

Diabetes-sensible Pädagogik

Ein Leitfaden für Lehrkräfte und Schulleitungen



Bei dieser Handreichung handelt es sich um eine Unterstützung für Lehrkräfte, die in Zusammenarbeit mit den beteiligten Schulen im Rahmen des **Startchancen-Programms** erstellt wurde.

Impressum

Herausgeber

Staatliches Schulamt Mittelthüringen
Schwanseestraße 9
99423 Weimar

Tel. +49 3643 884-110
Fax +49 3643 884-122

startchancen.mitte@schulamt.thueringen.de
<https://schulamt.thueringen.de/mitte/startchancen>

Redaktion

Projektleitung: Mathias Röhm

Mitwirkende: SbbS 6 für Gesundheit und Soziales Erfurt, Marie-Elise-Kayser-Schule;
SbbZ Weimar Janusz Korczak, Kompetenzzentrum für Gesundheit, Soziales und Technik

Redaktionsschluss: 24.03.2026

Bildquelle

Alle Bilder: ChatGPT Images

Vorwort

Der Schulalltag stellt für Kinder mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus eine besondere Herausforderung dar. Lehrkräfte, pädagogisches Personal und Mitschülerinnen und Mitschüler stehen häufig vor der Aufgabe, mit dieser Erkrankung sensibel, informiert und verantwortungsvoll umzugehen – und das in einem Umfeld, welches ohnehin hohen pädagogischen, sozialen und organisatorischen Anforderungen unterliegt.

Gerade im Rahmen des Startchancen-Programms, das Schulen in sozial herausfordernden Lagen gezielt stärkt, zeigt sich, wie wichtig eine inklusive, gesundheitsbewusste und chancengerechte Schulentwicklung ist. Kinder mit Diabetes benötigen nicht nur medizinische Aufmerksamkeit, sondern auch ein unterstützendes schulisches Umfeld, das Sicherheit, Verständnis und Teilhabe ermöglicht. Hier setzt das Projekt „Diabetes in Schule“ an: Es möchte Wissen vermitteln, Handlungssicherheit schaffen und Brücken zwischen Gesundheit und Bildung schlagen.

Die Notwendigkeit einer solchen Veröffentlichung ergibt sich aus der wachsenden Zahl betroffener Schülerinnen und Schüler sowie dem klaren Bedarf an praxistauglichen Informationen und Unterstützungsangeboten für Schulen. Lehrkräfte sowie Schulbegleiterinnen und Schulbegleiter benötigen klare Orientierung, wie sie im Alltag auf die Bedürfnisse von Kindern mit Diabetes eingehen können – ohne Unsicherheiten, Überforderung oder Missverständnisse.

Dieses Projekt wurde mit Unterstützung künstlicher Intelligenz entwickelt und ausgearbeitet. Die Nutzung von KI ermöglichte eine effiziente Zusammenführung wissenschaftlicher Erkenntnisse, pädagogischer Perspektiven und praktischer Handlungsempfehlungen. Damit steht das Projekt zugleich beispielhaft für innovative Bildungsentwicklung im digitalen Zeitalter – wo Technologie und Mensch gemeinsam Lösungen für reale Herausforderungen schaffen.

Wir hoffen, dass diese Veröffentlichung einen Beitrag dazu leistet, Bewusstsein zu schaffen, Kompetenzen zu stärken und Schulen dabei zu unterstützen, allen Kindern gerechte Bildungschancen zu ermöglichen, unabhängig davon, welche gesundheitlichen Voraussetzungen vorliegen.



Mathias Röhm
Programmleiter

Inhalt

1. Einleitung	5
2. Medizinische Grundlagen	5
3. Soziologische Perspektiven	8
4. Rechtliche Grundlagen – Bundesrecht und Thüringen	10
5. Didaktische Konsequenzen für die Grundschule und den Hort	12
6. Didaktische Konsequenzen für die Sekundarstufe I.....	16
7. Ausblick auf die Sekundarstufe II und berufsbildende Schulen	19
8. Organisatorische Umsetzung in der Schule	22
9. Qualitätssicherung und Evaluation	26
10. Schlussfolgerung.....	28
11. Quellenverzeichnis.....	30

1. Einleitung

Diabetes mellitus gehört weltweit zu den häufigsten chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter und stellt betroffene Familien sowie Bildungseinrichtungen vor erhebliche Herausforderungen. In Deutschland leben nach Angaben der Diabetes-Surveillance des Robert Koch-Instituts (RKI) rund 34.600 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren mit Typ-1-Diabetes. Jährlich kommen etwa 4.100 Neuerkrankungen hinzu (RKI, 2022). Zwar ist Typ-2-Diabetes in dieser Altersgruppe seltener, jedoch zeigen die Erhebungen der letzten Jahre einen deutlichen Anstieg, insbesondere in sozial benachteiligten Gruppen und bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund (RKI, 2024). Die Prävalenzdaten verdeutlichen, dass nahezu jede Schule regelmäßig mit der Betreuung von Schülerinnen und Schülern mit Diabetes konfrontiert ist.

Das Ziel einer diabetes-sensiblen Pädagogik besteht darin, allen betroffenen Kindern und Jugendlichen eine sichere, gleichberechtigte und Stigma arme Teilhabe am schulischen Leben zu ermöglichen. Dabei geht es nicht nur um die Gewährleistung medizinischer Sicherheit, sondern ebenso um die Förderung von Autonomie, Selbstmanagement und psychosozialen Wohlbefinden. Schulen haben somit eine doppelte Verantwortung: Sie müssen einerseits ihre Fürsorgepflicht erfüllen und akute Risiken beherrschen, andererseits dürfen sie keine Barrieren aufbauen, die eine gleichberechtigte Bildungsteilnahme erschweren.

Eine diabetes-sensible Pädagogik integriert medizinisches Wissen, rechtliche Vorgaben, soziologische Erkenntnisse und pädagogische Prinzipien zu einem konsistenten Handlungskonzept.



Abb. 1: Ein stabiles Handlungskonzept ist für die diabetes-sensible Pädagogik an Schulen notwendig.

2. Medizinische Grundlagen

Die Grundlage jedes pädagogischen Konzeptes für den Umgang mit Diabetes im schulischen Kontext bildet der aktuelle medizinische Erkenntnisstand. Internationale Leitlinien wie die jährlich aktualisierten Standards of Medical Care in Diabetes der American Diabetes Association (ADA, 2025) oder die Konsensus-Leitlinien der International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD, 2024/25) betonen die zentrale Rolle von Schulen bei der Unterstützung des Selbstmanagements.

Kinder und Jugendliche mit Diabetes müssen ihre Therapie im Schulalltag selbstständig durchführen dürfen und können. Dazu gehören insbesondere das kontinuierliche Tragen von CGM-Sensoren (Continuous Glucose Monitoring), die Nutzung von Insulinpumpen einschließlich moderner hybrider Closed-Loop-Systeme sowie die Mitführung und Nutzung von Smartphones, sofern diese für die Therapie medizinisch erforderlich sind (ADA, 2025; ISPAD, 2025).

2.1 Häufigkeit und Formen des Diabetes im Kindes- und Jugendalter

Im Kindes- und Jugendalter ist der Typ-1-Diabetes die mit Abstand häufigste Form des Diabetes mellitus. Er entsteht durch eine autoimmun vermittelte Zerstörung der insulinproduzierenden Betazellen in der Bauchspeicheldrüse. Daraus resultiert ein absoluter Insulinmangel, der lebenslang eine Insulintherapie erforderlich macht. Typische Symptome sind starker Durst, vermehrter Harndrang, Gewichtsverlust und Müdigkeit. Ohne rechtzeitige Behandlung kann eine diabetische Ketoazidose entstehen – eine lebensbedrohliche Stoffwechsellentgleisung mit Übersäuerung des Blutes (ISPAD, 2024/25). In Deutschland sind nach Schätzungen des Robert Koch-Instituts etwa 34.600 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren betroffen (RKI, 2022).

Neben Typ-1 tritt zunehmend auch Typ-2-Diabetes bei Jugendlichen auf. Während es bei Erwachsenen die häufigste Form darstellt, bleibt es bei Kindern bislang selten, zeigt aber einen klaren Zuwachs. Typ-2-Diabetes entsteht durch eine Kombination aus Insulinresistenz und relativer Insulinsekretionsschwäche. Risikofaktoren sind Übergewicht, Bewegungsmangel und familiäre Vorbelastung. Besonders gefährdet sind Jugendliche aus sozioökonomisch benachteiligten Familien sowie Jugendliche mit Migrationshintergrund (RKI, 2024). Therapeutisch stehen im Jugendalter eine Lebensstilmodifikation (Ernährung, Bewegung) sowie eine Insulintherapie (bei Bedarf) im Vordergrund.

Eine weitere Gruppe stellen die sogenannten MODY-Diabetesformen (Maturity Onset Diabetes of the Young) dar. Dabei handelt es sich um genetisch bedingte, monogene Diabetesvarianten, die im Kindes- oder Jugendalter auftreten können. Diese sind zwar selten, aber für den schulischen Kontext relevant, da nicht immer eine Insulintherapie erforderlich ist. Je nach Subtyp kann eine Behandlung mit oralen Sulfonylharnstoffen ausreichend sein (ISPAD, 2024/25). Da MODY-Diabetes häufig zunächst fehldiagnostiziert wird, werden betroffene Kinder oftmals wie Typ-1-Diabetiker behandelt, bis eine genetische Untersuchung Klarheit bringt.

Schließlich können auch sekundäre Diabetesformen im Kindesalter auftreten, etwa als Folge anderer Erkrankungen (z. B. Mukoviszidose oder nach Organtransplantationen) oder durch Medikamente wie Kortison. Auch wenn diese Formen selten sind, verdeutlichen sie, dass Pädagogische Fachkräfte im schulischen Umfeld nicht ausschließlich mit Typ-1 konfrontiert sind, sondern auch auf atypische Krankheitsverläufe vorbereitet sein sollten.



