

**Schulgesundheitspflege
an allgemeinbildenden Schulen – SPLASH**

**Teil 2: Implementationsbegleitung und
Wirkungsanalyse**

Antje Tannen, Yvonne Adam, Jennifer Ebert & Michael Ewers

Working Paper No. 18-03

Berlin, November 2018

**Institut für Gesundheits-
und Pflegewissenschaft**

Zitierhinweis:

Tannen A, Adam Y, Ebert J, Ewers M (Hg.) (2018):
Schulgesundheitspflege an allgemeinbildenden Schulen:
Teil 2 – Implementationsbegleitung und Wirkungsanalyse
Working Paper No. 18-03 der Unit
Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik.
Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin

unter Mitarbeit von (alphabetische Reihenfolge):

Anna-Sophie Birchner
Justina Buchcik
Anja Hartmann
Manuel Hülsmann
Petra Iskandar-Thul
Julia König
Clara Perplies
Svenja Pianka
Alexandra Roth
Anne Tanneberger
Juliane Schulz

Impressum:

Working Paper No. 18-03 der Unit
Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik

Berlin, November 2018

ISSN 2193-0902

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
CVK – Augustenburger Platz 1
13353 Berlin | Deutschland
Tel. +49 (0)30 450 529 092
Fax +49 (0)30 450 529 900
<http://igpw.charite.de>

Abstract

Um auf gewachsene und veränderte gesundheitliche Herausforderungen im Setting Schule reagieren und Schulgesundheitspflege in Deutschland erproben zu können, haben der AWO Bezirksverband Potsdam e.V. und die Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAGE) das Modellprojekt „*Schulgesundheitsfachkräfte an allgemeinbildenden Schulen in Brandenburg und Hessen*“ durchgeführt. Über zwei Jahre hinweg wurden im Anschluss an eine vorbereitende Weiterbildung jeweils 10 Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende an allgemeinbildenden Grund- und weiterführenden Schulen der beiden Bundesländer eingesetzt.

Das Modellprojekt wurde durch das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin wissenschaftlich begleitet. Basierend auf einer umfangreichen Ausgangsanalyse (Tannen et al. 2018) wurden die Implementationsbemühungen begleitet sowie beobachtbare und antizipierbare Wirkungen nach einem Interventionszeitraum von 9 bzw. 12 Monaten erfasst und analysiert. Dafür wurden diverse Dokumente gesichtet und ausgewertet. Zudem wurden standardisierte Befragungen von Schüler*innen, Eltern, Lehrer*innen und Schulleiter*innen, qualitative Einzelinterviews mit Schüler*innen und Gruppeninterviews mit Eltern und Lehrer*innen sowie partizipativ angelegte Workshops mit den „Schulgesundheitsfachkräften“ (SGFK) durchgeführt. Die Datenauswertung erfolgte inhaltsanalytisch (Dokumente, qualitative Daten) und deskriptiv statistisch (quantitative Daten).

Wie bereits die Ausgangsanalyse zeigte auch die Beobachtung der Inanspruchnahme durch die Schüler*innen und Lehrer*innen einen dringenden Bedarf an gesundheitsbezogener und klinisch pflegerischer Expertise im Setting Schule. Beobachtet wurden zahlreiche gesundheitsbezogene Herausforderungen (darunter eine hohe Prävalenz an chronischen Erkrankungen, psychische Belastungen) und problematisches Gesundheitsverhalten der Schüler*innen in ausgewählten Bereichen (z. B. Zahn- und Mundgesundheit, Ernährungsverhalten, körperliche Aktivität). Die Schulgesundheitspflegenden wurden in Einzelkontakten überwiegend für die akute gesundheitliche Versorgung in Anspruch genommen, aber auch als Ansprechpartnerin in Gesundheitsfragen jeder Art aufgesucht. Aus Sicht der befragten Schüler*innen, Eltern und Lehrer*innen gilt die Schulgesundheitspflege als Instanz für Erste Hilfe, Beratung, Sorge, Sicherheit und Vermittlung. Voraussetzungen für die Erfüllung dieser Funktionen sind ausreichende Präsenz, Verschwiegenheit, Vertrauen, klinische Pflegeexpertise und die Bereitschaft zur anwaltschaftlichen Interessenvertretung für die Belange der Schüler*innen und das Thema Gesundheit.

Eine erste Wirkungsanalyse deutet auf eine verbesserte Gesundheitsversorgung der Kinder und Jugendlichen während der Schulzeit sowie reduzierte Abwesenheiten durch gesundheitliche Beschwerden hin. Eine Verbesserung des Gesundheitsverhaltens konnte aufgrund des geringen Interventionszeitraums nicht gemessen werden. Lehrer*innen erfahren eine spürbare Entlastung von fachfremden gesundheitsbezogenen Aufgaben und auch Eltern erleben Entlastung und Sicherheit, durch die Tätigkeiten der Schulgesundheitspflege. Die subjektive Gesundheitskompetenz der Schüler*innen konnte im Interventionszeitraum verbessert werden.

Im Interesse der Nachhaltigkeit und Übertragbarkeit des Modellprojekts werden verstärkte Anstrengungen im Bereich der Konzept- und Interventionsentwicklung sowie eine Systematisierung und Standardisierung der Arbeitsprozesse empfohlen. Die Sicherstellung personeller Präsenz und Kontinuität der „Schulgesundheitsfachkräfte“ an den Schulen hat große Bedeutung. Zudem wird bürokratischer Überregulierung entgegenzuwirken zu sein, um die Flexibilität dieses Angebots zu erhöhen. Das Potential der Schulgesundheitspflege zur Förderung der individuellen Gesundheitskompetenz der Schüler*innen und möglicherweise auch der Lehrer*innen

sollte ausgebaut und verstärkt nutzbar gemacht werden. Insgesamt hat sich die Schulgesundheitspflege als eine vielversprechende Innovation erwiesen, mit der den gesundheitlichen Herausforderungen im Setting Schule künftig zielgerichteter begegnet werden kann.

Die wissenschaftliche Begleitforschung mit dem Titel
„Schulgesundheitspflege an allgemeinbildenden Schulen“ (SPLASH)
wurde von September 2016 bis Oktober 2018 durch die
Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAGE) gefördert.

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	5
Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis	10
I Einleitung	13
II Ergebnisse der Ausgangsanalyse – Zusammenfassung	17
III Evaluationskonzept	21
1. Forschungsdesign	22
2. Qualitative Datenerhebung	23
2.1 Einzelinterviews mit Schüler*innen	23
2.2 Gruppendiskussionen mit Eltern und Lehrenden.....	24
2.3 Befragung von Amtsärztinnen / Expertenbefragung.....	26
2.4 Partizipativ angelegte Workshops mit den „Schulgesundheitsfachkräften“	26
3. Quantitative Datenerhebung.....	26
3.1 Schriftliche Befragung der Zielgruppen (T1).....	26
3.2 Analyse der Leistungsdokumentation	28
4. Stichprobenbeschreibung und Rücklaufquoten	29
4.1 Ergebnisse Brandenburg.....	29
4.2 Ergebnisse Hessen	34
IV Umsetzung der Intervention Schulgesundheitspflege	41
1. Erreichung und Informiertheit der Zielgruppen	41
2. Inanspruchnahmeverhalten	44
3. Ergebnisse der Leistungsdokumentation	46
3.1 Individuumsbezogene Tätigkeiten	47
3.2 Populationsbezogene Aktivitäten.....	54
4. Netzwerkbildung.....	56
5. Einordnung und Kommentar	58
V Erfahrungen und Bewertungen aus Sicht der Zielgruppen	61
1. Auswertung der Einzelinterviews mit Schüler*innen und der Gruppendiskussionen mit Eltern und Lehrenden.....	61
1.1 Erfahrungen der Schüler*innen.....	62
1.2 Erfahrungen der Eltern	71
1.3 Erfahrungen der Lehrer*innen	80
2. Ergebnisse aus der schriftlichen Befragung.....	92
2.1 Zufriedenheit der Schüler*innen und Lehrenden	92
2.2 Wahrgenommenes Tätigkeitsprofil der „Schulgesundheitsfachkraft“	101
2.3 Veränderungsnotwendigkeit, Projektzielerreichungsgrad und Erfolgszuversicht aus Sicht der Zielgruppen.....	108
3. Einordnung und Kommentar	117
VI Bewertung durch relevante Akteure*innen im Feld	121
1. Schulleiter*innen.....	121
2. „Schulgesundheitsfachkräfte“	124
3. Amtsärztinnen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes.....	126
4. Einordnung und Kommentar	127
VII Erste Wirkungen der Intervention Schulgesundheitspflege	129
1. Versorgungssituation gesundheitlich benachteiligter Schüler*innen.....	129
1.1. Brandenburg.....	129
1.2 Hessen	133
2. Schulischer Alltag gesundheitlich benachteiligter Schüler*innen.....	136
2.1 Brandenburg	136
2.2 Hessen	138
3. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen der Schüler*innen	140
3.1 Brandenburg	140

3.2 Hessen.....	143
4. Gesundheitsedukative Wirkung	147
4.1 Brandenburg	147
4.2 Hessen.....	150
5. Verbesserung der Lernvoraussetzungen	153
5.1 Brandenburg	153
5.2 Hessen.....	154
6. Entlastung der Eltern und der Lehrer*innen	154
6.1 Brandenburg	154
6.2. Hessen.....	157
7. Einordnung und Kommentar	159
VIII Bündelung der Ergebnisse und Empfehlungen	165
1. Das Modellprojekt	166
2. Die Ausgangssituation	166
3. Interventionen der Schulgesundheitspflege.....	167
4. Wahrnehmung der Schulgesundheitspflege.....	168
5. Messbare Wirkungen der Schulgesundheitspflege	169
6. Empfehlungen.....	170
IX Literatur.....	178

Abkürzungsverzeichnis

AWO	Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Potsdam e.V.
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
GdB	Grad der Behinderung
GEDA	Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“
HAGE	Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.
HBSC	Health Behavior in School-aged Children
HKM	Hessisches Kultusministerium
HLSAC	Health Literacy for School-Aged Children
IGS	Integrierte Gesamtschule
IGPW	Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KJGD	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
LAVG	Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit
LuL	Lehrerinnen und Lehrer
M	mean (Mittelwert)
n/N	number (Anzahl)
RKI	Robert Koch-Institut
SD	standard deviation (Standardabweichung vom Mittelwert)
SES	Sozioökonomischer Status (engl. socioeconomic status)
„SGFK“	„Schulgesundheitsfachkraft“
SSD	Schulsanitätsdienst
SuS	Schülerinnen und Schüler
SYHN	School Youth Health Nurse
WHO	World Health Organization

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Beurteilung der Befragungslänge in Brandenburg.....	30
Abb. 2:	Teilnahme an der T0 in Brandenburg.....	31
Abb. 3:	Subjektiver Gesundheitszustand der Schüler*innen in Brandenburg.....	33
Abb. 4:	Vorliegen einer chronischen bzw. andauernden Erkrankung oder Behinderung in Brandenburg (N=1.681, Angabe der gültigen %).....	33
Abb. 5:	Folgen von Schmerzen in den vergangenen 3 Monaten in Brandenburg.....	34
Abb. 6:	Beurteilung der Befragungslänge in Hessen	35
Abb. 7:	Teilnahme an der T0 in Hessen	36
Abb. 8:	Subjektiver Gesundheitszustand der Schüler*innen in Hessen	38
Abb. 9:	Vorliegen einer chronischen bzw. andauernden Erkrankung oder Behinderung in Hessen (N=1.969, Angabe der gültigen %).....	39
Abb. 10:	Folgen von Schmerzen in den vergangenen 3 Monaten in Hessen	39
Abb. 11:	Genutzte Informationswege über ein neues Angebot in Brandenburg.....	41
Abb. 12:	Subjektive Informiertheit der Eltern über die Tätigkeit der „Schulgesundheits- fachkraft“ Brandenburg (Antwortmöglichkeit "eher ja bis ja").....	42
Abb. 13:	Genutzte Informationswege über ein neues Angebot in Hessen	43
Abb. 14:	Subjektive Informiertheit der Eltern über die Tätigkeit der „Schulgesundheitsfachkraft“ in Hessen (Antwortmöglichkeit "eher ja bis ja")	43
Abb. 15:	Kontakt zur "Schulgesundheitsfachkraft" in Brandenburg	44
Abb. 16:	Aufsuchen der "Schulgesundheitsfachkraft" durch Schüler*in im vergangenen halben Jahr in Brandenburg	44
Abb. 17:	Kontakt zur "Schulgesundheitsfachkraft" in Hessen.....	45
Abb. 18:	Aufsuchen der "Schulgesundheitsfachkraft" durch Schüler*in im vergangenen halben Jahr in Hessen.....	46
Abb. 19:	Absolute Fallzahlen/Monat in Brandenburg.....	47
Abb. 20:	Absolute Fallzahlen/Monat in Hessen	49
Abb. 21:	Die wichtigsten Netzwerkpartner der „Schulgesundheitsfachkräfte“ in Hessen..	57
Abb. 22:	Die Kernaufgaben und Grundbedingungen der Schulgesundheitspflege aus Sicht der befragten Zielgruppen (Schüler*innen, Eltern, Lehrer*innen)	61
Abb. 23:	Gesteigertes Wohlbefinden nach dem Besuch bei der "Schulgesundheitsfach- kraft" in Brandenburg	93
Abb. 24:	Annehmlichkeit des Besuchs bei der "Schulgesundheitsfachkraft" in Brandenburg	93
Abb. 25:	Möglichkeit mit der "Schulgesundheitsfachkraft" zu sprechen in Brandenburg ..	94
Abb. 26:	Wahrscheinlichkeit mit der der Rat der "Schulgesundheitsfachkraft" befolgt wird in Brandenburg.....	94
Abb. 27:	Erreichbarkeit der "Schulgesundheitsfachkraft" im Bedarfsfall in Brandenburg..	95
Abb. 28:	Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse der Schüler*innen bei Entscheidungen der „Schulgesundheitsfachkraft“ in Brandenburg.....	95
Abb. 29:	Vertraulichkeit des Besuchs bei der "Schulgesundheitsfachkraft" in Brandenburg	95
Abb. 30:	Gesamtbewertung der Erfahrung in Brandenburg	96
Abb. 31:	Zufriedenheit der Lehrer*innen mit der Erreichbarkeit der „Schulgesundheitsfachkraft“ in Brandenburg.....	96
Abb. 32:	Gesteigertes Wohlbefinden nach dem Besuch bei der "Schulgesundheitsfach- kraft" in Hessen	97
Abb. 33:	Annehmlichkeit des Besuchs bei der "Schulgesundheitsfachkraft" in Hessen	97
Abb. 34:	Möglichkeit mit der "Schulgesundheitsfachkraft" zu sprechen in Hessen.....	98
Abb. 35:	Wahrscheinlichkeit mit der der Rat der "Schulgesundheitsfachkraft" befolgt wird in Hessen.....	98
Abb. 36:	Erreichbarkeit der "Schulgesundheitsfachkraft" im Bedarfsfall in Hessen	99
Abb. 37:	Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse der Schüler*innen bei Entscheidungen der „Schulgesundheitsfachkraft“ in Hessen	99
Abb. 38:	Vertraulichkeit des Besuchs bei der "Schulgesundheitsfachkraft" in Hessen.....	99
Abb. 39:	Gesamtbewertung der Erfahrung in Hessen.....	100

Abb. 40:	Zufriedenheit der Lehrer*innen mit der Erreichbarkeit der „Schulgesundheitsfachkraft“ in Hessen	100
Abb. 41:	Von Schüler*innen wahrgenommenes Aufgabenspektrum der "Schulgesundheitsfachkraft" in Brandenburg.....	101
Abb. 42:	Von Eltern wahrgenommenes Aufgabenspektrum der "Schulgesundheitsfachkraft" in Brandenburg	103
Abb. 43:	Von Lehrer*innen wahrgenommenes Aufgabenspektrum der "Schulgesundheitsfachkraft" in Brandenburg (N=180).....	104
Abb. 44:	Von Schulleiter*innen wahrgenommenes Aufgabenspektrum der "Schulgesundheitsfachkraft" in Brandenburg.....	104
Abb. 45:	Von Schüler*innen wahrgenommenes Aufgabenspektrum der "Schulgesundheitsfachkraft" in Hessen	105
Abb. 46:	Von Eltern wahrgenommenes Aufgabenspektrum der "Schulgesundheitsfachkraft" in Hessen.....	106
Abb. 47:	Von Lehrer*innen wahrgenommenes Aufgabenspektrum der "Schulgesundheitsfachkraft" in Hessen (N=291)	107
Abb. 48:	Von den Schulleiter*innen wahrgenommenes Aufgabenspektrum der "Schulgesundheitsfachkraft" in Hessen (N=9)	108
Abb. 49:	„Es ist dringend notwendig, dass an unserer Schule eine Schulgesundheitsfachkraft beschäftigt ist.“ aus Sicht der Eltern und der Lehrer*innen in Brandenburg	109
Abb. 50:	Realisierung der Projektziele aus Sicht der Eltern in Brandenburg.....	110
Abb. 51:	Realisierung der Projektziele aus Sicht der Lehrer*innen in Brandenburg.....	111
Abb. 52:	Realisierung der Projektziele aus Sicht der Schulleiter*innen in Brandenburg ...	111
Abb. 53:	„Ich bin von dem Erfolg des Projektes überzeugt.“ aus Sicht der Eltern und der Lehrer*innen in Brandenburg	112
Abb. 54:	„Es ist dringend notwendig, dass an unserer Schule eine Schulgesundheitsfachkraft beschäftigt ist.“ aus Sicht der Eltern und der Lehrer*innen in Hessen	113
Abb. 55:	Realisierung der Projektziele aus Sicht der Eltern in Hessen	114
Abb. 56:	Realisierung der Projektziele aus Sicht der Lehrer*innen in Hessen	115
Abb. 57:	Realisierung der Projektziele aus Sicht der Schulleiter*innen in Hessen.....	115
Abb. 58:	„Ich bin von dem Erfolg des Projektes überzeugt.“ aus Sicht der Eltern und der Lehrer*innen in Hessen	116
Abb. 59:	Sichergestellte medizinisch-pflegerische Versorgung während der Schulzeit in Brandenburg	129
Abb. 60:	Von den Eltern über die Erkrankung oder Behinderung informierter Personenkreis in der Schule in Brandenburg (Antwort: „ja“; Mehrfachnennungen möglich).	130
Abb. 61:	Eindruck der Eltern, ob die „Schulgesundheitsfachkraft“ oder die Lehrer*innen gut über Erkrankung oder Behinderung ihres Kindes informiert sind in Brandenburg (Antwort: „ja“)	130
Abb. 62:	Eindruck der Lehrer*innen ausreichend über für sie relevante Aspekte bei Schüler*innen mit chronischer Erkrankung oder Behinderung informiert zu sein in Brandenburg	131
Abb. 63:	Die „Schulgesundheitsfachkraft“ als Unterstützung für Eltern bei Anleitungs-, Informations- und/der Beratungsbedarf in Brandenburg	132
Abb. 64:	Die "Schulgesundheitsfachkraft" als Ansprechperson der Schüler*innen bei Unwohlsein in Brandenburg	132
Abb. 65:	Sichergestellte medizinisch-pflegerische Versorgung während der Schulzeit in Hessen.....	133
Abb. 66:	Von den Eltern über die Erkrankung oder Behinderung informierter Personenkreis in der Schule in Hessen (Antwort: „ja“; Mehrfachnennungen möglich).	133
Abb. 67:	Eindruck der Eltern, ob die „Schulgesundheitsfachkraft“ oder die Lehrer*innen gut über Erkrankung oder Behinderung ihres Kindes informiert sind in Hessen (Antwort: „ja“)	134
Abb. 68:	Eindruck der Lehrer*innen ausreichend über für sie relevante Aspekte bei Schüler*innen mit chronischer Erkrankung oder Behinderung informiert zu sein in Hessen	134

Abb. 69:	Die „Schulgesundheitsfachkraft“ als Ansprechperson der Schüler*innen bei Unwohlsein in Hessen	135
Abb. 70:	Teilnahme gesundheitlich benachteiligter Schüler*innen am schulischen Alltag in Brandenburg.....	136
Abb. 71:	Rücksichtnahme auf gesundheitlich benachteiligte Schüler*innen im Schulalltag in Brandenburg.....	137
Abb. 72:	„Hänseleien“ gesundheitlich benachteiligter Schüler*innen in Brandenburg....	137
Abb. 73:	Teilnahme gesundheitlich benachteiligter Schüler*innen am schulischen Alltag in Hessen	138
Abb. 74:	Rücksichtnahme auf gesundheitlich benachteiligte Schüler*innen im Schulalltag in Hessen (T1).....	138
Abb. 75:	„Hänseleien“ gesundheitlich benachteiligter Schüler*innen in Hessen (T1)	139
Abb. 76:	Zahnputzhäufigkeit der Schüler*innen in Brandenburg	140
Abb. 77:	Täglicher Nahrungsmittelverzehr der Schüler*innen in Brandenburg (Stichprobenumfang durch fehlende Werte schwankend; T0 Grundstufe N=1.369-1.377; T0 Sekundarstufe 1 N=603-609; T1 Grundstufe N=913-927; T1 Sekundarstufe 1 N=479-486).....	141
Abb. 78:	Körperliche Aktivität mindestens dreimal in der Woche in Brandenburg	141
Abb. 79:	Körperbild der Schüler*innen in Brandenburg	142
Abb. 80:	Gewaltsame Auseinandersetzungen im Schulalltag in Brandenburg.....	143
Abb. 81:	Zahnputzhäufigkeit der Schüler*innen in Hessen.....	143
Abb. 82:	Täglicher Nahrungsmittelverzehr der Schüler*innen in Hessen (Stichprobenumfang durch fehlende Werte schwankend; T0 Grundstufe N=163-167; T0 Sekundarstufe 1 N=1.596-1.627; T1 Grundstufe N=76; T1 Sekundarstufe 1 N=1.627-1.638)	144
Abb. 83:	Körperliche Aktivität mindestens dreimal in der Woche in Hessen.....	145
Abb. 84:	Körperbild der Schüler*innen in Hessen.....	145
Abb. 85:	Gewaltsame Auseinandersetzungen im Schulalltag in Hessen	146
Abb. 86:	Teilnahme der Eltern an schulischen Gesundheitsveranstaltungen in Brandenburg	147
Abb. 87:	Teilnahme der Schüler*innen an schulischen Gesundheitsveranstaltungen außerhalb des Unterrichts im letzten Schuljahr in Brandenburg.....	147
Abb. 88:	Teilnahme der Lehrer*innen an schulischen Gesundheitsveranstaltungen im letzten Schuljahr in Brandenburg.....	148
Abb. 89:	Gesundheitskompetenzniveau der Eltern und Lehrer*innen in Brandenburg ...	149
Abb. 90:	Gesundheitskompetenzniveau der Schüler*innen in Brandenburg	149
Abb. 91:	Teilnahme der Eltern an schulischen Gesundheitsveranstaltungen in Hessen...	150
Abb. 92:	Teilnahme der Schüler*innen an schulischen Gesundheitsveranstaltungen außerhalb des Unterrichts im letzten Schuljahr in Hessen	150
Abb. 93:	Teilnahme der Lehrer*innen an schulischen Gesundheitsveranstaltungen im letzten Schuljahr in Hessen	151
Abb. 94:	Gesundheitskompetenzniveau der Eltern und Lehrer*innen in Hessen.....	152
Abb. 95:	Gesundheitskompetenzniveau der Schüler*innen in Hessen.....	152
Abb. 96:	Von Schüler*innen wahrgenommene Veränderung des Schulklimas seit Einsatzbeginn der „Schulgesundheitsfachkraft“	153
Abb. 97:	Von Schüler*innen der Sekundarstufe 1 wahrgenommene Veränderung des Schulklimas seit Einsatzbeginn der „Schulgesundheitsfachkraft“ (N=1.561).....	154
Abb. 98:	Erlebte Entlastung der Eltern in Brandenburg (Antworten: „eher ja“ und „ja“).	155
Abb. 99:	Entlastungserleben des Lehrpersonals in Brandenburg (N=186).....	155
Abb. 100:	Veränderung des persönlichen, wöchentlichen Zeitaufwandes für die Übernahme fachfremder, gesundheitsbezogener Maßnahmen der Lehrer*innen in Brandenburg (N=183).....	156
Abb. 101:	Sicherheitsempfinden der Lehrer*innen im Umgang mit gesundheitlich beeinträchtigten Schüler*innen in Brandenburg (Antworten: „sehr sicher“ und „eher sicher“; Fallzahl durch fehlende Werte schwankend: N = 210-218; LRS = Lese- und Rechtschreibschwäche; ADHS = Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung).....	156
Abb. 102:	Erlebte Entlastung der Eltern in Hessen.....	157

Abb. 103: Entlastungserleben der Lehrer*innen in Hessen (N=286)	158
Abb. 104: Veränderung des persönlichen, wöchentlichen Zeitaufwandes für die Übernahme fachfremder, gesundheitsbezogener Maßnahmen der Lehrer*innen in Hessen (N=280)	158
Abb. 105: Sicherheitsempfinden der Lehrer*innen im Umgang mit gesundheitlich beeinträchtigten Schüler*innen in Hessen (Antworten: „sehr sicher“ und „eher sicher“; N=261; LRS = Lese- und Rechtschreib schwäche; ADHS = Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung)	159

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Evaluationsdimensionen.....	21
Tab. 2: Projektphasen und Datenerhebungsmethoden	22
Tab. 3: Zeitlicher Ablauf der Projektphasen	23
Tab. 4: Rücklauf der Fragebögen in Brandenburg	29
Tab. 5: Fallzahl pro Kombination beantworteter Fragebögen in Brandenburg.....	30
Tab. 6: Baseline-Charakteristika der Befragungsteilnehmer*innen in Brandenburg	32
Tab. 7: Rücklauf der Fragebögen in Hessen.....	34
Tab. 8: Fallzahl pro Kombination beantworteter Fragebögen in Hessen	35
Tab. 9: Baseline-Charakteristika der Befragungsteilnehmer*innen Hessen.....	37
Tab. 10: Art und Anteil der Aufgabenbereiche (vgl. Curriculum S.12).....	46
Tab. 11: Vollzeitstellen und Arbeitstage in Brandenburg	47
Tab. 12: Kontaktanlässe der Schüler*innen in Brandenburg.....	48
Tab. 13: Schülerbezogene Versorgungsbereiche in Brandenburg (Mehrfachnennungen waren möglich. Prozentsätze beziehen sich auf die Anzahl der Befragten, nicht auf die Anzahl der Antworten).....	48
Tab. 14: Schülerbezogene Einzelfalleistungen in Brandenburg (Mehrfachantworten waren möglich. Prozentsätze beziehen sich auf die Anzahl der Befragten, nicht auf die Anzahl der Antworten).....	48
Tab. 15: Vollzeitstellen und Arbeitstage in Hessen.....	49
Tab. 16 : Kontaktanlässe der Schüler*innen in Hessen	50
Tab. 17: Schülerbezogene Versorgungsbereiche in Hessen (Mehrfachnennungen waren möglich. Prozentsätze beziehen sich auf die Anzahl der Befragten, nicht auf die Anzahl der Antworten).....	50
Tab. 18: Schülerbezogene Einzelfalleistungen in Hessen (Mehrfachantworten waren möglich. Prozentsätze beziehen sich auf die Anzahl der Befragten, nicht auf die Anzahl der Antworten).....	51
Tab. 19: Berufsgruppen, die Leistungen der "Schulgesundheitskräfte" in Anspruch nahmen in Brandenburg	51
Tab. 20: Kontaktanlässe der Lehrer*innen in Brandenburg	51
Tab. 21: Schulpersonalbezogene Versorgungsbereiche in Brandenburg (Mehrfach- nennungen waren möglich. Prozentsätze beziehen sich auf die Anzahl der Befragten, nicht auf die Anzahl der Antworten).....	52
Tab. 22: Berufsgruppen, die Leistungen der "Schulgesundheitskräfte" in Anspruch nahmen in Hessen.....	52
Tab. 23: Kontaktanlässe der Lehrer*innen in Hessen	52
Tab. 24: Schulpersonalbezogene Versorgungsbereiche in Hessen (Mehrfachnennungen waren möglich. Prozentsätze beziehen sich auf die Anzahl der Befragten, nicht auf die Anzahl der Antworten).....	53
Tab. 25: Art der Kontaktaufnahme zwischen Eltern und „Schulgesundheitsfachkräften“ in Brandenburg (Mehrfachnennungen waren möglich. Prozentsätze beziehen sich auf die Anzahl der Befragten, nicht auf die Anzahl der Antworten).....	53
Tab. 26: Versorgungsbereiche der Elternkontakte in Brandenburg (Mehrfachnennungen waren möglich)	53
Tab. 27: Art der Kontaktaufnahme zwischen Eltern und „Schulgesundheitsfachkräften“ in Hessen (Mehrfachnennungen waren möglich. Prozentsätze beziehen sich auf die Anzahl der Befragten, nicht auf die Anzahl der Antworten).....	54
Tab. 28: Versorgungsbereiche der Elternkontakte in Hessen (Mehrfachnennungen waren möglich)	54
Tab. 29: Initiierungsgründe für schulinterne Projekte in Brandenburg (Mehrfach- nennungen waren möglich)	54
Tab. 30: Projektthemen in Brandenburg in absteigender Häufigkeit	55
Tab. 31: Initiierungsgründe für schulinterne Projekte in Hessen (Mehrfachnennungen waren möglich)	55
Tab. 32: Projektthemen in Hessen nach absteigender Häufigkeit	56
Tab. 33: Förderliche Faktoren aus Sicht von Schulleiter*innen Brandenburg (N= 15)	121

Tab. 34: Förderliche Faktoren aus Sicht von Schulleiter*innen Hessen (N=9)	122
Tab. 35: Hemmende Faktoren aus Sicht von Schulleiter*innen Brandenburg (N= 15)	122
Tab. 36: Hemmende Faktoren aus Sicht von Schulleiter*innen Hessen (N= 9)	123
Tab. 37: Potentiale aus Sicht von Schulleiter*innen Brandenburg (N= 15)	123
Tab. 38: Potentiale aus Sicht von Schulleiter*innen Hessen (N= 15).....	124
Tab. 39: Fördernde Faktoren aus Sicht von „Schulgesundheitsfachkräften“ (Brandenburg/Hessen).....	124
Tab. 40: Hemmende Faktoren aus Sicht von „Schulgesundheitsfachkräften“ (Brandenburg/Hessen).....	124
Tab. 41: Potentiale aus Sicht von „Schulgesundheitsfachkräften“ (Brandenburg/Hessen) .	125
Tab. 42: Hemmende Faktoren aus Sicht von Amtsärztinnen des KJGD	126
Tab. 43: Potentiale aus Sicht von Amtsärztinnen des KJGD.....	127

I Einleitung

Gesundheit – im Sinne der Fähigkeit, sich an soziale, physische und emotionale Herausforderungen anzupassen und diese erfolgreich zu bewältigen (Huber 2011) – war und ist eine der wichtigen individuellen und auch gesellschaftlichen Ressourcen. Kindern und Jugendlichen ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen, ist daher ein zentrales und oft bekräftigtes gesundheits- und sozialpolitisches Ziel. Es wurde bereits in diverse Strategiepapiere der Bundesregierung aufgenommen, darunter in der Strategie zur Förderung der Kindergesundheit (BMG 2018), dem Nationalen Aktionsplan für ein kindgerechtes Deutschland 2005-2010 (BMFSFJ 2006), dem Nationalen Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten (IN-FORM) (BMELV, BMG 2008). Auch in dem jüngst erschienenen Nationalen Aktionsplan zur Förderung der Gesundheitskompetenz wird die Förderung nach einer frühzeitig im Lebenslauf beginnenden Förderung der Gesundheitskompetenz in den Erziehungs- und Bildungssystemen bekräftigt (Schaeffer et al. 2018).

