.

Schaffen Sie Raum über das Thema Depression und Suizid zu sprechen, **wenn es aufkommt**. Versuchen Sie Überforderung zu vermeiden, indem Sie sensibel auf die Reaktionen Ihrer Schüler*innen eingehen.

[5] mehrere Erkrankungen treten gemeinsam auf

[6] Unterscheidung in nur zwei Geschlechter (männlich und weiblich)

[7] sozial nicht akzeptierte körperliche Selbstverletzung, um negativen psychischen Spannungszustand zu reduzieren

Was wenn ein Suizid passiert?

Eine solche Situation ist ein Schock für alle. Nehmen Sie sich **Zeit**, Ihre eigenen Gefühle zuzulassen und zu spüren. Es kann hilfreich sein, diese auch vor den Schüler*innen zu verbalisieren. Es ist eine **Ausnahmesituation**, in der jede*r erstmal Zeit braucht. Geben Sie den Schüler*innen Raum, um zu trauern, aber auch darüber zu reden. Die Auseinandersetzung in der Klasse hat auch eine suizidpräventive Bedeutung, da nach einem Suizid die Gefahr der Nachahmung besteht. Krisen-Telefonnummern finden Sie unter:

<https://www.gesundheit.gv.at/leben/suizidpraevention/betroffene/krisentelefonnummern.html>

Was kann ich als Lehrkraft tun?

Durch Depressionen ist der Blick auf die eigenen Fähigkeiten **verzerrt**, Fehler werden katastrophisiert und Misserfolge auf das eigene Versagen zurückgeführt. Es kann helfen, ein positives Verständnis von Feedback zu etablieren. Kritik an der Leistung sollte nicht auf den Wert der*des Schüler*in bezogen werden. Sprechen Sie auch innerhalb der Kolleg*innenschaft darüber. **Konsistenz** über verschiedene Unterrichtsfächer ist wichtig. Besteht Verdacht auf eine depressive Phase bei einem*einer Schüler*in, können Sie das beobachtete Verhalten dokumentieren und das ebenfalls im Kollegium besprechen. Machen Sie zunächst dem*der Schüler*in ein Gesprächsangebot und initiieren Sie danach bei Bedarf ein Elterngespräch.^[8] Danach sollte eine **fachliche Abklärung** erfolgen. Seien Sie dem*der Schüler*in eine Stütze, indem Sie kurzfristig Entlastung im Schulalltag schaffen und geben Sie Unterstützung bei der Strukturierung des Schultages.

Gewalt und Trauma

Das Erleben und/oder Beobachten von Gewalt (z.B. Diskriminierung, Krieg und Flucht, Naturkatastrophen, Beziehungsgewalt in der Familie) kann diverse psychische Probleme verursachen, wie zum Beispiel **Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS)**. Inneres Wiedererleben des Traumas (**Flashbacks**),^[9] emotionale Abstumpfung, Vermeidungs- und Fluchtverhalten, und ängstlich-aggressive Übererregung zählen zu den charakteristischen Symptomen von PTBS. Die Routinen im Schulalltag und Verlässlichkeit im Kontakt mit Lehrpersonen sind eine wichtige Unterstützung für traumatisierte Schüler*innen. Werden traumatische Erlebnisse durch den*die Schüler*in thematisiert, sollte Ihnen zugehört werden. Vermeiden Sie jedoch persistierendes Nachfragen, bei Traumata kann es leicht zu Flashbacks kommen.

Haben Sie Verdacht, dass Schüler*innen (häuslicher) **Gewalt** ausgesetzt sind, können Sie sich an verschiedene Hilfs- und Unterstützungsangebote wenden.^[10] Im letzten Kapitel finden Sie Anlaufstellen zum Thema Gewalt und Trauma.

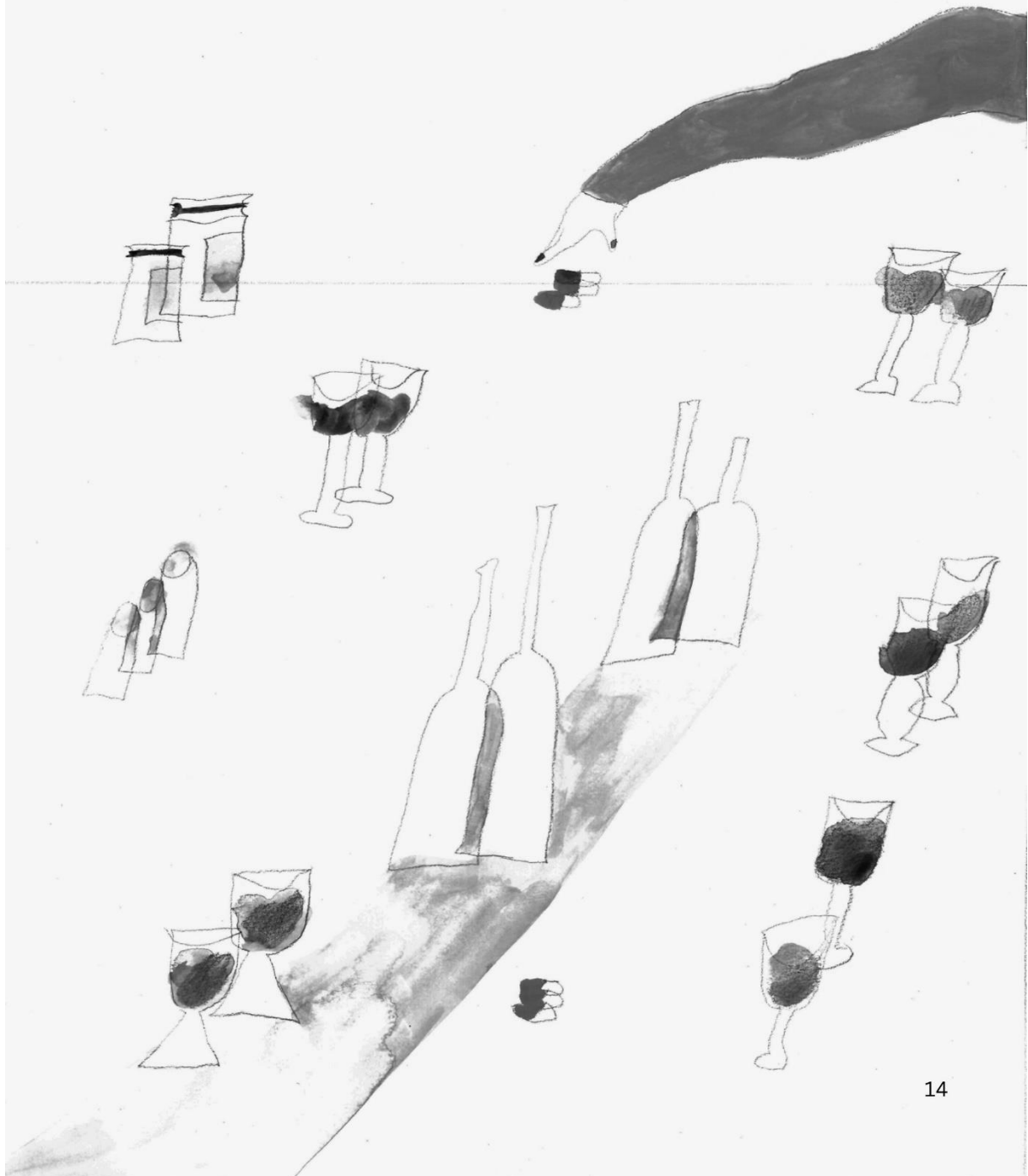
[8] Tipps für Gespräche mit Schüler*innen und Erziehungsberechtigten finden Sie im Kapitel "Empfehlungen zur Kommunikation".

[9] Flashback: unangenehm empfundene unwillkürliche, lebhaftere Erinnerungen an das traumatische Ereignis

[10] Empfehlungen der österreichischen Schulpsychologie bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung:

<https://www.schulpsychologie.at/gesundheitsfoerderung/gewaltpraevention-1/kinderschutz-und-schule/4-vorgehen-bei>

Sucht



14

Das Jugendalter stellt eine **riskante Phase** für die Entwicklung von Süchten dar und die Dunkelziffer ist hoch. Am häufigsten werden Substanzen wie Nikotin, Alkohol und Cannabis konsumiert. Vor allem bei legalisierten Drogen besteht ein erhöhtes Risiko, da sie oft einen fixen Bestandteil im alltäglichen Leben darstellen. Begriffe wie **“Genussmittel”** verharmlosen ihre Gefahren und Gefährdungen werden zu spät, wenn überhaupt, wahrgenommen. Man geht davon aus, dass verantwortungsvoller Substanzkonsum eine **Entwicklungsaufgabe** unserer Gesellschaft ist. Verschiedene Risikofaktoren, wie Konsum der Eltern, verschiedene psychische Störungen oder Impulsivität bei ADHS können den Beginn eines Substanzmissbrauchs begünstigen. Die Droge wird zur **Selbstmedikation** genutzt. Jugendschutzgesetze, Verhalten in der Peer-Group, aber auch die Grundhaltung und Erziehung der Eltern spielen eine wichtige präventive oder auch gefährdende Rolle.