Abb. 2: Selbstmanagement von Diabetes im Schulalltag

2.2 Akute Komplikationen – Hypoglykämie und Hyperglykämie

Von besonderer Bedeutung im schulischen Alltag ist das Management akuter Stoffwechsellage. Hypoglykämien (Unterzuckerungen) stellen die häufigste und zugleich unmittelbar gefährlichste Komplikation dar.

- Leichte Hypoglykämien können durch die Gabe von schnell wirksamen Kohlenhydraten (z. B. Traubenzucker, Saft) behandelt werden. Nach etwa 15 Minuten sollte eine erneute Blutzuckerkontrolle erfolgen.
- Schwere Hypoglykämien gehen mit Bewusstlosigkeit oder Krampfanfällen einher und stellen eine akute Notfallsituation dar. Hier gilt die Gabe von Glukagon als Standardmaßnahme. Während frühere Glukagon-Präparate als Injektionen schwer handhabbar waren, steht seit 2019 mit dem nasalen Glukagon (z. B. Baqsimi®) eine einfach applizierbare Alternative zur Verfügung, die speziell für die Anwendung durch Laien – einschließlich schulischen Personals – entwickelt wurde (EMA, 2019; Porcellati et al., 2021). Damit haben Schulen ein praktikables Instrument für Notfälle.

Auch Hyperglykämien (Überzuckerungen) müssen berücksichtigt werden. Sie entstehen durch Insulinmangel, etwa wenn eine Insulingabe vor der Mahlzeit vergessen wurde oder technische Probleme an der Pumpe auftreten. Anhaltende oder sehr hohe Werte können zu einer diabetischen Ketoazidose führen. Frühzeichen sind Übelkeit, Bauchschmerzen, Azetongeruch der Atemluft und schnelle Atmung. Pädagogisches Personal sollte diese Anzeichen kennen und wissen, wann sofort ärztliche Hilfe erforderlich ist (ISPAD, 2025).

2.3 Bewegung, Ernährung und Alltag in der Schule

Neben der Akutversorgung sind die chronischen Anforderungen entscheidend. Moderne Therapien ermöglichen Kindern und Jugendlichen eine hohe Lebensqualität, setzen aber verlässliche Routinen voraus. Bewegung ist nicht nur allgemein gesundheitsförderlich, sondern Teil der Therapie. Die ADA empfiehlt mindestens 60 Minuten körperliche Aktivität pro Tag (ADA, 2025). Schulen, die Bewegung aktiv fördern und gleichzeitig flexible Strukturen für Kohlenhydrataufnahme und Insulinanpassung bereitstellen, tragen entscheidend zur Stoffwechselkontrolle und zum Wohlbefinden bei.

Ein besonderes Augenmerk gilt dabei den Mahlzeitenrhythmen und der Insulinanpassung. Kinder mit Diabetes müssen ihre Kohlenhydrataufnahme kalkulieren, bevor sie Insulin spritzen oder per Pumpe abgeben. Flexible Pausenregelungen, Möglichkeiten zur Blutzuckermessung im Unterricht sowie eine verständnisvolle Haltung von Lehrkräften sind daher essenziell.

2.4 Relevanz für die Pädagogik

Alle genannten Diabetesformen haben unterschiedliche medizinische Ursachen, gemeinsam ist ihnen jedoch die Notwendigkeit einer strukturierten Behandlung, die den Alltag in Schule und Hort unmittelbar mitprägt. Für die Pädagogik ist weniger die Unterscheidung der Typen entscheidend, sondern vielmehr:

- akute Situationen wie Hypo- oder Hyperglykämien zu erkennen und adäquat zu reagieren,
- individuelle Therapiepläne zu respektieren,
- die Selbstständigkeit der Kinder zu fördern und
- Teilhabe am schulischen Leben zu sichern.

Ein Grundverständnis der verschiedenen Diabetesformen ist dennoch hilfreich, um Gespräche mit Eltern, Ärztinnen und Ärzten sowie den betroffenen Schülerinnen und Schülern fachlich korrekt und respektvoll führen zu können.

3. Soziologische Perspektiven

Eine rein medizinische Betrachtung greift für das Verständnis von Diabetes im schulischen Kontext zu kurz. Zahlreiche Studien belegen, dass psychosoziale Faktoren einen wesentlichen Einfluss auf das Diabetesmanagement und die gesundheitlichen Outcomes haben. Besonders bedeutsam ist dabei das Phänomen des Diabetes-Stigmas. Jugendliche, die sich stigmatisiert fühlen, berichten häufiger von Depressivität, Angststörungen und einem verminderten Selbstwertgefühl. Darüber hinaus zeigen sie schlechtere HbA1c-Werte und eine erhöhte Rate akuter Komplikationen (Eitel et al., 2023; Guo et al., 2023; Luo et al., 2025).

Für Schulen ergibt sich daraus die Aufgabe, nicht nur Schutzräume vor Diskriminierung bereitzustellen, sondern aktiv Anti-Stigma-Arbeit in ihr pädagogisches Konzept zu integrieren.

3.1 Maßnahmen zur Reduktion von Stigmatisierung

Die Reduktion von Stigmatisierung erfordert im schulischen Alltag konkrete und niederschwellige Maßnahmen. Ein wichtiger Ansatzpunkt ist die sprachliche Sensibilität. Lehrkräfte und pädagogische Fachkräfte sollten konsequent Person-first-Formulierungen verwenden, beispielsweise von „Schülerinnen und Schülern mit Diabetes“ sprechen statt von „Diabetikern“. Diese Ausdrucksweise rückt die Person in den Vordergrund und reduziert die Reduktion auf die Krankheit (Eitel et al., 2023).

Ein zweiter Baustein sind gezielte Peer-Informationen. Mit Zustimmung der Eltern kann in einer kurzen, sachlichen Einheit erklärt werden, was Diabetes bedeutet, welche Alltagshandlungen dazugehören und was im Notfall zu tun ist. Beispielsweise könnte eine Klassenlehrerin in der dritten Klasse mithilfe eines Bilderbuchs oder einer kurzen Präsentation verdeutlichen, dass Blutzuckermessungen oder das Tragen einer Insulinpumpe ein normaler Teil des Lebens vieler Kinder sind. Diese Peer-Education wirkt präventiv gegen Gerüchte, fördert Empathie und senkt das Risiko von Hänseleien (Cogen et al., 2024).

Darüber hinaus ist Partizipation zentral. Schülerinnen und Schüler mit Diabetes sollen selbst entscheiden dürfen, ob und wie sie ihre Mitschülerinnen und Mitschüler informieren möchten. Manche Kinder bevorzugen eine kurze Demonstration ihres Messgeräts, andere möchten nur allgemeine Hinweise geben. Dieses Mitspracherecht ist ein Beitrag zum Empowerment und fördert die Selbstwirksamkeit.

Ein praktisches Instrument zur Stigma-Reduktion ist zudem die Integration von Gesundheitsthemen in den Unterricht. Im Biologieunterricht können die Themen Hormone oder Stoffwechsel genutzt werden, um Diabetes als Beispiel einer gut behandelbaren chronischen Erkrankung zu thematisieren. In Ethik oder Sozialkunde wiederum lassen sich Fragen von Inklusion und Fairness diskutieren (Guo et al., 2023).



Abb. 3: Passende Maßnahmen in der Schule können zur Reduktion von Stigmatisierung führen.

3.2 Soziale Ungleichheit

Ein weiterer zentraler Aspekt ist die soziale Ungleichheit. Zahlreiche Studien belegen, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien seltener moderne Technologien wie CGM oder Insulinpumpen nutzen und häufiger schlechtere Stoffwechselwerte aufweisen (Mönkemöller et al., 2019; Addala et al., 2020; Auzanneau et al., 2023). Dies hängt mit unterschiedlichen Faktoren zusammen, darunter finanzielle Ressourcen, digitale Kompetenzen, Sprachbarrieren und der Zugang zum Gesundheitssystem.

Schulen können diese Disparitäten zwar nicht vollständig aufheben, jedoch kompensatorische Strategien entwickeln. Dazu gehören beispielsweise die Bereitstellung kostenloser Snacks für Hypoglykämie-Situationen, die Unterstützung bei der Beantragung von Nachteilsausgleichen oder die Vermittlung an sozialpädiatrische Zentren. Ebenso wichtig sind institutionelle Schutzstrukturen. Wenn eine Schule beispielsweise verbindlich festlegt, dass medizinische Pausen in Klassenarbeiten nicht als Täuschungsversuch gelten und dies transparent kommuniziert, signalisiert sie betroffenen Schülerinnen und Schülern Rückendeckung und Normalisierung ihrer Bedürfnisse.

3.3 Psychische Gesundheit und Empowerment

Darüber hinaus darf die psychische Gesundheit nicht vernachlässigt werden. Jugendliche mit Diabetes haben ein erhöhtes Risiko für Diabetes-Distress, eine spezifische Form emotionaler Belastung durch die ständige Krankheitsbewältigung. Schulsozialarbeit und schulpsychologische Dienste sollten in enger Kooperation mit diabetologischen Teams stehen, um niedrigschwellige Unterstützungsangebote bereitzustellen.

Auch digitale Peer-Support-Formate, etwa moderierte Chatgruppen oder Peer-Mentoring durch ältere Schülerinnen und Schüler, haben sich als wirksam erwiesen, um Stigmatisierung zu reduzieren, Selbstermächtigung zu fördern und das Gefühl von Gemeinschaft zu stärken (Luo et al., 2025).

4. Rechtliche Grundlagen – Bundesrecht und Thüringen

Das deutsche Schulwesen ist föderal organisiert, sodass die rechtlichen Grundlagen für eine diabetes-sensible Pädagogik auf mehreren Ebenen angesiedelt sind. Auf Bundesebene sind vor allem datenschutzrechtliche Bestimmungen relevant, während die konkrete Ausgestaltung des schulischen Umgangs mit chronisch kranken Kindern durch die jeweiligen Länder erfolgt. Für Thüringen existieren dabei besonders detaillierte Regelungen.