Die gesundheitspolitische Relevanz für eine intensiviertere und niederschwellige Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sowie für die Förderung von Gesundheitskompetenz auch außerhalb des Gesundheitsversorgungssystems ergibt sich unter anderem aus der starken Abhängigkeit – und damit Ungleichverteilung – der Gesundheit von der sozioökonomischen Lebenslage, der Zunahme an chronischen Erkrankungen und Behinderungen. Diese werden zwar im Gesundheitswesen diagnostiziert und therapiert, müssen jedoch im Alltag der Betroffenen und ihrer Familien bewältigt werden – darunter auch im Setting Schule. Auch die noch immer zu wenig wahrgenommene Bedeutung von mentaler Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, die einen entscheidenden Einfluss auf das Wohlbefinden, die Entwicklungsmöglichkeiten und die individuellen Lernvoraussetzungen hat, ist hier zu berücksichtigen.

Gesundheit – und als entscheidende Determinante auch die Gesundheitskompetenz – bildet ein Querschnittsthema im allgemeinen Bildungskanon und der verantwortliche Umgang mit der eigenen Gesundheit sollte ein zentrales Bildungsziel sein. Dafür muss jedoch auf die realen Rahmenbedingungen innerhalb der Schule, individuelle Lernvoraussetzungen (nicht zuletzt die grundsätzliche Literalität/Numeralität) und die oftmals milieuhängigen Entscheidungs- und Handlungsspielräume beim individuellen Gesundheitsverhalten reagiert werden – ganz im Sinne der Ottawa Charta der WHO: „Make the healthy choice the easier choice“ (WHO 1986).

Die Schulgesundheitspflege erweist sich dabei international als ein zentraler, an Public-Health-Gesichtspunkten orientierter Interventionsansatz. Das professionelle Selbstverständnis der Pflege zielt auf die autonome und kooperative Versorgung von Individuen aller Altersstufen und Lebenslagen. Sie adressiert sowohl Kranke als auch Gesunde in *allen* Settings. Pflege(n) umfasst Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und die Versorgung von kranken, behinderten und sterbenden Menschen. Zentrale Ziele der Pflege sind Anwaltschaft, Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Partizipation und Mitgestaltung von Gesundheitspolitik und Gesundheitssystemen, sowie Gesundheitsedukation (ICN 2002). Nach dieser Definition sind Pflegenden geeignete Akteur*innen, um auf die zuvor formulierten Bedarfe im Bereich der Gesunderhaltung, Gesundheitsförderung, Versorgung und Unterstützung adäquat zu reagieren. Die Schulgesundheitspflege ist insbesondere dafür zuständig, die Gesundheit der Schüler*innen, Lehrer*innen und anderer Personen im Setting Schule zu erhalten, drohende Gesundheitsrisiken zu erkennen und abzuwehren sowie bestehende Gesundheitsprobleme in enger Kooperation mit internen und externen Akteur*innen im Gesundheits- und Sozialsystem zu bewältigen. Pflegenden richten ihr Augenmerk dabei auf Individuen, (Teil-) Bevölkerungsgruppen, die Organisation als Ganzes und deren soziales und örtliches Umfeld. Mit ihrer spezifisch pflegerischen Expertise tragen sie nachweislich zu einer gesundheitsförderlichen Schule und zu einem höheren Maß an Gesundheitskompetenz und Gesundheit der in diesem Setting lernenden, lebenden und arbeitenden Menschen bei.

Viele Länder haben Schulgesundheitspflegende zwischenzeitlich innerhalb des öffentlichen Gesundheitssystems, des Bildungssystems oder an der Schnittstelle beider gesellschaftlicher Teilsysteme etabliert. Sie wirken dort nachweislich auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Schüler*innen, Lehrer*innen und Eltern ein und bilden ein wichtiges Element zum Ausbau einer gesunden Schule (NASN 2015, Pianalto & Wall 2016). Die Effekte von Pflegeinterventionen innerhalb der Schulen sind vielfältig, darunter positive Einflüsse sowohl auf gesundheitliche Outcomes als auch auf Bildungsergebnisse (wie Schulverbleib/Beteiligung am Unterricht, Lerneinsatz, Bildungserfolge). Schüler*innen mit chronischen Gesundheitsproblemen erfahren dank der bedarfs- und bedürfnisgerechten Versorgung durch die Schulgesundheitspflege geringere Langzeitprobleme (Best 2017). Eine Kosten-Nutzen-Analyse aus den USA konnte dort auch einen ökonomischen Benefit von School Health Nurse Programmen nachweisen (Wang 2014).

In Deutschland hingegen besteht diesbezüglich erheblicher Nachholbedarf. Gerade im Setting Schule – also der alltäglichen Lebenswelt einer wichtigen und gleichzeitig vulnerablen Bevölkerungsgruppe – beschränken sich die Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) noch vorwiegend auf Maßnahmen nach dem Infektionsschutzgesetz sowie schul(zahn)ärztliche Reihenuntersuchungen, meist nur zu Schulbeginn oder vor dem Schulaustritt (vgl. Schulgesetze von Brandenburg §45 BbgSchulG und Hessen § 149 HSchG). Proaktive und gesundheitsförderliche oder auch auf die Förderung von Gesundheitskompetenz abzielende Maßnahmen werden allenfalls punktuell und von außerhalb der Schule kommend umgesetzt oder beobachtet. Nicht zuletzt deshalb sind die Akteur*innen innerhalb der Schulen im Umgang mit aktuellen oder potentiellen Gesundheitsrisiken und ihren gesundheitlichen Problemen in der Regel auf sich selbst gestellt – und damit nicht selten überfordert. Aus epidemiologischen Studien bekannte Gesundheitsrisiken, wie ein konstant hoher Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht (15,4%) und Adipositas (5,9%), ein zu geringer Anteil an Mädchen (22,4%) und Jungen (29,4%), die ausreichend körperlich aktiv sind, ein hoher Anteil an Mädchen (13,7%) und Jungen (17,6%), die täglich zuckerhaltige Getränke konsumieren und weitere ernstzunehmende Parameter können durch die Schulen allein nicht adäquat beantwortet werden (Poethko-Müller 2018, Schienkewitz 2018, Finger 2018, Mensink 2018). Bleiben darauf ausgerichtete frühzeitige Interventionen aus, können daraus ernstzunehmende Gesundheitsprobleme und langfristige Gesundheitsschäden erwachsen – ein Risiko, dem mit der Schulgesundheitspflege vorausschauend und wirksam begegnet werden kann.

Schulgesundheitspflege steht aber auch für eine fachgerechte Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen. Der niederschwellige Zugang zu medizinisch-pflegerischen, aber auch psychosozialen Leistungen außerhalb des Gesundheitssystems, bietet somit Begleitung und Beratung bei anfallenden Anpassungs- und Bewältigungsanforderungen von Familien mit chronisch kranken oder behinderten Kindern und Jugendlichen. Diese erfahren eine zielgerichtete alltagsnahe Unterstützung und damit mehr Chancen auf Bildungsbeteiligung. Als eine innerhalb des Bildungssystems etablierte Instanz kann die Schulgesundheitspflege dank ihrer gesundheitsbezogenen und klinischen Expertise sowie mit ausgeprägten kommunikativen und edukativen Fähigkeiten unmittelbar auf die Gesundheitskompetenz der Schüler*innen, aber auch der Lehrer*innen reagieren und diese möglicherweise positiv beeinflussen, womit sie aktuellen gesundheitspolitischen Forderungen entspricht (Schaeffer et al. 2018). Schließlich kann die Schulgesundheitspflege auch dazu beitragen, das Setting Schule mit der diese Institution umgebenden sozialen und räumlichen Umwelt zu verknüpfen und möglichst stabile Brücken in das Quartier, relevante soziale Gemeinschaften aber auch die Institutionen des Gesundheits- und Sozialsystems aufzubauen. In internationalen Konzepten zur School Health Nurse oder Public Health Nurse ist die gemeindenahere Vernetzung eine zentrale und relevante Aufgabe (Birch 2015, NASN 2015, WHO 2014).

Die hier nur mit wenigen Hinweisen angesprochenen Herausforderungen an der Schnittstelle zwischen Bildungs- und Gesundheitssystem, die Bedarfe gesunder, gefährdeter sowie kranker Kinder und Jugendlicher sowie die international seit langem gesammelten Erfahrungen mit der

Schulgesundheitspflege als eine zielgerichtete Public-Health-Intervention waren Anlass für ein länderübergreifendes Modellprojekt in Brandenburg und Hessen. Aufbauend auf einer Machbarkeitsstudie (AWO 2015a) und nach der Entwicklung eines Weiterbildungscurriculums für „Schulgesundheitsfachkräfte“ (AWO 2016) wurde in einem Zeitraum von zwei Jahren der Einsatz von jeweils 10, sogenannten „Schulgesundheitsfachkräften“ (SGFK) pro Bundesland an 20 (in Brandenburg) und 10 (in Hessen) Grund- und weiterführenden Schulen unter realen Bedingungen erprobt. Hierfür wurde ein länderübergreifender Kooperationsverbund geschaffen, dem zahlreiche Akteure und Interessenvertreter aus unterschiedlichen Behörden, Institutionen und Einrichtungen angehören (Tannen et al. 2018).

Das Modellprojekt wurde durch das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft (IGPW) der Charité – Universitätsmedizin Berlin einer mehrphasigen wissenschaftlichen Begleitforschung und Evaluation unterzogen. Im Rahmen der Evaluation wurde zunächst eine umfangreiche Ausgangsanalyse durchgeführt und im Form eines Zwischenberichts publiziert (Tannen et al. 2018). Im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung wurden zahlreiche Dokumente, Protokolle, Memos etc. gesichtet und ausgewertet. Zudem wurden in einer Baseline-Erhebung (T0) standardisierte schriftliche Befragungen von Schüler*innen, Eltern, Lehrer*innen und Schulleiter*innen sowie qualitative Einzelinterviews mit Schüler*innen, Gruppendiskussionen mit Eltern und Lehrer*innen sowie partizipativ angelegte Workshops mit den Schulgesundheitsfachkräften“ realisiert. Die Datenauswertung erfolgte inhaltsanalytisch (Dokumente, qualitative Daten) und deskriptiv statistisch (quantitative Daten). In Brandenburg wurde nach 12 Monaten, in Hessen nach 9 Monaten eine Follow-up-Befragung (T1) durchgeführt. Die Leistungsdokumentation der Schulgesundheitsfachkräfte wurde nach einem Zeitraum von 11 Monaten in Brandenburg und 10 Monaten in Hessen ausgewertet. Anhand dieser Daten sollen erste Wirkungen der Schulgesundheitspflege im Modellzeitraum abgeschätzt und das neue pfelegerische Berufsbild beschrieben und bewertet werden. Übergeordnetes Ziel der wissenschaftlichen Begleitforschung war eine Beschreibung der Gelingensfaktoren und der Herausforderungen dieses Projekts. Zudem sollten Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Berufsbildes und zur Implementier- und Übertragbarkeit des Vorhabens formuliert werden.

Die Ergebnisse der Implementationsbegleitung und Wirkungsanalyse der wissenschaftlichen Begleitforschung sind in diesem Working-Paper zusammenfassend dokumentiert. Dabei werden im Anschluss (**Kap. II**) zunächst die im Rahmen der Ausgangsanalyse erarbeiteten Zwischenergebnisse kurz zusammengefasst (vgl. ausführlich Tannen et al. 2018). Daran anschließend wird noch einmal das Evaluationskonzept erläutert und das methodische Vorgehen der Begleitforschung in Erinnerung gerufen und für die einzelnen Untersuchungsschritte differenziert (**Kap. III**). Dem schließt sich eine Beschreibung der Umsetzung der Intervention Schulgesundheitspflege an (**Kap. IV**). Qualitative und quantitative Befunde aus Sicht von Schüler*innen, Lehrer*innen und Eltern werden dann in **Kap. V** zusammengefasst. Dem schließen sich Ausführungen über die Bewertung der Schulgesundheitspflege aus Sicht der Schulleitungen sowie externer Vertreter*innen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes an (**Kap. VI**). Schließlich werden die im Interventionszeitraum beobachtbaren und antizipierbaren Wirkungen der Schulgesundheitspflege dokumentiert (**Kap. VII**). Mit einer Zusammenfassung der Arbeitsergebnisse und Empfehlungen zur Weiterarbeit wird dieser Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung abgerundet (**Kap. VIII**).

II Ergebnisse der Ausgangsanalyse – Zusammenfassung

Eine Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitforschung bestand darin, die Ausgangssituation des Modellprojekts „Schulgesundheitsfachkräfte an allgemeinbildenden Schulen in Brandenburg und Hessen“ zu erfassen. Dies sollte einerseits dazu dienen, strukturelle, institutionelle und personelle Voraussetzungen für die Umsetzung der Innovation Schulgesundheitspflege zu beschreiben und damit das Bedingungsgefüge für dieses Modellprojekt auszuloten, andererseits sollten die Relevanz der Schulgesundheitspflege unterstrichen und Vergleichsdaten für die durchzuführende Wirkungsanalyse erarbeitet werden. Die Ergebnisse der Ausgangsanalyse wurden in einem Working-Paper ausführlich niedergelegt (Tannen et al. 2018), weshalb hier eingangs lediglich einige wichtige Aspekte in Erinnerung gerufen werden sollen.

Die Schulgesundheitspflege (School Health Nursing) ist heute in vielen Ländern zu einem unverzichtbaren Element der öffentlichen Gesundheitsdienste und zugleich zu einem Bestandteil des Bildungssystems geworden. Darüber hinaus hat sich die Schulgesundheitspflege zu einer Spezialisierungsoption der Pflege entwickelt, die häufig im Kontext der Advanced Nursing Practice – der fortgeschrittenen oder erweiterten Pflegepraxis – angesiedelt wird. Diese Expertenrolle ist durch die Integration klinischer, edukativer und z. T. auch versorgungssteuernder Kompetenzen gekennzeichnet – das Aufgabenspektrum reicht von unspezifischer Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenzförderung, Prävention und Früherkennung sowie Abmilderung von gesundheitlichen und sozialen Beeinträchtigungen, Erstversorgung bei Verletzungen oder akuten Beschwerden über die alltagsnahe Unterstützung von chronisch kranken, behinderten oder in anderer Weise eingeschränkten Schüler*innen bis hin zur Community Health Work in Kooperation mit anderen Akteuren aus sozialen Gemeinschaften oder Gemeinden. Sie stellt eine umfassende, vorausschauende und sozial kompensierende Antwort auf eine vielschichtige gesundheitliche und soziale Problem- und Bedarfslage im Setting Schule dar.

Die Hauptzielgruppe der Schulgesundheitspflege sind Kinder und Jugendliche, die einem ähnlichen Morbiditätswandel unterworfen sind, wie die erwachsene Bevölkerung. Bedenkenswert ist eine Zunahme an chronischen, vielfach lebensstilbedingten Erkrankungen sowie ein Anstieg an psychischen und psychosomatischen Erkrankungen: Sie beeinflussen nicht nur die Lernfähigkeit und Lebensqualität der Schüler*innen negativ, bei fehlender Behandlung bergen sie auch ein hohes Risiko der Chronifizierung. Zugleich aber werden viele der Gesundheitsrisiken durch frühzeitige Interventionen auf individueller und systemischer Ebene als vermeidbar angesehen, weshalb sich Schulen als ein relevantes Setting für die (un-)spezifische Förderung der Kinder- und Jugendgesundheit anbieten. Daneben können auch Lehrende, das übrige Schulpersonal und Eltern Zielgruppe der Schulgesundheitspflege werden oder an deren Aktivitäten beteiligt sein. Dabei wird auch auf den Umstand reagiert, dass im Kontext von ganztägigen Unterrichtsangeboten der Schule bzw. ganztägiger Betreuung in den angegliederten Betreuungseinrichtungen anfallende akute oder chronische Gesundheitsprobleme häufig an das pädagogische oder sonstige Personal herangetragen werden. Dieses muss dann über notwendige Maßnahmen entscheiden, was immer öfter dessen Kompetenzen überschreitet und zu Überforderung führt. Auch dieser Entwicklung soll mit der Schulgesundheitspflege begegnet werden.

Im Rahmen der Ausgangsanalyse hat die wissenschaftliche Begleitforschung unter anderem eine umfangreiche schriftliche Befragung mit unterschiedlichen Zielgruppen durchgeführt (Baseline-Erhebung T0). Letztlich konnten Angaben von N=4.433 Fragebögen aus Brandenburg (Rücklaufquoten zwischen 35 und 46 Prozent) und N=4.690 Fragebögen aus Hessen (Rücklaufquoten zwischen 20 und 45 Prozent) ausgewertet werden. Im Sinne eines ersten schulbezogenen Assessments hat diese Erhebung einen durchaus **drängenden Bedarf an Prävention und Gesundheitsförderung in den Schulen** aufgedeckt. Zwar wurde der subjektive Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen an den teilnehmenden Schulen durch die befragten Eltern bzw. durch die Schüler*innen selbst mehrheitlich gut bis sehr gut eingeschätzt, die objektiven Parameter wiesen dagegen auf einen erhöhten Anteil von 15 Prozent (Brandenburg) bzw. 10

Prozent (Hessen) von übergewichtigen Schüler*innen hin. Weitere 20 bis 30 Prozent (Brandenburg) bzw. 30 bis 40 Prozent (Hessen) litten an Schlafstörungen. 21 Prozent (Brandenburg) bzw. 28 Prozent (Hessen) der Schüler*innen gingen laut den vorliegenden Angaben nur jährlich oder noch seltener zur Zahnärztin bzw. -arzt und 22 Prozent (Brandenburg) bzw. 13 Prozent (Hessen) putzten sich lediglich einmal täglich oder seltener die Zähne. Bei Schüler*innen mit niedrigem sozialem Status lag diese Rate bei 30 Prozent (Brandenburg) bzw. 31 Prozent (Hessen), während sie bei Schüler*innen mit hohem sozialen Status bei nur 10 Prozent lag (Brandenburg und Hessen). Die Einhaltung von Ernährungsempfehlungen war nur bei 20 bis 50 Prozent (Brandenburg) bzw. 40 bis 60 Prozent (Hessen) zu beobachten. Ausreichende körperliche Aktivität leisteten nur 31 Prozent (Brandenburg) bzw. 66 Prozent (Hessen) der Schüler*innen. Zudem waren – in Abhängigkeit von der Altersstufe – ein bedenklich hoher Medienkonsum, regelmäßiges Rauchen und regelmäßiger Alkoholkonsum zu beobachten.

Die Baseline-Erhebung hat aber auch **Hinweise auf einen optimierbaren Umgang mit Erkrankungen und Unfällen an den Schulen** ergeben. Bei etwa 14 Prozent (Brandenburg) bzw. 9 Prozent (Hessen) der befragten Schüler*innen lag eine chronische Erkrankung oder Behinderung vor und bei 10 Prozent (Brandenburg) bzw. 3 Prozent (Hessen) ein sonderpädagogischer Förderbedarf. Während des Schulalltags kam es immer wieder zu akuten (Krankheits-) Beschwerden oder auch Unfällen der Schüler*innen, die fachkundig beurteilt und ggf. einer Weiterbehandlung zugeführt werden mussten. In einem Zeitraum von drei Monaten vor der Einführung der Schulgesundheitspflege wurden 33 Prozent (Brandenburg) bzw. 21 Prozent (Hessen) der Schüler*innen wegen einer Erkrankung und 10 Prozent (Brandenburg) bzw. 8 Prozent (Hessen) wegen eines Unfalls nach Hause geschickt. 21 Prozent (Brandenburg) bzw. 19 Prozent (Hessen) der Schüler*innen mussten wegen einer Erkrankung und 11 Prozent (Brandenburg) bzw. 8 Prozent (Hessen) wegen eines Unfalls von der Schule abgeholt werden.

Zudem zeigten sich **weitere Herausforderungen im Umgang mit dem Thema Gesundheit an den Schulen**. Insgesamt 31 Prozent (Brandenburg) bzw. 18 Prozent (Hessen) der Befragten gaben an, wöchentlich bis täglich körperliche Auseinandersetzungen an der Schule zu erleben. 58 Prozent (Brandenburg) bzw. 56 Prozent (Hessen) haben gewaltsame verbale Auseinandersetzungen erfahren. Auch emotional-soziale Probleme unterschiedlicher Art haben in den Schulen große Bedeutung und oftmals fehlt es hierfür an geeigneten Ansprechpersonen. In den Brandenburger Schulen bestand zu Beginn des Modellprojekts gesundheitsrelevanter Verbesserungsbedarf vor allem in den Bereichen Sauberkeit und Hygiene. Es fehlten Aufenthaltsräume für Pausen und Freistunden für die Lehrer*innen, Ruhezeiten und Ruheräume für die Schüler*innen, eine Essensausgabe in der Kantine und Schulungen in Erster Hilfe bzw. ein Schulsanitätsdienst. In den hessischen Schulen waren die Themen Sauberkeit und Hygiene an der Schule, Angebote für Ruhezeiten und Ruheräume für die Schüler*innen, Bequemlichkeit der Möbel im Klassenraum, Essensausgabe in der Kantine / am Schulkiosk, Aufenthaltsraum für Pausen und Freistunden für die Lehrer*innen sowie das Raumklima vordringliche Themen.

Auffallend war im Rahmen der Ausgangsanalyse auch die partiell **geringe Gesundheitskompetenz sowohl der Lehrer*innen, Eltern als auch der Schüler*innen**. Die Gesundheitskompetenz beschreibt die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu suchen, zu finden, zu verstehen und zu bewerten. Die Selbstauskünfte der Befragten ergaben eine inadäquate bis problematische Gesundheitskompetenz der Eltern (46 Prozent in Brandenburg und 42 Prozent in Hessen) und Lehrer*innen (57 Prozent in Brandenburg und 43 Prozent in Hessen). Die meisten führten Probleme dabei an, Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depressionen, zu finden und zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind. Die Mehrheit der antwortenden Schüler*innen hatten eine niedrige (22 Prozent in Brandenburg und 15 Prozent in Hessen) bis moderate (65 Prozent in Brandenburg und 68 Prozent in Hessen) Gesundheitskompetenz.

Der drängende Handlungsbedarf an den Schulen wurde nicht zuletzt dadurch unterstrichen, dass die gesundheitlichen Herausforderungen bislang vorwiegend an **Lehrende und anderes**

Schulpersonal herangetragen wurden, das sich damit jedoch **häufig überfordert und belastet** fühlte. So gaben 20 Prozent (Brandenburg) bzw. 13 Prozent (Hessen) der Lehrer*innen an, mindestens einmal wöchentlich fachfremde gesundheitsbezogene Aufgaben übernehmen zu müssen. Zudem fühlten sich die Lehrer*innen durch die wachsende Zahl an chronisch kranken und behinderten Kindern und Jugendlichen herausgefordert, etwa weil sie sich mehrheitlich nicht ausreichend über die rechtlichen Rahmenbedingungen der Medikamentengabe an Schulen informiert fühlten (53 Prozent in Brandenburg und 71 Prozent in Hessen). Die selbst wahrgenommene Sicherheit der Lehrer*innen im Umgang mit unterschiedlichen chronischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen wurde als gering eingeschätzt.

Diese unterschiedlichen Befunde über die Situation an den Schulen haben den Bedarf an einer Intervention wie der Schulgesundheitspflege noch einmal verdeutlicht und die von den Projektträgern gestartete Initiative untermauert. Im Rahmen der Ausgangsanalyse wurde zudem ausführlich dokumentiert, wie das Modellprojekt konzeptionell auf diesen Bedarf reagieren wollte. Darüber hinaus wurde eruiert, wie es um die **qualifikatorischen und strukturellen Ausgangsbedingungen für das Modellprojekt an den Schulen** konkret bestellt war. Dabei wurde deutlich, dass die deutsche Variante einer Schulgesundheitspflege – wie sie in dem Modellprojekt realisiert wurde – eine Adaptation internationaler Konzepte an das deutsche Bildungs- und Gesundheitssystem sowie den derzeitigen Entwicklungsstand der Pflege in Deutschland darstellt. Dies zeigt sich u. a. an den Qualifikationsanforderungen, die an die in diesem Projekt tätigen Pflegenden gestellt wurden. International kommen aufgrund der geforderten klinischen, sozialen, methodischen und systembezogenen Kompetenzen vorwiegend auf Hochschulniveau qualifizierte Berufsangehörige zum Einsatz (oft auf Masterniveau im Sinne der Advanced Nursing Practice). Das dem Modellprojekt zugrundeliegende Weiterbildungscurriculum war dagegen bewusst auf die lokalen Gegebenheiten in Deutschland angepasst und in seinen Anforderungen entsprechend reduziert. Konkret wurden überwiegend beruflich qualifizierte Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende eingesetzt, die in den beiden Bundesländern bei unterschiedlichen Anstellungsträgern angesiedelt waren. Problematisiert wurde von wissenschaftlicher Seite u. a., dass die hohen und vielfältigen Erwartungen an die Rolle der „Schulgesundheitsfachkräfte“ mit den verfügbaren zeitlichen und personellen Ressourcen nur bedingt in Einklang zu bringen waren. Unterschiedliche Schulformen, Betreuungsschlüssel durch die „Schulgesundheitsfachkraft“ und Priorisierungen auf gesundheitsbezogene Themen an den einzelnen Schulen ließen uneinheitliche und nur bedingt vergleichbare Interventionen erwarten.

Die Ausgangsanalyse hat zudem aufgedeckt, dass das Modellprojekt in **komplexe Steuerungsgremien und -prozesse** eingebettet war, an denen neben den Projektträgern auch mehrere wissenschaftliche Einrichtungen, Behörden sowie weitere Akteurs- und Interessengruppen beteiligt waren. Dieser strukturelle Rahmen erwies sich sowohl hinderlich wie auch förderlich für den Projektverlauf. Als hemmend wirkte sich der kontinuierlich hohe Abstimmungs- und Konsentierungsbedarf zwischen den Beteiligten aus. Für die Projektträger sowie für das Team der wissenschaftlichen Begleitforschung war es immer wieder herausfordernd, die heterogenen Interessen und Erwartungen miteinander in Einklang zu bringen. Die zum Teil diversen länderspezifischen (datenschutz)rechtlichen Regelungen führten ebenfalls zu Verzögerungen im Modellvorhaben: Die zeitliche Struktur driftete wegen der unterschiedlich langen Abklärungsbedingungen der Bundesländer auseinander. Die Einstellung der auszubildenden Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegenden in Hessen musste verschoben werden, letztlich nahmen sie fünf Monate nach den Brandenburgern ihre Weiterqualifizierung auf (zum 01.04.2017, in Brandenburg zum 01.11.2016). Für die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation bedeutete dies, dass die Organisation, Durchführung und Auswertung der quantitativen und qualitativen Erhebungen in zwei auseinanderliegenden Zeitphasen zu leisten war. Als förderlich für das Gesamtprojekt erwies sich dagegen die Perspektivenvielfalt und die umfassende Expertise der Akteur*innen innerhalb der komplexen Netzwerkstrukturen. Es zeigte sich, dass durch den kon-

sensorientierten Ansatz neue Wege beschritten werden konnten: So stimmten sich die Bildungs- und Gesundheitsministerien eng untereinander ab, was in ihren jeweiligen Aufgabefeldern bisher nicht üblich war. Allerdings entspricht dieses Vorgehen genau der von der WHO proklamierten Strategie „Health in all policies“, bei der gesundheitliche Aspekte auf allen Ebenen und Bereichen von Politik und Gesellschaft berücksichtigt und bearbeitet werden sollen.

In der Summe wurde herausgearbeitet, dass die **Ausgangssituation für das Modellprojekt in den beiden Bundesländern und den jeweils ausgewählten Standorten (Schulen) heterogen und komplex** war. Große Unterschiede zeigten sich bei den Implementierungsstrategien, der Auswahl der beteiligten Schulen, deren Größe sowie der sachlichen und personellen Ausstattung und nicht zuletzt bei den Betreuungsschlüsseln und den vor Ort umgesetzten Interventionskonzepten. Datenschutzrechtliche und schulrechtliche Vorgaben haben den Projektstart erschwert und zu ungleichen Ausgangsbedingungen in den beiden Bundesländern geführt. Die heterogene und komplexe Ausgangssituation verlangte von den am Modellprojekt beteiligten Akteur*innen auf allen Ebenen eine besonnene und differenzierte Vorgehensweise. Empfohlen wurde dabei von Seiten der wissenschaftlichen Begleitforschung frühzeitig unter anderem eine stärkere Priorisierung von gesundheitlichen Zielen und eine schulbezogene Spezifizierung der Interventionskonzepte. Auch eine stärkere Standardisierung der jeweiligen Interventionen wurde als notwendig erachtet und wiederholt eingefordert. Zudem wurde geraten, lokal angepasste Strukturen zu entwickeln und das Modellprojekt an den regional vorgefundenen Gegebenheiten auszurichten. Die im Rahmen der Ausgangsanalyse erarbeiteten Daten boten den Akteur*innen vor Ort wie auch den, das Modellprojekt umgebenden, Steuerungsgremien dafür zahlreiche Anknüpfungspunkte. Nicht behoben werden konnte hingegen die Problematik der vergleichsweise kurzen sowie der unterschiedlich langen Interventions- und Beobachtungszeiträume an den Schulen in den beiden Bundesländern, der heterogenen und tendenziell gering standardisierten Ausgangslage und der daraufhin von den „Schulgesundheitsfachkräften“ vorgenommenen Interventionen sowie der Einfluss weiterer Determinanten auf potentielle Präventionserfolge oder mit dem Projekt in Verbindung gebrachten Erfolgsparametern. Insbesondere diese Aspekte werden bei der nun folgenden Darstellung der Ergebnisse der Implementationsbegleitung und Wirkungsanalyse zu berücksichtigen sein.