Steckbrief

Prävalenz

8% der Jugendlichen ab 14 rauchen
täglich
ca. 40% trinken mind. 1x im Monat
Alkohol
11% konsumieren mind. 1x im Monat
Cannabis

Häufigste Substanzen

Nikotin, Alkohol und Cannabis

Wichtige Begriffe

Intoxikation

schwere Vergiftung durch die Droge

Schädlicher Gebrauch

tatsächliche Schädigung der
psychischen oder physischen
Gesundheit durch den Konsum

Abhängigkeit

Starker Konsumdrang, Kontrollverlust,
Toleranzentwicklung, körperliche
Entzugssymptome

Nikotin: Tabak ist die am weitesten verbreitete Droge und die mit dem höchsten gesellschaftlichen Schadenspotenzial (Stichwort: **Passivrauchen**). Der erste Kontakt mit dem Rauchen findet oft in der Kindheit und Jugend statt. Das beschränkt sich aber nicht nur auf Zigaretten, auch z.B. Vapes und Shishas enthalten meistens Nikotin. Das soziale Umfeld (Eltern, Peers) spielt eine entscheidende Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung des Konsumverhaltens (**soziales Lernen** und **Lernen am Modell**^[11]).

Alkohol: Alkoholkonsum ist in unserer Gesellschaft wichtiger Bestandteil der Ess- und Trinkkultur. Somit verschwimmen die Grenzen zwischen reinem **Genuss** und **Sucht** leicht. Auch hier ist das Jugendalter ein Risikofaktor, da dort bei den meisten der Alkoholkonsum beginnt. Überschreiten der empfohlenen Konsumgrenzen oder Rauschtrinken sind auch in dieser Altersgruppe nicht selten.

Cannabis: Diese Droge ist besonders verbreitet bei jungen Menschen. Nach Alkohol sind die meisten ambulanten und stationären Behandlungen aufgrund von **substanzinduzierten Störungen** durch Cannabis bedingt.

[11] Durch Beobachtung des Verhaltens anderer werden neue Verhaltensweisen gelernt.

Was kann ich als Lehrkraft tun?

Im Falle von Sucht und Substanzmissbrauch ist es besonders wichtig, schon bei der **Prävention** ^[12] anzusetzen. Gehen Sie in den Dialog mit Ihren Schüler*innen! Durch die Förderung der Lebenskompetenzen wie Selbstwahrnehmung, Einfühlvermögen oder Umgang mit Stress, Langeweile oder Konflikten kann der Entwicklung von Sucht vorgebeugt werden. Auch die direkte Auseinandersetzung mit Sucht und Suchtmitteln im Rahmen des Unterrichts kann helfen. Altersangemessen über Suchtentstehung, Beratungsstellen und Hilfsangebote zu informieren, fördert den **adäquaten Umgang** mit Suchtmitteln. Auch wenn für Lehrkräfte viele Aspekte des Lebens der Schüler*innen nicht zugänglich sind, kann zumindest die Lebensqualität in der Klasse und Schule gefördert werden. Eine **positive Beziehung** zwischen Lehrer*innen, Schüler*innen und die Stärkung der Ressourcen von Lehrkräften kann nachhaltige und langfristige Suchtprävention unterstützen. Sollten Sie bemerken, dass ein*e Schüler*in oft benommen wirkt, regelmäßig verkatert zum Unterricht, gar nicht mehr kommt, oder sich sein* ihr Verhalten in anderer Weise stark verändert hat, suchen Sie vorsichtig das **Gespräch** und bieten Sie ihre Unterstützung bei der Suche nach Hilfsangeboten an.

Hier finden Sie Informationen und Materialien für den Unterricht:

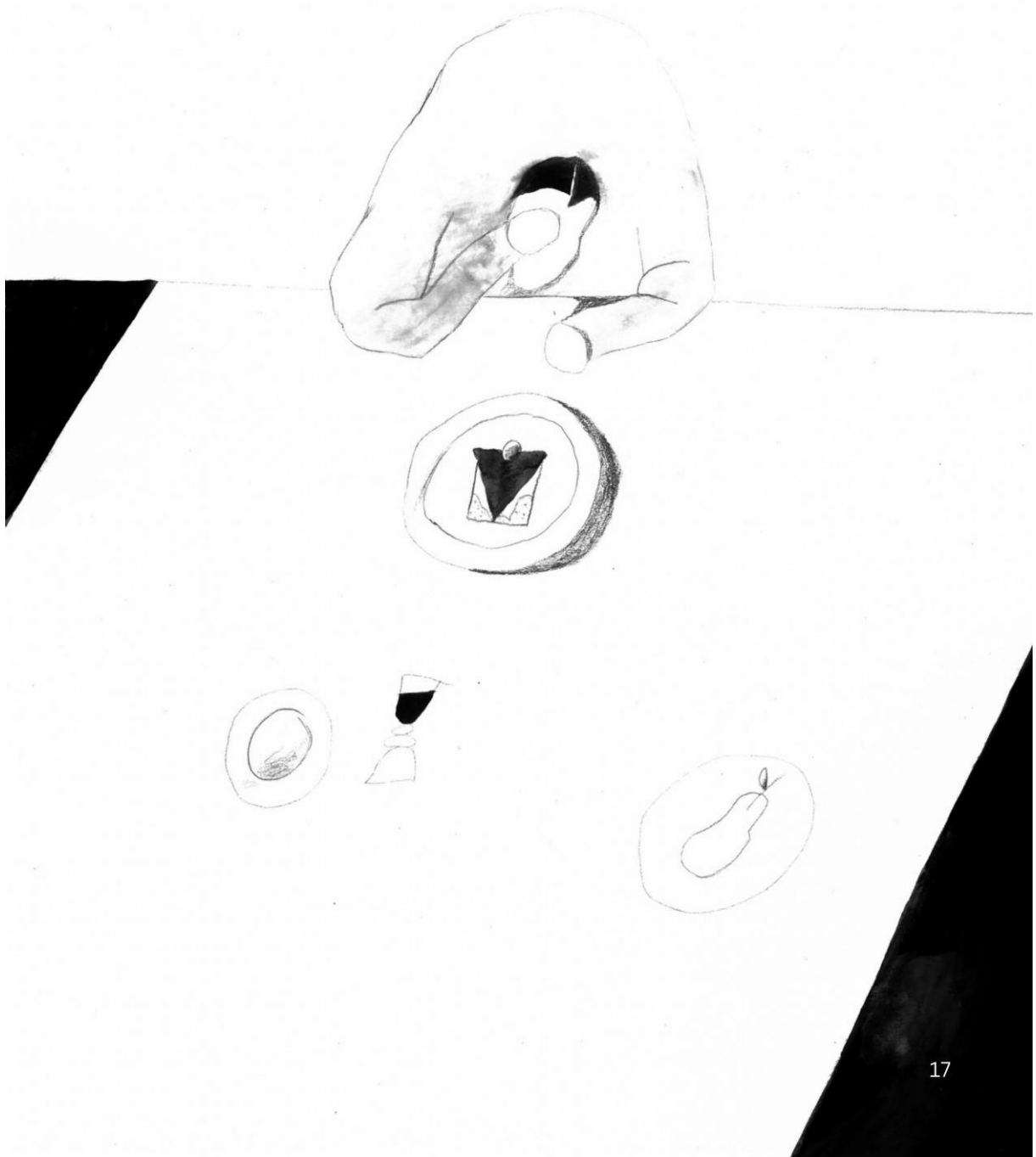
<https://www.schulpsychologie.at/gesundheitsfoerderung/suchtpraevention>

Medienkonsum

Ein immer relevanter werdendes Thema ist der Gebrauch von **digitalen Medien**. Dabei spielen Computerspiele und Social Media eine große Rolle. Über 90% der Jugendlichen sind regelmäßig online. Dank Smartphones haben viele Kinder und Jugendliche ununterbrochen Zugang zum Internet und es ist fixer Bestandteil in vielen Bereichen des Lebens geworden. Mangels alternativer Beschäftigungen hat auch die **Covid-19 Pandemie** den Medienkonsum angekurbelt. Noch ist man sich uneinig darüber, ob aus übermäßigem Medienkonsum eine Abhängigkeit entstehen kann, die mit Substanzmissbrauch vergleichbar ist oder was es mit der Aufmerksamkeit und dem allgemeinen Wohlbefinden macht. Hier gilt es, **Medienkompetenz** zu stärken, um einen kontrollierten und verantwortungsvollen Umgang zu unterstützen.