4.1 Bundesrechtliche Vorgaben

Bundesrechtlich ist zunächst die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) von zentraler Bedeutung. Gesundheitsdaten gelten nach Art. 9 DSGVO als besonders schutzwürdig und dürfen in Schulen nur verarbeitet werden, wenn eine ausdrückliche Einwilligung der Sorgeberechtigten

vorliegt oder eine spezifische Rechtsgrundlage gegeben ist. Für die Praxis bedeutet dies, dass schriftliche Einwilligungen eingeholt werden müssen, in denen die Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe relevanter Daten eindeutig geregelt ist (KM Bayern, 2025).

Darüber hinaus sind Hinweise der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) maßgeblich, die Schulen auf ihre Pflichten in Bezug auf Erste Hilfe und Medikamentengabe hinweisen. Lehrkräfte können demnach nach Einweisung Medikamente verabreichen und sind verpflichtet, im Notfall Erste Hilfe zu leisten (DGUV, 2021; DGUV, 2022).

4.2 Landesrechtliche Vorgaben in Thüringen

Für Thüringen enthält das Thüringer Schulgesetz (ThürSchulG) eine Reihe spezifischer Bestimmungen. Nach § 54 haben Schülerinnen und Schüler auch bei längerer Erkrankung ein Recht auf Unterricht, beispielsweise in Form von Hausunterricht. Schulen sind verpflichtet, entsprechende organisatorische Vorkehrungen zu treffen, um dieses Recht umzusetzen (ThürSchulG, 2024).

Besonders praxisrelevant ist die Handreichung des Thüringer Ministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur (TMBWK) zur Medikation von Schülerinnen und Schülern während der Schulzeit. Sie enthält eine Mustervereinbarung zur Medikamentengabe, in der die Einholung ärztlicher Anordnungen, die Benennung geschulter Personen, die sichere Lagerung von Medikamenten und die Dokumentation der Gabe geregelt sind (TMBWK, o. J.-a; TMBWK, o. J.-b). Diese Vorgaben sichern sowohl geplante Medikamentengaben als auch Notfallsituationen, wie die Anwendung von Glukagon, rechtlich ab.

Ein weiterer zentraler Aspekt ist der Nachteilsausgleich. Die Handreichung des TMBWK von 2022 konkretisiert § 59 der Thüringer Schulordnung und nennt explizit Maßnahmen wie Zeitverlängerungen, zusätzliche Pausen, separate Räume oder die Zulassung medizinischer Geräte. Damit wird sichergestellt, dass Leistungserhebungen ihren Anforderungsgehalt behalten, gleichzeitig aber gesundheitliche Beeinträchtigungen ausgeglichen werden (TMBWK, 2022).

4.3 Datenschutz im Schulkontext

Zum Datenschutz enthält § 57 ThürSchulG spezifische Bestimmungen zur Verarbeitung personenbezogener Daten im Schulbereich. Ergänzende FAQ des Thüringer Landesbeauftragten für den Datenschutz (TLfDI) sowie des TMBWK geben detaillierte Hinweise zum Umgang mit Gesundheitsdaten. Für die Praxis bedeutet dies, dass Zugriffsrechte auf den individuellen Diabetes-Management-Plan (IDMP) und auf schulische Notfallpläne klar geregelt sein müssen. Zudem dürfen Informationen nur in dem Umfang verarbeitet werden, der für die Sicherheit der betroffenen Schülerinnen und Schüler erforderlich ist (TLfDI, n. d.; TMBWK, 2025).

4.4 Unterstützende Strukturen

Zur Unterstützung stellen die Unfallkasse Thüringen (UKT) sowie weitere landesweite Institutionen Materialien zur Verfügung. Diese beinhalten Checklisten, Musterpläne und Hinweise zur Gefährdungsbeurteilung, die Schulen bei der Qualitätssicherung und bei der Implementierung einer diabetes-sensiblen Pädagogik nutzen können (UKT, 2022).

5. Didaktische Konsequenzen für die Grundschule und den Hort

Die Grundschule und der Hort bilden die ersten schulischen Erfahrungsräume für Kinder mit Diabetes. Neben dem Erwerb grundlegender Kompetenzen steht hier besonders die Entwicklung von Routinen im Umgang mit der eigenen Erkrankung im Vordergrund. Viele Kinder im Grundschulalter leben erst wenige Jahre mit der Diagnose und benötigen deshalb eine enge Begleitung durch Lehrkräfte, pädagogische Fachkräfte und Eltern. Schulen sind daher gefordert, Strukturen zu schaffen, die einerseits Sicherheit gewährleisten und andererseits die schrittweise Entwicklung von Autonomie ermöglichen.

Ein zentrales Leitbild für Grundschule und Hort ist die sichere, stigma-arme und gleichberechtigte Teilhabe von Kindern mit Diabetes im gesamten Schul- und Hortalltag. Alle Maßnahmen orientieren sich am individuellen Diabetes-Management-Plan (IDMP) und respektieren das Selbstmanagement des Kindes. Medizinische Entscheidungen verbleiben bei den Sorgeberechtigten und dem Diabetesteam, während die pädagogischen Fachkräfte die dafür notwendigen Rahmenbedingungen schaffen. Der Fokus liegt auf praxistauglichen Routinen, klaren Zuständigkeiten, verlässlicher Kommunikation und einer wertschätzenden Schulkultur.

5.1 Aufnahmeprozess, Erstgespräch und IDMP

Spätestens zwei Wochen vor Schuljahresbeginn findet ein strukturiertes Erstgespräch statt. Beteiligt sind Eltern und Kind, Klassenleitung, Hort, gegebenenfalls die Schulsozialarbeit und die Schulgesundheitsfachkraft (wenn vorhanden). Ziel ist die einvernehmliche Festlegung von Routinen und Notfallabläufen, die im IDMP dokumentiert werden. Dieser wird mindestens einmal pro Jahr oder nach Therapieänderungen aktualisiert. Inhalte sind unter anderem eingesetzte Therapietechnik (CGM, Pumpe, Hybrid-Closed-Loop, Pen), Alarmverhalten und zulässige Smartphone-Nutzung, Zielbereiche, typische Warnzeichen, bevorzugte Hypo-Snacks, Notfallmedikation und deren Aufbewahrungsorte, Tagesstruktur mit Essens- und Bewegungszeiten, Sporttage, Übergaberoutinen in den Hort, Vertretungsregelungen, Nachteilsausgleich in Leistungssituationen sowie Datenschutzfragen.

5.2 Tagesroutinen im Unterricht und im Hort

Routinen schaffen Sicherheit. Eine alltagstaugliche Morgenroutine beinhaltet ein optional diskretes Check-in, die Sichtbarkeit der Hypo-Box sowie die Erreichbarkeit von Wasser und Material. Im Unterricht müssen Essen und Trinken zur Hypoglykämie-Prävention jederzeit erlaubt

sein. Medizinische Pausen von wenigen Minuten erfolgen unkommentiert, Blutzuckermessungen oder CGM-Scans sind am Platz möglich und Alarme gelten als medizinische Signale, nicht als Handyverstöße. Die Übergabe in den Hort erfolgt kurz und strukturiert: Befinden oder Trend, geplante Aktivität und Snackplan werden kommuniziert. Am Nachmittag, wenn körperliche Aktivität zunimmt, stehen Snacks bereit und Pausen sind jederzeit möglich. Bei Ausflügen werden IDMP und Notfallset mitgeführt. Mindestens zwei eingewiesene Erwachsene begleiten die Gruppe.



Abb. 4: Routinen, Bewegung oder medizinische Pausen sind Beispiele für eine diabetes-sensible Pädagogik in Grundschule und Hort.

5.3 Didaktische Gestaltung: Unterricht, Sozialklima und Stigma-Reduktion

Zur Förderung eines positiven Klassenklimas werden Unterrichtsinhalte altersgerecht eingebettet. Dies kann über kurze Einheiten im Sachunterricht (z. B. Energie, Bewegung, warum manche Kinder Pumpe oder Sensor tragen), Leseförderung mit Geschichten zu Vielfalt und chronischen Erkrankungen oder Gesprächsrunden zu Fairness und Hilfeverhalten erfolgen. Mit Zustimmung der Eltern kann eine kurze Einführung stattfinden, in der erklärt wird, was Diabetes bedeutet, wie Unterzuckerung aussieht und wie Mitschülerinnen und Mitschüler im Notfall helfen können. Dies trägt zur Stigma-Vermeidung bei und stärkt die Klassengemeinschaft. Klassenregeln sollten klar formuliert sein, etwa das medizinische Pausen erlaubt sind und nicht kommentiert werden. Zudem darf das Kind selbst entscheiden, welche Informationen geteilt werden (Eitel et al., 2023; Cogen et al., 2024).

5.4 Notfallmanagement: Hypo- und Hyperglykämie

Ein zentrales Element ist die Hypo-Box im Klassen- oder Gruppenraum. Diese enthält Traubenzucker, Saft, kohlenhydrathaltige Riegel, Einmalhandschuhe, Becher und eine Notfallkarte. Sie dient als erste Anlaufstelle im Fall der Unterzuckerung. Auch ist ein Gerät zur Bestimmung des Blutzuckers sinnvoll, um eine etwaige Verbesserung kontrollieren zu können. Lehrkräfte und pädagogisches Personal sind geschult und überprüfen die Box regelmäßig.

- Bei leichter Hypoglykämie werden 10–20 g schnelle Kohlenhydrate verabreicht und nach 15 Minuten kontrolliert.
- Bei Bewusstlosigkeit oder Krampf wird – nach ärztlicher Anordnung – Glukagon verabreicht, der Notruf 112 gewählt, das Kind in die stabile Seitenlage gebracht und nicht allein gelassen.
- Bei Hyperglykämie sind Wasser, gegebenenfalls Korrekturmaßnahmen nach IDMP und eine Information an die Eltern notwendig. Verschlechtert sich der Zustand, wird ebenfalls der Notruf abgesetzt.