III Evaluationskonzept

Das Evaluationskonzept der wissenschaftlichen Begleitforschung war dynamisch und partizipativ angelegt. Einige Evaluationsdimensionen wurden erst im Zuge der Qualifizierungs- und Implementierungsmaßnahmen und der praktischen Erprobung schrittweise konkretisiert oder flexibel angepasst. Eine enge Kooperation mit den unterschiedlichen am Modellversuch beteiligten Interessens- und Akteursgruppen sowie mit externen Kooperationspartnern mit spezifischer Fachexpertise in Teilfragen des Vorhabens kennzeichnen die wissenschaftlichen Aktivitäten während der Evaluation. Konkret richtete sich deren Begleitforschung auf die Evaluationsdimensionen *Kontext* (Schule als gesundheitsrelevantes Setting), *Input* (Schulgesundheitspflege als neues Element), *Prozess* (Interventionen der Schulgesundheitspflege) und *Ergebnis* (beobachtbare Effekte im Modellzeitraum) (Tab. 1).

Tab. 1: Evaluationsdimensionen

Kontext	Schule als gesundheitsrelevantes Setting	Institutionelle und individuelle Voraussetzungen, Schulklima, Perspektiven etablierter Akteure (Lehrende, Elternschaft, ggf. externe Partner)
Input	Schulgesundheitspflege als neues Element	Definition, Systematisierung des Tätigkeitsprofils und der Interventionsschwerpunkte der Schulpflegerkräfte; Perspektiven der relevanten Akteure
Prozess	Interventionen der Schulgesundheitspflege	Definition und Eingrenzung von konkreten Interventionen (Voraussetzungen, Art und Umfang), Standardisierungsgrad der Interventionen
Ergebnis	Beobachtbare Effekte im Modellzeitraum	Berücksichtigung unterschiedlicher Faktoren auf individueller Ebene (Kinder, Jugendliche, Lehrende, Eltern) und auf Systemebene (z. B. Einbindung der Pflege)

Im Zentrum der wissenschaftlichen Aktivitäten standen die Erfassung der Ausgangssituation (siehe hierzu Tannen et al. 2018), die Begleitung und Bewertung der Implementierungsprozesse sowie die Erfassung, Dokumentation und Bewertung der durch den Einsatz der Schulgesundheitspflegenden erzielten Wirkungen auf individueller und systemischer Ebene und damit deren Beitrag zu einer „gesunden Schule“. Darüber galt das Interesse den hemmenden und fördernden Bedingungen für den Einsatz von „Schulgesundheitsfachkräften“. Dabei wurden unterschiedliche Arbeitspakete z. T. parallel durchgeführt und miteinander kombiniert. Ein Arbeitspaket diente insbesondere der Analyse der individuellen und institutionellen Voraussetzungen bei Implementationsbeginn zur Beschreibung der kontextuellen Evaluationsdimension (*Kontext*). Im Sinne der formativen Evaluation konnten bereits implementationsbegleitend gesundheitliche Risiken und Potentiale sowie Versorgungslücken und -bedarfe identifiziert und Empfehlungen gegenüber den Projektverantwortlichen ausgesprochen werden, um so die definierten Zielsetzungen des Modellversuchs bestmöglich erreichen zu können. In einer summarischen Evaluation wurden die gegen Ende der Modellphase auf individueller und systemischer Ebene beobachteten Auswirkungen der Schulgesundheitspflege einer ersten Einordnung und Bewertung unterzogen (*Ergebnis*). Darüber hinaus sollten sowohl das Tätigkeitsprofil der Schulgesundheitspflegenden als auch ihre Tätigkeitsschwerpunkte systematisiert werden (*Input*). In einem weiteren Arbeitspaket wurden zum einen Versorgungsbedürfnisse und zum anderen wahrgenommene Veränderungen im Schulalltag aus der subjektiven Perspektive der verschiedenen, am Modellprojekt beteiligten Zielgruppen identifiziert. Die unterschiedlichen Ergebnisse wurden schließlich zusammengeführt und reflektiert sowie in Form abschließender Empfehlungen verdichtend aufbereitet.

1. Forschungsdesign

Es wurde ein Mixed-Methods-Designs realisiert, bei dem sowohl qualitative als auch quantitative Erhebungs- und Auswertungsverfahren, sowie eine Dokumentenanalyse zur Anwendung kamen (Tab. 2). Die unterschiedlichen Datenquellen wurden miteinander in Beziehung gesetzt, aufgrund der begrenzten Projektlaufzeit und der Komplexität der Maßnahmen wurde jedoch auf eine systematische Triangulation der Daten verzichtet.

Tab. 2: Projektphasen und Datenerhebungsmethoden

	Analyse der Ausgangslage	Implementationsbegleitung	Wirkungsanalyse
Schüler*innen	Standardisierte schriftliche Befragung	Einzelinterviews	Standardisierte schriftliche Befragung
Lehrer*innen	Standardisierte schriftliche Befragung	Gruppendiskussion	Standardisierte schriftliche Befragung
Eltern / Sorgeberechtigte	Standardisierte schriftliche Befragung	Gruppendiskussion	Standardisierte schriftliche Befragung
Schulgesundheitsfachkräfte		Gruppendiskussion	
Schule / Schulleiter*innen	Standardisierte schriftliche Befragung	Dokumentenanalyse	Standardisierte schriftliche Befragung
Schulumwelt / Netzwerke		Dokumentenanalyse	

Das *qualitative Arbeitspaket* diente der Begleitung und Bewertung der Implementierungsprozesse. Dabei wurden subjektive Sichtweisen der Schüler*innen, der Lehrer*innen sowie der Eltern mittels qualitativer Methoden erfasst und ausgewertet. Partizipativ angelegte Gruppentreffen mit den „Schulgesundheitsfachkräften“ dienten darüber hinaus nicht nur dem wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn, sondern auch der kooperativen Weiterentwicklung und Optimierung des Konzepts „Schulgesundheitspflege“. Das Vorgehen bei der qualitativen Datenerhebung, das Sample sowie die Auswertung werden weiter unten ausführlicher beschrieben.

Das *quantitative Arbeitspaket* wurde im Wesentlichen in einem standardisierten Prä-Post-Design mit zwei Erhebungszeitpunkten umgesetzt. Zunächst wurde die Ausgangslage (Baseline-Erhebung, T0) an den teilnehmenden Schulen im Anschluss an die Qualifizierungsmaßnahmen der Gesundheits- und Kinder- Krankenpflegenden durchgeführt. Diese Qualifizierung selbst war jedoch nicht Gegenstand der hier dokumentierten wissenschaftlichen Begleitforschung. Realisiert wurde eine mehrdimensionale quantitative schriftliche Befragung der Schüler*innen, der Eltern/ Sorgeberechtigten, der Lehrer*innen sowie der Schulleiter*innen. Enthalten waren Fragen zum Gesundheitszustand, zum Gesundheitsverhalten, zur Gesundheitskompetenz, zu Belastungen und zum Inanspruchnahmeverhalten aufgrund von gesundheitlichen Problemen sowie Fragen zu gesundheitsrelevanten Rahmenbedingungen der Schule. Die Daten der befragten Schüler*innen und ihrer Eltern/Sorgeberechtigten wurden unter Anwendung eines Pseudonymisierungsverfahrens miteinander verknüpft. Die Ergebnisse zur Ausgangslage wurden bereits an anderer Stelle ausführlich dokumentiert (Tannen et al. 2018). Nach einer in den beiden Bundesländern unterschiedlich langen Interventionsphase wurden die quantitativen schriftlichen Befragungen der Zielgruppen wiederholt. In dieser Follow-up-Befragung (T1) wurden gezielt Themen abgefragt, die möglicherweise durch die Anwesenheit der „Schulgesundheitsfachkraft“ beeinflusst werden konnten. Der vergleichsweise kurze Projektzeitraum von zwei Jahren hatte einen entsprechend kurzen Beobachtungszeitraum zwischen der Baselineerhebung (T0) und der Follow-up-Befragung (T1) zur Folge. Er betrug in Brandenburg 12 Monate, in Hessen lediglich 9 Monate (Tab. 3, umseitig). Ebenfalls zum quantitativen Arbeitspaket gehört die Auswertung der elektronischen Leistungsdokumentation, in der die „Schulgesundheitsfachkräfte“ täglich Kontakte mit Schüler*innen, Eltern oder Lehrer*innen, sowie Art und Umfang ihrer Tätigkeiten und Projekte auflisteten. Die analysierte Leistungsdokumentation

umfasst einen Zeitraum von 11 (Brandenburg) bzw. 10 Monaten (Hessen). Das konkrete Vorgehen bei den einzelnen Erhebungs- und Auswertungsschritten wird weiter unten noch ausführlicher dargelegt, ebenso die damit verbundenen Limitationen.

Tab. 3: Zeitlicher Ablauf der Projektphasen

Jahr	2016			2017												2018																	
Mon	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08										
Qualifiz.		VZ			TZ																												
							VZ		TZ																								
Einsatz																																	
T0 / T1					T0																		T1										
												T0											T1										
Qual Erh.																																	
Leist Dok.																																	

Legende ■ Brandenburg. ■ Hessen. VZ = Vollzeit, TZ = Teilzeit, T0 = Baseline, T1 = Follow-up

In Vorbereitung auf die Implementation der Schulgesundheitspflege an den ausgewählten Schulen in Brandenburg und Hessen sowie auf die wissenschaftliche Begleitevaluation wurde für beide Bundesländer ein Ethikvotum der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) eingeholt, das mit Bescheid vom 18.07.2017 (Antragsnummer 16-025) erteilt wurde. Für die Teilnahme der Schüler*innen am Modellprojekt wurde pro Bundesland beim jeweiligen Landesdatenschutzbeauftragten ein Datenschutzvotum eingeholt. Zudem wurde für die wissenschaftliche Begleitforschung bei den entsprechenden Behörden eine Genehmigung eingeholt. In Brandenburg war hierfür das Brandenburger Bildungsministerium¹ und in Hessen das Hessische Kultusministerium² zuständig.

2. Qualitative Datenerhebung

2.1 Einzelinterviews mit Schüler*innen

In *Brandenburg* wurden von den 20 teilnehmenden Schulen insgesamt 18 Einrichtungen aufgesucht, um mit Schüler*innen Einzelinterviews zu führen.³ Zwei Schulen wurden ausgelassen, da die dort arbeitende Schulgesundheitsfachkraft über längere Zeit ausfiel und damit bei den Kindern und Jugendlichen nicht ausreichend Erfahrungen mit dem Angebot vorausgesetzt werden konnten. Die Interviews wurden im Zeitraum vom 10.2017 bis 11.2017 durchgeführt, also neun Monate nach Arbeitsbeginn der „Schulgesundheitsfachkräfte“ an den Schulen. Im Vorfeld wurden die Schulleiter*innen bzw. Mentor*innen der „Schulgesundheitsfachkräfte“ gebeten, eine Schul- bzw. Klassensprecherin oder einen Schul- bzw. Klassensprecher auszuwählen, die/der über die „Schulgesundheitsfachkraft“ berichten und gegebenenfalls auch für seine Mitschüler*innen sprechen kann. Bei allen Kindern und Jugendlichen wurde das Einverständnis der Eltern zur Teilnahme an der Befragung eingeholt. Nach einer kindgerechten Aufklärung über den Datenschutz und die Verwendung der Interviewaussagen unterschrieben auch die Schüler*innen selbst eine Erklärung der Freiwilligkeit ihrer Teilnahme (Vogel 2015). Die einzelnen Interviews hatten eine Länge zwischen 11 und 31 Minuten, sie fanden in einem ungestörten Raum

¹ Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg (07.02.2017, Registriernummer 66/2016)

² Datenschutzbeauftragter des Hessischen Kultusministeriums (14.07.2017), Hess. Datenschutzbeauftragter (04.07.2017)

³ Das Sample wurde nicht mehrdimensional oder Kriterien geleitet erstellt; ohne Anspruch auf Repräsentativität (Flick 2009).

innerhalb der Schule statt. Insgesamt wurden 19 Interviews geführt, ein Interview fand mit zwei Jugendlichen gleichzeitig statt, so dass in der gesamten Stichprobe Aussagen von insgesamt 20 Schüler*innen (15 weibliche, 5 männliche) vorliegen. Die Altersspanne bewegt sich zwischen 10 und 18 Jahren.

In *Hessen* wurden an 9 der 10 teilnehmenden Schulen Einzelinterviews mit Schüler*innen durchgeführt. An der zehnten Schule fiel das Interview wegen kurzfristiger Erkrankung der Schülerin aus. Wie in *Brandenburg* fanden die Interviews neun Monate nach Arbeitsbeginn der „Schulgesundheitsfachkräfte“ statt und zwar im März 2018. Ebenso wie in *Brandenburg* wurden die Schulleiter*innen bzw. Mentor*innen der „Schulgesundheitsfachkräfte“ um Unterstützung gebeten, eine bis zwei Schul- bzw. Klassensprecher*innen anzufragen, ob sie bereit wären, ein Interview zu geben. Zusätzlich wurde die Bedingung gestellt, dass die Schüler*innen selbst Erfahrungen mit der „Schulgesundheitsfachkraft“ gesammelt haben sollten, um Inhalte aus *Brandenburg* ergänzen zu können. Wieder wurden die informierten schriftlichen Einwilligungen der Eltern und der Schüler*innen eingeholt (Vogel 2015). Die einzelnen Interviews hatten eine Länge zwischen 11 und 33 Minuten. In *Hessen* liegen Aussagen von insgesamt 15 Schüler*innen (8 weibliche, 7 männliche) in der Altersspanne von 10 bis 16 Jahren vor. Zwei Interviews fanden in allseitigem Einvernehmen mit zwei Teilnehmenden gleichzeitig statt, eins mit drei. Das gesamte qualitative Datensample umfasst somit Aussagen von 35 Schüler*innen (23 weibliche, 12 männliche) im Alter von 10 bis 18 Jahren.

Durchgeführt wurden leitfadengestützte Interviews (Flick 2009) zu drei Themenbereichen: (1) Tätigkeiten und Rolle der „Schulgesundheitsfachkraft“: Kennenlernen, Bezeichnung „Schulgesundheitsfachkraft“, Aufgaben, Bewertung/Priorisierung der Aufgaben; (2) Erfahrungen der Schüler*innen mit der „Schulgesundheitsfachkraft“: Gründe, zur „Schulgesundheitsfachkraft“ zu gehen, Erleben des Kontaktes, Perception der Mitschüler*innen, Projekte, Veränderungen an der Schule, seit die „Schulgesundheitsfachkraft“ da ist, und (3) Botschaften: Wünsche an die „Schulgesundheitsfachkraft“, an die Politik und die Geldgebenden.

Die Interviews wurden audiotekhnisch aufgezeichnet und von einem externen Transkriptionsbüro nach einfachen Transkriptionsregeln in Schriftform gebracht und anschließend pseudonymisiert (Dresing & Pehl 2018). Von den teilnehmenden Kindern und Jugendlichen wurden zusätzlich unter dem Pseudonym das Alter, das Geschlecht, die Klassenstufe und gegebenenfalls die Funktion (z. B. Klassensprecher*in) auf einem gesonderten Datenblatt festgehalten. Nach jedem Interview verfassten die Interviewerinnen ein reflektierendes Gedächtnisprotokoll (Helfferich 2004). Das gesamte Material wurde mithilfe der Software MAXQDA verwaltet und inhaltsanalytisch ausgewertet (Kuckartz 2012). Dabei wurden die ersten drei Interviews von zwei Mitarbeiterinnen des wissenschaftlichen Begleiteams zunächst induktiv, dann deduktiv codiert, bevor eine Mitarbeiterin fortlaufend am Codebaum weiterarbeitete. Eine umfassende Diskussion der gewonnenen Daten wurde in zwei qualitativen Forschungswerkstätten der *Charité* abgehalten (Kruse 2015). Um die Identität der teilnehmenden Schüler*innen zu wahren, werden die Ergebnisse in der folgenden Darstellung ohne Unterscheidungen nach Bundesland oder Schultyp vorgenommen. Die Altersangabe wurde belassen, um Bedarfe jüngerer und älterer Schüler*innen unterscheiden zu können.

2.2 Gruppendiskussionen mit Eltern und Lehrenden

In *Brandenburg* wurden in Absprache mit dem Projektträger AWO Bezirksverband Potsdam die Schulleiter*innen je einer Schule der neun „Schulgesundheitsfachkräfte“ angeschrieben und gebeten, Eltern und Lehrenden ein Informationsschreiben mit der Einladung zur Gruppendiskussion⁴ zu übergeben. Ziel war es, je eine Vertreterin oder einen Vertreter pro Schule bzw. „Schulgesundheitsfachkraft“ zu finden. In der Auswahl der Schulen wurden gezielt alle vier

⁴ Um hervorzuheben, dass die Teilnehmenden selbst die Themen wählen konnten, über die diskutiert werden sollte, wird im Folgenden in Anlehnung an Flick von „Gruppendiskussionen“ gesprochen (2009: 250ff; vgl. hierzu auch Ewers 2002).

Landkreise (Brandenburg an der Havel, Cottbus, Frankfurt/Oder und Neuruppin und alle Schulformen (5 Grundschulen, 3 Oberschulen, 1 Oberstufenzentrum) berücksichtigt. Es fand sich kein Elternteil aus dem Oberstufenzentrum mit der Begründung, dass die meisten Schüler*innen schon über 18 Jahre seien und deshalb die Eltern nicht in Schulangelegenheiten involviert wären. Zudem gab es kurzfristige Absagen einiger Elternvertreter*innen. Letztendlich nahmen an der Gruppendiskussion insgesamt 6 Elternvertreter*innen aus 6 verschiedenen Schulen teil (4 Grundschulen, 2 Oberschulen). Das Gespräch fand am 24.02.2018 in den Räumen des IG PW in Berlin statt und dauerte 1 Stunde und 31 Minuten. Der Ort wurde ausgewählt, da Berlin für alle Teilnehmenden aus Brandenburg gut erreichbar ist. Die Gruppendiskussion der Lehrer*innen fand am 23.02.2018 ebenfalls in den Räumen des IG PW in Berlin statt. Auch hier gab es zwei kurzfristige Absagen. Von zwei Schulen nahmen je zwei Lehrer*innen teil, so dass insgesamt 8 Lehrende aus 6 verschiedenen Schulen (7 Lehrer*innen von 5 Grundschulen, 1 Oberschule) diskutierten. Die Dauer der Diskussion betrug 1 Stunde und 26 Minuten.

In *Hessen* wurden die Schulleiter*innen aller 10 Schulen gebeten, je eine Elternvertreterin oder einen Elternvertreter und eine Lehrkraft zu finden, die an der Gruppendiskussion mitwirken. Ein Elternteil musste kurzfristig absagen, so dass 9 Schulen vertreten waren (5 aus Frankfurt am Main, 4 aus Offenbach). Aus zwei Frankfurter Schulen kamen je zwei Elternvertreter*innen, so dass letztlich 11 Personen zusammen diskutierten (6 Eltern von 5 Gesamtschulen, 5 Eltern von 4 Gymnasien). Von den Lehrenden wurden alle 10 Schulen je einmal vertreten. Beide Gruppendiskussionen fanden in den Räumen des Projektträgers HAGE e.V. in Frankfurt am Main statt, am 14.03.2018 die der Lehrer*innen mit einer Dauer von 1 Stunde und 45 Minuten und am 15.03.2018 die der Elternvertreter*innen mit einer Dauer von 1 Stunde und 37 Minuten. Der Ort wurde ausgewählt, da er für alle Teilnehmenden gut erreichbar war. Insgesamt liegen damit auswertungsfähige Informationen von 17 Elternvertreter*innen und 18 Lehrer*innen vor.

Der Ablauf der Gruppendiskussionen war jedes Mal ähnlich, die Teilnahme basierte auf Freiwilligkeit und informierter Einstimmung. Anwesend waren eine Person des wissenschaftlichen Begleitteams zur Moderation und mindestens eine Protokollantin. Die Sitzung wurde mit der – bewusst offen gehaltenen – Frage eröffnet, wie die Teilnehmenden die „Schulgesundheitsfachkraft“ individuell wahrnehmen (Eltern) bzw. welche Bedeutung es für jede bzw. jeden persönlich habe, dass eine „Schulgesundheitsfachkraft“ an ihrer Schule arbeitet (Lehrende). So konnte zunächst jede*r Teilnehmer*in einmal zu Wort kommen. Die Moderatorin (eine Person aus dem Team der wissenschaftlichen Begleitforschung) hielt sich anschließend während der gesamten Diskussion bewusst im Hintergrund, um den Diskutierenden die Chance zu bieten, diejenigen Themen anzusprechen, die ihnen am wichtigsten erscheinen. Einzelne Vertiefungsfragen wurden gestellt, um Sachverhalte zu klären bzw. zuzuspitzen. Am Ende gab es nochmals eine Runde, in der Jede*r aufgefordert wurde, einen konkreten, persönlichen Wunsch an die Schulgesundheitspflege zu formulieren (Eltern) bzw. zu nennen, was sie an der „Schulgesundheitsfachkraft“ am meisten positiv überrascht hat (Lehrende) (Kruse 2015, Flick 2009). Nach Abschalten des Aufnahmegerätes gab es die Möglichkeit, sich informell auszutauschen, wobei zwei Personen des Teams der wissenschaftlichen Begleitforschung für Gespräche zur Verfügung standen. Im Anschluss füllten die Moderatorin und die Protokollantinnen jeweils ein Gedächtnisprotokoll mit reflektierendem Charakter aus (Helfferich 2004).

Von allen vier Gruppeninterviews wurden Audiodateien aufgenommen, nach einfachen Transkriptionsregeln in Schriftform gebracht und pseudonymisiert (Dresing & Pehl 2018). Das Material wurde mit MAXQDA verwaltet und inhaltsanalytisch ausgewertet (Kuckartz 2012). Das Coding erfolgte entlang der Kategorien der Schüler*innen-Interviews und wurde durch gruppenspezifische Codes ergänzt. Gleichzeitig wurden die sich in der Gruppendynamik entwickelten Inhalte stichwortartig nach Bundesland festgehalten, um darzustellen, was den Eltern bzw. Lehrenden ein Jahr nach Arbeitsbeginn der „Schulgesundheitsfachkräfte“ in Brandenburg und nach neun Monaten in Hessen diskussionswürdig erschien. Induktiv prägnante Textstellen wur-

den markiert, um zusammen mit dem Diskussionsverlauf abzusichern, dass die wichtigsten Themen Erwähnung finden. In der Analyse der qualitativen Daten aus den Lehrenden-Gruppendiskussionen und der Schüler*innen-Einzelinterviews wurde das Modell „Kernbereiche und Grundbedingungen der Schulgesundheitspflege“ entwickelt.

2.3 Befragung von Amtsärztinnen / Expertenbefragung

Im Juli 2018 wurden telefonische Experteninterviews (Kruse 2015, Flick 2009) mit drei Amtsärztinnen geführt (2 aus Brandenburg, 1 aus Hessen). Die Fragen wurden ihnen im Vorfeld zugesandt, sie umfassten folgende Oberthemen: (1) Erwartungen an die Rolle der „Schulgesundheitsfachkraft“ vor dem Modellprojekt, (2) Zusammenarbeit im Modellprojekt, (3) Inhalte der Tätigkeiten der „Schulgesundheitsfachkraft“, (4) Erwartungen an die Zukunft. Dieselben Amtsärztinnen wurden im Juli 2018 zudem zu folgenden Punkten schriftlich befragt und zwar zu Verlauf und Veränderungen der Zusammenarbeit im vergangenen Jahr, zum Tätigkeitsfeld der „Schulgesundheitsfachkraft“ sowie zu deren Einschätzung der Einflussmöglichkeiten/Erfolge der „Schulgesundheitsfachkräfte“ hinsichtlich (a) Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung, (b) Prävention, (c) Gesundheitsedukation, Gesundheitskompetenz, (d) Verbesserung der Lernvoraussetzungen, (e) Entlastung von Schulpersonal und Eltern, (f) Potentiale der Schulgesundheitspflege. Die Ergebnisse der telefonischen und schriftlichen Befragung wurden inhaltsanalytisch ausgewertet; sie sind anschließend kontrastierend und ergänzend in die Gesamtauswertung der qualitativen Daten eingeflossen.

2.4 Partizipativ angelegte Workshops mit den „Schulgesundheitsfachkräften“

Mit den im Modellprojekt beschäftigten „Schulgesundheitsfachkräften“ waren anfänglich drei partizipativ angelegte Workshops geplant (Unger 2014). Das dritte Treffen musste jedoch aus zeitlichen Engpässen vor den Schulsommerferien abgesagt werden. Stattdessen wurde eine schriftliche Befragung zu förderlichen/hemmenden Faktoren und zum Rollenbild durchgeführt (Rücklauf jeweils bis 06.07.2018).

Brandenburg

Workshop 1 am 04.04.2017 zur Startphase – *Auswertung in Tannen et al. (2018)*

Workshop 2 am 26.07.2017 zur Leistungsdokumentation und beruflichen Netzwerken

Hessen

Workshop 1 am 26.09.2017 zur Startphase – *Auswertung in Tannen et al. (2018)*

Workshop 2 am 11.04.2018 zur Leistungsdokumentation und beruflichen Netzwerken

Die Workshops wurden protokolliert und die so entstandenen Texte gemeinsam mit den Ergebnissen der schriftlichen Befragung inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Ergebnisse sind in die Gesamtauswertung in Kapitel VI eingeflossen.

3. Quantitative Datenerhebung

3.1 Schriftliche Befragung der Zielgruppen (T1)

Die Baseline-Erhebung (T0), deren Ergebnisse bereits publiziert sind (Tannen et al. 2018) wurde in Brandenburg und Hessen zeitlich versetzt durchgeführt (BB: 03.-04.2017; HE: 08.-10.2017), da die hessischen „Schulgesundheitsfachkräfte“ ihre Arbeit an den Schulen drei Monate nach ihren brandenburgischen Kolleginnen aufgenommen haben. Das Follow-up (T1) wurde in beiden Bundesländern im Zeitraum von fünf Wochen von Mai bis Juni 2018 durchgeführt. Die Teilnahme an der schriftlichen Befragung war nach vorher erfolgter informierter schriftlicher Zustimmung der Sorgeberechtigten freiwillig. Bei Schüler*innen über 14 Jahren wurde zusätzlich das Einverständnis der Schüler*innen eingeholt. Die Angaben wurden pseudonymisiert an die Charité zur Auswertung weitergeleitet, um Datenschutzrechte zu wahren. Für das durch die

zuständigen Behörden genehmigte Pseudonymisierungsverfahren wurden durch die beteiligten Schulen Klarlisten angelegt, welche vor Ort zugriffssicher bis zum Abschluss der Evaluation verwahrt werden. Die Klarlisten enthalten die Namen der Schüler*innen und deren Identifikationsnummern (ID-Nrn.), die vorab nach einem festgelegten Schema generiert wurden. Die Sorgeberechtigten erhalten dieselben Identifikationsnummern ihrer Kinder, damit bei der Datenanalyse die Angaben miteinander verknüpft werden können. Die Schüler*innen erhielten zur Follow-up-Befragung (T1) eine neue ID-Nr., da nicht in allen Klassen während der Baseline-Erhebung (T0) entsprechende Klarlisten angelegt wurden. Sofern vorhanden, konnte die alte ID-Nr. jedoch in den neuen Bogen eingetragen werden. Die Befragung der Schulleiter*innen erfolgte offen.

Die Fragebögen wurden einschließlich der Informations- und Einwilligungsschreiben von den Klassenleiter*innen an die Schüler*innen ausgegeben. Jeder ausgefüllte Fragebogen wurde in einem eigenen verschließbaren Rückumschlag an die Lehrer*innen bzw. an schulinterne Studienkoordinator*innen zurückgegeben. Die gesonderten Rückumschläge sollten sicherstellen, dass das Antwortverhalten möglichst unbeeinflusst bleibt hinsichtlich Befürchtungen, Dritte könnten Einsicht in die Daten nehmen. Die ausgefüllten Fragebögen der Sorgeberechtigten, Schüler*innen, Lehrer*innen und Schulleiter*innen wurden im verschlossenen Umschlag in der Schule gesammelt und zur Auswertung an die Charité übergeben.

3.1.1 Stichprobenbildung

In beiden Bundesländern wurde eine Vollerhebung an den Modellschulen geplant, um den Zielsetzungen des Modellprojektes Rechnung tragen zu können und die Erreichbarkeit zentraler Zielgruppen sicherzustellen. Die Befragung richtete sich an Schüler*innen aller Alters- und Klassenstufen, wodurch auch Schüler*innen in seltenen Problemlagen eingeschlossen werden sollten. Eine Vollerhebung wurde darüber hinaus den zentralen Zielsetzungen der Prozessevaluation gerecht, indem sichergestellt werden konnte, dass auch diejenigen an der Befragung teilnehmen, die Kontakt mit der „Schulgesundheitsfachkraft“ hatten. Auch bei geringem Rücklauf sollte somit eine statistisch belastbare Stichprobengröße erreicht werden.

Die Fragebögen wurden ausschließlich in deutscher Sprache entwickelt, und es wurden keine Schülerinnen und Schüler sowie deren Eltern aus Intensiv-, Vorbereitungs-, Übergangs- bzw. Willkommensklassen⁵ befragt. In der Follow-up-Befragung (T1) wurden nur Klassen befragt, die bereits an der Baseline-Erhebung (T0) beteiligt waren, um mögliche Veränderungen im Interventionszeitraum abbilden zu können. Somit wurden in Brandenburg nur die Klassenstufen 2 bis 6 und an weiterführenden Schulen nur die Klassenstufen 8 bis 10 befragt.