[12] sind Maßnahmen mit dem Ziel, ein Risiko zu verringern

Essstörungen



Essstörungen sind psychische Störungen, die das **Essverhalten** und meist auch das Verhältnis zum eigenen **Gewicht** betreffen. Sie treten oft erstmals im Jugendalter auf. Betroffenen kann eine **Therapie** dabei helfen, ein gesundes Essverhalten und Selbstakzeptanz zu entwickeln. Nicht viele Menschen entwickeln eine tatsächliche Essstörung, doch in einer Befragung aus Österreich berichten sehr viele Schüler*innen im Jugendalter von ungesunden Maßnahmen zur **Gewichtskontrolle** - vor allem Essanfälle und bewusst weniger zu essen (überwiegend Schülerinnen) sowie extremes Sport treiben (überwiegend Schüler) werden genannt. Viele von ihnen leiden unter Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, (soziale) **Medien** präsentieren ihnen oft unrealistische **Schönheitsideale**. Gerade deshalb ist es also für alle Schüler*innen wichtig, ein gesundes Verhältnis zur Ernährung und dem eigenen Körperbild und somit den Selbstwert zu fördern!

Steckbrief

Prävalenz

Mädchen: ca. 3%

Jungen: ca. 0,1%

Anorexie

Auffällige Gewichtsreduktion durch extrem eingeschränkte Nahrungsaufnahme und/oder Sport Treiben

Bulimie

häufige Essanfälle, auf die ungesundes Verhalten folgt, um die aufgenommenen Kalorien loszuwerden (meist Erbrechen)

Binge-Eating Störung

häufige Essanfälle

Anorexie (auch Anorexia nervosa oder "Magersucht"): Diese Essstörung ist gekennzeichnet von stark eingeschränkter und kontrollierter Nahrungsaufnahme, die zu einem starken **Gewichtsverlust** führt. Auch treiben Betroffene oft exzessiv **Sport**, um ihr Gewicht zu regulieren. Ihre Gefühlswelt ist von ständiger Angst vor einer Gewichtszunahme geprägt, außerdem leiden sie oft unter einer **verzerrten Körperwahrnehmung**, die verursacht, dass sie sich trotz oft extremen Untergewichts zu dick fühlen.

Bulimie (auch Bulimia nervosa oder "Ess-Brech-Sucht"): Auch Betroffene von Bulimie leiden unter einem starken Druck, dünn sein zu wollen und nicht zuzunehmen. Bei ihnen wechseln sich **Essanfälle** mit Verhaltensweisen ab, die diese kompensieren sollen. Das bedeutet, sie nehmen in kurzer Zeit ungewöhnlich große Mengen an Essen zu sich und haben dabei das Gefühl, keine Kontrolle über ihr Verhalten zu haben. Danach versuchen sie, die aufgenommenen Kalorien wieder loszuwerden. Dies geschieht meistens durch **Erbrechen**, aber auch zum Beispiel durch den Missbrauch von **Abführmitteln**. Bei vielen Betroffenen wechseln sich Phasen von Anorexie und Bulimie ab, auch treten **Mischformen** auf.

Binge-Eating Störung (auch BES): Diese Störung ist geprägt von **Essanfällen** - ähnlich wie bei der Bulimie - jedoch ohne darauf folgendes Verhalten, um die aufgenommenen Kalorien wieder loszuwerden. Menschen, die unter BES leiden, sind oft von großer **Scham** und dem Gefühl gequält, ihre Essanfälle nicht kontrollieren zu können. Die BES wurde lange nicht als eigene Diagnose anerkannt, mittlerweile wird sie das aber immer mehr.

Essstörungen gehen oft damit einher, dass Betroffene ihre Probleme verheimlichen. Auffälliger Gewichtsverlust ist vor allem bei einer bereits fortgeschrittenen Anorexie zu beobachten, zu Beginn oder bei anderen Essstörungen bleibt dieser sehr oft aus! Auf diese **Anzeichen** können Sie als Lehrkraft also abseits vom Gewicht achten:

- Extreme Beschäftigung mit den Themen gesundes **Essen, Sport, Diäten, Abnehmen** etc.
- Ständige **Ausreden**, warum nicht oder auffällig wenig gegessen wird - zum Beispiel bei gemeinsamen Essen bei Schulausflügen oder Schulreisen (z.B. "Ich habe vorher schon gegessen.")
- Andere psychische Auffälligkeiten: Viele Betroffene von Essstörungen leiden auch unter **depressiven** oder **ängstlichen Symptomen**. Auch **soziale Isolation** ist oft eine Folge von Essstörungen. Beispiel: Betroffene Schüler*innen vermeiden Situationen, in denen gegessen wird (z.B. Schulausflüge).

Um Essstörung ranken sich einige Vorurteile

"Nur Mädchen haben Essstörungen."

Essstörungen treten zwar viel häufiger bei Mädchen auf, können aber auch bei männlichen Jugendlichen bestehen!

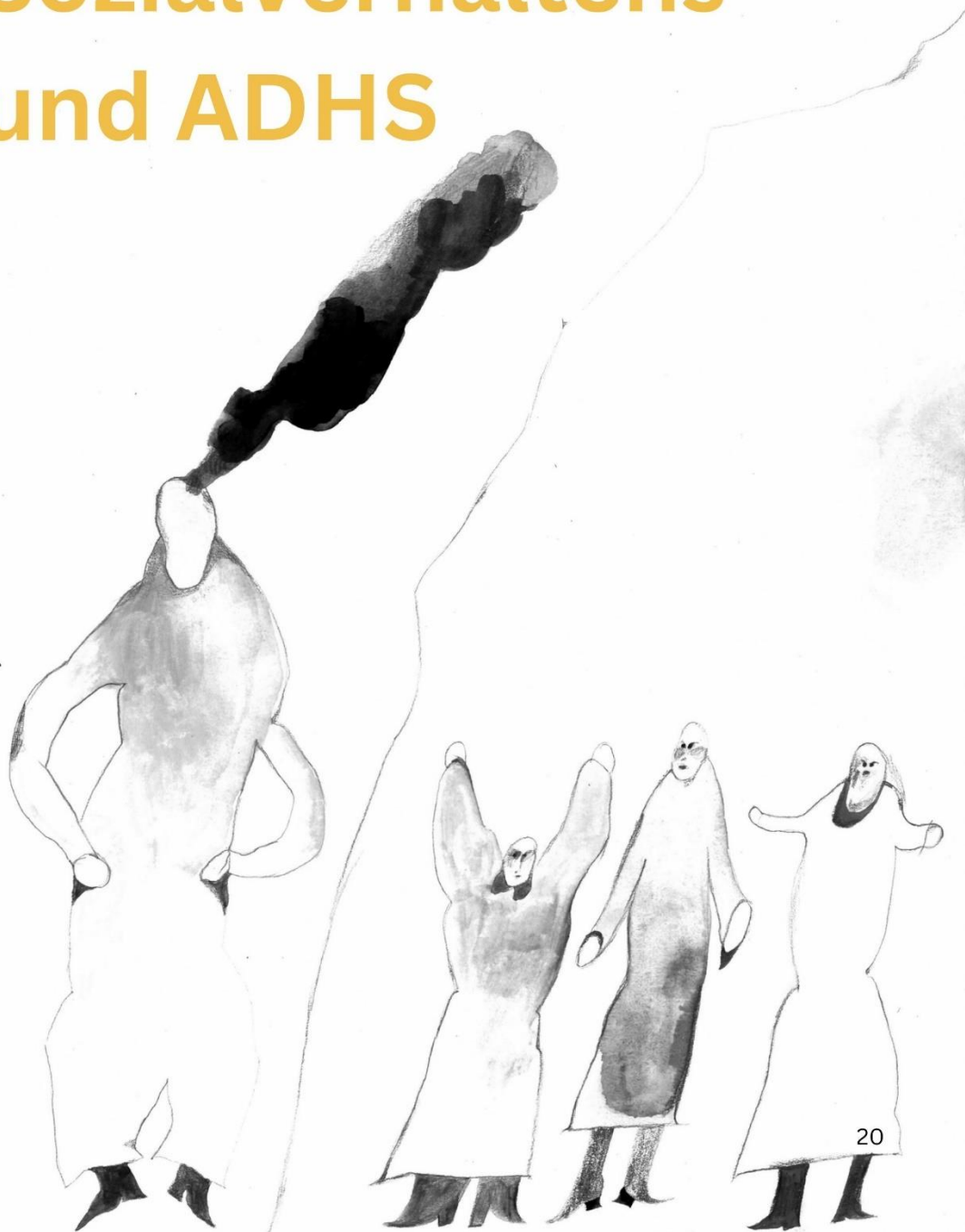
"Eine Essstörung sieht man einer Person immer an."

Das stimmt nicht! Betroffene von Bulimie sind meist normalgewichtig oder übergewichtig. An der Binge-Eating Störung leiden vor allem, aber nicht nur, übergewichtige Personen.

Was können Sie als Lehrkraft tun?