In jedem Fall erfolgen eine kurze Dokumentation und eine Information an Eltern oder Ansprechpersonen.

5.5 Leistungssituationen und Nachteilsausgleich

Auch in Leistungssituationen müssen Kinder mit Diabetes gleichberechtigt teilhaben können. Medizinische Pausen dürfen eingelegt werden, ohne dass dies zu Nachteilen führt. Tritt eine akute Hypo- oder Hyperglykämie auf, wird die Arbeitszeit verlängert oder ein Nachschreibetermin ermöglicht. Dies entspricht dem Grundgedanken des Nachteilsausgleichs, wie er in den rechtlichen Grundlagen beschrieben ist (TMBWK, 2022).

5.6 Sport, Bewegung und Pausen

Kinder mit Diabetes nehmen grundsätzlich an allen sportlichen Aktivitäten teil. Hierfür werden Pausenfenster für die Messung oder Kohlenhydratzufuhr eingeplant. Wasser und schnelle Kohlenhydrate sind erlaubt und jederzeit verfügbar. Der Sensor oder die Pumpe werden gegebenenfalls mechanisch gesichert. Vor intensiven Einheiten wird eine Kohlenhydrat-Strategie besprochen, nach dem Sport erfolgt eine Beobachtung von Werten und Trends (ADA, 2025).

5.7 Ausflüge und Projekttag

Spätestens eine Woche vor einem Ausflug wird eine Kurzplanung erstellt. Diese umfasst Zuständigkeiten, Material (Hypo-Box, Glukagon, Ersatzmaterial, Snacks, Wasser), Notfallkontakte und Treffpunkte. Mindestens zwei eingewiesene Erwachsene führen das Notfallset. Essenszeiten und Bewegungsphasen werden mit Kind und Eltern abgestimmt.

5.8 Kommunikation, Zusammenarbeit und Datenschutz

Übergaben an den Hort erfolgen strukturiert, definierte Kontaktwege und Vertretungsregeln sichern Verlässlichkeit. Gesundheitsdaten werden nur im notwendigen Umfang verarbeitet, schriftliche Einwilligungen der Sorgeberechtigten liegen vor. Medizinische Ausnahmen zur Handynutzung (z. B. CGM-Alarm) sind in der Schulordnung dokumentiert (KM Bayern, 2025; TMBWK, 2025).

5.9 Rollen, Zuständigkeiten, Fortbildung und Qualitätssicherung

Das Diabetes-Ansprechteam, bestehend aus Klassenleitung, Hort, Sekretariat sowie gegebenenfalls Schulsozialarbeit oder Schulgesundheitsfachkraft, koordiniert Schulungen, prüft regelmäßig die Hypo-Boxen und aktualisiert IDMPs. Ein jährliches Notfalltraining (30-45 Minuten) sowie eine Basisschulung (60-90 Minuten) sichern die Handlungsfähigkeit des Kollegiums. Zur Qualitätssicherung werden pro Quartal Kennzahlen wie der Anteil vollständiger Hypo-Boxen, die Zahl geschulter Mitarbeitender und die Aktualität der IDMPs erhoben sowie im Team besprochen (UKT, 2022).

5.10 Best-Practice-Fall: „Lara in der 3. Klasse“

Ein praktisches Beispiel bietet Lara, acht Jahre alt, Schülerin einer Thüringer Grundschule, die seit ihrem sechsten Lebensjahr mit Typ-1-Diabetes lebt und sowohl CGM als auch Insulinpumpe nutzt. Gemeinsam mit Eltern, Klassenlehrerin, Horterzieherin und Schulgesundheitsfachkraft wurde ein individueller Diabetes-Management-Plan erstellt.

- Im Unterricht darf Lara jederzeit essen und trinken. Alarmer ihres CGM werden unkommentiert akzeptiert. Klassenregeln schreiben vor: „Medizinische Pausen sind erlaubt – wir kommentieren nicht.“
- Im Sachunterricht wird Diabetes beiläufig thematisiert, Lara entscheidet selbst, ob sie Geräte zeigt.
- Im Hort achtet die Erzieherin vor dem Spielen im Freien auf mögliche Snacks, eine eigene Hypo-Box ist vorhanden.
- Bei Ausflügen wird das Notfallset mitgeführt, zwei Erwachsene sind in der Anwendung von Glukagon geschult.

Dieses Beispiel verdeutlicht, wie durch klare Routinen, sprachliche Sensibilität, Partizipation und ein verlässliches Notfallmanagement eine inklusive Schulkultur geschaffen wird, die Sicherheit, Selbstermächtigung und Teilhabe zugleich ermöglicht.

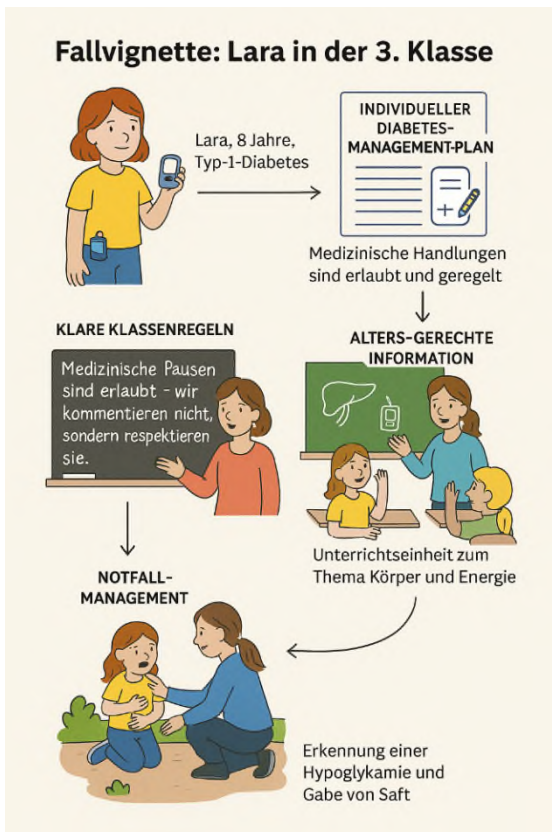


Abb. 5: Best-Practice für Lara – wie das Mädchen optimal mit ihrem Diabetes in der Schule unterstützt werden kann.

6. Didaktische Konsequenzen für die Sekundarstufe I

In der Sekundarstufe I, welche in Thüringen die Klassenstufen 5 bis 10 umfasst, rücken Autonomie, Identitätsentwicklung und die soziale Einbettung von Jugendlichen zunehmend in den Vordergrund. Für Schülerinnen und Schüler mit Typ-1-Diabetes bedeutet dies, dass das selbstständige Management der Erkrankung – etwa die Bedienung einer Insulinpumpe, das Scannen eines Sensors oder die Einnahme von Snacks – selbstverständlich im schulischen Alltag ermöglicht werden muss. Medizinisch notwendige Handlungen dürfen nicht sanktioniert, sondern als reguläre Bestandteile des Lern- und Lebensraums Schule verstanden werden. Um dies verbindlich abzusichern, ist es sinnvoll, entsprechende Ausnahmen in Klassen- und Prüfungsordnungen sowie in individuellen Diabetes-Management-Plänen (IDMP) festzuhalten.

Zentrales Leitbild für die Sekundarstufe I ist eine normalisierte, stigma-arme Teilhabe: Schülerinnen und Schüler sollen in allen schulischen Bereichen – vom Unterricht über Prüfungen bis hin zu Sport, Arbeitsgemeinschaften, Exkursionen und Klassenfahrten – gleichberechtigt mitwirken können. Die pädagogische Aufgabe besteht darin, Selbstmanagement und Sicherheit zugleich zu gewährleisten. Dies schließt klar geregelte Notfallabläufe ebenso ein wie eine Kultur der Wertschätzung und Sensibilität. Lehrkräfte sollten hierbei konsequent eine Person-first-Sprache verwenden („Schülerinnen / Schüler mit Diabetes“) und Kommentare über medizinisch notwendiges Essen oder Trinken vermeiden (Eitel et al., 2023; Guo et al., 2023).

6.1 Alltag und Routinen

Im Unterricht kann diese Haltung durch kleine Routinen sichtbar werden: Kurze medizinische Pausen sind jederzeit erlaubt, CGM- oder Pumpenalarmlarmer werden als medizinische Signale behandelt, und bei Bedarf stehen Hypo-Boxen mit schnell wirksamen Kohlenhydraten im Klassenraum bereit.

Auch organisatorisch sind klare Strukturen erforderlich:

- Ein Ansprechpersonen-Team aus Klassen- oder Fachlehrkraft, Sportlehrkraft und Sekretariat sorgt für Kontinuität.
- Für Vertretungsstunden liegt eine kurze Handreichung mit Handlungsanleitungen bereit.
- Der IDMP wird mindestens jährlich sowie bei Therapieänderungen aktualisiert.
- Die notwendigen Einwilligungen der Eltern liegen schriftlich vor (TMBWK, 2025).

6.2 Didaktische Potenziale

Didaktisch bietet die Sekundarstufe I vielfältige Möglichkeiten, Gesundheitskompetenz, Empathie und soziale Verantwortung zu fördern. Im Biologieunterricht können Stoffwechsel, Hormone und chronische Krankheiten behandelt werden. In Ethik oder Sozialkunde können Fragen nach Fairness, Inklusion und sozialer Gerechtigkeit Thema sein. Auch Fächer wie Deutsch oder Mathematik lassen sich sinnvoll einbinden, etwa durch Schreibaufgaben zum Perspektivwechsel oder durch die Arbeit mit anonymisierten Sensordaten zur Förderung von Datenkompetenz. Solche fächerübergreifenden Zugänge tragen dazu bei, Wissen aufzubauen, Vorurteile abzubauen und Stigmatisierung zu reduzieren (Guo et al., 2023; Luo et al., 2025).