Fünf der brandenburgischen Modellschulen wurden erkrankungsbedingt mehrere Monate nicht von ihrer „Schulgesundheitsfachkraft“ betreut. Um die neuen Versorgungsstrukturen dennoch aufrecht halten und die gesundheitliche Versorgung der Schüler*innen gewährleisten zu können, wurden Vertretungen eingesetzt. Nach Abstimmung mit dem Projektträger wurden diese Schulen bei der Follow-up-Befragung (T1) dennoch nicht in das Sampling eingeschlossen, da durch die längere Abwesenheit der „Schulgesundheitsfachkraft“ und den Einsatz des noch nicht qualifizierten Vertretungspersonals nur eine begrenzte Wirksamkeit der Interventionen zulasten der Gesamtergebnisevaluation erwartet wurde. Demnach nahmen in Brandenburg im zweiten Schulhalbjahr 2018 von den 20 Modellschulen lediglich 15 mit 4.400 Schülerinnen und Schülern sowie 475 Lehrerinnen und Lehrern an der Befragung teil. Unter ihnen waren rund 45 Prozent (N=1.994) zwischen 6 und 10 Jahren sowie 55 Prozent (N=2.406) 11 Jahre und älter. Unter den teilnehmenden Schulen waren acht Grundschulen, fünf Oberschulen, eine Oberschule mit integrierter Grundstufe sowie eine Abteilung einer berufsbildenden Schule.

⁵ Intensivklassen sind - zumindest an hessischen Schulen - ein verpflichtendes Angebot, das sich an schulpflichtige Kinder und Jugendliche aus geflüchteten Familien richtet, denen zunächst grundlegende Kenntnisse der deutschen Sprache vermittelt werden müssen, bevor sie in den Regelklassen unterrichtet werden können.

Da das Follow-up (T1) an den hessischen Schulen in demselben Schuljahr durchgeführt wurde wie die Baseline-Erhebung (T0), war es möglich, dieselben Schüler*innen erneut zu befragen. Unter den zehn teilnehmenden Schulen, die im zweiten Schulhalbjahr 2018 in Hessen befragt wurden, befanden sich vier Gymnasien, zwei integrierte Gesamtschulen (IGS), zwei weitere IGS mit Grundstufe, eine kooperative Gesamtschule sowie eine Grund-, Haupt- und Realschule mit Förderstufe. An diesen Einrichtungen wurden nach Angaben der Schulen zum Zeitpunkt der Erhebung 9.404 Schüler*innen unterrichtet und 838 Lehrer*innen beschäftigt. 11 Prozent der Schüler*innen (N=1.063) waren nach Angaben der Schulen <11 Jahren, weitere 89 Prozent (N=8.341) sind 11 Jahre und älter. An den 25 Modellschulen, die sich schließlich am Follow-up (T1) beteiligten, wurden Daten von insgesamt 13.804 Schüler*innen, deren Sorgeberechtigten, von 1.313 Lehrer*innen und 15 Schulleiter*innen erhoben.

3.1.2 Statistische Auswertungsverfahren

Die Datenaufbereitung erfolgte unter Kontrolle auf falsche Eingaben, Prüfung der Werte auf Plausibilität, Identifikation von Ausreißern sowie Testung auf Normalverteilung der Daten. Auf eine Imputation fehlender Werte wurde aufgrund der ausreichend großen Stichprobengröße verzichtet. Des Weiteren liegt kein hinreichender Anlass für die Annahme systematisch fehlender Werte vor. Es handelt sich zudem bei dieser Studie um eine gemischte Querschnitts- und Längsschnitterhebung.

Die Daten der Baselineerhebung (T0) und der Follow-Up-Befragung (T1) wurden deskriptiven statistischen Analysen unter Berechnung von absoluten und relativen Häufigkeiten, Streuungsmaßen sowie, als Maße der zentralen Tendenz, Mittelwerten und Standardabweichungen unterzogen. Da es sich um eine gemischte Quer- und Längsschnitterhebung handelt, musste auf statistische Unterschiedsanalysen für den Vergleich zwischen den Befragungszeitpunkten aus folgenden Gründen verzichtet werden. Die Studienpopulation setzt sich aus drei Subgruppen zusammen:

1. Unabhängige Daten: Teilnehmer*innen haben nur an der Befragung der T0 *oder* der T1 teilgenommen
2. Abhängige Daten, unverknüpft: Teilnehmer*innen haben sowohl an der Befragung der T0 als auch der T1 teilgenommen, Daten sind *nicht* über eine ID-Nummer verknüpfbar
3. Abhängige Daten, verknüpft: Teilnehmer*innen haben sowohl an der Befragung der T0 als auch der T1 teilgenommen, Daten sind über eine ID-Nummer verknüpft

Für einen Vergleich der Befragungszeitpunkte T0 und T1 wären unterschiedliche statistische Analysen für die drei Subgruppen erforderlich (abhängige vs. unabhängige Daten) mit einem Querschnittsvergleich, einem Längsschnittvergleich und der nur teilweisen Verknüpfbarkeit der Längsschnittdaten. Auf Unterschiedsanalysen bei verbundenen Stichproben (Längsschnittanalyse) wurde verzichtet, da dies ausschließlich mit den Daten der Personen unter Punkt 3 möglich ist. Im Kapitel zur Stichprobenbeschreibung wird deutlich, dass dadurch eine Mehrheit der Fälle aus den Analysen ausgeschlossen würde. Gleichzeitig kann kein Vergleich der beiden Querschnittserhebungen (Unterschiedsanalysen bei unabhängigen Stichproben) durchgeführt werden, da sich aufgrund des hohen Anteils von Personen, die an beiden Befragungen teilgenommen haben, die Messwerte beider Erhebungszeitpunkte gegenseitig zu stark beeinflussen, wenn alle Fälle (Punkt 1 bis 3) in die Analysen eingeschlossen würden.

3.2 Analyse der Leistungsdokumentation

Mit Hilfe der elektronischen Leistungsdokumentation konnte jede „Schulgesundheitsfachkraft“ pro Schule fallbezogen dokumentieren, aus welchem Anlass ein*e Schüler*in zu ihr gekommen ist, welche einzelfallbezogenen Leistungen sie durchgeführt hat, wie lange der Kontakt gedauert hat, ob der/die Schüler*in wieder in den Unterricht zurückkehren konnte oder ob das Kind oder der Jugendliche von den Eltern abgeholt werden musste. Bezogen auf das Schulpersonal

sowie auf die Eltern wurden ebenfalls der Anlass für den Kontakt (schülerbezogen, klassenbezogen oder personalbezogen) und die durchgeführten Leistungen dokumentiert. Darüber hinaus wurden außerschulische Kooperationen, gruppenbezogene Aktivitäten im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung, administrative und sonstige Aufgaben festgehalten.

Die Inhalte und Taxonomie der Leistungsdokumentation wurden, aufbauend auf Vorarbeiten der Projektträger HAGE e.V. und AWO Bezirksverband Potsdam, sowie in Zusammenarbeit mit dem LAVG Brandenburg weiterentwickelt und nach einer dreimonatigen Erprobungsphase nach Rücksprache mit den Brandenburger „Schulgesundheitsfachkräften“ an die realen Dokumentationsanforderungen in der Praxis adaptiert. Die Beschreibung der sechs Versorgungsbereiche orientiert sich an den sechs Tätigkeitsbereichen des Curriculums: (1) Gesundheitliche Versorgung, (2) Gesundheitsförderung und Prävention, (3) Früherkennung, (4) Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen / Behinderungen bzw. nach längerer krankheitsbedingter Abwesenheit von der Schule, (5) Ansprech- und Vertrauensperson für Schüler*innen mit gesundheitlichen Auffälligkeiten, (6) Interdisziplinäre außerschulische Kooperation. Die anonymisierten Dateien wurden quartalsweise persönlich an das Team der wissenschaftlichen Begleitforschung übergeben und zunächst quantitativ ausgewertet.

4. Stichprobenbeschreibung und Rücklaufquoten

4.1 Ergebnisse Brandenburg

In *Brandenburg* wurden an den Modellschulen insgesamt 3.491 Fragebögen von Schüler*innen, Eltern, Lehrenden und Schulleiter*innen ausgefüllt. Damit ergeben sich Rücklaufquoten zwischen 30 und 53 Prozent, die 15 Schulleiter*innen antworteten alle (**Tab. 4**).

Tab. 4: Rücklauf der Fragebögen in Brandenburg

Fragebogen	Sampling (<i>N</i>)	Stichprobe (<i>n</i>)	Rücklauf (%)
1 alle Eltern	4.440	1.320	29,7
2 Eltern von Kindern unter 11 Jahren	1.994	1.056	53,0
3 Schüler*innen ab 11 Jahren	2.406	908	37,7
5 Lehrer*innen	475	192	40,4
6 Schulleiter*innen	15	15	100
Gesamt	9.330	3.491	-

N = Grundgesamtheit an den Schulen. *n* = Fallzahl (teilnehmend). % = prozentualer Anteil der Stichprobe *n*.

Mehr als ein Drittel der Eltern, die einen Basisfragebogen sowie Schüler*innen, die einen eigenen Fragebogen ausgefüllt haben, geben an, dass die Länge der Befragung genau richtig sei, oder noch länger sein könnte (**Abb. 1**, umseitig). Unter den Eltern der jüngeren Kinder sind es sogar mehr als jeder Zweite. Ein großer Teil der Befragten gibt jedoch auch an, dass die Befragung etwas zu lang bzw. zu lang ist. Schüler*innen oder Eltern mit geringen Deutschkenntnissen, niedrigem Schrift-/ Sprachniveau oder einer kürzeren Aufmerksamkeitsspanne haben die Befragung aus diesem Grund wohlmöglich früher abgebrochen. Unter den befragten Lehrer*innen wird die Länge der Befragung von mehr als der Hälfte als zu lang bewertet, etwas weniger sind der Meinung, dass diese genau richtig sei.

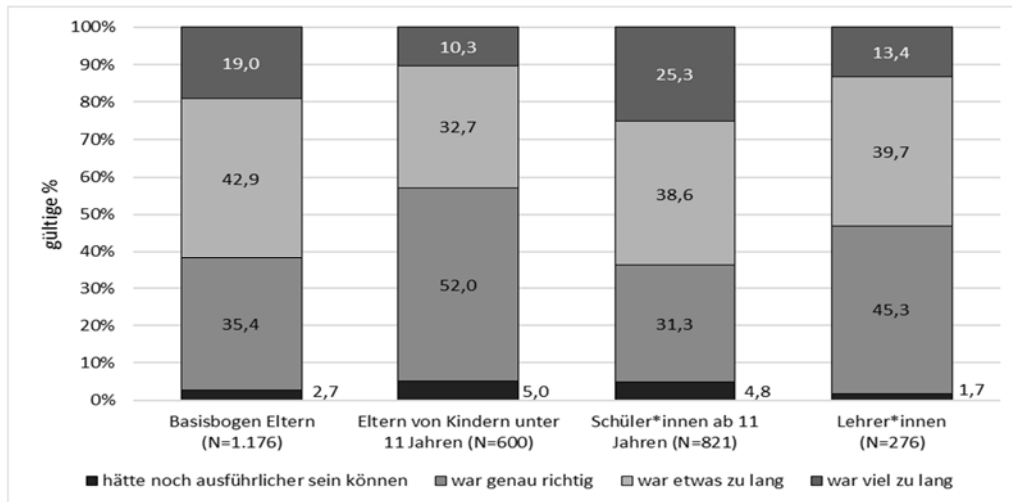


Abb. 1: Beurteilung der Befragungslänge in Brandenburg

In mehr als zwei Dritteln der Fälle war es möglich, die von den Eltern und Schüler*innen ausgefüllten Fragebögen über die ID-Nr. einander zuzuordnen (Tab. 5). In den meisten Fällen haben sich demnach ganze Familien dafür entschieden, an der Befragung teilzunehmen. Zwar sind die Familien von Kindern unter 11 Jahren in dieser Stichprobe im Vergleich zur Grundgesamtheit an den Schulen unterrepräsentiert, jedoch liegen in dieser Altersgruppe verhältnismäßig häufiger beide Fragebögen vor (Nr. 1 und 2), da diese vermutlich von ein und demselben Elternteil ausgefüllt wurden wie bei Kindern und Jugendlichen ab 11 Jahren (Nr. 1 und 3), die von einem Elternteil und der Schülerin / dem Schüler ausgefüllt werden mussten. Durch die Verknüpfung der Datensätze aus der Schüler*innen- und Elternbefragung konnten somit 1.712 Fälle identifiziert werden, die in die Analysen der Daten aus der Follow-up-Befragung (T1) aufgenommen werden (Tab. 5).

Tab. 5: Fallzahl pro Kombination beantworteter Fragebögen in Brandenburg

	Brandenburg (N=1.712)	
	Anzahl	%
nur Fragebogen Nr. 1	148	8,6
nur Fragebogen Nr. 2	28	1,6
nur Fragebogen Nr. 3	364	21,3
Fragebögen Nr. 1, 2	628	36,7
Fragebögen Nr. 1, 3	544	31,8
<i>n</i> (teilnehmend)	1.712	100
<i>n</i> (fehlend)	0	

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe *n* (teilnehmend).

Über die Hälfte der Eltern und mehr als ein Drittel aller Schüler*innen geben an, bereits an der Baseline-Erhebung (T0) teilgenommen zu haben (Abb. 2, umseitig). Doch bei nur 17 Prozent der Befragten (N=286) lagen zum Zeitpunkt der Follow-up-Befragung (T1) die ID-Nummern der Baseline-Erhebung (T0) vor (ohne Abb.). Unter den befragten Lehrer*innen hat jede*r Zweite auch schon an der Baselineerhebung (T0) teilgenommen (Abb. 2, umseitig), jedoch konnten in nur 22 Fällen (6%) beide Befragungszeitpunkte mithilfe der ID-Nummer der Baselineerhebung (T0) verknüpft werden (ohne Abb.)

In Tab. 6 (umseitig) sind die Merkmale der Schüler*innen, ihrer Sorgeberechtigten sowie der Lehrenden in Brandenburg dargestellt. Sofern nicht anders gekennzeichnet, beruhen Angaben

zu den Kindern unter 11 Jahren auf den Aussagen ihrer Eltern, Schüler*innen ab 11 Jahren haben selbst einen Fragebogen ausgefüllt.

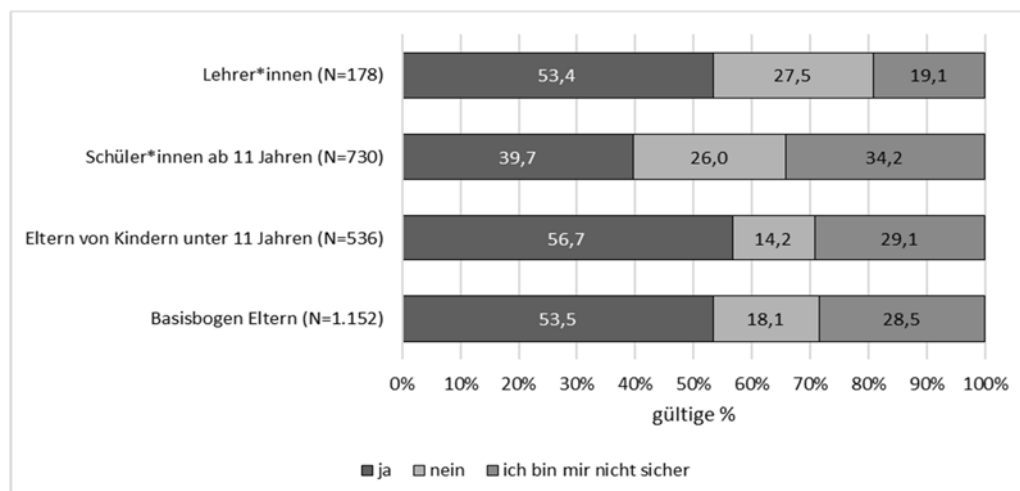


Abb. 2: Teilnahme an der T0 in Brandenburg

Knapp zwei Drittel der Schüler*innen werden in der Primarstufe (Klasse 1 bis 6), ein Drittel in der Sekundarstufe 1 (Klasse 7 bis 10) und weitere 5 Prozent in der Sekundarstufe 2 unterrichtet. Die Schüler*innen sind zwischen 6 und 20 Jahren alt. Ihr Durchschnittsalter liegt bei 12 Jahren. Die Schüler*innen zwischen 6 und 10 Jahren sind im Vergleich zur Grundgesamtheit an den Modellschulen (55%) mit 39 Prozent deutlich unterrepräsentiert. Knapp ein Viertel von ihnen ist 11 bis 13 Jahre (24,2%), gut ein Drittel 14 bis 18 Jahre (35,7%) alt. Weniger als 1 Prozent ist 19 Jahre und älter. Schüler sind mit rund 52 Prozent etwas häufiger vertreten als Schülerinnen. Auf einer Leiter von 1 (niedrigste Stufe) bis 10 (höchste) schätzten die Schüler*innen ihren eigenen und den sozioökonomischen Status ihrer Familie subjektiv durchschnittlich bei Stufe 6,2 ein. Den Angaben der Eltern zufolge, die um objektive Aussagen zu ihrer Bildung, dem Berufsstatus und Einkommen gebeten wurden, wird deutlich, dass tatsächlich 31 Prozent der Schüler*innen einen niedrigen Sozialstatus, weitere 48 Prozent einen mittleren sowie 21 Prozent einen hohen sozialen Status aufwiesen. Verglichen mit den Daten der repräsentativen Referenzstichprobe aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (Lange et al., 2007) sind sowohl Kinder und Jugendliche der aktuellen Befragung mit niedrigem als auch mit mittlerem Sozialstatus etwas über- und Schüler*innen mit hohem Sozialstatus etwas unterrepräsentiert. Eine Minderheit weist einen einseitigen oder beidseitigen Migrationshintergrund auf (20%). Da die Befragungsmaterialien nicht in andere Sprachen übersetzt wurden, ist anzunehmen, dass der Anteil der Schüler*innen mit Migrationshintergrund tatsächlich etwas höher war. Die befragten Sorgeberechtigten sind zwischen 25 und 75 Jahren und im Durchschnitt 40 Jahre alt. Ein Drittel unter ihnen (33%) ist alleinerziehend.

Die befragten Lehrer*innen sind durchschnittlich 50 Jahre alt. Die Altersspanne liegt hier zwischen 23 und 65 Jahren. Die Mehrheit der Befragten ist weiblich (84%). Knapp 37 Prozent von ihnen unterrichtete in der Primarstufe, weitere 24 Prozent sowohl in der Primarstufe, als auch in der Sekundarstufe 1. 23 Prozent unterrichteten ausschließlich in der Sekundarstufe 1, weitere 15 Prozent in der Sekundarstufe 2. Zwei Drittel der Lehrenden (67%; n=128) die einen Fragebogen ausgefüllt haben, sind Klassenlehrer*innen. Insgesamt 28 Prozent unter ihnen leidet an einer chronischen körperlichen oder psychischen Erkrankung oder hat eine anerkannte Behinderung (n=51; ohne Abb.). Darüber hinaus verfügen 42 Prozent (n=79) über Erfahrungen mit chronischen Erkrankungen im Freundes- oder Familienkreis. Etwa 7 Prozent der Lehrer*innen (n=13) haben sogar eine medizinische Vorausbildung (ohne Abb.).

Tab. 6: Baseline-Charakteristika der Befragungsteilnehmer*innen in Brandenburg

Schüler*innen und Sorgeberechtigte				
	<i>n</i> teilnehmend	<i>n</i> fehlend	<i>M (SD)</i> bzw. Anzahl	% bzw. [Range]
Bildungsstufe (N=1.712)	1.666	46		
Primarstufe (bis Klasse 6)			1.043	62,6
Sekundarstufe I (ab Klasse 7)			543	32,6
Sekundarstufe II			80	4,8
Alter - Schüler*innen (N=1.564)	1.333	231	11,9 (3,1)	[6-20]
6-10 Jahre			524	39,3
11-13 Jahre			322	24,2
14-18 Jahre			476	35,7
19 Jahre und älter			11	0,8
Geschlecht (N=1.564)	1.391	173		
Weiblich			672	48,3
männlich			719	51,7
Alter - Sorgeberechtigte (N=1.320)	1.072	248	39,8 (6,5)	[25-75]
Sozioökonomischer Status (N=1.320)	952	368		
Niedrig			293	30,8
Mittel			456	47,9
Hoch			203	21,3
alleinerziehend (N=1.320)	1.212	108		
Ja			405	33,4
Nein			807	66,6
Subjektiver Sozioökonomischer Status (N=908)	729	179	6,2 (1,5)	[1-10]
Migrationshintergrund (N=1.712)	912	800		
Ohne			729	79,9
einseitig			26	2,9
beidseitig			157	17,2
Lehrpersonal (N=192)				
	<i>n</i> teilnehmend	<i>n</i> fehlend	<i>M (SD)</i> bzw. Anzahl	% bzw. [Range]
Alter	114	78	49,6 (10,0)	[23-65]
Geschlecht	189	3		
weiblich			158	83,6
männlich			31	16,4
Unterrichtete Bildungsstufe	190	2		
Primarstufe (bis Klasse 6)			71	37,4
Sekundarstufe I (ab Klasse 7)			43	22,6
Primarstufe + Sekundarstufe I			45	23,7
Sekundarstufe II			29	15,3

Legende *M* = Mittelwert. *SD* = Standardabweichung. *N* = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe *n* (teilnehmend).

Gesundheitsstatus

Eltern und Schüler*innen wurden gefragt, wie sie den Gesundheitsstatus der Schülerin oder des Schülers im Allgemeinen beschreiben würden. Eltern von Schüler*innen unter 11 Jahren schätzen den Gesundheitszustand ihres Kindes annähernd doppelt so oft als sehr gut ein (44%), als Schüler*innen ab 11 Jahren (24%; **Abb. 3**). Jede*r zweite Schüler*in schätzt den eigenen Gesundheitszustand immer noch als gut ein. Insgesamt beschreiben ihn nur wenige als mittelmäßig bis schlecht (22%), unter den Eltern der Schüler*innen unter 11 Jahren waren es sogar nur 6 Prozent.

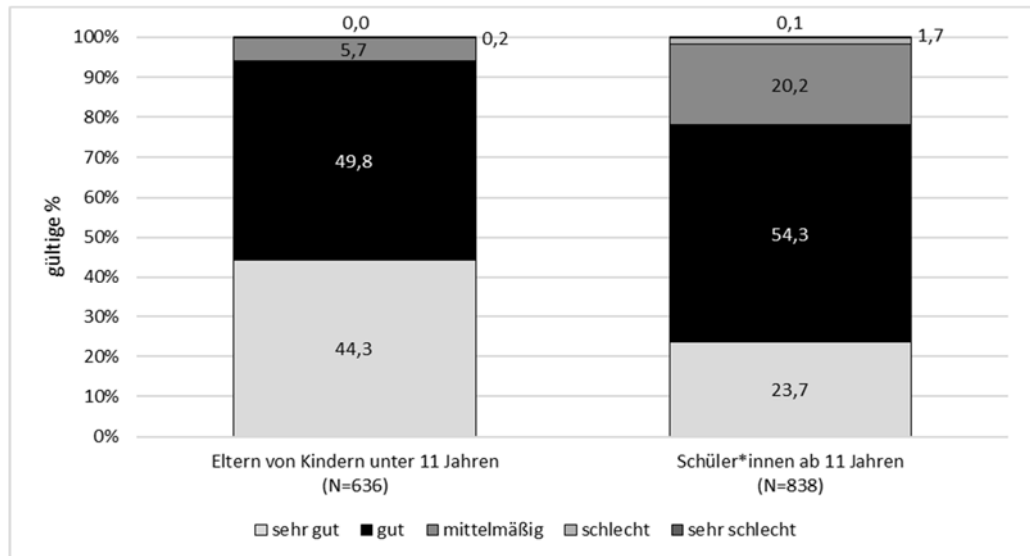


Abb. 3: Subjektiver Gesundheitszustand der Schüler*innen in Brandenburg

Laut Angaben der Eltern in Brandenburg liegt bei der Mehrheit der Schüler*innen kein sonderpädagogischer Förderbedarf vor (84%; n=1.047; ohne Abb.). Bei 13 Prozent (n=166) wurde ein Antrag gestellt, über den noch nicht entschieden wurde, 3 Prozent (n=36) wiesen bereits einen sonderpädagogischen Förderbedarf auf. Rund 14 Prozent geben darüber hinaus an, dass ihr Kind eine Lese- und Rechenschwäche habe (n=178), bei zwei weiteren Prozent läuft ein Verfahren zur Überprüfung (n=29). 9 Prozent der Eltern berichteten, dass ihr Kind eine Rechenschwäche habe (n=120), bei zwei weiteren Prozent läuft ein Verfahren zur Überprüfung (n=21).

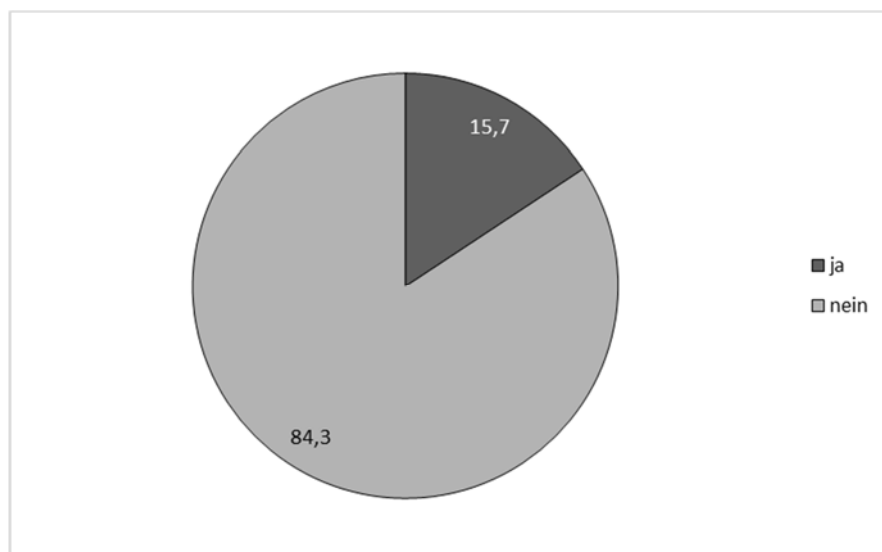


Abb. 4: Vorliegen einer chronischen bzw. andauernden Erkrankung oder Behinderung in Brandenburg (N=1.681, Angabe der gültigen %)

Die Eltern wurden um Auskunft gebeten, ob bei ihrem Kind eine chronische Erkrankung oder Behinderung vorliegt. Um einen einfacheren Sprachgebrauch zu nutzen, wurden die Schüler*innen nach einer schon lang andauernden Erkrankung oder einer Behinderung gefragt. 16 Prozent der Schüler*innen (n=264) litten den Angaben zur Folge daran (Abb. 4, vorstehend).

Die Angaben der Eltern jüngerer Schüler*innen als auch die Angaben der älteren Schüler*innen belegen, dass das Thema Schmerz und seine Auswirkungen bereits im Kindes- und Jugendalter eine große Rolle spielt. Ein Viertel der Schüler*innen fehlte in den vergangenen drei Wochen mindestens 1 Mal wegen Schmerzen im Unterricht (28%), ebenfalls ein Drittel hat aufgrund von Schmerzen Medikamente zu sich genommen (32%). Knapp ein Viertel der Schüler*innen hat aus diesem Grund sogar einen Arzt aufgesucht (Abb. 5).

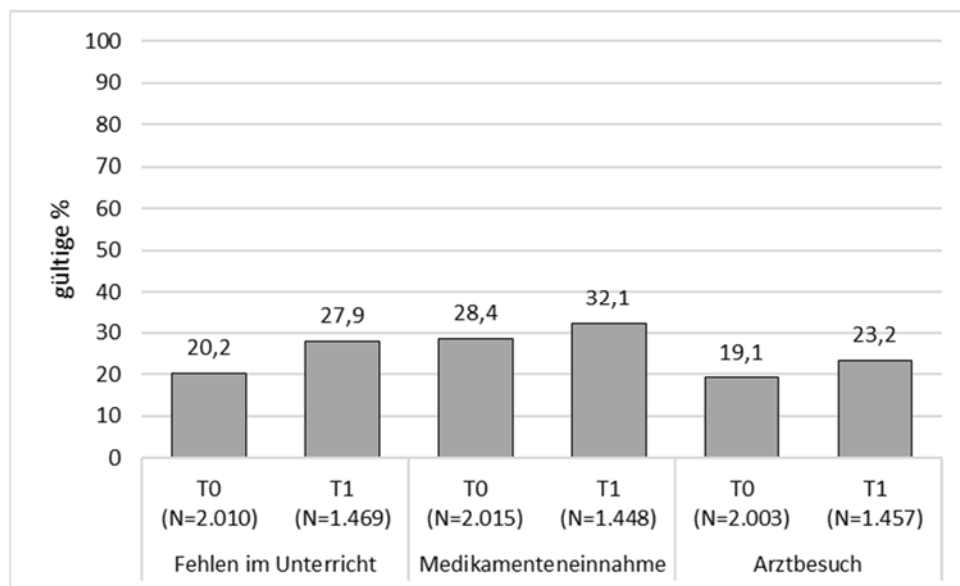


Abb. 5: Folgen von Schmerzen in den vergangenen 3 Monaten in Brandenburg

4.2 Ergebnisse Hessen

An den Modellschulen in *Hessen* wurden insgesamt 3.707 Fragebögen von Schüler*innen, Eltern, Lehrenden und Schulleiter*innen ausgefüllt. Die Rücklaufquoten lagen zwischen 15% und 35%, von zehn Schulleiter*innen antworteten neun (Tab. 7). Im Vergleich mit der Baseline-Erhebung (T0), hat die Beteiligung unter den Kindern und Jugendlichen jedoch etwas zugenommen (T0 bei 20%; N=1.697, Tannen et al. 2018).

Tab. 7: Rücklauf der Fragebögen in Hessen

Fragebogen	Sampling (N)	Stichprobe (n)	Rücklauf (%)
1 alle Eltern	9.404	1.390	14,8
2 Eltern von Kindern unter 11 Jahren	1.063	179	16,8
3 Schüler*innen ab 11 Jahren	8.341	1.836	22,0
5 Lehrer*innen	838	293	35,0
6 Schulleiter*innen	10	9	90,0
Gesamt	19.656	3.707	-

Anmerkungen. N = Grundgesamtheit an den Schulen. n = Fallzahl (teilnehmend). % = prozentualer Anteil der Stichprobe n.