Durch die Förderung der **Medienkompetenz** können Jugendliche lernen, dass die in den **(sozialen) Medien** verbreiteten **Schönheitsideale** unrealistisch sind, und dass sie diesen nicht entsprechen müssen. Auch kann es sinnvoll sein, über gefährliche Strömungen auf Social Media aufzuklären - auf vielen Plattformen finden sich Inhalte mit ungesunden Strategien zur Gewichtsreduktion und/oder zum Muskelaufbau bis hin zur Verherrlichung von Essstörungen. Auch **Workshops** von externen Expert*innen können helfen.

Störungen des Sozialverhaltens und ADHS



Bei Störungen des Sozialverhaltens und ADHS handelt es sich um Störungsbilder, die sich vor allem **externalisierend**, also in auffälligem Verhalten zeigen. Manchmal treten bei einem*einer Jugendlichen auch **beide** Störungsbilder gemeinsam auf.

Störungen des Sozialverhaltens: Viele Jugendliche werden im Laufe der Zeit das ein oder andere Mal ihre Grenzen austesten und von gesellschaftlichen Normen oder sogar Gesetzen abweichen. Tritt ein solches **aggressives, dissoziales** und/oder **delinquentes Verhalten** aber übermäßig häufig und extrem auf, spricht man von einer Störung des Sozialverhaltens. Begünstigend für die Entstehung dieser gelten neben einer schlechten Fähigkeit zur **Emotionsregulation** und dem Kontakt zu anderen delinquenten Jugendlichen vor allem Faktoren in der **Familie** (finanzielle Schwierigkeiten, Konflikte unter den Eltern und negatives Erziehungsverhalten).

Steckbrief

Störungen des Sozialverhaltens

In Bezug auf Gesellschaft und Alter unangemessen häufiges und extremes dissoziales und delinquentes Verhalten

Prävalenz

Mädchen ca. 1%, Jungen ca. 4%

ADHS

die Hauptsymptome sind ausgeprägte Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität

Prävalenz

Mädchen ca. 2%, Jungen ca. 8%

Was können Sie als Lehrkraft tun?

Viele Jugendliche können durch die richtige Unterstützung ihre Probleme überwinden. Besonders wichtig ist hier die Zusammenarbeit zwischen **Lehrer*innen, Eltern** und externen Helfer*innen wie **Sozialpädagogen*innen** und **Schulpsychologen*innen**. Professionelle Unterstützung sollte also in Anspruch genommen werden!

ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung): Die folgenden drei Hauptsymptome sind bei Betroffenen in einer jeweils individuellen Ausprägung vorzufinden:

- **Unaufmerksamkeit.** Betroffenen fällt es übermäßig schwer, ihre Aufmerksamkeit auf eine bestimmte Sache zu richten. Betroffene Schüler*innen können sich schwer auf den Unterricht konzentrieren und schweifen oft ab. Sie werden von anderen Reizen sehr leicht abgelenkt.
- **Hyperaktivität.** Überdurchschnittlich großer Bewegungsdrang, der sich in der Schule oft in der Unfähigkeit äußert, ruhig zu sitzen.
- **Impulsivität.** Das bedeutet vereinfacht gesagt, spontane Einfälle und Dränge schwer unterdrücken zu können. Schüler*innen mit ADHS sind bekannt dafür, mit Antworten herauszuplatzen ohne aufzuzeigen. Das tun sie aber nicht aus Unhöflichkeit, sondern weil es ihnen wirklich schwerer fällt als anderen, zu warten, bis sie dran sind. Auch haben sie meist Schwierigkeiten damit, andere ausreden zu lassen.

Um ADHS ranken sich einige Vorurteile

"Nur Jungen haben ADHS."

Die Forschung hat Belege dafür, dass ADHS bei Mädchen öfter unentdeckt bleibt. Das wird zum Teil auf darauf zurückgeführt, dass das Stereotyp von ADHS das eines Jungen ist. Außerdem ist bei Mädchen oft weniger Hyperaktivität zu verzeichnen: Ihre Probleme sind unauffälliger, sie werden eher als unordentlich, faul und/ oder Tagträumerin wahrgenommen - Hilfe bleibt dann meist aus.^[13]

"Schüler*innen mit ADHS sind einfach unerzogen/ wollen Aufmerksamkeit."

Schüler*innen mit ADHS kosten ihr Umfeld meist viel Geduld. Das führt leider dazu, dass sie öfter wenige Freund*innen haben und sich häufig von Lehrer*innen weniger wertgeschätzt fühlen. Nicht-Betroffene können sich kaum vorstellen, wie schwer es sein kann, den Schulalltag mit ADHS zu meistern: Der ausgeprägte Bewegungsdrang, der eingeschränkt wird; die Überforderung mit den vielen Reizen in der Schule; die übermäßige Schwierigkeit, die Konzentration über Stunden hochzuhalten.

"Schüler*innen mit ADHS haben nur Probleme."

Schüler*innen mit ADHS haben oft auch besondere Talente: Häufig sind sie mit ihren spontanen Einfällen sehr kreativ, und wenn sie etwas interessiert, können sie sich in ein Thema besonders gut vertiefen.

Was können Sie als Lehrkraft tun?

Lob und Regeln. Viel und möglichst zeitnahes Lob sowie sehr klare Regeln sind förderlich.
Aufgabenstellungen anpassen. Zum Beispiel: Aufgaben in Teilschritte gliedern; die Reihenfolge, in der Aufgaben bearbeitet werden, selbst wählen lassen; mehr Zeit für Aufgaben geben.

Reizarme Umgebung. Für Betroffene können schon die kleinsten Reize ablenkend sein. Empfohlen wird deshalb ein Sitzplatz vorne, wo Sie sie gut im Blick haben. Außerdem sollte ihr Tisch möglichst frei von nicht gebrauchten Gegenständen sein.

Was hat ADHS mit Autismus zu tun?

Autismus ist eine Entwicklungsstörung, die sich vor allem in Problemen bei sozialer Interaktion und Kommunikation sowie eingeschränkten Interessen und ritualisierten, wiederholten Verhaltensmustern äußert. Wie stark und auf welche Art und Weise sich diese Merkmale äußern, ist ganz individuell - deshalb spricht man von Autismus als **Spektrum**. In der Schule haben Betroffene oft ähnliche Probleme, dem Unterricht zu folgen, wie Schüler*innen mit ADHS - und ähnliche Anpassungen können helfen. Viele haben sogar eine zusätzliche ADHS-Diagnose.^[14]

[13] Betroffene Mädchen lernen deshalb oft unter großer Anstrengung, sich anzupassen und ihre Probleme zu verstecken. Sie entwickeln oft depressive oder ängstliche Symptome. Ähnlich verhält es sich bei Autismus. Auch dieser wird bei Mädchen häufig später oder gar nicht erkannt, weil er sich oft anders als bei Jungen äußert.

[14] Für Schüler*innen auf dem Autismus-Spektrum gibt es die Möglichkeit, eine Schulassistenz zu beantragen.



Empfehlungen zur Kommunikation

In diesem Kapitel finden Sie Kommunikationsempfehlungen für Situationen, in denen Sie vermuten, psychische Probleme oder Anzeichen für eine psychische Störung bei einem* einer Schüler*in wahrzunehmen.

Wie spreche ich Schüler*innen an?

Die eigene psychische Verfassung ist etwas höchstpersönliches, daher sollte man mit viel Sensibilität und Einfühlvermögen auf die Schüler*innen zugehen. Begegnen Sie Ihren Schüler*innen offen und stellen Sie **keine** Mutmaßungen an (z.B. "Ich glaube, du hast eine Essstörung"). Wenn Sie sich entscheiden, eine*n Schüler*in auf Ihre Beobachtungen anzusprechen, versuchen Sie, es in einem **geschützten** Rahmen, also nicht vor anderen oder zwischen Tür und Angel zu tun. Es kann vorkommen, dass Ihnen auch mit Abweisung begegnet wird. Vielleicht gibt es eine*n Kolleg*in, die einen besonderen Zugang zum*zur betroffenen Schüler*in hat und Sie können sich mit dieser Person austauschen und ihm*ihr das Ansprechen überlassen. Besonders wichtig ist in jedem Fall, Hilfe nicht aufzudrängen. Das kann zu Abwehrreaktionen führen. Haben Sie viel **Geduld** mit dem*der Schüler*in und geben Sie ihm*ihr Zeit. Es kann auch helfen, ein unverbindliches Angebot für ein **Gespräch** zu machen. In der Zwischenzeit können Sie verschiedene Angebote recherchieren (entweder allgemeiner oder spezifischer, wenn Sie schon wissen, worum es ungefähr geht).

Ein paar Beispielsätze

- "Mir ist aufgefallen, dass du in letzter Zeit sehr müde und erschöpft wirkst. Bekommst du genug Schlaf?"
- "Ich habe im Moment das Gefühl, dass du dich nicht gut auf die Schule konzentrieren kannst. Gibt es etwas, das dich gerade sehr beschäftigt? Wenn du möchtest, können wir in einem ruhigen Moment darüber reden."
- "Wie geht es dir im Moment? Falls du bei etwas Hilfe brauchst, höre ich dir gerne zu oder helfe dir dabei, eine Lösung zu finden."