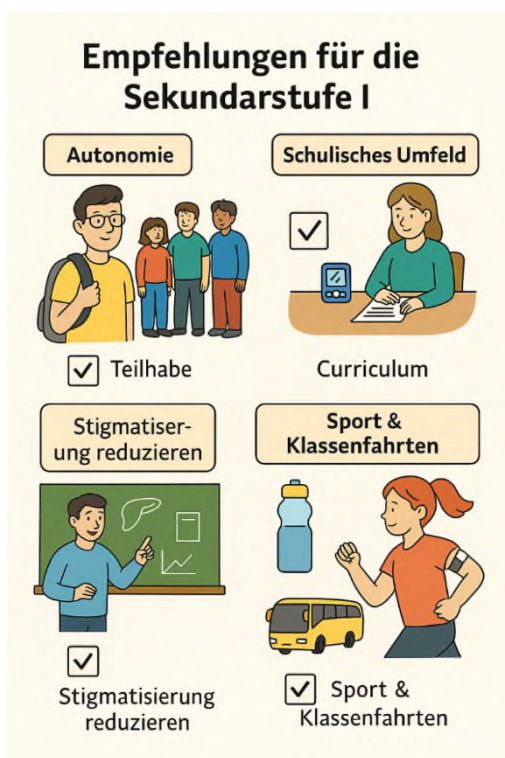


Abb. 6: In der Sekundarstufe 1 lernen Jugendliche, selbstständig mit ihrem Diabetes umzugehen.

6.3 Besonderheiten im Sportunterricht

Besondere Aufmerksamkeit erfordert der Sportunterricht. Hier müssen Lehrkräfte flexible Pausen ermöglichen, Snacks oder Getränke jederzeit zulassen und individuelle Belastungs- und Kohlenhydratstrategien berücksichtigen. Der Schutz von Sensoren und Pumpen kann durch Tape oder Sportbänder erfolgen. Bei intensiven Sportarten oder Kontaktsport sind gegebenenfalls alternative Sicherungen zu wählen. Ergänzend gilt es, Mess- und Snackfenster festzulegen und den Zugang zu Wasser sowie schnellen Kohlenhydraten zu sichern (ADA, 2025).

6.4 Exkursionen und Klassenfahrten

Auch für Exkursionen und Klassenfahrten sind klare Strukturen erforderlich. Schon in der Planungsphase müssen Verantwortlichkeiten, Materiallisten und Notfallkontakte definiert werden. Das Mitführen von nasalem Glukagon ist obligatorisch; mindestens zwei begleitende Erwachsene müssen in dessen Anwendung geschult sein. Darüber hinaus ist die Lagerung von Insulin, die Mitnahme von Ersatzmaterialien und die Absicherung durch Kühlmöglichkeiten zu organisieren. Während der Fahrt sollten medizinische Pausen unaufgeregt integriert und dokumentiert werden, ohne den Ablauf für die gesamte Gruppe zu unterbrechen.

6.5 Prüfungen und Leistungsbewertung

Ein weiterer zentraler Bereich betrifft Prüfungen und Leistungsbewertung. Medizinisch notwendige Pausen dürfen hier nicht als Täuschungsversuch gewertet werden, sondern müssen durch Zeitpuffer oder Nachschreibeoptionen ausgeglichen werden. Ein Sichtkontrollverfahren für Geräte (z. B. Smartphone im Flugmodus, CGM-App sichtbar) schafft Transparenz und verhindert Missverständnisse. Die Regeln sind vorab im IDMP und in Prüfungsinformationen festzuhalten, sodass alle Beteiligten Sicherheit haben (TMBWK, 2022).

6.6 Prävention von Stigmatisierung und Empowerment

Die Prävention von Stigmatisierung und die Förderung von Empowerment sind in der Sekundarstufe I besonders wichtig, da Jugendliche ein starkes Bedürfnis nach Normalität und Gruppenzugehörigkeit entwickeln. Peer-Informationen sollten nur mit Einverständnis der Betroffenen erfolgen und sich auf sachliche Fakten beschränken. Gleichzeitig können kurze Inputs zu Technik oder Alltag im Sinne von „Co-Expertentum“ stärkend wirken, wenn sie freiwillig erfolgen. Rollenspiele oder Fallkarten in Ethik oder Sozialkunde können dabei helfen, diskriminierende Situationen zu erkennen und Handlungsstrategien gegen Hänseleien zu entwickeln (Cogen et al., 2024; Luo et al., 2025).

6.7 Zusammenfassung

Je unaufgeregter und klarer medizinische Notwendigkeiten in den schulischen Alltag eingebettet sind, desto besser gelingen Sicherheit, Teilhabe und die Ruhe zum Lernen. Ein verbindlicher Rahmen aus Routinen, didaktischen Bausteinen und organisatorischen Standards ermöglicht es Lehrkräften, eine praxisnahe, konsistente Umsetzung sicherzustellen. So wird die Sekundarstufe I zu einem Lern- und Lebensraum, der Selbstverantwortung stärkt, Stigmatisierung vorbeugt und faire Teilhabe für Schülerinnen und Schüler mit Diabetes gewährleistet.

7. Ausblick auf die Sekundarstufe II und berufsbildende Schulen

7.1 Ausgangslage und Leitbild

Mit Eintritt in die Sekundarstufe II oder die berufsbildenden Schulen stehen Jugendliche am Übergang in die Erwachsenenmedizin. Diese Phase ist geprägt von wachsender Selbstverantwortung, intensiven Leistungsphasen und den Übergängen in Ausbildung, Studium oder Beruf. Ziel ist eine sicherheitsorientierte, stigma-arme und rechtssichere Lernumgebung, in der medizinische Erfordernisse selbstverständlich integriert sind – im Unterricht, in Prüfungen, in der Fachpraxis, in Werkstätten, Laboren und Betrieben. Pädagogik, Organisation und Prüfungswesen müssen dabei das Selbstmanagement mit CGM, Insulinpumpen und automatisierten Insulin-Dosierungssystemen (AID-Systemen) ermöglichen, klare Abläufe für Notfälle gewährleisten und gleichzeitig die Selbstvertretung der Jugendlichen stärken (ADA, 2025; ISPAD, 2025).



Abb. 7: Medizinische Erfordernisse sind zur Unterstützung der jungen Erwachsenen im Unterricht, in Prüfungen oder in Betrieben zu integrieren.

7.2 Prüfungen und Nachteilsausgleich

In längeren Prüfungen wie beim Abitur oder bei Abschlussprüfungen der Berufsschule ist ein verbindlicher Nachteilsausgleich erforderlich. Dieser umfasst medizinische Pausen von einigen Minuten, die Nutzung medizinischer Geräte sowie pauschale oder ereignisbezogene Zeitverlängerungen. In Einzelfällen kann auch ein separater Raum sinnvoll sein. Alle Verfahren müssen im individuellen Diabetes-Management-Plan (IDMP) dokumentiert und durch Schulleitung oder Prüfungsamt schriftlich bestätigt werden.

Einfache Protokolle, wie die Sichtkontrolle von Geräten oder der Zeitstopp bei Pausen, sichern die Chancengerechtigkeit, ohne den Prüfungsablauf zu stören (TMBWK, 2022). Damit wird gewährleistet, dass Prüfungsanforderungen erhalten bleiben, jedoch gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen fair ausgeglichen werden.

7.3 Organisation im Schulalltag

Ein diabetesfreundliches Schulumfeld in der Sekundarstufe II braucht feste organisatorische Bausteine. Dazu gehört, dass medizinische Pausen jederzeit möglich sind und die Bedienung von CGM und Insulinpumpe als zulässige Ausnahme in der Haus- oder Klassenordnung verankert wird.

- Hypo-Boxen mit Traubenzucker, Saft und Notfallmaterialien sollten in allen relevanten Räumen vorhanden sein.
- Ersatzmaterialien können im Sekretariat hinterlegt werden.
- Ein festes Diabetes-Ansprechteam, bestehend aus Tutoren, Fachlehrkräften, Prüfungs-koordination und Sekretariat, sorgt für klare Zuständigkeiten.
- Für Vertretungssituationen ist ein einseitiges Infoblatt sinnvoll, das schnelle Orientierung bietet.
- Der IDMP wird regelmäßig aktualisiert, Einwilligungen regeln den Datenschutz und die Zugriffsrechte (TMBWK, 2025).

7.4 Unterricht und Didaktik

Im Unterricht ist eine sensible Grundhaltung der Lehrkräfte entscheidend. Eine sachliche, respektvolle Sprache mit Person-first-Formulierungen („Schülerinnen / Schüler mit Diabetes“) ist ebenso wichtig wie der Verzicht auf Kommentare zu Essen oder Trinken (Eitel et al., 2023).

Mikro-Routinen erleichtern das Selbstmanagement, zum Beispiel kurze „Check-Minuten“ vor Leistungssituationen oder unauffällige Handzeichen bei Alarmen. Auch inhaltlich lassen sich Anknüpfungspunkte finden:

- In Biologie können endokrinologische Grundlagen oder der Stoffwechsel thematisiert werden.

- In Politik und Ethik stehen Fragen von Inklusion und Nachteilsausgleich im Mittelpunkt.
- In Mathematik und IT kann die Arbeit mit Zeitreihen oder Trendpfeilen genutzt werden.
- In berufsbildenden Fächern lassen sich Gefährdungsbeurteilungen und Notfallorganisation praxisnah einbeziehen (Guo et al., 2023; Luo et al., 2025).

7.5 Praxislernen und betriebliche Lernorte

Praktika, Werkstattarbeit und duale Ausbildung erfordern besondere Vorkehrungen. Hier ist eine Gefährdungsbeurteilung notwendig, die Pausenregelungen, Notfallmaßnahmen und Geräteschutz einschließt. Persönliche Schutzausrüstung muss mit Sensoren und Pumpen kompatibel sein. Notfallsets sollten an festgelegten Orten verfügbar sein.

Betriebliche Ersthelfende müssen den Notfallplan kennen und in der Lage sein, bei einer Hypoglykämie richtig zu reagieren. Die Kommunikation über die Erkrankung erfolgt nach den Wünschen der Jugendlichen, wobei die Schule bei Formulierungen und Absprachen unterstützen kann (UKT, 2022).