Knapp die Hälfte der Eltern, die einen Basisfragebogen sowie mehr als zwei Drittel der Schüler*innen, die einen eigenen Fragebogen ausgefüllt haben, gaben an, dass die Länge der Befragung genau richtig sei oder noch länger sein könne (Abb. 6). Unter den Eltern der jüngeren Kinder, waren es sogar zwei von drei Elternteilen. Jedoch insbesondere unter denjenigen, die einen Basisbogen oder einen Schüler*innenfragebogen ausgefüllt haben, gibt ein großer Teil der Befragten an, dass die Befragung etwas zu lang bzw. zu lang ist. Schüler*innen oder Eltern mit geringen Deutschkenntnissen, niedrigem Schrift-/ Sprachniveau oder einer kürzeren Aufmerksamkeitsspanne haben die Befragung aus diesem Grund wohlmöglich früher abgebrochen. Unter den befragten Lehrer*innen beurteilte jeder Zweite die Befragungslänge als angemessen bzw. zu lang.

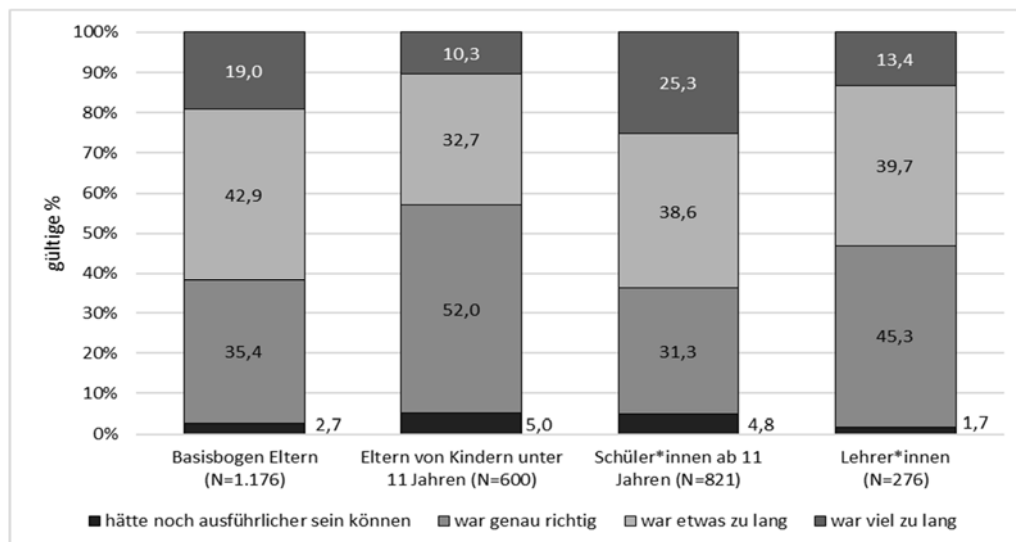


Abb. 6: Beurteilung der Befragungslänge in Hessen

In annähernd zwei Dritteln der Fälle war es möglich, die von den Eltern bzw. den Schüler*innen ausgefüllten Fragebögen über die ID-Nr. miteinander zu verknüpfen (Tab. 8). In den meisten Fällen haben sich also ganze Familien entschieden an der Befragung teilzunehmen. Die Familien von Kindern unter 11 Jahren sind in dieser Stichprobe zwar etwas unterrepräsentiert, jedoch liegen in dieser Altersgruppe verhältnismäßig häufiger beide Fragebögen vor (Nr. 1 und 2), da diese von ein und demselben Elternteil ausgefüllt wurden, verglichen mit Kindern und Jugendlichen ab 11 Jahren (Nr. 1 und 3), bei denen sowohl von einem Elternteil als auch der/dem Schüler*in selbst ein Fragebogen ausgefüllt werden musste. Durch die Verknüpfung der Datensätze aus der Schüler*innen- und Elternbefragung konnten somit 2.076 Fälle identifiziert werden, die in die Analysen der Daten aus der Follow-up-Befragung (T1) aufgenommen werden (Tab. 8).

Tab. 8: Fallzahl pro Kombination beantworteter Fragebögen in Hessen

	Hessen (N=2.076)	
	Anzahl	%
nur Fragebogen Nr. 1	61	2,9
nur Fragebogen Nr. 2	11	0,5
nur Fragebogen Nr. 3	675	32,5
Fragebögen Nr. 1, 2	168	8,1
Fragebögen Nr. 1, 3	1.161	55,9
<i>n</i> (teilnehmend)	2.076	100
<i>n</i> (fehlend)	0	

Anmerkungen. N = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe *n* (teilnehmend).

Mehr als die Hälfte der Eltern und weit mehr als ein Drittel aller Schüler*innen geben an, sich bereits an der Baseline-Erhebung (T0) beteiligt zu haben (**Abb. 7**). Jedoch lagen bei nur 29 Prozent der Befragten (N=602) zum Zeitpunkt der Follow-up-Befragung (T1) die ID-Nummern der Baseline-Erhebung (T0) vor (ohne Abb.). Etwas mehr als ein Drittel der befragten Lehrer*innen (39%) haben nach eigenen Angaben bereits an der Baselineerhebung (T0) teilgenommen (**Abb. 7**). Nur in 32 Fällen (7%) konnten jedoch beide Befragungszeitpunkte mithilfe der ID-Nummer der Baselineerhebung (T0) verknüpft werden (ohne Abb.)

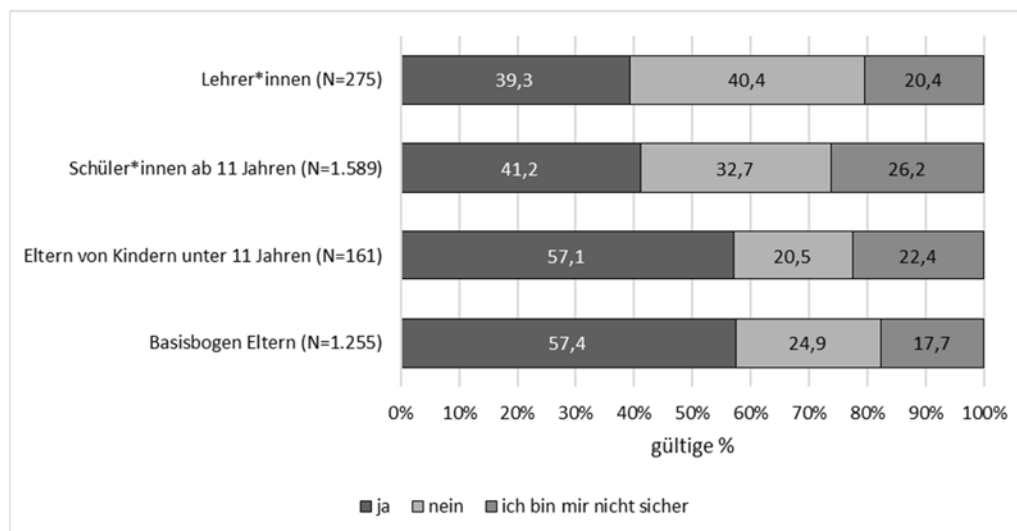


Abb. 7: Teilnahme an der T0 in Hessen

In **Tab. 9** (umseitig) sind die Charakteristika der Schüler*innen, ihrer Sorgeberechtigten sowie der Lehrenden in Hessen dargestellt. Sofern nicht anders gekennzeichnet beruhen die Angaben zu den Schülerinnen und Schülern unter 11 Jahren auf den Aussagen ihrer Eltern, Schüler*innen ab 11 Jahren haben selbst einen Fragebogen ausgefüllt. Rund 4 Prozent der Schüler*innen werden in der Primarstufe (Klasse 1 bis 4) unterrichtet. Eine große Mehrheit besucht die Sekundarstufe 1 (Klasse 5 bis 10), nur etwa 3 Prozent die Sekundarstufe 2. Die Schüler*innen sind zwischen 6 und 18 Jahren alt. Ihr Durchschnittsalter liegt bei 13 Jahren. Über die Hälfte der Schüler*innen sind zwischen 11 und 13 Jahren, ein weiteres Drittel zwischen 14 und 18 Jahren alt. Damit sind die Schüler*innen zwischen 6 und 10 Jahren mit 6 Prozent gegenüber der Grundgesamtheit an den hessischen Schulen (11%) deutlich unterrepräsentiert. Schülerinnen sind mit rund 53 Prozent etwas häufiger vertreten als Schüler. Die Mehrheit der Schüler*innen hat einen einseitigen oder beidseitigen Migrationshintergrund (59%). Da die Befragungsmaterialien nicht in andere Sprachen übersetzt wurden, ist anzunehmen, dass der Anteil der Schüler*innen und Eltern mit Migrationshintergrund tatsächlich deutlich höher ist.

Auf einer Leiter von 1 (niedrigste Stufe) bis 10 (höchste) schätzen die Schüler*innen ihren eigenen und den sozioökonomischen Status ihrer Familie subjektiv durchschnittlich bei Stufe 6,5 ein (N=1.562). Den Angaben der Eltern zufolge, die um objektive Aussagen zu ihrer Bildung, dem Berufsstatus und Einkommen gebeten wurden, weisen 16 Prozent der Schüler*innen einen niedrigen Sozialstatus, weitere 33 Prozent einen mittleren sowie 51 Prozent einen hohen sozialen Status auf. Verglichen mit den Daten der repräsentativen Referenzstichprobe aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (Lange et al., 2007) waren Kinder und Jugendliche der aktuellen Befragung mit hohem Sozialstatus deutlich über- und mit mittlerem und niedrigem Sozialstatus unterrepräsentiert.

Tab. 9: Baseline-Charakteristika der Befragungsteilnehmer*innen Hessen

Schüler*innen und Sorgeberechtigte				
	<i>n</i> teilnehmend	<i>n</i> fehlend	<i>M (SD)</i> bzw. Anzahl	% bzw. [Range]
Bildungsstufe (N=2.076)	1.897	179		
Primarstufe (bis Klasse 6)			78	4,1
Sekundarstufe I (ab Klasse 7)			1.760	92,8
Sekundarstufe II			59	3,1
Alter - Schüler*innen (N=2.015)	1.745	270	13,0 (2,1)	[6-18]
6-10 Jahre			105	6,0
11-13 Jahre			972	55,7
14-18 Jahre			668	38,3
19 Jahre und älter			0	0
Geschlecht (N=2.015)	1.856	159		
weiblich			978	52,7
männlich			878	47,3
Alter - Sorgeberechtigte (N=1.390)	1.171	219	44,1 (6,2)	[23-75]
Sozioökonomischer Status (N=1.390)	1.062	328		
niedrig			166	15,6
mittel			354	33,3
hoch			542	51,00
alleinerziehend (N=1.390)	1.321	69		
ja			231	17,5
nein			1.090	82,5
Subjektiver Sozioökonomischer Status (N=1.836)	1.562	274	6,5 (1,4)	[1-10]
Migrationshintergrund (N=2.076)	1.787	289		
ohne			728	40,7
einseitig			294	16,5
beidseitig			765	42,8
Lehrpersonal (N=293)				
	<i>n</i> teilnehmend	<i>n</i> fehlend	<i>M (SD)</i> bzw. Anzahl	% bzw. [Range]
Alter	276	17	42,8 (10,0)	[22-65]
Geschlecht	288	5		
weiblich			203	70,5
männlich			85	29,5
Unterrichtete Bildungsstufe	293	0		
Primarstufe (bis Klasse 6)			20	6,8
Sekundarstufe I (ab Klasse 7)			41	14,0
Primarstufe + Sekundarstufe I			101	34,5
Sekundarstufe II			16	5,5

Anmerkungen. *M* = Mittelwert. *SD* = Standardabweichung. *N* = Fallzahl. % = prozentualer Anteil der Stichprobe *n* (teilnehmend).

Die befragten Sorgeberechtigten sind zwischen 23 und 75 Jahren und im Durchschnitt 44 Jahre alt. Rund 18 Prozent unter ihnen ist alleinerziehend. Die befragten Lehrer*innen sind durchschnittlich 43 Jahre alt. Die Altersspanne liegt zwischen 22 und 65 Jahren. Fast Dreiviertel der Befragten sind weiblich (71%). Knapp 7 Prozent von ihnen unterrichteten in der Primarstufe, weitere 35 Prozent sowohl in der Primarstufe, als auch in der Sekundarstufe 1. Insgesamt 14 Prozent unterrichten ausschließlich in der Sekundarstufe 1, nur 6 Prozent in der Sekundarstufe 2. Zwei Drittel der Lehrenden (66%; n=188), die einen Fragebogen ausgefüllt haben, sind Klassenlehrer*innen. Insgesamt 21 Prozent der Lehrer*innen leiden an einer chronischen körperlichen oder psychischen Erkrankung oder haben eine anerkannte Behinderung (n=57; ohne Abb.). Darüber hinaus verfügen 42 Prozent (n=120) über Erfahrungen mit chronischen Erkrankungen im Freundes- oder Familienkreis. Jede*r zehnte Lehrer*in (10%; n=28) hat eine medizinische Vorausbildung (ohne Abb.).

Gesundheitsstatus

Eltern und Schüler*innen wurden gefragt, wie sie den Gesundheitsstatus der Schülerin oder des Schülers im Allgemeinen beschreiben würden. Eine Mehrheit der Eltern von Schüler*innen unter 11 Jahren schätzt den Gesundheitszustand ihres Kindes als sehr gut ein (61%), unter den Schülerinnen und Schülern ab 11 Jahren selbst sind es nur 38% (Abb. 8). Fast jede*r zweite Schüler*in schätzt den eigenen Gesundheitszustand immer noch als gut ein. Insgesamt beschreiben ihn nur wenige als mittelmäßig bis schlecht (14%), unter den Eltern der Schüler*innen unter 11 Jahren sind es sogar nur 3 Prozent.

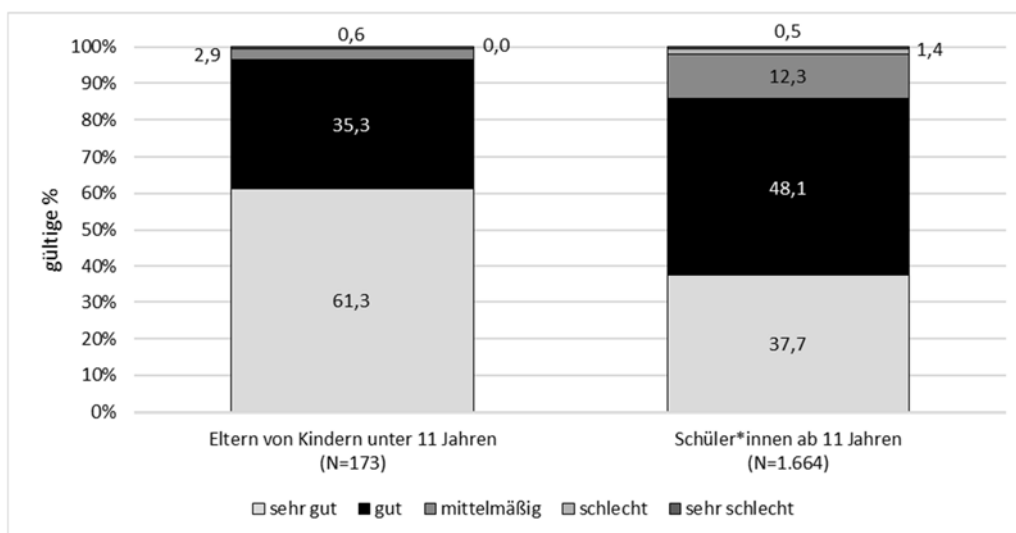


Abb. 8: Subjektiver Gesundheitszustand der Schüler*innen in Hessen

Laut Angaben der Eltern lag bei der Mehrheit der Schüler*innen kein sonderpädagogischer Förderbedarf vor (94%; n=1.254). Bei 4 Prozent (n=52) wurde ein Antrag gestellt, über den noch nicht entschieden wurde, 2 Prozent (n=22) wiesen bereits einen sonderpädagogischen Förderbedarf auf. Rund 9 Prozent gaben darüber hinaus an, dass ihr Kind eine Lese- und Rechenschwäche habe (n=119), bei einem weiteren Prozent läuft ein Verfahren zur Überprüfung (n=17). Insgesamt 5 Prozent der Eltern berichteten, dass ihr Kind eine Rechenschwäche habe (n=65), bei einem weiteren Prozent läuft ein Verfahren zur Überprüfung (n=7).

Die Eltern wurden um Auskunft gebeten, ob bei ihrem Kind eine chronische Erkrankung oder Behinderung vorliegt. Um einen einfacheren Sprachgebrauch zu nutzen, wurden die Schüler*innen nach einer schon lang andauernden Erkrankung oder einer Behinderung gefragt. Jede*r zehnte Schüler*in leidet den Angaben zur Folge daran (12%; n=241; Abb. 9, umseitig).

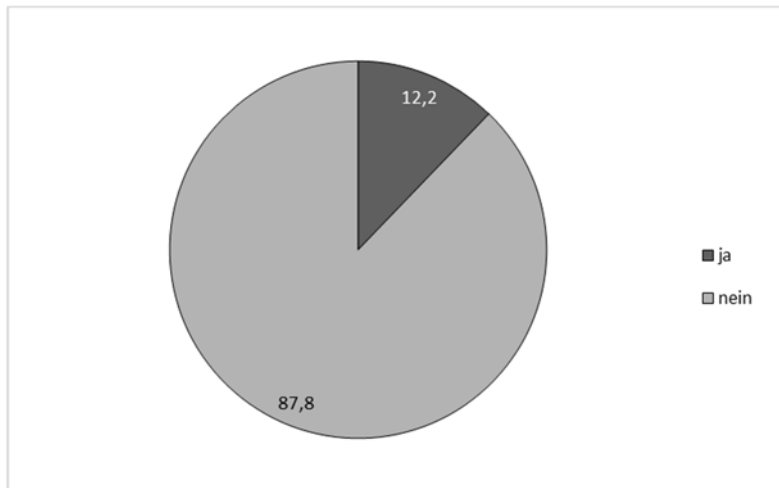


Abb. 9: Vorliegen einer chronischen bzw. andauernden Erkrankung oder Behinderung in Hessen (N=1.969, Angabe der gültigen %)

Sowohl die Angaben der Eltern von Schüler*innen unter 11 Jahren als auch der Schüler*innen selbst belegen, dass das Thema Schmerz und seine Auswirkungen bereits im Kindes- und Jugendalter eine große Rolle spielt. Ein Drittel der Schüler*innen fehlte in den vergangenen drei Wochen mindestens 1 Mal wegen Schmerzen im Unterricht (34%), ebenfalls ein Drittel hat aufgrund von Schmerzen Medikamente zu sich genommen (38%). Knapp ein Viertel der Schüler*innen hat aus diesem Grund sogar einen Arzt aufgesucht (**Abb. 10**).

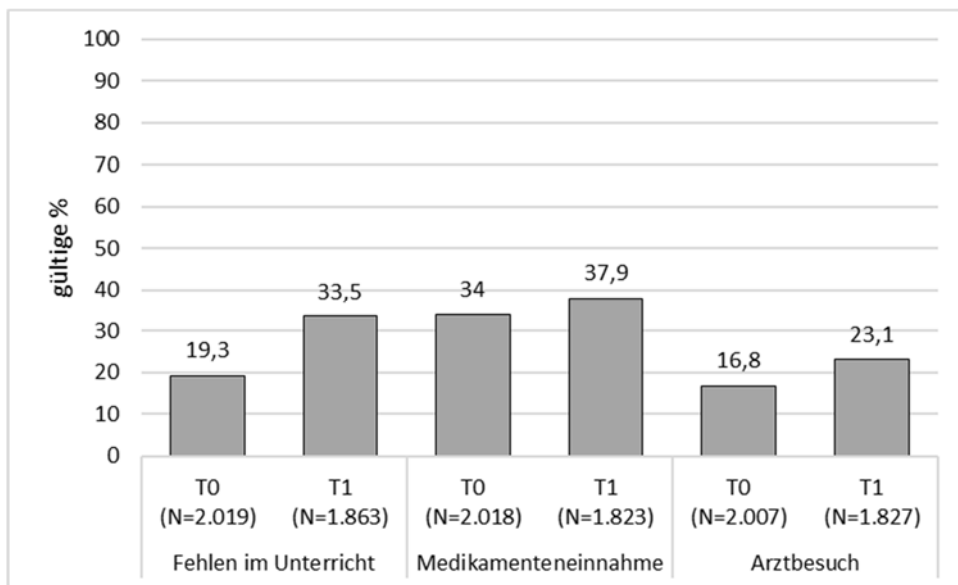


Abb. 10: Folgen von Schmerzen in den vergangenen 3 Monaten in Hessen

IV Umsetzung der Intervention Schulgesundheitspflege

Eine zentrale Aufgabe der wissenschaftlichen Begleitforschung bestand in der Implementationsbegleitung des Modellprojekts und – daraus ableitend – der Beschreibung und Bewertung der Implementationsprozesse. Dies umfasste auch die Beschreibung dessen, welche konkreten Tätigkeiten die „Schulgesundheitsfachkräfte“ durchgeführt haben und wie diese gewichtet wurden. Nachfolgend wird zunächst berichtet, auf welchen Kommunikationswegen die Schüler*innen und ihre Eltern über das neue Versorgungsangebot der „Schulgesundheitsfachkräfte“ informiert wurden und ob sich die Eltern ausreichend über verschiedene Aspekte der Tätigkeit der „Schulgesundheitsfachkräfte“ informiert fühlten. Daran anschließend wird dargestellt, wie viele der befragten Schüler*innen und Eltern im Beobachtungszeitraum bereits Kontakt mit den „Schulgesundheitsfachkräften“ gehabt haben. Die Analyse der Leistungsdokumentation beschreibt schließlich, welche Einzelkontakte mit Schüler*innen, Eltern und Lehrer*innen stattgefunden haben. Zudem werden von den „Schulgesundheitsfachkräften“ angebotene Projekte und Netzwerkaktivitäten dokumentiert.

1. Erreichung und Informiertheit der Zielgruppen

Brandenburg

Sowohl die Schüler*innen als auch ihre Eltern wurden gefragt, wie sie darüber informiert wurden, dass an ihrer Schule eine Schulgesundheitsfachkraft, Pflegefachkraft oder Schulkrankenschwester⁶ arbeitet. Es stellte sich heraus, dass die Schüler*innen vor allem durch Informationsmaterial (z. B. Flyer, Aushänge) über das Projekt in Kenntnis gesetzt wurden (**Abb. 11**). Zudem wurden zwei Drittel der Schüler*innen durch ihre Lehrer*innen informiert. Bei knapp 40 Prozent stellte sich die „Schulgesundheitsfachkraft“ persönlich vor. Eine weitere Rolle spielten Informationswege über die Eltern (16%) und Mitschüler*innen (9%). Weniger als 5 Prozent wurden durch niemanden oder auf einem hier nicht genannten Weg informiert.

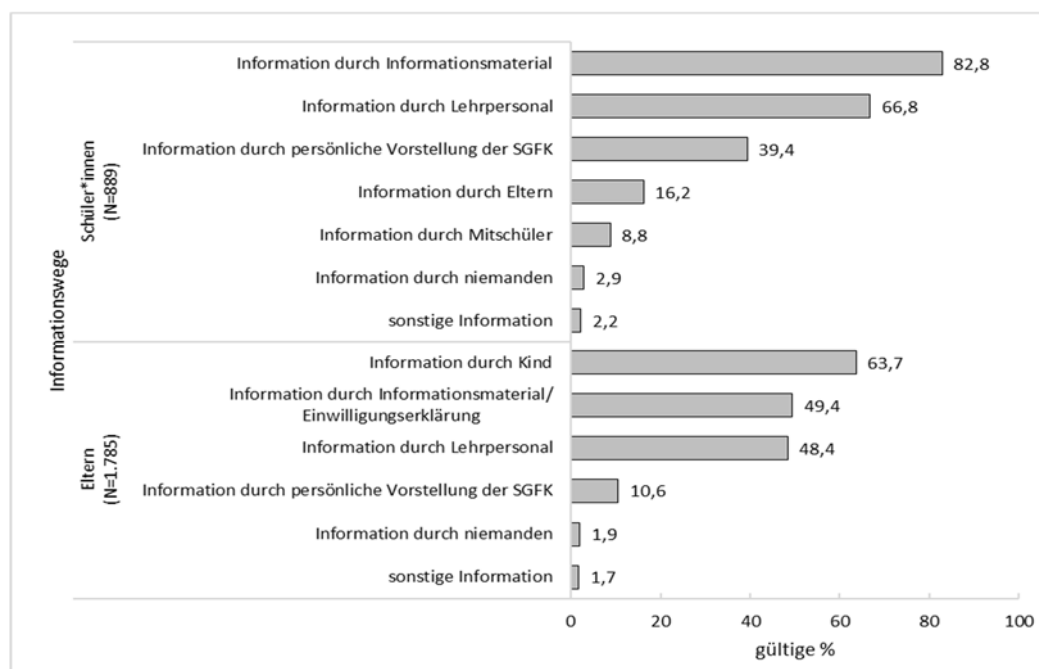


Abb. 11: Genutzte Informationswege über ein neues Angebot in Brandenburg

⁶ Im Fragebogen wurden alle genannten Berufsbezeichnungen aufgeführt, um Missverständnissen vorzubeugen

Der Großteil der Eltern wurde vom eigenen Kind über das neue Versorgungsangebot in Kenntnis gesetzt. Jedes zweite Elternteil wurde außerdem durch Informationsmaterialien/ Einwilligungserklärungen erreicht oder durch das Lehrpersonal informiert. Bei gut 10 Prozent der Eltern stellten sich die „Schulgesundheitsfachkräfte“ persönlich vor. Nur eine Minderheit wurde durch niemanden oder auf einem anderen Weg informiert (**Abb. 11**).

Sowohl in der ersten Erhebung (T0) als auch im Follow-up (T1) wurden die Eltern gefragt, ob sie sich gut über die Tätigkeit der „Schulgesundheitsfachkräfte“ informiert fühlen (**Abb. 12**). Ihren Angaben zufolge fühlten sich die meisten Eltern in Bezug auf das Aufgabenspektrum der „Schulgesundheitsfachkräfte“ informiert (77%). Etwas weniger unter ihnen wusste, welche Befugnisse die „Schulgesundheitsfachkräfte“ in Bezug auf die Gesundheit ihres Kindes haben (68%) und wie ihr Kind gesundheitlich von dem Angebot profitieren kann (71%). Etwa jedes zweite Elternteil zeigte sich ausreichend über die Kontaktmöglichkeiten (64%) sowie die zeitliche (56%) und räumliche Erreichbarkeit (64%) informiert. Weniger als die Hälfte der Eltern fühlte sich ausreichend darüber informiert, welche Vorteile sie selbst durch die Arbeit der „Schulgesundheitsfachkräfte“ haben (58%).

In den meisten Bereichen zeigten sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten. Die subjektive Informiertheit der Eltern verbesserte sich im Projektzeitraum hinsichtlich der räumlichen Erreichbarkeit am deutlichsten (**Abb. 12**).

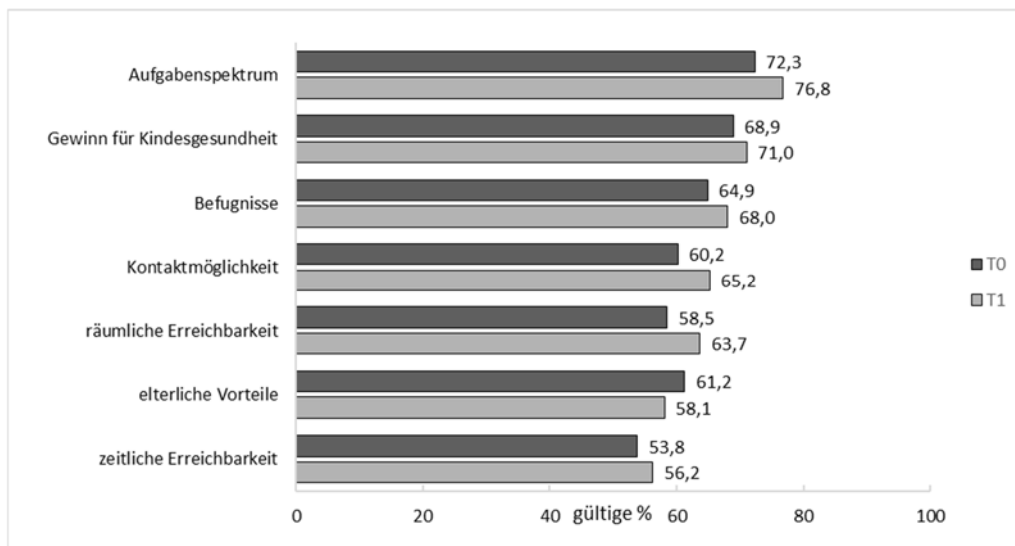


Abb. 12: Subjektive Informiertheit der Eltern über die Tätigkeit der „Schulgesundheitsfachkraft“ Brandenburg (Antwortmöglichkeit "eher ja bis ja")

Hessen

Auch in Hessen zeigte sich, dass die Schüler*innen vor allem durch Informationsmaterial (z. B. Flyer, Aushänge) darüber informiert wurden, dass an ihrer Schule eine Schulgesundheitsfachkraft, Pflegefachkraft oder Schulkrankenschwester arbeitet. Zudem wurden zwei Drittel der Schüler*innen durch ihre Lehrer*innen informiert. Jede*r dritte Schüler*in wurde durch die Eltern informiert (37%). Bei 30 Prozent der Schüler*innen stellte sich die „Schulgesundheitsfachkraft“ persönlich vor. Etwa 6 Prozent wurden durch niemanden oder auf anderem Weg informiert. Auch in diesem Bundesland wurde ein Großteil der Eltern vom eigenen Kind über das neue Versorgungsangebot in Kenntnis gesetzt. Etwa jedes zweite Elternteil wurde außerdem durch Informationsmaterialien/ Einwilligungserklärungen erreicht oder auch durch das Lehrpersonal informiert. Bei 21 Prozent der Eltern stellten sich die „Schulgesundheitsfachkräfte“ persönlich vor. Nur eine Minderheit wurde durch niemanden oder auf einem anderen Weg informiert (**Abb. 13**, umseitig).