Wie spreche ich mit Erziehungsberechtigten?

Oft kann es sinnvoll sein, die Erziehungsberechtigten zu kontaktieren. Sie sind diejenigen, die ihren Kindern ermöglichen können, außerhalb der Schule **professionelle Hilfsangebote** in Anspruch zu nehmen. Außerdem kann in Gesprächen festgestellt werden, ob ein bestimmtes Problem (zum Beispiel Angst) auf den Kontext Schule beschränkt ist oder auch außerhalb auftritt. Wichtig im Gespräch mit Erziehungsberechtigten ist, ihnen das



Gefühl zu vermitteln, dass Sie **kooperativ** am Wohlbefinden ihres Kindes interessiert sind. Bei vielen Menschen bestehen noch große Vorurteile rund um das Thema psychische Krankheit. Versuchen Sie also, Erziehungsberechtigten zu erklären, welche Vorteile der Zuzug professioneller Hilfe haben kann. Sie können außerdem konkrete Handlungsschritte und passende Anlaufstellen vorschlagen.

Ein paar Beispielsätze

- “Mir ist aufgefallen, dass ihre Tochter in letzter Zeit immer zurückgezogener und weniger fröhlich scheint. Ist ihnen das auch aufgefallen?”
- “Ich könnte mir gut vorstellen, dass ihr Sohn von professioneller Unterstützung profitieren könnte. Das könnte ihm helfen, seine Angst vor der Schule zu überwinden. Dann werden sicher auch seine Noten wieder besser.”
- “Ich habe eine Liste mit Anlaufstellen zum Thema Essstörungen für sie zusammengestellt. Es sind auch kostenlose Beratungsangebote dabei. Sie können sich zum Beispiel bei dieser Nummer melden.”

Was kann ich noch tun?

Es kann immer hilfreich sein, Beobachtungen zu **dokumentieren**. So können Veränderungen sichtbar werden und Sie haben für etwaige Gespräche einen Überblick.

Ein guter nächster Schritt, wenn Sie Probleme wahrnehmen, ist die Konsultation des*der zuständigen **Schulpsycholog*in**. Er*sie kann einerseits das Lehrpersonal aufklären, aber auch mit Schüler*innen sprechen, und die Notwendigkeit etwaiger weiterer Schritte eruieren. Sie können also betroffene Schüler*innen ermutigen, zum*zur Schulpsycholog*in zu gehen.

Wichtig kann auch das Gespräch mit **Kolleg*innen** sein. Sie können sich über Beobachtungen austauschen, Handlungsmöglichkeiten diskutieren und gemeinsam entscheiden, wie vorgegangen werden kann. Besonders Vertrauenslehrer*innen (oder **Schüler- und Bildungsberater*innen**) oder die jeweiligen **Klassenvorständ*innen** können wichtige Gesprächspartner*innen sein.

Wichtig ist, nochmal zu betonen, dass Sie nicht alleine für die psychische Gesundheit Ihrer Schüler*innen zuständig sind! Lehrer*innen haben ein hohes Potential, die psychische Gesundheit ihrer Schüler*innen zu fördern und zu erkennen, wenn es Probleme gibt. Informieren Sie sich, versuchen Sie, Tipps und Empfehlungen umzusetzen, und vertrauen Sie auf Ihr Gefühl. Und zuletzt: **Schauen Sie auf sich selbst!** Gehen Sie mit gutem Beispiel voran und kümmern Sie sich auch um Ihr eigenes Wohlbefinden.



Anlaufstellen in Österreich und weiterführende Quellen

Hier finden Sie eine Liste mit Anlaufstellen zum Thema psychische Gesundheit in der Schule beziehungsweise im Jugendalter. Für einige Störungsbilder gibt es spezielle Angebote, für alle anderen gibt es eine Vielzahl allgemeiner Stellen. Außerdem finden Sie weiterführende Quellen, unter denen Sie sich noch tiefergehend informieren können.

In Notfällen, wie bei akuter Selbst- und/oder Fremdgefährdung, rufen Sie die Rettung!

Was ist eigentlich der Unterschied zwischen Psychotherapie, klinischer Psychologie und Psychiatrie?

Welche Professionen es in der Behandlung psychischer Störungen gibt, ist in jedem Land unterschiedlich. In Österreich sind vor allem die folgenden Berufsgruppen relevant.

Psychotherapeut*innen: Sie haben eine lange Ausbildung zur Behandlung psychischer Störungen absolviert und können in diesem Bereich auch Diagnosen stellen. Innerhalb der Psychotherapie gibt es verschiedene Ausrichtungen, man nennt diese auch "Schulen". Sie reichen von Psychoanalyse bis hin zu Verhaltenstherapie. Auch Menschen, die keine psychische Störung haben, gehen oft in Psychotherapie, um ihre Probleme aufzuarbeiten. Viele Psychiater*innen oder klinische Psycholog*innen sind auch Psychotherapeut*innen.

Klinische Psycholog*innen: Sie haben Psychologie studiert und eine postgraduelle Ausbildung zur Behandlung und Diagnostik psychischer Störungen absolviert. Bei ihnen geht es vor allem um gezielte Diagnostik und Behandlung spezifischer Probleme.

Psychiater*innen: Sie sind Fachärzt*innen, die Medizin studiert und die Fachärzt*innenausbildung zur Psychiatrie absolviert haben. Auch sie behandeln und diagnostizieren psychische Störungen. Als Ärzt*innen sind sie die einzigen der drei Berufsgruppen, die Medikamente verschreiben.

Anlaufstellen

Allgemein

- <https://www.jugendportal.at/jugendinfos> - Info- und Beratungsstellen für Jugendliche; Standorte in allen Bundesländern)
- <https://gesundausderkrise.at> - niederschwellige und kostenlose Vermittlung psychologischer Unterstützung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene



- <https://junginkrise.at/> - Kriseninterventionszentrum für Jugendliche; Beratung vor Ort, per Mail und telefonisch
- <https://www.promenteaustria.at/de/home/> - Österreichischer Dachverband für Vereine und Gesellschaften für psychische und soziale Gesundheit; unterschiedliche Angebote in den Bundesländern
- <https://www.gesundheit.gv.at/service/gesundheitssuche/selbsthilfegruppen.html> - Selbsthilfegruppen der Bundesländern; diverse Themen
- <https://www.psychologen.at/klinische-psychologinnen> - Klinische Psycholog*innen in Österreich
- <https://www.psyonline.at/oesterreich> - Psychotherapeut*innen in Österreich
- <https://femsued.at/arbeitsbereiche/selbstwert/> - Projekt "selbstwert"; Beratungen für Mädchen und junge Frauen; in mehreren Bundesländern
- <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/psyche/angehoerige-psychische-erkrankungen.html> - Informationen für Angehörige von Personen mit psychischen Störungen
- <https://www.verrueckte-kindheit.at/de/fuer-mich/netzwerk/> - Netzwerk für Kinder psychisch erkrankter Eltern; in mehreren Bundesländern
- <https://men-center.at/beratung/> - kostengünstige Beratung des Männergesundheitszentrums; auch für Jugendliche
- <https://www.gesundheit.gv.at/service/beratungsstellen/krankheiten/psyche/psychosozialer-dienst.html> - Psychosoziale Dienste der Bundesländer
- https://www.feel-ok.at/de_AT/schule/themen/stress/stress.cfm - Unterrichtsmaterialien zum Thema Stress
- https://www.feel-ok.at/de_AT/schule/themen/medienkompetenz/medienkompetenz.cfm - Unterrichtsmaterialien zum Thema Medienkompetenz
- <https://men-center.at/kurse/workshops-fuer-schulklassen/> - Workshops des Männergesundheitszentrums für Burschen; Wien
- <https://fem.at/kurse/maedchenworkshops/> - Workshops des Frauengesundheitszentrums für Mädchen; Wien

Kostenlose Beratungs-Hotlines

- <https://www.telefonseelsorge.at> - Telefon und Chat; täglich rund um die Uhr erreichbar
- <https://www.rataufdraht.at> - für Kinder und Jugendliche; Telefon und Chat; täglich rund um die Uhr erreichbar
- <https://www.kids-line.at> - für Kinder und Jugendliche; Telefon und Web-Phone; täglich von 13:00-21:00 Uhr
- <https://www.boep.or.at/psychologische-behandlung/helpline> - Telefon und per Mail; Mo-Do 09:00-13:00
- <https://www.diakonie.at/unsere-angebote-und-einrichtungen/amike-telefon> - Telefon; für Menschen mit Flucht- und Migrationshintergrund; in verschiedenen Sprachen; Mo-Fr 10-13:00 und 14:00-17:30



- <https://open2chat.at/was-ist-open2chat> - Peer-Beratung per Chat für junge Leute
- 0800 567 567 - Kinder-Notruf der Frauenhäuser; täglich rund um die Uhr erreichbar
- 0800 222 555 - Frauen-Helpline; auch für Kinder und Jugendliche; täglich rund um die Uhr erreichbar; freitags 14-19 Uhr auch auf Arabisch