7.6 Sport und leistungsorientierte Aktivitäten

Auch im Sport- und Freizeitbereich müssen klare Strukturen gelten. Vor Unterricht oder Training sollte gemeinsam überprüft werden, welche Intensität geplant ist und wann Snacks sinnvoll sind. Während der Aktivität sind vereinbarte Pausen und eine gute Sicht auf Warnsignale wichtig. Nach dem Sport hilft ein kurzer Trendcheck, um Risiken abzufangen.

Bei Fahrten oder Wettkämpfen muss geklärt sein, welche Person Glukagon mitführt und im Notfall zuständig ist. Diese Regelungen verhindern Unsicherheiten und schaffen Verlässlichkeit für alle Beteiligten (ADA, 2025).

7.7 Lebensplanung und Übergang in die Erwachsenenmedizin

Neben dem Schul- und Ausbildungsalltag treten Fragen der Lebensplanung stärker in den Vordergrund. Jugendliche müssen sich mit dem Erwerb einer Fahrerlaubnis, mit Schichtarbeit oder mit Versicherungsfragen auseinandersetzen. Schulen können hier Unterstützung bieten, etwa durch Projekte zur Berufsorientierung, Kooperationen mit Diabetestteams oder Workshops zur Selbstvertretung.

Rollenspiele oder Kommunikationsübungen helfen, sicher mit Prüfungsämtern, Ausbildern oder Praxisleitungen aufzutreten. Zudem kann die Schule Übergänge in die Erwachsenenmedizin gezielt begleiten, indem sie Kontakte zu weiterführenden diabetologischen Einrichtungen vermittelt und die Jugendlichen auf Eigenverantwortung vorbereitet (ISPAD, 2025).

7.8 Schlussgedanke

In der Sekundarstufe II und in berufsbildenden Schulen entscheidet die unspektakuläre Verlässlichkeit über den Erfolg einer diabetes-sensiblen Pädagogik. Klare Verfahren, dokumentierte Abläufe, geschulte Aufsichten und transparente Kommunikation bieten Sicherheit, Leistungsfähigkeit und echte Autonomie der Jugendlichen. So werden Chancengerechtigkeit und Teilhabe in Prüfungen, im Unterricht, in der Fachpraxis und an betrieblichen Lernorten gewährleistet. Damit gelingt sowohl der Übergang in die Erwachsenenmedizin als auch ein selbstbestimmtes Leben trotz chronischer Erkrankung.

8. Organisatorische Umsetzung in der Schule

Die organisatorische Basis einer diabetes-sensiblen Pädagogik ist der individuelle Diabetes-Management-Plan (IDMP). Dieser wird zu Beginn des Schuljahres in enger Abstimmung mit den Eltern, dem Kind und gegebenenfalls dem Diabetes-Team erstellt. Er enthält wesentliche Angaben zur Therapieform, zu den eingesetzten Technologien, zu Zielwerten, individuellen Warnzeichen, Notfallmaßnahmen sowie zu besonderen Anforderungen in Prüfungen, im Sportunterricht oder auf Exkursionen. Der Plan ist für die direkt verantwortlichen Personen wie die Klassenleitung, die Hortbetreuung oder das Sekretariat zugänglich und wird mindestens einmal jährlich sowie bei Bedarf nach Therapieänderungen aktualisiert (TMBWK, o. J.-a; ThürSchulG, 2024).

8.1 Schulischer Notfallplan

Eng verknüpft mit dem IDMP ist der schulische Notfallplan. Er besteht aus einer einseitigen Übersicht, die in Lehrerzimmern oder Klassenräumen gut sichtbar ausgehängt werden kann. Darin sind die typischen Symptome einer Hypoglykämie, die notwendigen Sofortmaßnahmen, die Gabe von Glukagon sowie die wichtigsten Notrufnummern festgehalten. Um die Handlungssicherheit aller Beteiligten zu gewährleisten, werden in regelmäßigen Abständen, mindestens zweimal im Jahr, Notfallübungen durchgeführt (DGUV, 2021; UKT, 2022).

8.2 Diabetes-Ansprechteam

Für die praktische Umsetzung bildet die Schule ein Diabetes-Ansprechteam, das in der Regel aus der Klassen- oder Tutorats-Leitung, einer Fachlehrkraft – insbesondere im Bereich Sport oder Fachpraxis – dem Sekretariat sowie einer Schulsozialarbeit oder Schulgesundheitsfachkraft (sofern vorhanden) besteht. Dieses Team koordiniert die Erstellung und Pflege der Pläne, organisiert Schulungen, überprüft die Umsetzung im Alltag und fungiert als erste Anlaufstelle im Notfall. Die Schulleitung trägt die Gesamtverantwortung für Qualitätssicherung und Rahmenbedingungen. Sie verabschiedet ein Grundsatzpapier, das die sichere, stigma-arme und rechtssichere Teilhabe von Schülerinnen und Schülern mit Diabetes festschreibt. Darin wird ausdrücklich die Anerkennung medizinischer Ausnahmen, etwa bei der Nutzung von CGM,

Pumpe oder Smartphone sowie bei medizinischen Pausen, in Haus- und Prüfungsordnungen festgehalten (TMBWK, 2025).

8.3 Lebenszyklus des IDMP

Der IDMP selbst folgt einem klaren Lebenszyklus: Er wird spätestens zwei Wochen vor Beginn des Schuljahres oder vor Aufnahme eines neuen Kindes erstellt und umfasst Angaben zur Therapieform und -technik, zu Alarmen, Zielbereichen, Warnzeichen, Hypo- und Hyperglykämie-Protokollen, zu Nachteilsausgleichen in Prüfungen sowie zu Regelungen für Sport, Exkursionen, Materiallagerung und Datenschutz. Er wird verpflichtend mindestens einmal jährlich überprüft und bei Bedarf, beispielsweise bei Technikwechseln oder neuen sportlichen Aktivitäten, aktualisiert. Die Ablage erfolgt datenschutzkonform, wobei nur die für den Unterricht oder den Notfall relevanten Informationen sichtbar zur Verfügung stehen (KM Bayern, 2025).

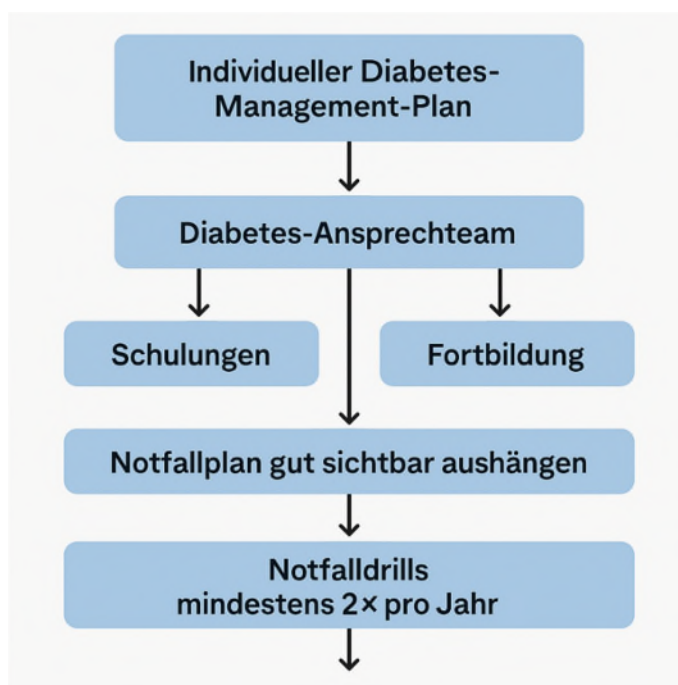


Abb. 8: Der individuelle Diabetes-Management-Plan (IDMP) bildet die Basis für die diabetes-sensible Pädagogik in der Schule.

8.4 Verankerung in Ordnungen und Regeln

Damit der Alltag reibungslos funktioniert, werden medizinische Ausnahmen explizit in der Hausordnung verankert. So wird klargestellt, dass medizinische Handlungen zur Diabetesversorgung jederzeit zulässig sind, nicht unter das Handyverbot fallen und auch kurze Pausen nicht als Störung gelten. Prüfungsordnungen regeln verbindlich die Zulassung medizinischer Geräte sowie die Kompensation von Pausen, während Klassenvereinbarungen dazu beitragen, dass medizinische Signale und Pausen sozial akzeptiert und nicht stigmatisiert werden (TMBWK, 2022).

8.5 Material- und Raumkonzept

Ein weiteres zentrales Element ist das Material- und Raumkonzept. Jede relevante Klasse verfügt über eine standardisierte Hypo-Box, die mit schnell wirksamen Kohlenhydraten, Saft, Riegeln, Handschuhen, Bechern und einer Kurzanleitung bestückt ist und regelmäßig kontrolliert wird. Zusätzlich werden Notfallsets mit Glukagon an definierten Orten aufbewahrt, deren Standorte im Notfallplan vermerkt sind. Auch Ersatzmaterialien wie Infusionssets oder Sensoren können nach Absprache bereitgehalten werden. Falls Materialien gekühlt werden müssen, erfolgt dies in gesicherten Bereichen mit autorisiertem Zugriff (UKT, 2022).

8.6 Notfallmanagement

Das Notfallmanagement folgt klar eingeübten Abläufen.

- Bei Hypoglykämien werden sofort schnell wirksame Kohlenhydrate gegeben und nach 15 Minuten kontrolliert.
- Bei Bewusstlosigkeit, Krämpfen oder Erbrechen ist die Gabe von Glukagon und das Absetzen eines Notrufs erforderlich. Das Kind wird in die stabile Seitenlage gebracht und nicht allein gelassen.
- Bei Hyperglykämien sind Flüssigkeitsgabe und ggf. Korrekturen vorgesehen. Symptome wie Übelkeit oder Azetongeruch erfordern die sofortige Information des Ansprechteams.
- Zur Routine und Sicherheit tragen regelmäßige kurze Notfallübungen in allen Klassen bei (DGUV, 2022).