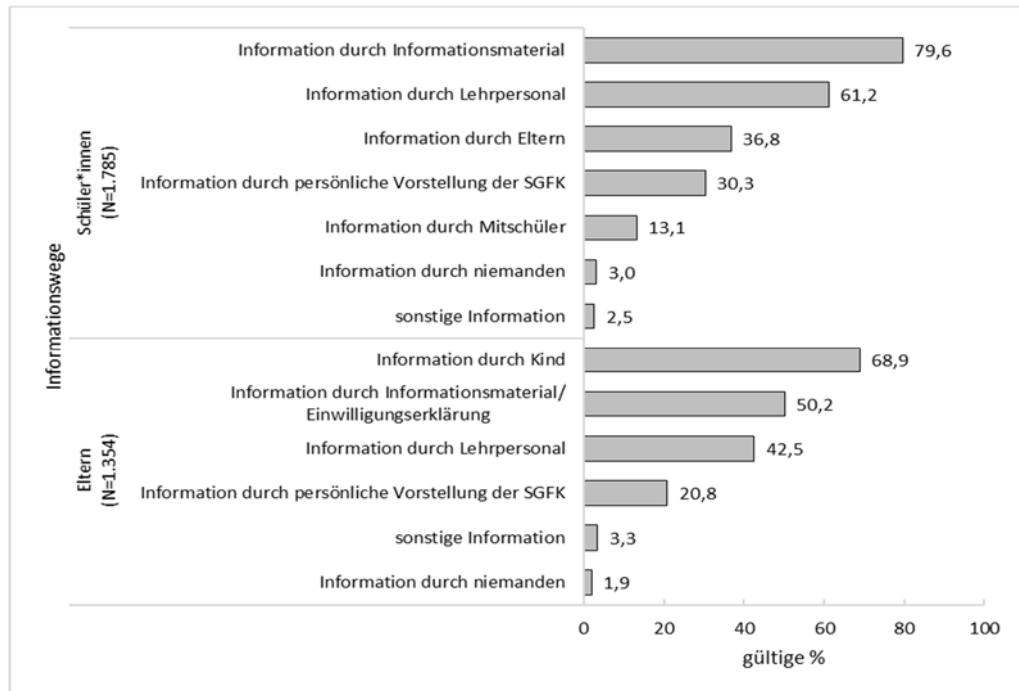


Abb. 13: Genutzte Informationswege über ein neues Angebot in Hessen

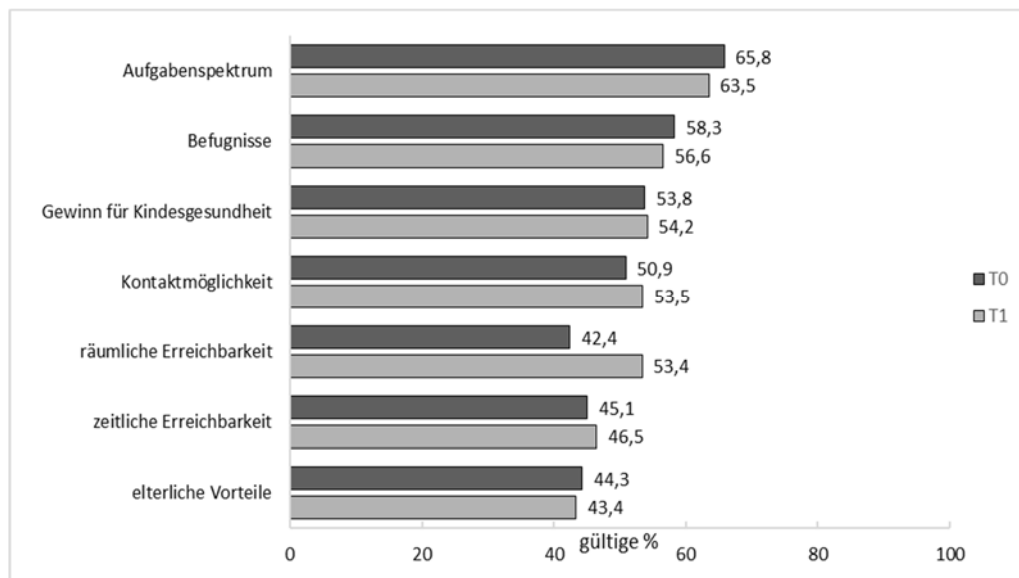


Abb. 14: Subjektive Informiertheit der Eltern über die Tätigkeit der „Schulgesundheitsfachkraft“ in Hessen (Antwortmöglichkeit "eher ja bis ja")

Die Eltern wurden sowohl in der ersten Erhebung (T0) als auch im Follow-up (T1) gefragt, ob sie sich gut über die Tätigkeit der „Schulgesundheitsfachkräfte“ informiert fühlen (Abb. 14). Ihren Angaben zufolge fühlten sich drei Viertel der Eltern ausreichend über das Aufgabenspektrum der „Schulgesundheitsfachkräfte“ (64%) sowie darüber, wie die Gesundheit ihres Kindes von dem Angebot beeinflusst werden kann (54%) informiert. Zudem wussten zwei Drittel, welche Befugnisse die „Schulgesundheitsfachkraft“ in Bezug auf die Gesundheit ihres Kindes hat (68%) sowie wie (65%) und wo (64%) sie die „Schulgesundheitsfachkraft“ erreichen können (57%). Etwas mehr als jedes zweite Elternteil zeigt sich ausreichend über die zeitliche (47%) Erreichbarkeit sowie über die Vorteile, die das Angebot für sie selbst haben kann, informiert (43%). Im Vergleich zu den Befragungsergebnissen zu Implementationsbeginn, nahm die subjektive Informiertheit der Eltern in allen Bereichen leicht zu.

2. Inanspruchnahmeverhalten

Brandenburg

Ein großer Teil der brandenburgischen Schüler*innen (43%) hatte bis zur Follow-up-Befragung (T1) bereits persönlichen Kontakt zur „Schulgesundheitsfachkraft“ (Abb. 15). Hinsichtlich der Kontakthäufigkeit gab es keine Unterschiede zwischen den Bildungsstufen. Schüler*innen mit andauernden Erkrankungen oder Behinderungen hatten hingegen vergleichsweise häufiger Kontakt zu den „Schulgesundheitsfachkräften“ (51%). Die Kontakthäufigkeit der Eltern zur „Schulgesundheitsfachkraft“ unterschied sich deutlich innerhalb der Bildungsstufen (Abb. 15). Unter den Eltern der Grundstufe hatte jedes vierte Elternteil bereits Kontakt, unter den Eltern der Schüler*innen der Sekundarstufe 1 war es nur noch knapp jedes zehnte.

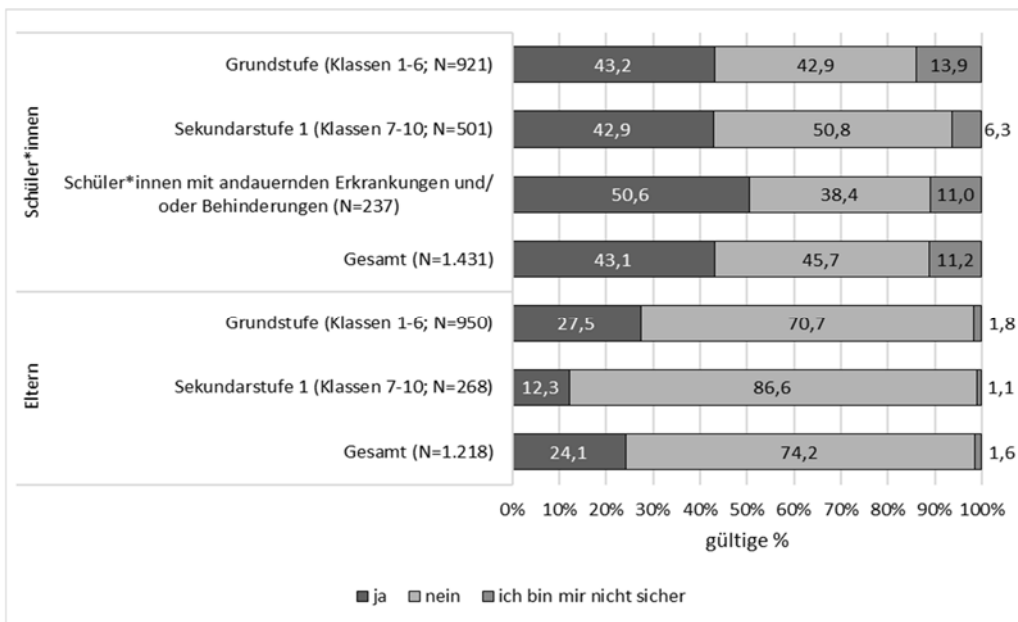


Abb. 15: Kontakt zur "Schulgesundheitsfachkraft" in Brandenburg

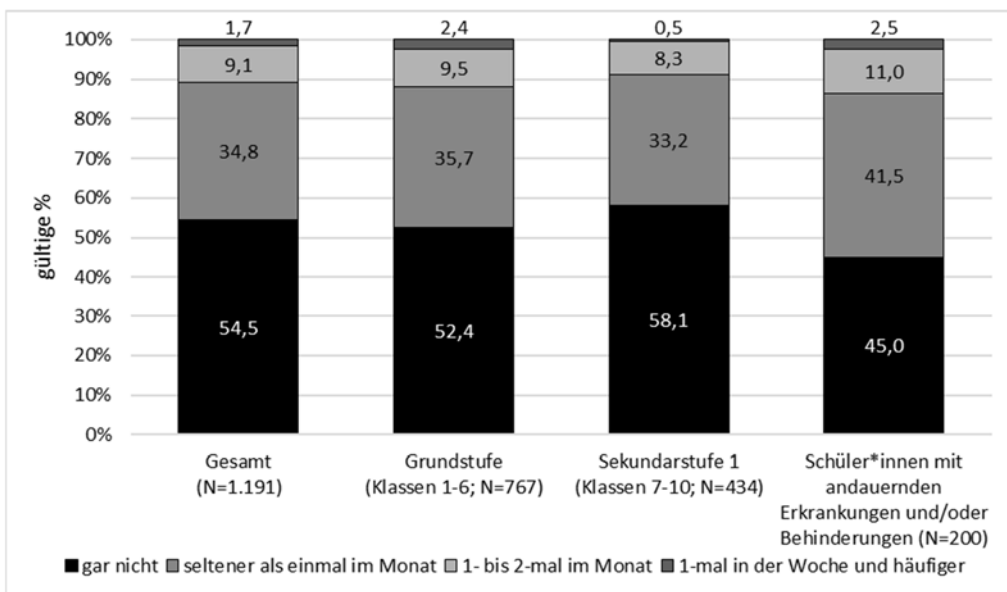


Abb. 16: Aufsuchen der "Schulgesundheitsfachkraft" durch Schüler*in im vergangenen halben Jahr in Brandenburg

Auch hinsichtlich der Inanspruchnahme im vergangenen halben Jahr gab es nur geringe Unterschiede zwischen den beiden Bildungsstufen (Abb. 16, vorstehend). Über die Hälfte der Schüler*innen haben die „Schulgesundheitsfachkraft“ in diesem Zeitraum selbst nicht aufgesucht. Etwa jede dritte Schülerin bzw. jeder dritte Schüler war seltener als einmal im Monat bei ihr. Knapp jede*r zehnte Schüler*in etwa 1- bis 2-mal im Monat. Schüler*innen mit andauernden Erkrankungen hatten die häufigsten Kontakte/Zeitraum (55%).

Hessen

Ein Großteil der hessischen Schüler*innen (62%) hatte bereits Kontakt zur „Schulgesundheitsfachkraft“ (Abb. 17). Hinsichtlich der Kontaktaufnahme gab es keine Unterschiede zwischen den Bildungsstufen (62%). Schüler*innen mit andauernden Erkrankungen oder Behinderungen hatten häufiger Kontakt zu den „Schulgesundheitsfachkräften“ (71%). Größere Unterschiede innerhalb der Bildungsstufen wurden bei der Kontakthäufigkeit der Eltern deutlich. Unter den Eltern der Grundstufe hatten 40 Prozent der Eltern bereits Kontakt, unter den Eltern der Schüler*innen der Sekundarstufe 1 waren es knapp 25 Prozent.

Hinsichtlich der Inanspruchnahme im vergangenen halben Jahr gab es nur geringe Unterschiede zwischen den Schüler*innen der beiden Bildungsstufen (Abb. 18, umseitig). Gut ein Drittel der Schüler*innen hat die „Schulgesundheitsfachkraft“ in diesem Zeitraum nicht aufgesucht (36%). Etwas mehr als 40 Prozent waren seltener als einmal im Monat bei ihr, knapp jede*r fünfte Schüler*in etwa 1- bis 2-mal im Monat. Nur wenige suchten sie wöchentlich auf. Schüler*innen mit andauernden Erkrankungen oder Behinderungen nutzen dieses Angebot mit 72 Prozent anteilig deutlich häufiger. Sie suchten die „Schulgesundheitsfachkraft“ mit 9 Prozent am häufigsten einmal in der Woche und häufiger auf. Die meisten berichteten, dass sie seltener als einmal im Monat bei ihr waren, knapp jeder Zehnte ein- bis zweimal im Monat.

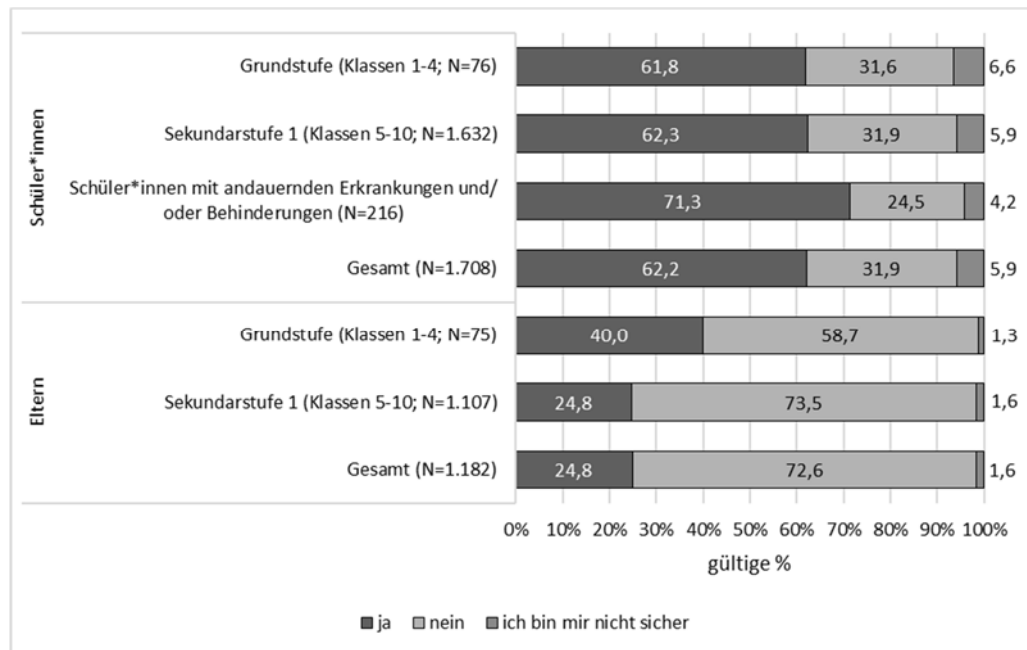


Abb. 17: Kontakt zur "Schulgesundheitsfachkraft" in Hessen

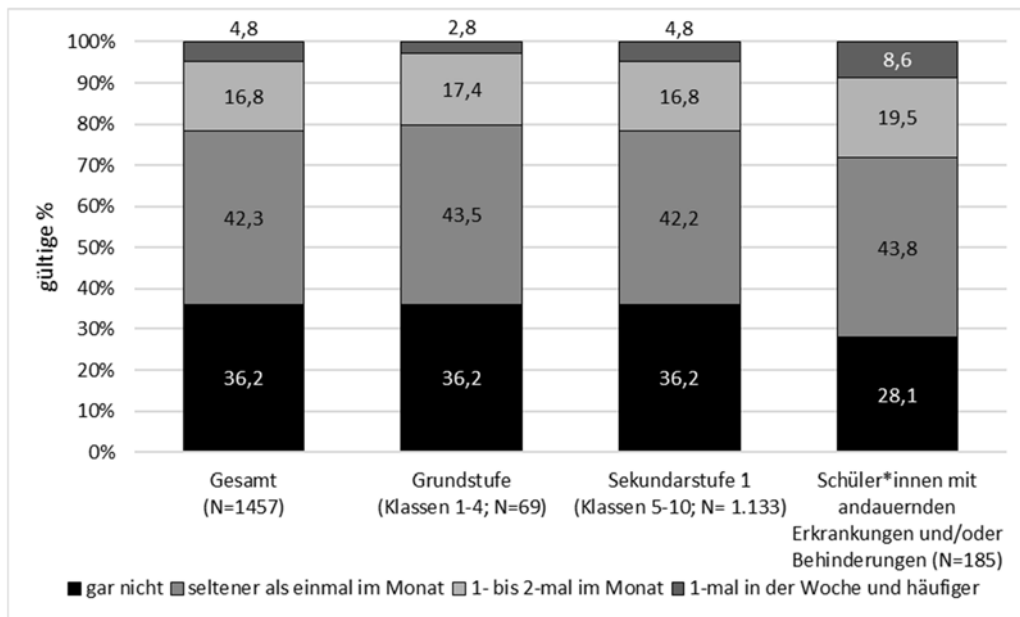


Abb. 18: Aufsuchen der "Schulgesundheitsfachkraft" durch Schüler*in im vergangenen halben Jahr in Hessen

3. Ergebnisse der Leistungsdokumentation

Das „Curriculum zur Qualifizierungsmaßnahme für examinierte Gesundheits- und Kinder-/Krankenpflegekräfte zu Schulgesundheitsfachkräften“, das die formale didaktische Grundlage für die Qualifizierung der „Schulgesundheitsfachkräfte“ darstellt, orientiert sich an dem „*European framework for quality standards in school health services and competences for school health professionals*“ der WHO (2014). Es wurde von einem Expertengremium an rechtliche und strukturelle Rahmenbedingungen in Deutschland angepasst. Es beschreibt sechs Aufgabenbereiche sowie den jeweiligen prozentualen Anteil (Tab. 10). Da im Curriculum nicht näher ausgeführt wird, worauf die prozentuale Verteilung der Aufgabenbereiche beruht, (z. B. an der Gesamtarbeitszeit oder an den behandelten Schüler*innen) können diese quantitativen Angaben auch nicht im Rahmen der Evaluation überprüft werden. Dennoch waren die im Curriculum benannten Aufgabenbereiche eine der Grundlagen für den strukturellen Aufbau der Leistungsdokumentation.

Tab. 10: Art und Anteil der Aufgabenbereiche (vgl. Curriculum S.12)

Art der Versorgung	Anteil (in %)
1) Gesundheitliche Versorgung	30%
2) Gesundheitsförderung und Prävention	20%
3) Früherkennung	20%
4) Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen/Behinderungen bzw. nach längerer krankheitsbedingter Abwesenheit von der Schule	15%
5) Ansprech- und Vertrauensperson für Schülerinnen und Schüler mit gesundheitlichen Auffälligkeiten	15%
6) Interdisziplinäre außerschulische Kooperation	Inklusiver Bestandteil der Bereiche 1-5

3.1 Individuumsbezogene Tätigkeiten

3.1.1 Gesundheitliche Versorgung von Schüler*innen

Brandenburg

Bei der Interpretation der absoluten monatlichen Fallzahlen müssen die Anzahl der besetzten Vollzeitstellen, die realen Arbeitstage in den Schulen (also abzüglich Ferienzeiten und Feiertage) sowie die tatsächliche Anwesenheit der „Schulgesundheitsfachkräfte“ an den Modellschulen (also abzüglich der Weiterbildungstage) beachtet werden. Dies stellte sich in Brandenburg wie folgt dar (Tab. 11).

Tab. 11: Vollzeitstellen und Arbeitstage in Brandenburg

	Anzahl der besetzten Vollzeitstellen / Monat	Arbeitstage (abzügl. Feiertage / Ferien)	Präsenztage (Arbeitstage abzügl. Weiterbildungstage)
Oktober 2017	10	14	12
November 2017	10	22	21
Dezember 2017	9	14	13
Januar 2018	9	21	20
Februar 2018	9	15	13
März 2018	8	17	16
April 2018	10	16	15
Mai 2018	10	20	19
Juni 2018	10,5	21	20
Juli 2018	10	3	3

Insgesamt wurden im Zeitraum von September 2017 bis Juli 2018 in Brandenburg 6.449 Schülerkontakte von den „Schulgesundheitsfachkräften“ dokumentiert (11 Monate) (Abb. 19).

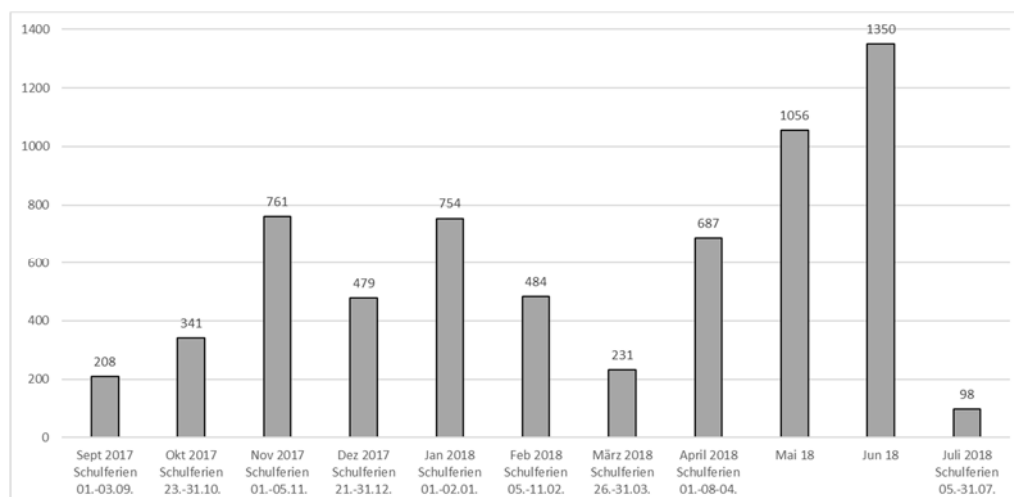


Abb. 19: Absolute Fallzahlen/Monat in Brandenburg

Die Kontakthanlässe der Schüler*innen konnten jeweils einer von vier Kategorien zugeordnet werden, wobei pro Konsultation nur der *Hauptanlass* dokumentiert werden sollte. Mehrfachnennungen waren bei dieser Frage nicht zulässig. Die meisten Kontakthanlässe waren akute Beschwerden (44%) (Tab. 12).

Tab. 12: Kontaktpunkte der Schüler*innen in Brandenburg

Hauptanlass	n	%
Beschwerden	2.623	44,1
Unfall	1.516	25,5
Tätliche Auseinandersetzung	251	4,2
Sonstige	1.557	26,2
Gesamt	5.947	100,0

Die meisten schülerbezogenen Tätigkeiten der „Schulgesundheitsfachkräfte“ sind dem Bereich „gesundheitliche Versorgung“ zu zuordnen (72%) (Tab. 13). Dazu zählen z. B. Wundversorgung oder kühlende Auflagen. In vielen Fällen war eine anschließende Verlaufsbeobachtung notwendig (44%). An zweiter Stelle der genannten Versorgungsbereiche wurde die Funktion der „Ansprechpartnerin“ (in gesundheitlichen Fragen) genannt (66%). Zudem erhielten gut ein Viertel aller Schüler*innen Interventionen im Bereich der Gesundheitsförderung/ Prävention (27%). Vereinzelt wurden auch Maßnahmen notwendig, die sich den Bereichen „Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit chronischer Erkrankung oder Behinderung“ bzw. „Unterstützung von Kindern und Jugendlichen nach längerer krankheitsbedingter Abwesenheit von der Schule“ zuordnen lassen.

Tab. 13: Schülerbezogene Versorgungsbereiche in Brandenburg (Mehrfachnennungen waren möglich. Prozentsätze beziehen sich auf die Anzahl der Befragten, nicht auf die Anzahl der Antworten)

Versorgungsbereich	n	%
Gesundheitliche Versorgung	4.543	71,8
Gesundheitsförderung und Prävention	1.687	26,7
Verlaufsbeobachtung	2.792	44,1
Unterstützung von Kindern/Jugendlichen mit chron. Erkrankungen/Behinderungen	260	4,1
Unterstützung von Kindern und Jugendlichen nach längerer krankheitsbedingter Abwesenheit von der Schule	108	1,7
Ansprechpartner	4.195	66,3

Tab. 14: Schülerbezogene Einzelfalleistungen in Brandenburg (Mehrfachantworten waren möglich. Prozentsätze beziehen sich auf die Anzahl der Befragten, nicht auf die Anzahl der Antworten)

Einzelfallbezogene Leistungen	n	%
Pflegerische Leistungen	4.935	78,3
Anamnestisches Gespräch	4.646	73,7
Beratung des Schülers/der Schülerin	4.492	71,2
Orientierende Untersuchung	4.149	65,8
Medikamentengabe	108	1,7

Neben einer Zuordnung der geleisteten Maßnahmen zu den oben beschriebenen *Versorgungsbereichen*, konnten die konkreten Leistungen, die für eine Schülerin/ einen Schüler von der „Schulgesundheitsfachkraft“ erbracht wurden, einem oder mehreren *Leistungsbereichen* zugeordnet werden (Tab. 14, vorstehend). Am häufigsten wurden „pflegerische Leistungen“ dokumentiert, z. B. Flüssigkeitszufuhr, Wärme- oder Kältebehandlung (78%). Es folgten „anamnesti-

sche Gespräche“ (74%) und „Beratung“ (71%); an vierter Stelle kamen „orientierende Untersuchungen“ (66%). Medikamente wurden kaum verabreicht, da dies nur mit dem ausdrücklichen Einverständnis der Eltern und einer ärztlichen Verordnung möglich war. Von den behandelten Schüler*innen konnte die überwiegende Mehrheit wieder in den Unterricht zurückkehren (79%). Es mussten nur wenige Schüler*innen von ihren Eltern abgeholt werden (13%) (ohne Abb.).

Hessen

Auch in Hessen müssen bei der Interpretation der absoluten monatlichen Fallzahlen die Anzahl der besetzten Vollzeitstellen, die realen Arbeitstage in den Schulen (also abzüglich Ferienzeiten und Feiertage) sowie die tatsächliche Anwesenheit der „Schulgesundheitsfachkräfte“ an den Modellschulen (also abzüglich der Weiterbildungstage) beachtet werden (Tab. 15)

Tab. 15: Vollzeitstellen und Arbeitstage in Hessen

	Anzahl der besetzten Vollzeitstellen / Monat	Arbeitstage (abzgl. Feiertage / Ferien)	Präsenztage (Arbeitstage abzgl. Weiterbildungstermine)
Oktober 2017	9,5	10	3
November 2017	9,5	22	13
Dezember 2017	9,5	16	9
Januar 2018	9,5	13	4
Februar 2018	9,5	20	12
März 2018	9,5	17	8
April 2018	9,5	16	16
Mai 2018	9,5	19	19
Juni 2018	9,5	16	16
Juli 2018	9,5	0	0

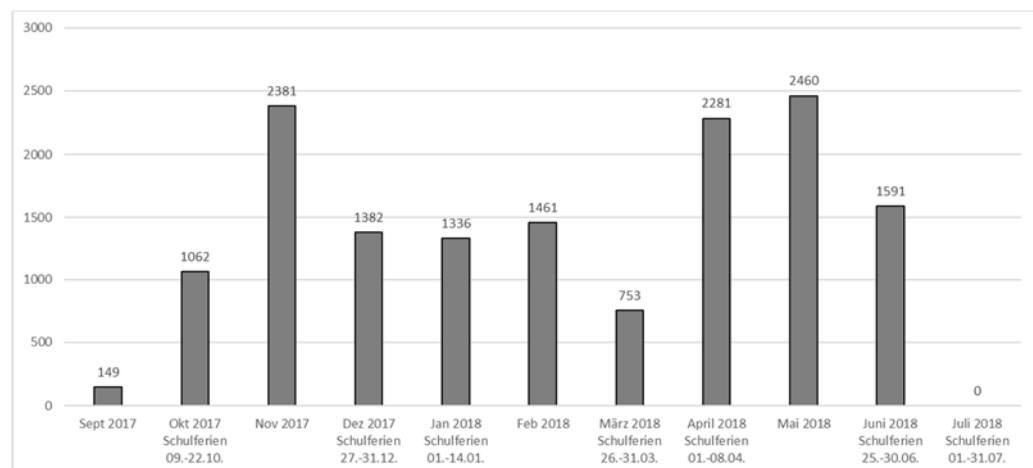


Abb. 20: Absolute Fallzahlen/Monat in Hessen

Insgesamt wurden in Hessen 14.854 Schülerkontakte im Zeitraum von September 2017 bis Juli 2018 dokumentiert (10 Monate; **Abb. 20**, vorstehend). Die Kontaktanlässe der Schüler*innen konnten jeweils einer von vier Kategorien zugeordnet werden, wobei pro Konsultation nur der *Hauptanlass* dokumentiert werden sollte (**Tab. 16**). Mehrfachnennungen waren bei dieser Frage nicht zulässig. Die meisten Kontaktanlässe waren akute Beschwerden (55%). Die meisten schülerbezogenen Tätigkeiten der „Schulgesundheitsfachkräfte“ sind dem Bereich „gesundheitliche Versorgung“ zuzuordnen (86%) (**Tab. 17**). Dazu zählen z. B. Wundversorgung oder kühlende Auflagen. In vielen Fällen war eine anschließende Verlaufsbeobachtung notwendig (20%). In Hessen wurden nur selten individuelle Interventionen im Bereich der Gesundheitsförderung/ Prävention (2,5%) durchgeführt. Vereinzelt wurden Maßnahmen notwendig, die sich den Bereichen „Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit chronischer Erkrankung oder Behinderung“ bzw. „Unterstützung von Kindern und Jugendlichen nach längerer krankheitsbedingter Abwesenheit von der Schule“ zuordnen lassen.