Suizid

- <https://www.gesundheit.gv.at/leben/suizidpraevention.html> - Suizidpräventionsseite des Gesundheitsministeriums
- <https://bittelebe.at> - Informationswebsite zu Suizid; mit Videos, Gesprächs- und Verhaltenstipps und weiterführenden Links für Anlaufstellen in den Bundesländern

Gewalt und Trauma

- https://www.oesterreich.gv.at/themen/gesundheit_und_notfaelle/gewalt_in_der_familie/3.html - Informationen zu Gewalt an Kindern und Jugendlichen
- <https://www.gewaltinfo.at/hilfe-finden/> - Anlaufstellen für Betroffene von Gewalt
- <http://www.oe-kinderschutzzentren.at> - Österreichische Kinderschutzzentren
- <https://www.die-moewe.at> - Unterstützung für Betroffene von Gewalt; Gewalt-Präventions-Workshops an Schulen für Lehrkräfte und für Schüler*innen
- <https://fem.at/arbeitsbereiche/neda/> - kostenlose psychosoziale Beratung für geflüchtete Erwachsene und Kinder; Wien
- <https://www.wien.gv.at/sozialinfo/content/de/10/SearchResults.do?keyword=Trauma> - Anlaufstellen zum Thema Trauma in Wien
- <http://www.die-boje.at/> - Akuthilfe für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen in Wien
- <https://oent.at/> - Österreichisches Netzwerk für Traumatherapie
- https://www.feel-ok.at/de_AT/schule/themen/gewalt/gewalt.cfm - Unterrichtsmaterialien zum Thema Gewalt

Sucht

- www.checkyourdrugs.at - Info- und Beratungsstelle; anonym und kostenlos; Drug-Checking; Wien
- <https://www.suchthilfe.wien/> - Suchthilfe Wien
- <https://www.gesundheit.gv.at/service/gesundheitsuche/suchtpraevention-koordination.html> - Suchtpräventions- und Koordinationsstellen der Bundesländer
- https://www.feel-ok.at/de_AT/schule/themen/rausch_risiko/rausch_risiko.cfm - Unterrichtsmaterialien zum Thema Rausch & Risiko

Essstörungen

- <https://www.oeges.or.at/Essstoerungen/Hilfe-fuer-Betroffene/Beratungsstellen/> - Liste mit Anlaufstellen der Bundesländer
- https://www.feel-ok.at/de_AT/schule/themen/ich_und_mein_gewicht/ich_mein_gewicht.cfm - Unterrichtsmaterialien zum Thema Gewicht und Essprobleme



ADHS

- <https://adapt.at/> - Arbeitsgruppe und Selbsthilfverein zum Thema ADHS

Unterstützungsangebote für Schulen

- <https://www.schulpsychologie.at/hotline> - Schulpsychologie Österreich
- <https://www.promente-autismus.at/> - Schulassistenten für Schüler*innen mit Autismus
- <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.837294&portal=oegkportal> - Workshops der Krankenkasse
- <https://www.psychotherapie.at/oebvp/arbeitsbereiche/schulpsychotherapie> - Projekt fit4School - psychotherapeutische Unterstützung für Schulen; kostenlose Hotline 05 125 617 34; werktags 14:00-15:00

Weiterführende Quellen

Bücher

- Eckert, M. (2022). *Umgang mit psychischen Störungen im Unterricht*. Beltz Verlag.
- Hoberg, K. (2018). *Schulratgeber ADHS. Ein Leitfaden für Lehrerinnen*. Reinhardt.
- Reid, R. & Johnson, J. (2012). *Teacher's guide to ADHD*. Guilford Publications.
- Schirmer, B. (2016). *Schulratgeber Autismus. Ein Leitfaden für Lehrerinnen*. Reinhardt.
- Schuster, B. (2017). *Pädagogische Psychologie: Lernen, Motivation und Umgang mit Auffälligkeiten*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-48392-3>
- Urhahne, D., Fischer, F., Dresel, M. (2019). *Psychologie für den Lehrberuf*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-55754-9>

Websites

- <https://www.wien.gv.at/kontakte/frauengesundheit/publikationen.html> - Publikationen des Wiener Programms für Frauengesundheit; hier finden Sie unter dem Punkt "Körpernormen und Körperbilder" auch Publikationen mit einem Fokus auf Kinder und Jugendliche
- https://www.give.or.at/gv2021/wp-content/uploads/Give_Esststo%CC%88rungen2021_online.pdf - Info-Heft zur Prävention von Essstörungen für Lehrer*innen
- <https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:aef19b93-d040-42f4-8df5-3435e2fbd22d/HBSC%202018%20FS%2001%20-%20Psychische%20Gesundheit.pdf> - Forschungsergebnisse zur psychischen Gesundheit österreichischer Schülerinnen und Schüler
- <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/psyche.html> - Weiterführende Infos zu diversen psychischen Problemen und psychischen Störungen
- <https://adhdwomen.eu/de/adhs-bei-frauen/> - ADHS bei Frauen und Mädchen



Referenzen

ADHD and Women. (2021). *ADHS bei Frauen*. Abrufbar unter: <https://adhd.women.eu/de/adhs-bei-frauen/>

Arnaud, N., Banaschewski, T., Nees, F., Buchholz, V., Klein, M., Reis, O., Legenbauer, T., Zapf, A., & Thomasius, R. (2022). Achtsamkeitsorientierte Ansätze der Suchtprävention und -therapie bei Kindern und Jugendlichen: Thematischer Hintergrund und Überblick zu dem laufenden IMAC-Mind Verbund. *SUCHT*, 68 (1), 9-17. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a0007>

Bachmayer, S., Strizek, J., & Uhl, A. (2021). *Handbuch Alkohol - Österreich: Band 1 - Statistiken und Berechnungsgrundlagen. Datenjahr 2021*. Gesundheit Österreich: Wien.

Blakemore, S.-J. (2019). Adolescence and mental health. *The Lancet*, 393(10185), 2030–2031. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31013-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31013-X)

Bilke-Hentsch, O., & Leménager, T. (2019). *Suchtmittelgebrauch und Verhaltenssuchte bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen*. Vandenhoeck & Ruprecht. <https://doi.org/10.13109/9783666406454>

Caspar, F., Pjanic, I., & Westermann, S. (2018). *Klinische Psychologie*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-93317-7>

DuPaul, G. J., Weyandt, L. L., & Janusis, G. M. (2011). ADHD in the Classroom: Effective Intervention Strategies. *Theory Into Practice*, 50(1), 35–42. <https://doi.org/10.1080/00405841.2011.534935>

Fuchs, M. (2019). Cannabis, Badesalze und das Internet: Alte und neue Drogen bei Kindern und Jugendlichen. *Pädiatrie & Pädologie*, 54, 74-80. <https://doi.org/10.1007/s00608-019-0655-0>

Fuchs, M., & Karwautz, A. (2017). Epidemiologie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Eine narrative Übersichtsarbeit unter Berücksichtigung österreichischer Daten. *Neuropsychiatrie*, 31(3), 96–102. <https://doi.org/10.1007/s40211-017-0238-x>

Busch, M., Anzenberger, J., Brotherhood, An, Klein, C., Priebe, B., Schmutterer, I., Schwarz, T., & Strizek, J. (2021). *Bericht zur Drogensituation 2021*. Gesundheit Österreich: Wien.

Hall, W. J. (2018). Psychosocial Risk and Protective Factors for Depression Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Queer Youth: A Systematic Review. *Journal of Homosexuality*, 65(3), 263–316. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1317467>

III



- Hoffart, E., Möhrlein, G., & Schirmer, M. (2020). *Information für Lehrer_innen zum traumasensiblen Umgang mit Stressbelastungen bei Schüler_innen aufgrund der Corona-Pandemie*. Fachverband Traumapädagogik. Abrufbar unter: <https://fachverband-traumapaedagogik.org/files/FVTP/Veroeffentlichungen/FVTP-Information%20fuer%20LhrerInnen.pdf>
- Hojni, M., Delcour, J., Strizek, J., Uhl, A. (2019). *ESPAD Österreich. Forschungsbericht. Gesundheit Österreich*.
- Holzer, J., Bürger, S., Samek-Krenkel, S., Spiel, C., & Schober, B. (2021). Conceptualisation of students' school-related wellbeing: Students' and teachers' perspectives. *Educational Research*, 63(4), 474–496. <https://doi.org/10.1080/00131881.2021.1987152>
- Honkasilta, J., Vehkakoski, T., & Vehmas, S. (2016). „The teacher almost made me cry“ Narrative analysis of teachers reactive classroom management strategies as reported by students diagnosed with ADHD. *Teaching and Teacher Education*, 55, 100–109. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2015.12.009>
- Hoyer, J., & Knappe, S. (Hrsg.). (2020). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1>
- Lindmeier, C. (2018). Kinder und Jugendliche aus dem Autismus-Spektrum in der Schule. Forschungsfelder und Forschungsdesiderate. *Zeitschrift für Heilpädagogik* 9, 396–410.
- Merkt, J., & Petermann, F. (2015). ADHS bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 63(3), 187–196. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000239>
- Mrug, S., Hoza, B., Pelham, W. E., Gnagy, E. M., & Greiner, A. R. (2007). Behavior and Peer Status in Children With ADHD: Continuity and Change. *Journal of Attention Disorders*, 10(4), 359–371. <https://doi.org/10.1177/1087054706288117>
- National Autistic Society. (2023). *Autistic women and girls*. Abrufbar unter: <https://www.autism.org.uk/advice-and-guidance/what-is-autism/autistic-women-and-girls>
- National Eating Disorders Association. (2015, 7. Dezember). *7 Signs Your Friend or Loved One Might Be Struggling With an Eating Disorder*. Abrufbar unter: <https://www.nationaleatingdisorders.org/blog/7-signs-your-friend-or-loved-one-might-be-struggling-eating-disorder>