8.7 Alltag in Unterricht, Sport und Exkursionen

Auch im Unterricht, im Sport und bei Exkursionen gelten klare Regeln: Medizinische Pausen werden unauffällig ermöglicht, Essen und Trinken sind erlaubt, und die Bedienung von Geräten erfolgt selbstverständlich am Platz. Vor sportlichen Aktivitäten wird das Vorgehen abgesprochen. Während Exkursionen werden Materiallisten, Notfallwege und Verantwortlichkeiten im Vorfeld geklärt. Bei Prüfungen sorgen Sichtkontrollen, Zeitstopps und gegebenenfalls Zeitverlängerungen dafür, dass Teilhabe fair und sicher gewährleistet ist (ADA, 2025).

8.8 Kommunikation und Dokumentation

Die Kommunikation und Dokumentation sind schlank, aber verbindlich geregelt. Einheitliche Kontaktwege stellen sicher, dass Informationen schnell und zuverlässig weitergegeben werden. Therapieänderungen werden innerhalb von 48 Stunden an das Ansprechteam gemeldet, während Ereignisse in knappen Notizen dokumentiert werden. Datenschutz hat höchste Priorität. Es werden nur unbedingt notwendige Daten verarbeitet, die Einwilligungen der Sorgeberechtigten eingeholt und Zugriffsrechte streng rollenbasiert vergeben (TMBWK, 2025; TLfDI, n. d.).

8.9 Fortbildung und Kompetenzsicherung

Ein weiterer Grundpfeiler ist die kontinuierliche Fortbildung. Mindestens einmal jährlich erhalten alle Lehr- und Betreuungskräfte eine Basisschulung zu Krankheitsbild, Technologie und Unterrichtsalldag. Zusätzlich werden Notfalltrainings durchgeführt, in denen die Gabe von Glukagon mit Übungsmaterial geprobt wird. Neue Mitarbeitende werden zeitnah eingewiesen und kurze E-Learning-Module sichern die Auffrischung (UKT, 2022).

8.10 Qualitätsmanagement

Das Qualitätsmanagement erfolgt über klare Indikatoren, die quartalsweise erhoben werden. Dazu gehören die Vollständigkeit der Hypo-Boxen, die Zahl geschulter Mitarbeitender, die Aktualität der IDMPs sowie Teilhabe- und Sicherheitsindikatoren. Ergänzend werden betroffene Schülerinnen und Schüler regelmäßig befragt, ob sie sich sicher fühlen, Ansprechpersonen kennen und eine faire Behandlung erfahren. Die Ergebnisse werden im Diabetes-Ansprechteam ausgewertet, nach einer Ampellogik eingeordnet und in konkrete Maßnahmen überführt (Ad-dala et al., 2020; Auzanneau et al., 2023).

8.11 Finanzierung und Implementierung

Die Finanzierung erfolgt über klar definierte Kostenstellen beim Schulträger, etwa für die Ausstattung der Hypo-Boxen, Fortbildungen oder Demo-Materialien. Die Beschaffung wird zentral organisiert, so dass Kontinuität und Nachvollziehbarkeit gewährleistet sind.

Ein 90-Tage-Implementierungsfahrplan regelt die Einführung in drei Schritten:

1. Beschluss der Schulleitung, Bildung des Ansprechteams, Materialbeschaffung
2. Durchführung von Schulungen, Drills und Finalisierung der IDMPs
3. Erste Indikatorenerhebung, Ableitung von Maßnahmen sowie Verankerung von Klassenvereinbarungen

8.12 Fazit

Die Wirksamkeit einer diabetes-sensiblen Pädagogik liegt nicht allein in Regeln und Dokumenten, sondern in der routinierten, verlässlichen und unaufgeregten Umsetzung im Alltag. Mit klaren Rollen, eingeübten Abläufen, sichtbaren Materialien und schlanker Dokumentation wird sie zu einem selbstverständlichen Bestandteil von Unterricht, Sport, Prüfungen und Fahrten. Damit wird sie zu einem verlässlichen Schutz und einer echten Befähigung für Kinder und Jugendliche mit Diabetes.

9. Qualitätssicherung und Evaluation

9.1 Zielsetzung der Qualitätssicherung

Eine wirksame Umsetzung diabetes-sensibler Pädagogik erfordert eine kontinuierliche Evaluation. Qualitätssicherung bedeutet dabei, dass die eingeführten Strukturen zur Unterstützung von Schülerinnen und Schülern mit Diabetes verlässlich, nachhaltig und wirksam sind. Die Evaluation überprüft, ob die Maßnahmen im Alltag greifen, ob Anpassungen erforderlich sind und ob sich die betroffenen Kinder und Jugendlichen tatsächlich sicher, akzeptiert und beteiligt fühlen. Ziel ist es, nicht nur Formalien einzuhalten, sondern Handlungssicherheit, Inklusion und Teilhabe kontinuierlich zu gewährleisten (Addala et al., 2020; Auzanneau et al., 2023).

9.2 Zuständigkeiten und Rollen

Für die Umsetzung sind klare Zuständigkeiten notwendig:

- Schulleitung trägt die Gesamtverantwortung, beruft das Diabetes-Ansprecheteam und legt Berichtsroutinen fest.
- Diabetes-Ansprecheteam koordiniert das Monitoring, sammelt Rückmeldungen, dokumentiert Maßnahmen und wertet Indikatoren aus.
- Klassen- und Fachlehrkräfte dokumentieren relevante Ereignisse, prüfen Hypo-Boxen und geben Rückmeldungen.
- Schulsozialarbeit oder Schulgesundheitsfachkräfte führen Kurzbefragungen mit Schülerinnen und Schülern durch und moderieren Reflexionsgespräche.
- Eltern und Erziehungsberechtigte geben Rückmeldungen bei Auffälligkeiten und nehmen an Jahresgesprächen teil.
- Schülerinnen und Schüler mit Diabetes werden aktiv beteiligt und gefragt, was ihnen geholfen hat und welche Wünsche sie für Verbesserungen haben.

9.3 Monitoring-Instrumente

Um die Wirksamkeit und Sicherheit zu überprüfen, entwickeln Schulen spezifische Indikatoren. Diese lassen sich in Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren unterteilen:

- Strukturindikatoren (quartalsweise Erhebung):
Anteil der Schülerinnen und Schüler mit aktuellem IDMP, Abdeckung und Vollständigkeit der Hypo-Boxen, Fortbildungsstand des Kollegiums, Zahl der dokumentierten Nachteilsausgleiche
- Prozessindikatoren:
Anzahl und Dokumentation von Hypo- und Hyperglykämien, Reaktionszeiten in Notfällen, Einhaltung der Informations- und Aktualisierungsfristen
- Ergebnisindikatoren:
Teilnahmequoten an Sport, Exkursionen und Prüfungen, Ergebnisse aus Schülerbefragungen zum Wohlbefinden, Erfassung von Stigma-Erfahrungen oder Ausgrenzung

Darüber hinaus können Schülerbefragungen Aufschluss über das subjektive Sicherheitsempfinden und die wahrgenommene Unterstützung geben. Ebenso ist es sinnvoll, die soziale Dimension systematisch zu beobachten, um Barrieren im Technikzugang zu erkennen und gezielte kompensatorische Angebote zu entwickeln (Addala et al., 2020; Auzanneau et al., 2023).

9.4 Ablauf der Evaluation

Die Evaluation folgt einem klaren Rhythmus:

- Quartals-Review: Das Ansprechteam trifft sich regelmäßig, sichtet Listen, Protokolle und Rückmeldungen und wendet eine einfache Ampellogik (grün/gelb/rot) an, um Handlungsbedarf festzustellen.
- Jahresgespräch: Schulleitung, Ansprechteam, Eltern- und Schülervertretung werten Indikatoren aus, reflektieren Good-Practice-Beispiele und beschließen Verbesserungsmaßnahmen. Die Ergebnisse fließen in einen Jahresbericht an die Schulkonferenz ein.
- Externe Rückmeldung: Optional können Schulträger, Unfallkasse oder Gesundheitsdienste einbezogen werden, ebenso wie der Austausch in schulischen Netzwerken (UKT, 2022).

9.5 Dokumentation und Datenschutz

Die Dokumentation erfolgt über standardisierte Kurzformulare: Ereignisprotokolle für Hypo- oder Hyperglykämien, Materialkontrolllisten für Hypo-Boxen sowie Fortbildungslisten. Dabei gilt: Es werden keine medizinischen Detailwerte dokumentiert, sondern ausschließlich organisatorische Angaben. Die Aufbewahrungsfrist beträgt maximal zwei Jahre. Anschließend erfolgt die Löschung oder Archivierung (TLfDI, n. d.; TMBWK, 2025).

9.6 Kommunikationsinstrumente

Ein zentrales Element ist die Rückmeldung der Beteiligten.

- Schülerinnen und Schüler können halbjährlich über kurze Feedbackkarten ihre Erfahrungen schildern.
- Eltern erhalten jährlich einen Feedbackbogen mit Fokus auf Kommunikation, Sicherheit und Teilhabe.
- Das Kollegium reflektiert im Rahmen pädagogischer Konferenzen die Umsetzung und benennt weitere Bedarfe.

Diese Rückmeldungen sichern, dass nicht nur formale Standards erfüllt werden, sondern auch die subjektive Perspektive der Betroffenen berücksichtigt wird.

9.7 Schulinterne Fortbildung und Kompetenzsicherung

Um Handlungssicherheit zu gewährleisten, führen Schulen regelmäßig Notfallübungen (mindestens zweimal jährlich) durch und werten diese systematisch aus. Das gesamte Kollegium erhält einmal jährlich eine Basisschulung, neue Lehrkräfte innerhalb von vier Wochen nach Dienstantritt. Kurze Refresher-Einheiten in Konferenzen sorgen für Nachhaltigkeit (DGUV, 2022).