Tab. 16 : Kontaktanlässe der Schüler*innen in Hessen

Hauptanlass	n	%
Beschwerden	3.778	54,9
Unfall	1.916	27,8
Tätliche Auseinandersetzung	165	2,4
Sonstige	1.019	14,8
Gesamt	6.877	100,0

Tab. 17: Schülerbezogene Versorgungsbereiche in Hessen (Mehrfachnennungen waren möglich. Prozentsätze beziehen sich auf die Anzahl der Befragten, nicht auf die Anzahl der Antworten)

Versorgungsbereich	n	%
Gesundheitliche Versorgung	5.899	86,0
Gesundheitsförderung und Prävention	173	2,5
Verlaufsbeobachtung	1.338	19,5
Unterstützung von Kindern/Jugendlichen mit chron. Erkrankungen/Behinderungen	139	2,0
Unterstützung von Kindern und Jugendlichen nach längerer krankheitsbedingter Abwesenheit von der Schule	38	0,6
Ansprechpartner	1251	18,5

Neben einer Zuordnung der geleisteten Maßnahmen zu den oben beschriebenen *Versorgungsbereichen*, konnten die konkreten Leistungen, die für eine Schülerin/einen Schüler von der „Schulgesundheitsfachkraft“ erbracht wurden, einem oder mehreren *Leistungsbereichen* zugeordnet werden (**Tab. 18**, umseitig). Am häufigsten wurden „pflegerische Leistungen“ dokumentiert, z. B. Flüssigkeitszufuhr, Wärme- oder Kältebehandlung (85%). Es folgten „anamnestische Gespräche“ (44%) und „Beratung“ (40%); an vierter Stelle kamen „orientierende Untersuchungen“ (30%). Medikamente wurden kaum verabreicht. Von den behandelten Schüler*innen konnte die überwiegende Mehrheit wieder in den Unterricht zurückkehren (85%). Es mussten nur wenige Schüler*innen von ihren Eltern abgeholt werden (11%) (ohne Abb.).

Tab. 18: Schülerbezogene Einzelfalleistungen in Hessen (Mehrfachantworten waren möglich. Prozentsätze beziehen sich auf die Anzahl der Befragten, nicht auf die Anzahl der Antworten)

Einzelfallbezogene Leistungen	n	%
Pflegerische Leistungen	5.343	84,9
Anamnestisches Gespräch	2.770	44,0
Beratung des Schülers/der Schülerin	2.504	39,8
Orientierende Untersuchung	1.886	30,0
Medikamentengabe	13	0,2

3.1.2 Gesundheitliche Versorgung von Lehrer*innen

Brandenburg

Zu den Leistungsempfänger*innen der „Schulgesundheitsfachkräfte“ innerhalb des Settings Schule gehörte neben den Schüler*innen auch das Schulpersonal, mehrheitlich die Lehrenden (53%) (Tab. 19). Dabei werden Leistungen, die die Lehrerin oder den Lehrer persönlich betreffen („personalbezogen“) unterschieden von Leistungen, die einzelne Schüler*innen („schülerbezogen“) oder eine Gruppe von Schüler*innen („klassenbezogen“) betreffen (Tab. 20). In Brandenburg waren die drei Bereiche annähernd gleich häufig verteilt.

Tab. 19: Berufsgruppen, die Leistungen der "Schulgesundheitskräfte" in Anspruch nahmen in Brandenburg

Berufsgruppe	n	%
Lehrer*in	1.470	52,5
Sozialarbeiter*in	331	11,5
Psychologe*in	5	1,1
Sonstige	986	34,9
gesamt	2.774	100,0

Am häufigsten wurden die „Schulgesundheitsfachkräfte“ in ihrer Funktion als „Ansprechpartnerin“ (mit gesundheitsbezogener Expertise) von den Lehrenden aufgesucht (79%). Weitere Kontakte machten eine „gesundheitliche Versorgung“ (39%), zum Teil mit nachfolgender „Verlaufsbeobachtung“ erforderlich oder betrafen die Themen „Gesundheitsförderung und Prävention“. Nur selten waren Gespräche über bzw. Beratungen zu Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen, Behinderungen oder mit längerer krankheitsbedingter Abwesenheit von der Schule dokumentiert (Tab. 21, umseitig).

Tab. 20: Kontakthanlässe der Lehrer*innen in Brandenburg

Anlass	n	%
schülerbezogen	1.149	36,5
klassenbezogen	1.045	33,2
personalbezogen	950	30,2
gesamt	3.144	100%

Tab. 21: Schulpersonalbezogene Versorgungsbereiche in Brandenburg (Mehrfachnennungen waren möglich. Prozentsätze beziehen sich auf die Anzahl der Befragten, nicht auf die Anzahl der Antworten)

Versorgungsbereich	N	%
Gesundheitliche Versorgung	957	39,4
Gesundheitsförderung und Prävention	406	16,7
Verlaufsbeobachtung	307	12,6
Unterstützung von Kindern/Jugendlichen mit chron. Erkrankungen/Behinderungen	72	3,0
Unterstützung von Kindern und Jugendlichen nach längerer krankheitsbedingter Abwesenheit von der Schule	16	0,7
Ansprechpartner	1912	78,7

Hessen

Auch in Hessen wurden die Leistungen der „Schulgesundheitsfachkräfte“ innerhalb des Settings Schule nicht allein von Schüler*innen sondern auch von dem übrigen Schulpersonal, mehrheitlich die Lehrenden (82%) in Anspruch genommen (Tab. 22).

Tab. 22: Berufsgruppen, die Leistungen der "Schulgesundheitskräfte" in Anspruch nahmen in Hessen

Berufsgruppe	N	%
Lehrer*in	1.269	81,7
Sozialarbeiter*in	115	7,4
Psychologe*in	21	1,4
Sonstige	148	9,5
gesamt	1.553	100,0

Dabei werden Leistungen, die die Lehrerin oder den Lehrer persönlich betreffen („personalbezogen“) unterschieden von Leistungen, die einzelne Schüler*innen („schülerbezogen“) oder eine Gruppe von Schüler*innen („klassenbezogen“) betreffen (Tab. 23). In Hessen war der überwiegende Anteil von Kontaktanlässen schülerbezogen (68%).

Tab. 23: Kontaktanlässe der Lehrer*innen in Hessen

Anlass	n	%
schülerbezogen	1.128	68,1
klassenbezogen	307	18,5
personalbezogen	221	13,3
gesamt	1.656	100%

Am häufigsten wurden die „Schulgesundheitsfachkräfte“ in Hessen für die „gesundheitliche Versorgung“ (71%), zum Teil mit nachfolgender „Verlaufsbeobachtung“ (13%) von den Lehrenden konsultiert. An zweiter Stelle kamen Anlässe, in denen sie als „Ansprechpartnerin“ (mit gesundheitsbezogener Expertise) (68%) aufgesucht wurde. Es folgten Gespräche über bzw. Beratungen zu Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen, Behinderungen (8%) oder mit längerer krankheitsbedingter Abwesenheit von der Schule (6%). Nur selten wurde das Thema „Gesundheitsförderung und Prävention“ (6%) als Kontaktkanlass der Lehrer*innen dokumentiert. (Tab. 24, umseitig).

Tab. 24: Schulpersonalbezogene Versorgungsbereiche in Hessen (Mehrfachnennungen waren möglich. Prozentsätze beziehen sich auf die Anzahl der Befragten, nicht auf die Anzahl der Antworten)

Versorgungsbereich	N	%
Gesundheitliche Versorgung	1.060	71,0
Gesundheitsförderung und Prävention	88	5,9
Verlaufsbeobachtung	198	13,3
Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit chron. Erkrankungen/Behinderungen	114	7,6
Unterstützung von Kindern und Jugendlichen nach längerer krankheitsbedingter Abwesenheit von der Schule	90	6,0
Ansprechpartner	1.016	68,0

3.1.3 Kontakte mit Eltern

Brandenburg

Neben Kontakten zur Schülerschaft und Lehrerschaft, hatte die „Schulgesundheitsfachkraft“ auch zu Eltern Kontakt. Dabei hat in Brandenburg in der Mehrheit der Fälle die „Schulgesundheitsfachkraft“ Kontakt mit den Eltern aufgenommen (90%) (Tab. 25).

Tab. 25: Art der Kontaktaufnahme zwischen Eltern und „Schulgesundheitsfachkräften“ in Brandenburg (Mehrfachnennungen waren möglich. Prozentsätze beziehen sich auf die Anzahl der Befragten, nicht auf die Anzahl der Antworten)

	N	%
Elternanfrage	196	13,5
SGFK hat Kontakt aufgenommen	1303	89,8
Gremienarbeit	11	0,8
sonstiges	56	3,9

Bei den Eltern stand, in quantitativer Hinsicht, ebenfalls die „gesundheitliche Versorgung“ (87%) an erster Stelle, gefolgt von der Inanspruchnahme einer „Ansprechpartnerin“ für Fragen zu Schüler*innen mit gesundheitlichen Auffälligkeiten (65%). In Brandenburg war zudem die „Verlaufsbeobachtung“ noch eine häufig dokumentierte Versorgungsleistung (42%) (Tab. 26).

Tab. 26: Versorgungsbereiche der Elternkontakte in Brandenburg (Mehrfachnennungen waren möglich)

	N	%
Gesundheitliche Versorgung	1.304	87,4
Gesundheitsförderung und Prävention	438	29,4
Verlaufsbeobachtung	626	42,0
Unterstützung von Kindern/Jugendlichen mit chronischer Erkrankung oder Behinderung	144	9,7
Unterstützung von Kindern und Jugendlichen nach längerer krankheitsbedingter Abwesenheit von der Schule	4	0,3
Ansprechpartnerin für Fragen zu Schüler*innen mit gesundheitlichen Auffälligkeiten	975	65,3

Hessen

In Hessen wurden von Seiten der „Schulgesundheitsfachkraft“ ebenfalls nicht nur mit der Schülerschaft und Lehrerschaft Kontakte gepflegt, sondern ebenso mit den Eltern. In der Mehrheit der Fälle ging die Kontaktaufnahme dabei von der „Schulgesundheitsfachkraft“ aus (85%) (Tab. 27).

Tab. 27: Art der Kontaktaufnahme zwischen Eltern und „Schulgesundheitsfachkräften“ in Hessen (Mehrfachnennungen waren möglich. Prozentsätze beziehen sich auf die Anzahl der Befragten, nicht auf die Anzahl der Antworten)

	N	%
Elternanfrage	134	13,7
SGFK hat Kontakt aufgenommen	833	85,1
Gremienarbeit	10	1,0
Sonstiges	11	1,1

Bei den Eltern stand, in quantitativer Hinsicht, ebenfalls die „gesundheitliche Versorgung“ (80%) an erster Stelle, gefolgt von der Inanspruchnahme einer „Ansprechpartnerin“ für Fragen zu Schüler*innen mit gesundheitlichen Auffälligkeiten (46%). (Tab. 28).

Tab. 28: Versorgungsbereiche der Elternkontakte in Hessen (Mehrfachnennungen waren möglich)

	N	%
Gesundheitliche Versorgung	713	80,0
Gesundheitsförderung und Prävention	51	5,7
Verlaufsbeobachtung	80	9,0
Unterstützung von Kindern/Jugendlichen mit chronischer Erkrankung oder Behinderung	77	8,6
Unterstützung von Kindern und Jugendlichen nach längerer krankheitsbedingter Abwesenheit von der Schule	23	2,6
Ansprechpartnerin für Fragen zu Schüler*innen mit gesundheitlichen Auffälligkeiten	412	46,2

3.2 Populationsbezogene Aktivitäten

3.2.1 Schulinterne Projekte der „Schulgesundheitsfachkräfte“

Neben den einzelfallbezogenen Leistungen der „Schulgesundheitsfachkräfte“ wurden auch zahlreiche gruppenbezogene Aktivitäten in Form von Projekten angeboten. In **Brandenburg** wurden insgesamt n=510 Projekte dokumentiert. Die meisten Projekte fanden innerhalb der Schule statt (91%) und wurden überwiegend durch die „Schulgesundheitsfachkräfte“ selbst (79%) oder durch die Schule (35%) initiiert (Tab. 29).

Tab. 29: Initiierungsgründe für schulinterne Projekte in Brandenburg (Mehrfachnennungen waren möglich)

	n	%
durch die SGFK selbst initiiert	388	79,0
auf Grundlage des Gesundheitsprofils der Schule	27	5,5
auf Initiative der Schule	174	35,4
auf Initiative des Gesundheitsamts	11	2,2

Das Themenspektrum der Projekte war sehr vielseitig und umfasste sowohl Aspekte der körperlichen Gesundheit, wie gesunde Ernährung und Bewegungsförderung, als auch der psychischen und sozialen Gesundheit, wie Umgang mit Stress oder Aggression, Mobbing und Konflikte. Aus der Dokumentation ging außerdem hervor, dass sich die „Schulgesundheitsfachkräfte“ auch bei der Initiierung von Schüleraktivitäten (z. B. Schülerstammtisch) und bei der Förderung eines gesunden Schulumfeldes (z. B. durch einen Schulrundgang, beim Thema Temperaturen im Klassenraum oder durch einen Gesundheitsbrief für die Schulhomepage) engagierten. Am häufigsten wurden Projektthemen zur Unfallverhütung (n=102) bearbeitet, gefolgt von gesunder Ernährung (n=74), Umgang mit Stress (n=71) und Erster Hilfe (n=59) (Tab. 30).

Tab. 30: Projektthemen in Brandenburg in absteigender Häufigkeit

Themen	Häufigkeit
Unfallverhütung	102
Gesunde Ernährung	74
Umgang mit Stress	71
Erste Hilfe	59
Gremien/Schulentwicklung	49
Hygiene/Infektionen	42
Allgemeine Gesundheitsthemen	20
Bewegungsförderung	15
Zahngesundheit	11
Teilnahme an Schulveranstaltungen	9
(Kopf-) Läuse	9
Sexualität/Schwangerschaft	5
Psychische Erkrankungen	4
Diabetes	4
Sonnenschutz	3
Allergien	2
Asthma	2
Mobbing/Konflikte	2
Sucht/Suchtprävention	2
Angebote für Mädchen	1
Sonstiges	24
GESAMT	510

Auch in **Hessen** wurden insgesamt n=372 Projekte dokumentiert. Die meisten Projekte fanden innerhalb der Schule statt (94%) und wurden überwiegend durch die „Schulgesundheitsfachkräfte“ selbst (60%) oder durch die Schule (45%) initiiert (Tab. 31).

Tab. 31: Initiierungsgründe für schulinterne Projekte in Hessen (Mehrfachnennungen waren möglich)

	n	%
durch die SGFK selbst initiiert	218	59,7
auf Grundlage des Gesundheitsprofils der Schule	71	19,5
auf Initiative der Schule	164	44,9
auf Initiative des Gesundheitsamts	11	3,0

Das Themenspektrum der Projekte war sehr vielseitig und umfasste sowohl Aspekte der körperlichen Gesundheit, wie gesunde Ernährung und Bewegungsförderung, als auch der psychischen und sozialen Gesundheit, wie Umgang mit Stress oder Aggression, Mobbing und Konflikte. Aus der Dokumentation ging außerdem hervor, dass sich die „Schulgesundheitsfachkräfte“ auch in schulinternen Gremien (z. B. Krisenteam) und bei der Förderung eines gesunden Schulumfeldes (z. B. zum Thema Lehrergesundheit und Arbeitsplatzsicherheit, Neugestaltung des Bistros, Testung der Amokanlage) engagierten. Eine Besonderheit in Hessen war die Zu-

sammenarbeit mit und der Ausbau des Schulsanitätsdienstes, welcher insgesamt 58-mal genannt wurde (Tab. 32). Weitere häufige Themen waren Erste Hilfe (n=66), Umgang mit Stress (n=58) und gesunde Ernährung (n=35).

Tab. 32: Projektthemen in Hessen nach absteigender Häufigkeit

Themen	Häufigkeit
Erste Hilfe	66
Schulsanitätsdienst	58
Umgang mit Stress	58
Gesunde Ernährung	35
Allgemeine Gesundheitsthemen	30
Schmerzen	20
Bewegungsförderung	19
Sehtest	10
Sexualität/Schwangerschaft	10
Hygiene/Infektionen	9
Gremien/Schulentwicklung	8
Umgang mit Aggression	6
Mobbing/Konflikte	5
Psychische Erkrankungen	4
Sucht/Suchtprävention	3
Zahngesundheit	3
Allergien	2
Angebote für Mädchen	1
(Kopf-) Läuse	1
Sonnenschutz	1
Teilnahme an Schulveranstaltungen	1
Unfallverhütung	1
Sonstiges	21
GESAMT	372

4. Netzwerkbildung

In Brandenburg dokumentierten die „Schulgesundheitsfachkräfte“ insgesamt N=588 Kontakte zu außerschulischen Institutionen. Darunter waren staatliche Institutionen wie Schulämter, Gesundheitsämter, das Amt für Grundsicherung, Institutionen des ambulanten und stationären Gesundheitssektors, darunter Arztpraxen, Apotheken, Krankenhäuser, Tageskliniken und Institutsambulanzen, Wohlfahrtsverbände wie die Johanniter, das Deutsche Rote Kreuz oder die Caritas, Einrichtungen in freier Trägerschaft, z. B. Selbsthilfegruppen, Bildungseinrichtungen, wie Schulen und Berufsschulen, Taxiunternehmen, Rettungsdienste, Medizinproduktfirmen, Medienvertreter und Krankenkassen.

In ähnlicher Weise haben die „Schulgesundheitsfachkräfte“ auch in Hessen N=169 Kontakte zu außerschulischen Institutionen dokumentiert. Darunter waren staatliche Institutionen wie Schulämter und Gesundheitsämter, Institutionen des ambulanten und stationären Gesundheitssektors, darunter Arztpraxen, Apotheken, Krankenhäuser, Tageskliniken und Institutsambulanzen, Wohlfahrtsverbände wie die Malteser, Einrichtungen in freier Trägerschaft, z. B. Zentrum für Essstörungen, Pro Familia, Bildungseinrichtungen, wie Schulen und Berufsschulen, Rettungsdienste, Medizinproduktfirmen, Medienvertreter und erneut Krankenkassen.

Um mehr über die Intensität dieser Kontakte zu erfahren und auch darüber, ob sich daraus stabile Arbeitsnetzwerke ergeben haben (oder ergeben könnten), wurde mit den „Schulgesundheitsfachkräften“ ein Workshop⁷ durchgeführt. Zunächst erstellten die „Schulgesundheitsfachkräfte“ (SGFK) dabei je eine individuelle Netzwerk-Karte in Form eines Mindmaps: „SGFK“ wurde in die Mitte platziert, links wurden die Kooperationen in der Schule, rechts die außerschulischen dazu gefügt. Je wichtiger die Kooperation, desto näher wurde sie dem Kreis in der Mitte zugeordnet. Anschließend wurden die individuellen Netzwerkkarten im Plenum zu einem Gesamtgebilde zusammengefügt. Jeder Netzwerk-Kontakt wurde auf eine Moderationskarte geschrieben und anschließend abgezählt, wie viele der Pflegenden diesen genutzt hatten. Dabei ergab sich das in Abbildung 21 enthaltene Bild. Anschließend nahmen die „Schulgesundheitsfachkräfte“ eine Gewichtung vor und diskutierten in drei Kleingruppen den Nutzen des jeweiligen Kooperationspartners für ihre Arbeit an den Schulen.



Abb. 21: Die wichtigsten Netzwerkpartner der „Schulgesundheitsfachkräfte“ in Hessen

Gruppe 1: Gesundheitsamt (9)⁸, Krankenkasse (8), Jugendamt (6), Vereine im Quartier/Sport

Für die Pflegenden ist der Kontakt zum Gesundheitsamt sehr wichtig, da ihnen die dort tätigen Ärzt*innen als Ansprechpartner*innen für Gesundheitsfragen zur Verfügung stehen. Sie sehen eine wichtige gemeinsame Aufgabe darin, hygienische Mängel an Schulen aufzugreifen und zu beheben. Die Motivation ist ihr gemeinsames Interesse an der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Mit Vereinen im Quartier gehen die „Schulgesundheitsfachkräfte“ direkte Kooperationen ein, z. B. als Arbeitsgemeinschaft (AG Fußball, AG Segeln u. a.). Sie schätzen den Informationsgewinn über Freizeitmöglichkeiten, den sie von den lokalen Vereinen erhalten. Auch die „bewegte Pause“ und das Gestalten einer gesunden Schulumgebung kann in gemeinsamen Projekten und ebenso mit der Krankenkasse umgesetzt werden. Alle genannten Kooperationen unterstützen die Pflegenden mit ihrer jeweiligen Fachexpertise. Auch das gemeinsame Veranstalten von Fachtagen (z. B. zum Thema Integration) ist ein Gewinn aus der Kooperation.

⁷ Der Workshop fand am 11.04.2018 in den Räumen der HAGE in Frankfurt am Main statt und war der zweite gemeinsam mit dem Team der wissenschaftlichen Begleitforschung. Neun „Schulgesundheitsfachkräfte“ waren anwesend. Die Ergebnisse der ersten beiden Workshops (zu förderlichen und hemmenden Faktoren in der Startphase) und des zweiten in Brandenburg (zum Thema Leistungsdokumentation) wurden im Zwischenbericht präsentiert (Tannen et al. 2017: 133ff).

⁸ Die Ziffer in Klammern gibt die Anzahl der „Schulgesundheitsfachkräfte“ an, die diesen Kooperationspartner wichtig finden.

Gruppe 2: *Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte/psych. Sprechstunde der Uni/psych. Amb. (5), Kinderarztpraxen (5), Sozialpädiatrisches Zentrum (2)*

Folgende Themen waren der Grund, mit diesen Kooperationspartner*innen Kontakt aufzunehmen: Suizidalität, Absentismus, Wiedereingliederung, Transidentität und Anorexie. Die „Schulgesundheitsfachkräfte“ wurden beraten, Sprechstunden mit Schüler*innen und Eltern wurden begleitet und gegebenenfalls wurde die Einleitung einer Therapie veranlasst. Die niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzte standen für fachliche Fragen zur Verfügung, teilweise auch in Qualitätszirkeln. Die Pflegenden diskutierten, ob eine Hotline sinnvoll und mehr persönliche Kontakte zu Ärztinnen und Ärzten wünschenswert wären. Das Sozialpädiatrische Zentrum wurde von den Pflegenden ebenfalls zur Beratung aufgesucht, teilweise auch in Begleitung der Eltern. Auch hier wurde Diagnostik durchgeführt und Therapien vermittelt.

Gruppe 3: *Schulleitungsteam (9), Klassenlehrer*innen (9), Schulsozialarbeit (7), Fachlehrkräfte/Sport (7), Förderschullehrer*innen (BFZ z. B.), Sonderschulpädagog*innen (6), Fachlehrer*innen Bio (5)*

Die „Schulgesundheitsfachkräfte“ schätzen an diesen Kooperationspartner*innen, dass sie ihnen Informationen über die Schulstrukturen geben können, die für ihre Arbeit wichtig sind. Aber auch Informationen über einzelne Schüler*innen werden ausgetauscht. Je nach Bedarfslage der Schüler*innen können sie zu der jeweilig anderen Berufsgruppe weitervermittelt werden. Ideen für gemeinsame Projekte oder Aktionen werden von beiden Seiten initiiert: einmal treten die oben genannten Personen auf die „Schulgesundheitsfachkraft“ zu, dann auch wieder umgekehrt. Es ist eine Motivation für die Pflegenden, das Thema Gesundheit in die Schule und den Unterricht „hineinzutragen“, um für Gesundheitsförderung und Gesundheitsverhalten zu sensibilisieren. Sie sehen das Potential, dass „Gesundheit“ zukünftig ins Schulprogramm aufgenommen werden könnte (Projekt „Gesunde Schule“ des Kultusministeriums“). Denn das „Lernen fürs Leben“ (Gesunderhaltung, Prävention) sei ein Gewinn bis ins Erwachsenenalter.

5. Einordnung und Kommentar

An dieser Stelle sollen die bisherigen Befunde kurz eingeordnet und aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitforschung kommentiert werden. So lässt sich beispielsweise aus der schriftlichen Befragung der Eltern entnehmen, dass während des bisherigen Projektverlaufs noch nicht alle Zielgruppen ausreichend über die Schulgesundheitspflege informiert werden konnten. Zwar fühlen sich die Eltern insgesamt am besten über die Aufgaben und Befugnisse der Pflegenden sowie über die Vorteile der Schulgesundheitspflege für ihr Kind informiert, jedoch konnten diesbezüglich im Vergleich zur Baseline-Erhebung (T0) nur geringfügige Verbesserungen erzielt werden. Informationsdefizite bestehen vor allem noch bezüglich der Erreichbarkeit und den Kontaktmöglichkeiten sowie der potentiellen Vorteile des neuen Angebots für die Eltern. Diese anzugehen, wird künftig eine vordringliche Aufgabe sein.

Was die Schüler*innen betrifft stellt sich die Situation etwas anders dar. Etwa die Hälfte der Schüler*innen hatte in der bisherigen Projektlaufzeit bereits Kontakt zur „Schulgesundheitsfachkraft“. Unter den Schüler*innen mit chronischer Erkrankung oder Behinderung war der Anteil deutlich höher, insbesondere in Hessen. In beiden Bundesländern frequentieren Grundschüler*innen die Pflegenden häufiger als Sekundarschüler*innen. Die Unterschiede in der Inanspruchnahme zwischen Hessen und Brandenburg sind zum einen auf Selektionseffekte zurückzuführen (in Hessen antworteten mehr Eltern von chronisch kranken Kindern als in Brandenburg). Zum anderen war die Präsenz der „Schulgesundheitsfachkraft“ und damit eine kontinuierliche tägliche Erreichbarkeit in Brandenburg deutlich geringer. Hier deutet sich bereits an, dass der Präsenz der Pflegenden an den Schulen und damit der Erreichbarkeit der Schulgesundheitspflege an den Schulen besondere Aufmerksamkeit zugewendet werden sollte.

Das Instrument zur elektronischen Leistungsdokumentation wurde gemeinsam von den Projektträgern und dem Team der wissenschaftlichen Begleitforschung entwickelt und nach Rücksprache mit den brandenburgischen „Schulgesundheitsfachkräften“⁹ nach einer ersten Testphase modifiziert. Die Dokumentationsvorlage enthält standardisierte Elemente sowie an mehreren Stellen die Option für Freitexte. Die standardisierten Elemente, z. B. für Kontakianlässe oder Versorgungsbereiche, ermöglichen eine quantitative und vergleichende Analyse. Die Freitexte, z. B. für durchgeführte Maßnahmen, Projektthemen oder außerschulische Kontakte ermöglichen eine vertiefende und kontextbezogene Analyse der dokumentierten Aktivitäten und Netzwerke der „Schulgesundheitsfachkräfte“. Anders als in der Vorbereitungsphase geplant, führten die „Schulgesundheitsfachkräfte“ oftmals noch eine Paralleldokumentation, teils elektronisch, teils auf Karteikarten o. ä. Medien. Insgesamt lassen sich, basierend auf einzelnen Kommentaren der Anwenderinnen (also den „Schulgesundheitsfachkräften“) sowie aufgrund der vorgefundenen Datenqualität bei der Datenauswertung Verbesserungspotentiale ausmachen. So wird bei einer Modifikation der Dokumentationsvorlage vor allem auf eine stärkere Standardisierung der Eingabefelder und Zellenformate zu achten sein. Zudem sollten Standardeingabefelder (z. B. drop-down-Felder/Auswahlfelder in Abhängigkeit von der verwendeten Software) überarbeitet und neu erstellt und ein optimiertes Verfahren zur sicheren, anonymisierten Datenweitergabe für zentrale Datenanalysen entwickelt werden.

Im Beobachtungszeitraum von September 2017 bis Juli 2018 wurden in den hessischen Modellschulen (n=14.854) deutlich mehr Schüler*innenkontakte dokumentiert als in den brandenburgischen Modellschulen (n= 6.449), obwohl letztere einen Monat länger dokumentierten. Die Gesamtanzahl der Schüler*innen war in Hessen (n= 9.232) allerdings auch deutlich höher als in Brandenburg (n= 5.519) und es gab in Brandenburg höhere personelle Ausfälle aufgrund von Krankheit und unbesetzten Stellen und, bedingt durch die höhere Anzahl von Schulen, auch eine geringere Präsenz der „Schulgesundheitsfachkräfte“ je Schule. Auch dies unterstreicht die Notwendigkeit, über anzustrebenden Fallzahlen (Caseload) der Pflegenden und die angestrebten Kontaktzeiten an den Schulen sorgfältig nachzudenken.

Bei den Kontakianlässen und der Versorgung der Schüler*innen dominierten akute Beschwerden, die entsprechend mit Versorgungsleistungen beantwortet wurden. Es folgten aber dicht dahinter interaktions- und kommunikationsintensive Angebote, wie Beratung oder Beantwortung von gesundheitsbezogenen Fragen. Somit steht zwar der „Verrichtungsbezug“ in der Schulgesundheitspflege im Vordergrund, aber auch die Bereitstellung von Fachwissen und Beratungskompetenz wurde im Setting Schule sowohl von den Schülerinnen und Schülern, den Lehrenden als auch den Eltern stark nachgefragt und konnte von den „Schulgesundheitsfachkräften“ in den Einzelkontakten angeboten werden. Die Schulgesundheitspflege steht somit für Erste Hilfe bei akuten Verletzungen im Schulalltag. Sie bietet dadurch aber vielleicht auch einen niederschweligen Zugang für komplexe oder tabuisierte Fragen, die sie vertrauensvoll beantworten bzw. die Betroffenen entsprechend weiterleiten kann (siehe hierzu auch die qualitativen Ergebnisse, Kapitel V). Die hohe Nachfrage nach einer Ansprechpartnerin mit gesundheitsbezogener Expertise könnte auch auf ein allgemeines Informationsdefizit, Unsicherheit in gesundheitsbezogenen Fragen und geringe Gesundheitskompetenz hindeuten (siehe hierzu auch die Ergebnisse zu Health Literacy bei Schüler*innen, Lehrenden und Eltern, Kapitel VII). Hier zu einem ausgewogenen Interventionsprofil zu kommen und die unterschiedlichen Aufgaben der Schulgesundheitspflege angemessen zu gewichten, dürfte unumgänglich sein.