- 
- Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation. (2019). *Psychische Gesundheit – Faktenblatt*. Abrufbar unter:
https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf
- Richard, S., Eichelberger, I., Döpfner, M., & Hanisch, C. (2015). Schulbasierte Interventionen bei ADHS und Aufmerksamkeitsproblemen: Ein Überblick. *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 29(1), 5–18. <https://doi.org/10.1024/1010-0652/a000141>
- Schlack, R., Hölling, H., Kurth, B.-M., & Huss, M. (2007). Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50(5 6), 827–835. <https://doi.org/10.1007/s00103-007-0246-2>
- Schuster, B. (2017). *Pädagogische Psychologie: Lernen, Motivation und Umgang mit Auffälligkeiten*. Springer: Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-48392-3>
- Tiemann, M., & Mohokum, M. (2021). *Prävention und Gesundheitsförderung*. Springer.
- Urhahne, D., Fischer, F., Dresel, M. (Hrsg.). (2019). *Psychologie für den Lehrberuf*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-55754-9>
- Wagner, G., Zeiler, M., Waldherr, K., Philipp, J., Truttmann, S., Dür, W., Treasure, J. L., & Karwautz, A. F. K. (2017). Mental health problems in Austrian adolescents: A nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(12), 1483–1499. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0999-6>
- WEIL (Weiter im Leben). (o.D.). *Suizid und Suizidprävention in der Schule: Information für LehrerInnen. Das Tabu Selbsttötung zum Thema machen*. RAABE Verlag: Berlin. Abrufbar unter: <https://www.bildung-stmk.gv.at/dam/jcr:3e9350e1-a4c9-4634-aab3-53fbf10ae0b7/Suizid-in-der-Schule.pdf>
- WHO. (2023). *Constitution*. Abrufbar unter:
<https://www.who.int/about/governance/constitution>
- Wiener Programm für Frauengesundheit. (2015). *"Problemzone" Körper? Eine Befragung von Wiener Schülerinnen und Schülern*.

Anhang C

Erhebungszeitpunkt 1

03.05.23, 09:52

Korrekturfahne EZ1 (SciCoMH) 03.05.2023, 09:49



SciCoMH → EZ1

03.05.2023, 09:49

Seite 01

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit nehmen, an unserer Studie zum Thema psychische Gesundheit im Kontext Schule teilzunehmen!

Die Studie besteht aus drei Teilen:

1. Zunächst werden Sie den vorliegenden Fragebogen ausfüllen. Bitte beantworten Sie alle Fragen ehrlich.
2. Danach haben Sie zwei Wochen Zeit, ein Info-Heft über psychische Gesundheit und Krankheit bei Jugendlichen zu lesen.
3. Zum Abschluss werden Sie nochmals einen Fragebogen ausfüllen.

Weitere Informationen zum Ablauf sowie das Info-Heft bekommen Sie am Ende dieses Fragebogens. Bitte denken Sie daran, den Link hierfür zu speichern, den Sie am Ende dieses Fragebogens erhalten.

Ihre Teilnahme ist freiwillig. Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Sie können die Befragung jederzeit abbrechen.

Bei Fragen oder wenn Sie Unterstützung brauchen, wenden Sie sich an wisskomm.psychologie@gmail.com.

Seite 02

1. Einwilligungserklärung

Bitte lesen Sie die folgenden Informationen zu Ihrer Teilnahme an dieser wissenschaftlichen Studie gut durch.

Die Studie befasst sich mit der psychischen Gesundheit von Jugendlichen im Schulkontext und wird im Rahmen zweier Masterarbeiten im Fach Psychologie an der Universität Wien durchgeführt.

Folgendes gilt im Rahmen ihrer Teilnahme:

- Ihre Teilnahme ist freiwillig. Sie können diese jederzeit abbrechen.
 - Ihre Daten werden vertraulich verarbeitet und können nicht auf Sie zurückgeführt werden.
 - Ihre Daten werden ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet.
- (Falls Sie **nicht** einverstanden sind, schließen Sie bitte das Browser-Fenster und nehmen Sie nicht teil.)

Bitte bestätigen Sie, dass Sie die Informationen gelesen und zur Kenntnis genommen haben.

- ☒ Ich habe die Informationen gelesen und erkläre mich einverstanden.

Seite 03

2. Was trifft auf Sie zu?

- ☐ Ich studiere Lehramt im Master.
- ☐ Ich studiere Lehramt im Master und bin an einer Schule als Lehrer*in angestellt.
- ☐ Keine der beiden Aussagen trifft zu.

3. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.☐ weiblich☐ männlich☐ anders, nämlich:☐ Keine Angabe**4. Wie alt sind Sie?**

Bitte geben Sie Ihr Alter in Jahren an.

5. Welche Unterrichtsfächer studieren Sie?

Bitte geben Sie die Unterrichtsfächer ihres Master-Lehramtsstudium an.

1. 2. 3. (optional) Weitere (optional) **6. Um die vertrauliche Verarbeitung Ihrer Daten garantieren zu können, bitten wir Sie, eine Codierung zu erstellen, die uns erlaubt, Ihren ersten und zweiten Fragebogen einander zuzuordnen zu können.**

Bitte geben Sie dafür unten

(1) die ersten beiden Buchstaben des Vornamens ihrer Mutter

(2) die ersten beiden Buchstaben des Nachnamens ihrer Mutter

(3) die letzten beiden Ziffern des Geburtsjahres Ihrer Mutter ein.

Beispiel: Susi Huber, geboren 1960 = Suhu60

Zum zweiten Erhebungszeitpunkt werden Sie wieder nach diesem Code gefragt.

(Falls das nicht möglich ist, suchen Sie sich bitte dafür eine andere Person aus und merken Sie sich diese bitte für den zweiten Erhebungszeitpunkt.)

7. Wie einfach / schwierig ist es, Informationen über psychische Belastungen, Störungen oder Erkrankungen bei Schüler*innen...

	sehr einfach	einfach	eher einfach	eher schwierig	schwierig	sehr schwierig
zu finden?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
zu verstehen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
zu beurteilen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

8. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen.

Kreuzen Sie bitte bei jeder der folgenden Aussagen die Antwort an, die am ehesten auf Sie zutrifft.

	stimmt überhaupt nicht	stimmt nicht	stimmt eher nicht	stimmt zum Teil	stimmt	stimmt voll und ganz
Ich weiß, was ich konkret tun kann, wenn ich bei einem*einer Schüler*in ein erhöhtes Risiko für psychische Belastungen, Störungen, oder Erkrankungen vermute.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich traue mir zu, aktiv zu werden, wenn ich bei einem*einer Schüler*in ein erhöhtes Risiko für psychische Belastungen, Störungen, oder Erkrankungen vermute.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich traue mir zu, diese*n Schüler*in aktiv anzusprechen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich traue mir zu, die Eltern auf Anzeichen anzusprechen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich kenne den Zeitpunkt, wann im Umgang mit Schüler*innen mit einer psychischen Belastung, Störung oder Erkrankung der Einbezug einer Fachstelle angezeigt ist.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich weiß, wohin ich Schüler*innen mit erhöhtem Risiko für psychische Belastungen, Störungen oder Erkrankungen bei Bedarf weiter verweisen kann.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich weiß, wohin ich mich melden kann, wenn ich im Umgang mit Schüler*innen mit erhöhtem Risiko für psychische Belastungen, Störungen oder Erkrankungen Unterstützung brauchen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich finde es schwer zu entscheiden, welche Hilfe für eine*n Schüler*in angemessen/angebracht ist.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich traue mir zu, eine*n meiner Ansicht nach depressive*n Schüler*in davon zu überzeugen, dass er/sie sich Hilfe sucht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bevor ich selbst mit dem*der betroffenen Schüler*in rede, würde ich zuerst die*den Schulpsycholog*in informieren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich traue mir zu, zu unterscheiden, ob ein*e Schüler*in traurig ist oder aber depressiv.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich traue mir zu, impulsives oder nervöses Verhalten von einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) unterscheiden zu können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich traue mir zu, ängstliches Verhalten von einer Angststörung zu unterscheiden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mir sind die wichtigsten Warnsignale bekannt, die im Schulalltag auf eine Suizidalität bei einem*einer Schüler*in hinweisen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich traue mir zu, zu erkennen, wenn ein*e Schüler*in an einer Essstörung leidet.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich traue mir zu, zu erkennen, wenn ein*e Schüler*in ein Problem im Umgang mit Suchtmitteln wie Cannabis, Nikotin, oder Alkohol hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Ich traue mir zu, zu erkennen, wenn ein*e Schüler*in ein Problem im Umgang mit seinem/ihrer Online-Medienkonsum, Online-Glücksspiel oder illegalem Glücksspiel hat.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Seite 10

9. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen.