9.8 Implementierungsfahrplan

Die Einführung erfolgt schrittweise:

- Monate 1–3: Einführung von Formularen, Checklisten, Basisschulung und erstem Drill
- Monate 4–6: Erste Quartals-Reviews, Feedbackkarten, Anpassungen
- Monate 7–12: Jahresgespräch, Jahresbericht an die Schulkonferenz, Planung der nächsten Runde

Qualitätssicherung und Evaluation sind keine bürokratischen Zusatzaufgaben, sondern gelebte Sicherheit und Inklusion. Mit klaren Indikatoren, schlanker Dokumentation und regelmäßigen Übungen stellen Schulen sicher, dass Kinder und Jugendliche mit Diabetes gut geschützt, fair behandelt und vollumfänglich am Schulleben teilhaben können.

10. Schlussfolgerung

Die Auseinandersetzung mit der Thematik der diabetes-sensiblen Pädagogik zeigt, dass Schulen in allen Stufen – von der Grundschule über die Sekundarstufe I bis hin zur Sekundarstufe II und in berufsbildenden Schulen – mit einer wachsenden Verantwortung konfrontiert sind. Kinder und Jugendliche mit Diabetes benötigen nicht nur medizinische Sicherheit, sondern vor allem ein Umfeld, das Teilhabe, Akzeptanz und Normalität ermöglicht. Dabei wird deutlich, dass medizinische, rechtliche, soziologische und pädagogische Perspektiven untrennbar miteinander verwoben sind und nur in einem integrativen Gesamtkonzept tragfähig umgesetzt werden können.

Im Kern erfordert eine gelingende Umsetzung drei zentrale Bausteine: individuelle Strukturen, kollektive Routinen und institutionelle Absicherung.

- Der individuelle Diabetes-Management-Plan (IDMP) bildet das Fundament. Er gewährleistet, dass Therapieform, Technik, Warnzeichen, Notfallmaßnahmen und Nachteilsausgleiche transparent und verbindlich dokumentiert sind.
- Kollektive Routinen wie Hypo-Boxen im Klassenraum, klare Abläufe im Notfallmanagement oder standardisierte Sichtkontrollen in Prüfungssituationen sorgen dafür, dass Sicherheit und Normalität im Alltag gewährleistet sind.

- Institutionelle Absicherung umfasst die Verankerung dieser Standards in Haus- und Prüfungsordnungen, die regelmäßige Fortbildung des Personals, die Einhaltung datenschutzrechtlicher Anforderungen sowie eine systematische Evaluation durch das Diabetes-Ansprechteam.

Die didaktischen Konsequenzen zeigen, dass eine diabetes-sensible Pädagogik nicht allein auf Notfallprävention reduziert werden darf. Vielmehr eröffnet sie Chancen für eine inklusive und gesundheitsfördernde Schulentwicklung. Unterrichtseinheiten in Biologie, Ethik, Sozialkunde oder Deutsch bieten Anknüpfungspunkte, um Themen wie Gesundheit, Inklusion, Fairness und Selbstwirksamkeit aufzugreifen. Damit wird nicht nur das Verständnis für die Situation einzelner Schülerinnen und Schüler gefördert, sondern auch die gesamte Lerngruppe in ihrer sozialen Kompetenz gestärkt. Ein bewusster Umgang mit Sprache („Schülerin / Schüler mit Diabetes“ statt „Diabetiker“), das Erlernen von Empathie und der Abbau von Stigmatisierung sind zentrale pädagogische Beiträge, die weit über die Erkrankung hinauswirken (Eitel et al., 2023; Guo et al., 2023; Luo et al., 2025).

Die organisatorischen Fahrpläne verdeutlichen, dass es keine übermäßige Bürokratie braucht, sondern vor allem klare Zuständigkeiten, einfache Routinen und regelmäßige Überprüfung. Schon innerhalb von 90 Tagen können Schulen wesentliche Elemente etablieren: Hypo-Boxen in allen relevanten Räumen, einheitliche Notfallpläne, geschulte Ansprechpersonen sowie die Implementierung des IDMP. Entscheidend ist, dass diese Strukturen nicht als Sonderregelungen für „einzelne Kinder“ verstanden werden, sondern als Ausdruck gelebter Inklusion, die allen Sicherheit und Teilhabe ermöglicht (DGUV, 2021; UKT, 2022).

Die Evaluation zeigt, dass Qualitätssicherung mit überschaubaren Mitteln realisierbar ist. Mit Prozess-, Struktur- und Ergebnisindikatoren – wie der Abdeckung mit IDMPs, der Schulungsquote des Kollegiums oder der Teilhabequote an Exkursionen und Sport – können Schulen ihre Fortschritte sichtbar machen und Handlungsbedarfe frühzeitig erkennen. Rückmeldungen von Schülerinnen und Schülern, Eltern und Lehrkräften sichern zudem, dass nicht nur formale Standards erfüllt, sondern auch subjektives Wohlbefinden und Empowerment gewährleistet sind (Addala et al., 2020; Auzanneau et al., 2023).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass eine diabetes-sensible Pädagogik nicht als zusätzliche Belastung, sondern als Bereicherung für die Schulkultur verstanden werden sollte. Sie verbindet medizinische Sicherheit mit pädagogischer Verantwortung, stärkt die soziale Gemeinschaft und eröffnet Chancen für eine ganzheitliche Gesundheitsbildung. Schulen, die klare Strukturen schaffen, eine wertschätzende Haltung leben und ihre Maßnahmen regelmäßig evaluieren, tragen entscheidend dazu bei, dass Kinder und Jugendliche mit Diabetes ihr Potenzial entfalten und gleichberechtigt am schulischen Leben teilnehmen können.

Eine solche Haltung ist nicht nur Ausdruck professioneller Pädagogik, sondern auch gelebte Inklusion und damit ein Schritt hin zu einer Schule, die Vielfalt nicht nur toleriert, sondern aktiv gestaltet.

11. Quellenverzeichnis

- Addala, A., Maahs, D. M., Petersen, A. C., Sayles, S., Pyle, L., Lassmann, D., Zeitler, P. S. & Dabelea, D. (2020). Poor glycemic outcomes in youth with type 1 diabetes: burden and disparities. *Diabetes Care*, 43(7), 1536–1543
- American Diabetes Association (ADA) (2025). Standards of Medical Care in Diabetes – 2025. *Diabetes Care*, 48(Suppl. 1), S1–S180
- Auzanneau, M., Bächle, C., Lange, K., Stahl-Pehe, A., Castillo, K., Kuss, O., ... Rosenbauer, J. (2023). Social disparities in metabolic outcomes of children and adolescents with type 1 diabetes: A multicenter analysis in Germany. *Pediatric Diabetes*, 24(1), 45–55
- Cogen, F. R., Streisand, R., & Monaghan, M. (2024). Peer education as a tool to reduce diabetes stigma in schools. *Journal of Pediatric Psychology*, 49(2), 210–220
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) (2021). DGUV Information 202-089: Erste Hilfe in Schulen. Berlin: DGUV
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) (2022). Medikamentengabe durch Lehrkräfte nach Einweisung – Handlungsempfehlungen. Berlin: DGUV
- Eitel, J., Stahl-Pehe, A., Bächle, C., Rosenbauer, J., & Kaltheuner, M. (2023). Stigma and psychosocial burden in children and adolescents with type 1 diabetes in Germany. *Diabetic Medicine*, 40(5), e15012
- European Medicines Agency (EMA) (2019). Baqsimi (glucagon) nasal powder – Product information. Amsterdam: EMA
- Guo, J., Li, M., Wang, X., & Zhao, Y. (2023). Diabetes-related stigma and its association with psychological distress in adolescents: A systematic review. *Pediatric Diabetes*, 24(2), 120–131
- International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD) (2024/25). ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines: Pediatric Diabetes. *Pediatric Diabetes*, 26(Suppl. 29), S1–S250
- KM Bayern (Kultusministerium Bayern) (2025). Handreichung: Datenschutz und Gesundheit in der Schule. München: KM
- Luo, Y., Chen, X., Wang, Y., & Zhang, L. (2025). Peer support and empowerment in adolescents with diabetes: Reducing stigma through digital interventions. *Journal of Adolescent Health*, 76(1), 95–104
- Mönkemöller, K., Lanzinger, S., Rosenbauer, J., & Holl, R. W. (2019). Soziale Unterschiede in der Nutzung moderner Diabetes-Technologien im Kindes- und Jugendalter. *Diabetologie und Stoffwechsel*, 14(5), 356–364
- Porcellati, F., Lucidi, P., & Bolli, G. B. (2021). New approaches for the treatment of severe hypoglycemia in type 1 diabetes: Nasal glucagon. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 23(6), 1261–1269
- Robert Koch-Institut (RKI) (2022). Diabetes-Surveillance: Bericht 2022 – Kinder und Jugendliche. Berlin: RKI

Robert Koch-Institut (RKI) (2024). Diabetes-Surveillance: Bericht 2024 – Typ-2-Diabetes im Kindes- und Jugendalter. Berlin: RKI

Thüringer Landesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (TLfDI) (n. d.). FAQ zum Datenschutz an Schulen. Erfurt: TLfDI

Thüringer Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur (TMBWK) (o. J.-a). Handreichung zur Medikation von Schülerinnen und Schülern in der Schule. Erfurt: TMBWK

Thüringer Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur (TMBWK) (o. J.-b). Mustervereinbarung zur Medikamentengabe. Erfurt: TMBWK

Thüringer Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur (TMBWK) (2022). Handreichung Nachteilsausgleich. Erfurt: TMBWK

Thüringer Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur (TMBWK) (2025). FAQ Diabetes und Schule. Erfurt: TMBWK

Thüringer Schulgesetz (ThürSchulG) (2024). Thüringer Gesetz über Schulen. Erfurt: Freistaat Thüringen

Unfallkasse Thüringen (UKT) (2022). Handreichung: Erste Hilfe, Notfallmanagement und Gefährdungsbeurteilung für Schulen. Erfurt: UKT