Kreuzen Sie bitte bei jeder der folgenden Aussagen die Antwort an, die am ehesten auf Sie zutrifft.

	stimme überhaupt nicht zu	stimme nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme zu	stimme vollständig zu
Bei Depression und Traurigkeit handelt es sich um ein und dieselbe Sache.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bei Angst und Panik handelt es sich um ein und dieselbe Sache.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wer sich als Kind in psychiatrische Behandlung begibt, wird für den Rest seines Lebens Medikamente nehmen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Psychische Störungen sind gleichbedeutend mit Wahnsinn.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Eine Psychotherapie ist sehr zeitaufwendig und es werden dort immer Probleme in der Kindheit behandelt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Prävention funktioniert nicht. Psychische Störungen können nicht verhindert werden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Psychisch kranke Menschen müssen im Krankenhaus behandelt werden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wer unter Panikattacken leidet, verlässt das Haus nicht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die meisten Menschen sind in ihrer Kindheit und Jugend glücklich. Psychische Erkrankungen treten daher in dieser Zeit nur vereinzelt auf und psychiatrische Behandlungen sollten nur mit Bedacht zum Einsatz kommen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Probleme im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen werden von der Person verursacht, die daran leidet.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kinder mit psychischen Problemen können sich viel schneller erholen als Erwachsene. Deshalb sind bei ihnen nur in Ausnahmefällen Interventionen erforderlich.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Eine psychische Störung ist ein Zeichen für Schwäche.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Schüler*innen mit einer psychischen Krankheit wird es nie besser gehen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

10. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen.

Neben manchen Fragen finden Sie ein kleines „i“ in einem blauen Kreis, hier finden Sie nähere Begriffsdefinitionen.

Kreuzen Sie bitte bei jeder der folgenden Aussagen die Antwort an, die am ehesten auf Sie zutrifft.

Ich vertraue in meine Fähigkeiten	stimmt überhaupt nicht	stimmt nicht	stimmt eher nicht	stimmt eher	stimmt	stimmt voll und ganz
... zu erkennen, wenn ein*e Schüler*in internalisierende (von außen nicht sichtbare) psychische Probleme hat. 	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... zu erkennen, wenn ein*e Schüler*in externalisierende (von außen sichtbare) psychische Probleme hat. 	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... zu erkennen, wenn es bei einem*einer Schüler*in Anzeichen für traumatische Erlebnisse gibt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... Schüler*innen mit internalisierenden (von außen nicht sichtbaren) psychischen Problemen zu unterrichten. 	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... Schüler*innen mit externalisierende (von außen sichtbaren) psychischen Problemen zu unterrichten. 	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... kulturspezifische (z.B. aufgrund von Herkunft, sozialer Lage, Religion,...) Bedürfnisse bei der Förderung der psychischen Gesundheit von Schüler*innen zu berücksichtigen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... zu reagieren, wenn ein*e Schüler*in in einer Krise steckt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... zu reagieren, wenn ein*e Schüler*in aggressives Verhalten zeigt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... zu reagieren, wenn eine*e Schüler*in suizidale Gedanken äußert.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... Schüler*innen an angemessene Anlaufstellen zu verweisen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... im Unterricht Unterstützung anzubieten, wenn ein*e Schüler*in mit psychischen Problemen zu kämpfen hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... psychische Probleme von Schüler*innen mit Eltern/ Erziehungsberechtigten zu besprechen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... die sozialen Kompetenzen meiner Schüler*innen im Unterricht zu fördern.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
... die emotionalen Kompetenzen meiner Schüler*innen im Unterricht zu fördern.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Erhebungszeitpunkt 2 –Direkte Veränderungsmessung

03.05.23, 09:52

Korrekturfahrne EZ2 (SciCoMH) 03.05.2023, 09:50

Seite 07

6. Wie schätzen Sie nach dem Lesen des Info-Hefts im Vergleich zu vorher Ihre Fähigkeiten ein, Informationen über psychische Belastungen, Störungen oder Erkrankungen bei Schüler*innen...

	schlechter	gleich gut	besser
zu finden?	☐	☐	☐
zu verstehen?	☐	☐	☐
zu beurteilen?	☐	☐	☐

Seite 08

7. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen.

Kreuzen Sie bitte bei jeder der folgenden Aussagen die Antwort an, die am ehesten auf Sie zutrifft.

Nach dem Lesen des Info-Hefts...	schlechter	gleich gut	besser
Wie schätzen Sie im Vergleich zu vorher Ihre Fähigkeiten ein, psychische Probleme bei Schüler*innen zu erkennen?	☐	☐	☐
Wie schätzen Sie im Vergleich zu vorher Ihre Fähigkeiten ein, mit psychischen Problemen bei Schüler*innen umzugehen?	☐	☐	☐
Wie schätzen Sie im Vergleich zu vorher Ihr Wissen über psychische Probleme bei Schüler*innen ein?	☐	☐	☐

Seite 09

8. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen.

Kreuzen Sie bitte bei jeder der folgenden Aussagen die Antwort an, die am ehesten auf Sie zutrifft.

Nach dem Lesen des Info-Hefts...	weniger	gleich viel	mehr
Wie sehr vertrauen Sie im Vergleich zu vorher darauf, psychische Probleme bei Ihren Schüler*innen erkennen zu können?	☐	☐	☐
Wie sehr vertrauen Sie im Vergleich zu vorher darauf, mit psychischen Problemen bei ihren Schüler*innen umgehen zu können?	☐	☐	☐

Seite 10

9. Wie viel Zeit haben Sie mit dem Lesen des Info-Hefts in den letzten 2 Wochen ungefähr verbracht?

Bitte geben Sie die Zeit, so gut Sie sich erinnern können, in Minuten an.

Anhang D

T-Test für unabhängige Stichproben – Drop-Out-Analyse

Vergleich der Scores zum ersten Erhebungszeitpunkt zwischen jenen Teilnehmenden, die beim zweiten Erhebungszeitpunkt nicht mehr teilgenommen haben und jenen Teilnehmenden, die an beiden Erhebungszeitpunkt teilgenommen haben

	t	df	p
„Finden, Verstehen und Beurteilen“	-0.925	62	0.358
„Psychische Gesundheitskompetenz (Fähigkeiten)“	1.028	62	0.308
„Psychische Gesundheitskompetenz (Wissen und Einstellungen)“	0.107	62	0.915

T-Test für unabhängige Stichproben – Vergleich online vs. präsent bei indirekter Veränderungsmessung

Vergleich der Scores der drei Skalen der psychischen Gesundheitskompetenz zum zweiten Erhebungszeitpunkt zwischen den Teilnehmenden aus den online und den präsent abgehaltenen Lehrveranstaltungen.

	t	df	p
„Finden, Verstehen und Beurteilen“	-1.186	42	0.242
„Psychische Gesundheitskompetenz (Fähigkeiten)“	1.844	42	0.072
„Psychische Gesundheitskompetenz (Wissen und Einstellungen)“	0.447	42	0.657

Mann-Whitney-U-Test – Vergleich online vs. präsent bei direkter

Veränderungsmessung

Vergleich der Werte der Items zur direkten Veränderungsmessung zwischen den Teilnehmenden aus den online und den präsent abgehaltenen Lehrveranstaltungen

	W	p
Finden	222.000	0.986
Verstehen	257.000	0.292
Beurteilen	239.000	0.618
Erkennen	214.000	0.847
Umgang	231.000	0.771
Wissen	230.500	0.751

T-Test für unabhängige Stichproben – Vergleich der Lesezeiten zwischen den Teilnehmenden aus den online und den präsent abgehaltenen Lehrveranstaltungen

	t	df	p
Zeit	-0.170	42	0.866

Pearsons Korrelationen der Lesezeiten mit den Scores der drei Skalen der psychischen Gesundheitskompetenz zum ersten Erhebungszeitpunkt

	Pearsons r	p
Lesezeit - „Finden, Verstehen und Beurteilen“	0.343	0.023
Lesezeit - „Psychische Gesundheitskompetenz (Fähigkeiten)“	0.239	0.119
Lesezeit - „Psychische Gesundheitskompetenz (Wissen und Einstellungen)“	-0.130	0.402