Interessant war auch das vielfältige Themenspektrum bei den Projekten der „Schulgesundheitsfachkräfte“: Zwar finden sich in den vorliegenden Daten keine Hinweise auf ein standardisiertes, regelkreislaufbasiertes Vorgehen im Sinne eines strukturierten populationsbezogenen Assessments, einer daraus abgeleiteten Bedarfsanalyse und einer entsprechend abgesicherten Interventionsplanung, dennoch scheinen die von den Pflegenden aufgegriffenen Themen auf

⁹ Die brandenburgischen „Schulgesundheitsfachkräfte“ nahmen ihre Tätigkeit früher auf als ihre hessischen Kolleginnen. Daher wurden bei der Modifikation der Leistungsdokumentation nur auf ihre Erfahrungen zurückgegriffen.

den ersten Blick epidemiologisch relevante Gesundheitsrisiken im Setting Schule zu adressieren, darunter ungesundes Ernährungsverhalten oder Bewegungsmangel (siehe hierzu auch Zwischenbericht und Kapitel VII). Wie diese Projektarbeiten künftig datengestützt geplant und dann auch systematisch und nachhaltig implementiert und gegenüber den individuenbezogenen Aufgaben zu gewichten sein werden, bleibt zu diskutieren.

Insgesamt deuten die in der vergleichsweise kurzen Projektlaufzeit von 10 bzw. 11 Monaten stattgefundenen außerschulischen Kontakte auf eine rege Netzwerkaktivität der „Schulgesundheitsfachkräfte“ hin. Innerhalb der Schule waren sie darauf angewiesen, von den anderen Berufsgruppen über die Schulstrukturen informiert und in diese eingeführt zu werden.¹⁰ Eine niederschwellige Vermittlung an andere Berufsgruppen (Soziale Arbeit, Sonderpädagogik) erwies sich als möglich. Außerhalb der Schule konnten sie mit anderen Berufsgruppen, die sich der Gesundheit und dem Wohlergehen von Kindern und Jugendlichen widmen, Verbindungen eingehen, um das Thema Gesundheit an Schulen zu verankern. Ob dabei auch eine systematische Vernetzung in die sozialen Gemeinschaften oder die räumliche Umgebung der jeweiligen Schule erfolgt und ob sich daraus stabile und langfristige Arbeitsbeziehungen mit dem Ziel der Förderung der Schulgesundheit ergeben, wird weiter sorgfältig zu beobachten sein. Wichtig wäre in jedem Fall, den „Schulgesundheitsfachkräften“ für diese Vernetzungsaktivitäten genügend Freiräume einzuräumen, um auch nachhaltige Wirkungen entfalten zu können.

¹⁰ Vgl. auch die Perspektive der „Schulgesundheitsfachkräfte“ zu förderlichen und hemmenden Faktoren in der Startphase im Zwischenbericht (Tannen et al. 2018: 133ff).

V Erfahrungen und Bewertungen aus Sicht der Zielgruppen

Die Akzeptanz der Zielgruppen wird häufig als Kriterium zur Bewertung von Projekten zur Gesundheitsförderung herangezogen (Naidoo & Wills 2010), weshalb dieses Prüfkriterium auch in diesem Fall genutzt wurde. Im folgenden Kapitel wird die Akzeptanz der Schulgesundheitspflege aus der Perspektive der Zielgruppen im Beobachtungszeitraum des Modellprojektes beschrieben. Hierzu wurden Interviews mit Kindern und Jugendlichen sowie Gruppendiskussionen mit den Eltern und den Lehrenden durchgeführt. Die Auswertung dieser qualitativen Daten erfolgt im ersten Teil. Im zweiten Teil sind die quantitativen Ergebnisse der Follow-up-Befragung (T1) zu den wahrgenommenen Tätigkeiten der Schulgesundheitspflege, zur Zufriedenheit und zur bisherigen Realisierung der Projektziele dargestellt.

1. Auswertung der Einzelinterviews mit Schüler*innen und der Gruppendiskussionen mit Eltern und Lehrenden

Die Auswertung der Einzelinterviews mit den Schülerinnen und Schülern und den Gruppendiskussionen mit den Eltern und Lehrenden hat vielschichtige Erfahrungen mit der Schulgesundheitspflege zu Tage gefördert. Basierend darauf konnten einige Kernaufgaben und Grundbedingungen für dieses neue Angebot an allgemeinbildenden Schulen herausgearbeitet werden. Sie sind in dem folgenden Schaubild zusammenfassend veranschaulicht (**Abb. 22**). Dabei sind im Innenkreis die von den Befragten definierten Kernaufgaben der Schulgesundheitspflege dargestellt. Auf dem Außenkreis wurden Grundbedingungen eingetragen, die aus Sicht der Befragten erfüllt sein müssen, um die Schulgesundheitspflege wirksam werden zu lassen. Auch wenn sich in den Aussagen der Befragten immer wieder Überschneidungen zwischen den verschiedenen Kernaufgaben und den Grundbedingungen gezeigt haben, sollen sie in den folgenden Ausführungen aus analytischen Gründen differenziert thematisiert und anhand der Aussagen der Befragten in ihrer Bedeutung für die Befragten dargelegt werden.

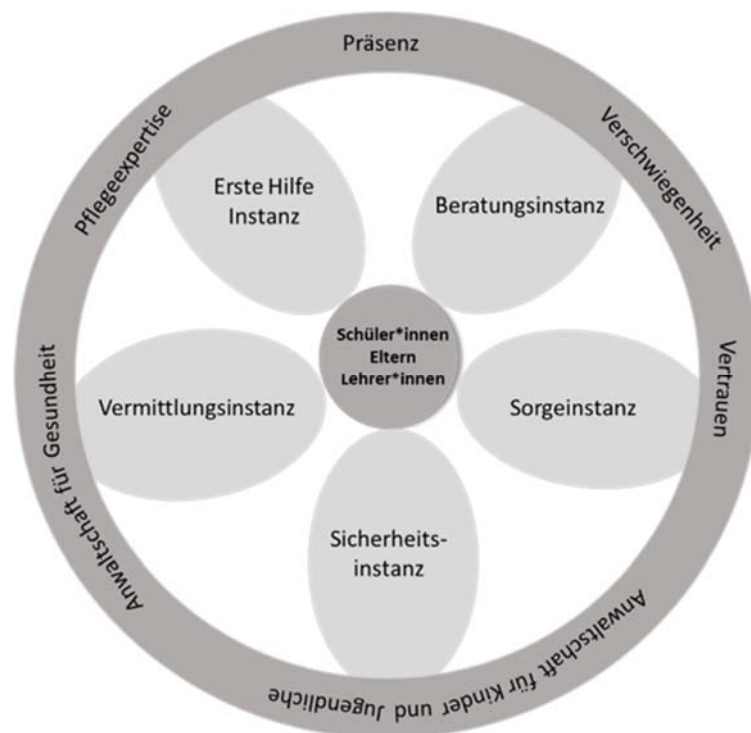


Abb. 22: Die Kernaufgaben und Grundbedingungen der Schulgesundheitspflege aus Sicht der befragten Zielgruppen (Schüler*innen, Eltern, Lehrer*innen)

1.1 Erfahrungen der Schüler*innen

Die interviewten Schüler*innen¹¹ haben durchweg positive Erfahrungen mit der Pflegenden an ihrer Schule gemacht. Eine Zehntklässlerin fasst zusammen: „*Das ist ein gutes Projekt und ein guter Start in die Gesundheit an Schulen*“ (IO: 90). Ein sechzehnjähriger Schüler ist der Meinung, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ dazu beitrage, dass die Kinder und Jugendlichen sich mehr in der Schule wohlfühlen können (IR: 34). Woher diese Steigerung des Wohlbefindens aus Sicht der Schüler*innen kommt, was sich auch für die „*Gesundheit an Schulen*“ geändert hat und wie die Schüler*innen die Präsenz der Pflegenden erleben, wird im Folgenden aus den Interviews herausgearbeitet.

Vorauszuschicken ist dabei, wie schwer sich die befragten Schüler*innen im Alltag mit der für das Projekt gewählten Funktionsbezeichnung „Schulgesundheitsfachkraft“ tun. Sie ist – zusammengefasst – wenig alltagstauglich, sperrig und vermittelt in der Gesamtschau einen technokratischen Eindruck, der nur wenig Bezüge zu der Erfahrungswelt und zum Alltag der Schüler*innen erkennen lässt. In den Interviews finden sie von sich aus viele alternative und ihrem Alltagsprachgebrauch näherliegende Bezeichnungen. Dazu gehören geläufige wie etwa „*Krankenschwester*“ oder nur „*Schwester*“, oftmals in Verbindung mit dem Vornamen (von Grundschülerinnen und Grundschulern in Brandenburg). Dies kann als Ausdruck der Tatsache verstanden werden, dass sich die seit 2004 bestehende offizielle Berufsbezeichnung „Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger*in“ in der Bevölkerung nach wie vor nicht durchgesetzt zu haben scheint. Die naheliegende Bezeichnung „Schulpfleger*in“ wird von den Befragten kaum verwendet. Stattdessen wurden zuweilen andere, etwas untypische Begriffe wie „*Sanitäterin*“ oder „*Schulsanitäterin*“ genutzt, zum Beispiel von einem sechzehnjährigen Schüler und einer dreizehnjährigen Schülerin (IR: 62; IX: 2). Eine Achtklässlerin findet, dass als Berufsbezeichnung ein „*Misch*“ aus „*Vertrauensperson und Sanitäterin*“ genutzt werden sollte (IV: 58). Direkt auf die Schule bezogen werden neben „*Schulsanitäterin*“ auch Begriffe wie „*Schulkrankenschwester*“, „*Schülerkrankenschwester*“, „*Schulschwester*“, „*Schülerarzhelferin*“ (IJ: 12) oder interessant auch „*ärztliche Pädagogin*“ empfohlen (IL: 162). In der Diskussion mit der Interviewerin um die Begrifflichkeit schlägt ein achtzehnjähriger Schüler noch die ebenfalls technokratisch wirkende Bezeichnung „*Medizinisches Schulfachpersonal*“ vor, will dann aber der Einfachheit halber doch lieber bei „*Schulkrankenschwester*“ bleiben (IZ: 88–90). Ähnlich wie er argumentieren auch die anderen Schüler*innen, die gefragt wurden, warum sie nicht „Schulgesundheitsfachkraft“ sagen: Das Wort sei zu kompliziert, zu lang, man könne es sich nicht merken und es sei kaum aussprechbar. Eine Grundschülerin findet den Begriff „*komisch*“, er höre sich an wie „*bei den Putzfrauen, Putzkraft*“ (IL: 17–20). Einige Schüler*innen finden den Begriff „*Schulgesundheitsfachkraft*“ passend (z. B. IV: 43–46), andere sind eher gleichgültig, „*ist halt der Ausdruck dafür*“, meint eine Fünfzehnjährige (IO: 13–18). Ganz positiv ist eine Sechstklässlerin: Das Wort sei „*voll cool*“, findet sie (IT: 33–36), was genau sie daran so begeistert, vermag sie in dem Interview aber nicht zu erläutern. Insgesamt fällt auf, dass in keinem der Interviews der Begriff „Pflege“ mitverwendet wird, eher wird noch etwas Medizinisches bzw. Ärztliches assoziiert. In der direkten Ansprache nutzen die meisten interviewten Schüler*innen dann meist schlicht den Nachnamen und verzichten auf eine nähere Berufs- oder Funktionsbezeichnung. Wenn sie unter sich über die „Schulgesundheitsfachkraft“ sprechen, würden sie einen Spitznamen verwenden, verrät eine Zehntklässlerin (E: 12).

¹¹ Um die Identität der Schüler*innen zu schützen, werden die Zitate nicht mit der Angabe der Schule und des Bundeslandes versehen, sondern nur mit Alter oder Klasse. Sollte eine Aussage einer Schülerin oder eines Schülers spezifisch für einen Schultyp oder ein Bundesland sein, wird dies hervorgehoben. Zitierung von Originalwortlauten der Schüler*innen sind in kursiv gesetzt. „I“ steht für Interview, der nachfolgende Buchstabe ist als Pseudonym der Schülerin bzw. dem Schüler zugeteilt, die Zahl nach dem Doppelpunkt bezeichnet die Zeile in MAXQDA.

Schulgesundheitspflege als „Erste Hilfe Instanz“

Wie in der von manchen Kindern und Jugendlichen genutzten Bezeichnung „Sanitäterin“ deutlich wird, erwarten die Schüler*innen, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ Erste Hilfe leistet, wenn ein Notfall eintritt. Damit scheint bereits eine wichtige Kernaufgabe der Schulgesundheitspflege benannt zu sein, für die es auch einen offensichtlichen Bedarf gibt. Fast alle berichten im Interview von Alltagsunfällen an ihrer Schule: Von aufgeschlagenen Knien (z. B. IK: 20), von Bällen im Bauch oder Gesicht (IL: 70), einer Bleistiftmine im Auge (IJ: 33–40) und Ähnlichem mehr. Die „Schulgesundheitsfachkraft“ wird dann in ihrem Behandlungsraum aufgesucht oder sie eilt zu den Verletzten: Eine Schülerin sieht sie öfters mit einem „Notarztkoffer herumrennen“ (IO: 20). Sie habe auch eine Zahnrettungs-Box angeschafft, erzählt eine Neuntklässlerin, denn durch die fachgerechte Aufbewahrung könne man einen Zahn nach bis zu vier Stunden noch einsetzen (IU: 45-51). Die Pflegende ist also in der ganzen Schule unterwegs, aber auch außerhalb, wenn sie beispielsweise Klassenfahrten begleitet. Ein Achtklässler berichtet, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ bei der Skifreizeit dabei war und ihn ins Krankenhaus gebracht habe. Er war mit dem Daumen umgeknickt und benötigte einen Gipsverband (IT: 126–128).

Als „Erste Hilfe Instanz“ trifft die „Schulgesundheitsfachkraft“ die Entscheidung darüber, ob ein Krankenwagen gerufen werden muss oder ob und wann die Schülerin oder der Schüler wieder zurück in den Unterricht gehen oder bei der Klassenfahrt dabeibleiben kann. Ein Elfjähriger findet, dass das von Vorteil für eine Schule sei, „wenn sie erst mal jemanden haben, der erst mal gucken kann, was so ist. Und wenn es dann sehr schlimm ist, können sie dann erst den Krankenwagen rufen“ (IQ: 97). Den Kindern und Jugendlichen selbst gibt die Pflegende mit ihrer Entscheidung die Gewissheit über die Schwere der Verletzung. Eine Fünftklässlerin meint sogar, dadurch eine „Garantie“ zu haben, „dass man halt nicht schwer verletzt ist (...) und dass da nichts weiter irgendwie passiert“, wenn sie zurück in den Unterricht geschickt werden, denn die „Schulgesundheitsfachkraft“ könne die Folgen abschätzen (IG: 34). In dieser Aussage wird deutlich, dass den Schülerinnen und Schülern die professionelle Ausbildung und Expertise der Pflegenden wichtig ist. Dies wird auch noch einmal durch den Vergleich mit der Situation an den Schulen vor Beginn der Tätigkeit der Pflegenden unterstrichen: Die Schüler*innen mussten mit ihren Verletzungen ins Sekretariat gehen und meist wurden dann die Eltern dafür angerufen, dass sie ihre Kinder von der Schule abholen. Jetzt sei eine Person an der Schule, die „hat mehr Erfahrung, mehr Wissen darüber“, meint eine Sechstklässlerin (IC: 18). Die Pflegende ist durch ihre Qualifikation in der Lage, zu handeln; sie kann kleinere Verletzungen versorgen und abschätzen, ob ärztliche Hilfe hinzugezogen werden muss. Die Kernaufgabe „Erste Hilfe“ geht aus Sicht der Schüler*innen folglich vom Sekretariat und den Lehrenden auf die „Schulgesundheitsfachkraft“ über – wodurch sie deutlich qualifizierter wahrgenommen werden kann.

Grundsätzlich scheint das Thema Erste Hilfe in der Schülerschaft auf Interesse zu stoßen. Einige der Befragten haben an einem Erste Hilfe Projekt der Pflegenden teilgenommen oder machen fakultativ in einer Erste Hilfe AG mit. Die Begründungen der Schüler*innen sind immer ähnlich: Sie wollen vorbereitet sein und helfen können, wenn etwas passiert. Einige der befragten Schüler*innen aus Hessen engagieren sich auch in einem Schulsanitätsdienst unter der Leitung der Pflegenden. Sie unterstützen sie vor allem in den Pausen und auch in ihrer Abwesenheit, z. B. durch das Ausgeben von Kühlpacks (IS: 48-59). In ihrer Befugnis als „Erste Hilfe Instanz“ koordiniert die „Schulgesundheitsfachkraft“ folglich auch alle anderen Beteiligten, um so ein Notfall-Netz für die Schule aufzubauen.

In allen Aussagen der Schüler*innen zum Themenkomplex „Notfallversorgung“ schwingt mit, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ „da sein“ solle, „falls mir was passiert“ (z. B. II: 10). Es liegt auf der Hand, dass die Wahrnehmung dieser Kernaufgabe an die kontinuierliche Präsenz der Pflegenden an der Schule gebunden ist. Der Wunsch nach dem „Da sein“ wird von den Kindern und Jugendlichen aber auch über die Erste Hilfe Situation hinaus formuliert. Sie bleiben in ihrer Aussage allgemein und unbestimmt, wie der vierzehnjährige Schüler in folgendem Zitat:

„Wenn irgendetwas ist“, dann könne man zur „Schulgesundheitsfachkraft“ gehen und sie sprechen. Hauptsache scheint zu sein, dass die Schüler*innen sich darauf verlassen können, dass jemand jederzeit für sie da ist, oder wie es in folgendem Zitat zusammengefasst wird:

„Ihre Anwesenheit einfach. Dass wir wissen, dass sie da ist, dass wir mit ihr sprechen können, dass wir zu ihr gehen können, wenn irgendetwas ist. Dass sie halt einfach präsent ist.“ (IW: 228)

Schulgesundheitspflege als „Beratungsinstanz“

Die Schüler*innen suchen die Pflgende nicht nur zur Notfallversorgung auf, vielmehr finden sie in ihr auch bei anderen körperlichen oder psychischen Anliegen eine geeignete Ansprechperson. Die „Schulgesundheitsfachkraft“ ist für sie also eine umfassende „Beratungsinstanz“, die Informationen bereithält, bei individuellen Problemen weiterhilft und gesundheitsverhaltensbezogene Entscheidungen unterstützt.

Was konkret den Schülerinnen und Schülern während der Schulzeit alles „passieren“ kann, lässt sich aus den benannten Gründen für den Kontakt mit der „Schulgesundheitsfachkraft“ entnehmen. Die Spannweite ist recht groß: Neben Verletzungen nach Unfällen wurden in den Interviews sehr häufig Kopf- und Bauchschmerzen genannt, aber auch Erbrechen bzw. Übelkeit, so genannte „Mädchenprobleme“ (z. B. Menstruationsbeschwerden u. a.), unspezifische Schmerzen und unspezifisches Unwohlsein, Nasenbluten, Fieber oder Kreislaufbeschwerden. Die Schüler*innen berichten, dass sie jede Menge Tipps und Ratschläge erhalten haben. Eine Grundschülerin fasst beispielsweise zusammen, dass sie Informationen bekam zu: *„was man dagegen tun kann, dass man nicht krank wird, (...) dass man dann wieder schneller gesund wird“* (II:52). Eine fünfzehnjährige Schülerin berichtet von nützlichen Hinweisen zu *„so allgemeinen Kleinigkeiten“*, wie das Verhindern von Kopfschmerzen oder Kreislaufbeschwerden (IH: 128). Einige Schüler*innen bekamen eine Ernährungsberatung z. B. bei Laktoseintoleranz (IT: 66) oder auch allgemeine Tipps zum Umgang mit dem eigenen Körper. Auch Kinder und Jugendliche mit einer chronischen Erkrankung lassen sich von der Pflgenden beraten. So erzählt eine zehnjährige Schülerin mit einer Schilddrüsenunterfunktion, dass ihr von der Pflgenden gesagt wurde, wie sie es besser kontrollieren könne, dass ihr nicht schlecht wird (IR: 150–154).

Daneben werden aber auch komplexere und sensiblere Anliegen vorgetragen wie „Ritzen“, die Einnahme von Drogen, Übergewicht, Stress, Mobbing, Pubertät oder der Umgang mit diversen sexuellen Orientierungen. Hier erwarten die Schüler*innen, in der Pflgenden eine Vertrauensperson zu finden, die unter Schweigepflicht steht. Dabei wird in den Aussagen der Kinder und Jugendlichen deutlich, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ ihr Vertrauen erst gewinnen musste. Dies geschah dadurch, dass die Schüler*innen schon öfters die Erfahrung gemacht haben, dass sie für ihre Anliegen eine Lösung fand. Ein elfjähriger Schüler sagt dazu: *„Also sie hat mein Vertrauen gewonnen und wahrscheinlich auch von vielen anderen Kindern, da sie auch sehr oft geholfen hat“* (IQ: 107). Die Vertrauensbildung bedarf also der Präsenz, der Handlungsbereitschaft und damit wohl auch einer gehörigen Portion Zeit.

Vertrauen und die damit verbundene Verschwiegenheit sind gerade für Schüler*innen der Grundstufe und Sekundarstufe I Grundbedingungen für den Erfolg der Schulgesundheitspflege. Dies zeigen auch die Antworten der befragten Kinder und Jugendlichen auf die Frage nach den wichtigsten Gesundheitsthemen an der Schule: Sehr häufig wurden die Themen Pubertät und Sexualität genannt. Das sei etwas intim Körperliches, meint eine fünfzehnjährige Schülerin und die „Schulgesundheitsfachkraft“ wisse, was man gegen Unterleibsschmerzen unternehmen könne. Zudem sei sie eine Frau, betont sie, um damit zugleich zu verdeutlichen, dass sie mit diesen Beschwerden nicht zu einem männlichen Lehrer gehen wolle (IO: 26). Eine jüngere Schülerin möchte weniger Tipps zum Umgang mit konkreten Beschwerden als vielmehr eine grundsätzliche und umfassende Beratung: Sie hat Fragen zum Thema Menstruation und körperlichen Veränderungen in der Pubertät. So will sie zum Beispiel wissen, wie sie sich auf die Periode vorbereiten kann, welche Hygieneartikel sie benutzen kann, was sie anziehen kann, damit es

nicht so auffällt usw. Wichtig ist auch ihr, dass die Pflgende Stillschweigen über das Gespräch wahr (IL: 132–134). Solche Tipps zu bekommen und beraten zu werden, sei besonders für jüngere Schüler*innen wichtig, mutmaßt eine Dreizehnjährige: „In der Grundschule sind sie jünger und kleiner und können nicht so viel“ (IV: 72). Bei älteren Schüler*innen scheint der Anspruch zu bestehen, über bestimmte Körpervorgänge selbst mehr zu wissen. So denkt ein fast Zwölfjähriger, dass er in seinem Alter selbst Antworten auf bestimmte Fragen finden müsse. Er will sich mit bestimmten Themen nicht (mehr) an seine Eltern wenden, zieht aber sehr wohl die Pflgende ins Vertrauen (IQ: 103). Sie konnte ihm zuvor bereits in einem Fall von Mobbing helfen. Auch eine sechszehnjährige Schülerin befindet sich in der Ablösungsphase vom Elternhaus. Sie gibt an, dass sie ihren Eltern nicht mehr so viel anvertraue wie früher, da sie nicht mehr über alles Bescheid zu wissen bräuchten. Der „Schulgesundheitsfachkraft“ dagegen könne man alles erzählen (IE: 24). Auch bei besonders schlimmen Erkrankungen wie zum Beispiel Krebs könne die Pflgende eine Anlaufstelle sein, spekuliert sie vorher im Interview. Bei ihr könne man sichergehen, dass es dann hinterher nicht jeder weiß, wenn man das nicht möchte (IE: 18). Die Kernaufgabe der Schulgesundheitspflege besteht also zusammengefasst darin, eine neutrale und vertrauenswürdige „Beratungsinstanz“ zu sein, bei der altersgerechte (intime) Themen angesprochen werden können. Wichtig ist zudem, dass sie aus Schülersicht in der Phase der Pubertät auch eine zunehmend wichtige Alternative zu dem Gespräch mit den eigenen Eltern (oder anderen Erwachsenen) über intime oder als peinlich empfundene Themen sein kann.

Bei sozialen Problemlagen wenden sich die Schüler*innen dagegen häufiger an die Vertrauenslehrer*innen oder Sozialarbeitenden ihrer Schule. Die Schulgesundheitspflege scheint hier eher ergänzend tätig zu werden. Eine Siebtklässlerin geht beispielsweise lieber zur Pflgenden, da sie die Vertrauenslehrer*innen nicht so gut kenne, die „Schulgesundheitsfachkraft“ zudem auch immer da sei und nicht in den Unterricht muss (IX: 57f). Einige Schüler*innen sprechen an, dass Lehrende Teil des (sozialen) Problems sein könnten oder es ihnen unangenehm sei, ihre Anliegen vor den Lehrenden auszubreiten. Eine dreizehnjährige Schülerin erklärt dazu, dass sie Lehrenden nicht so offen gegenüber treten könne wie jemandem, der oder die nicht unmittelbar ins Schulgeschehen involviert ist. Zudem würden Lehrende sich gleich einmischen und mit der streitbaren Person sprechen wollen.

„Also wenn man zum Beispiel jetzt hier als Schülerin sitzt und dann einen Lehrer, den man im Unterricht hat, sieht und dann halt eigentlich über Sachen reden will, mit denen man halt Probleme hat, (...), dann denke ich, dass man nicht so offen reden kann wie halt mit einer anderen Person, die nichts mit dieser Schule zu tun hat (...). Denn die Lehrer würden sich direkt, glaube ich, einmischen und würden halt sagen: Ja, wir reden mit der Person jetzt und wir wollen das jetzt klären. Aber ich glaube, es ist viel, viel besser, dass Frau [Nachname „Schulgesundheitsfachkraft“] keine Lehrerin hier ist, weil man einfach einen anderen Draht zu ihr hat als mit Lehrern selbst.“ (IU: 64)

Vor die Entscheidung gestellt, sich mit sozialen Problemen lieber an die Lehrer*innen oder die Pflgende zu wenden, würde diese Befragte die Letztgenannten wählen. Ähnliches denkt sie auch über ihre Mitschüler*innen, wobei durchaus auch pragmatische Gründe ausschlaggebend sein können. Ein Sechzehnjähriger meint beispielsweise, die Pflgerin habe im Gegensatz zur Sozialarbeiterin ein eigenes Büro, in das man nicht hineinschauen könne. Zudem - womöglich wichtiger - könnten die Mitschüler*innen dann denken, man suche sie wegen Schmerzen o. ä. auf (IU: 14). Das Anliegen wäre damit nicht gleich als „emotional-soziales“ identifizierbar und damit wohl nicht so heikel wie ein somatisches Problem – zumindest aus Sicht der Schüler*innen. Hier deutet sich an, dass emotional-soziale Probleme unter den Kindern und Jugendlichen tabuisiert sein könnten. Sie schieben möglicherweise körperliche Befindlichkeitsstörungen vor, um nicht den Vorurteilen der anderen Schüler*innen zu unterliegen. Eine gegenteilige Auffassung vertritt eine fünfzehnjährige Schülerin. Sie würde über „Sachen, die einen bedrücken“ nicht mit der Pflgenden reden, sondern eher mit dem Sozialarbeiter. Die Pflgende hält sie in diesem Fall schlicht für nicht zuständig (IA: 22). Viele der interviewten Schüler*innen machen

allerdings keinen Unterschied: Sie halten sowohl die Schulsozialarbeitenden wie auch die „Schulgesundheitsfachkraft“ für gleichermaßen vertrauenswürdig und gehen davon aus, dass sie in Verbindung stehen und gut zusammenarbeiten (z. B. IM: 82–86; 201). Früher sei der Sozialarbeiter immer alleine gewesen, meint eine Zehntklässlerin, wobei sie argumentiert: Jetzt könne die „Schulgesundheitsfachkraft“ zusätzlich durch ihren medizinischen Einblick ungesundes Verhalten aufzeigen (IM: 205). Eine elfjährige Schülerin berichtet, dass in ihrer sechsten Klasse gemobbt werde und dass die Mitschüler*innen befänden, das könne so nicht mehr weitergehen. Sie seien dann zur Schulsozialarbeiterin gegangen und hätten sich Tipps geholt. Sie suchten aber auch die „Schulgesundheitsfachkraft“ auf und fragten diese, was sie tun sollten, wenn jemand geschlagen wird. Hier bekamen sie gewissermaßen eine Zweitmeinung zu hören, die ihnen bei der Problemfindung helfen konnte (IL: 141f). Die Schüler*innen scheinen also durchaus in der Lage zu sein, das Beratungsangebot der Schulsozialarbeit ebenso zu nutzen wie das der Schulgesundheitspflege. Eine fünfzehnjährige Schülerin ist sogar froh, dass *„hier noch jemand ist, der so über die Schüler guckt als nur einer“* (IA: 66). Die Pflgende wird also nicht nur für körperliche Anliegen der Schüler*innen als „Beratungsinstanz“ aufgesucht, sondern auch für emotional-soziale. Dabei bewegt sie sich allerdings nicht allein auf einer individuellen Ebene, vielmehr nimmt sie diese Kernaufgaben auch in Form von Projekten wahr. Neben Erste Hilfe AGs, berichten die Schüler*innen von Aktionen zu gesunder Ernährung, Hygiene (Hände waschen), Bewegung, Entspannung und vielen anderen mehr. Die Pflgende greift dabei Themen auf, die für die gesamte Schülerschaft von Bedeutung sind und bereitet sie altersgemäß auf, um Orientierung zu vermitteln oder eventuelle Probleme zu lösen.

Schulgesundheitspflege als „Sorgeinstanz“

Die „Schulgesundheitsfachkraft“ wird als Ansprech- und Vertrauensperson aufgesucht, die sich neben den körperlichen und emotional-sozialen auch um zahlreiche unspezifische und zuweilen auch nur schwer zu benennende Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen kümmert. Die Schulgesundheitspflege fungiert in diesem Zusammenhang als eine Art „Sorgeinstanz“ und als Rückzugsort. Mehrere Kinder und Jugendliche bekunden im Interview, dass sie die Schulgesundheitspflege in Anspruch nehmen, um kurz dem Unterricht fernbleiben zu können. So findet es eine Neuntklässlerin gut, *„dass man sich da zurückziehen (...) und mal vom Unterricht weg“* (IA: 12) sein kann. Die „Schulgesundheitsfachkraft“ bzw. ihr Behandlungszimmer wird dabei als ein Ort angesehen, der frei ist von schulischen Leistungsanforderungen. Dort können sich die Schüler*innen eine Auszeit gönnen. Einer Zehntklässlerin ist bezeichnenderweise bei der Ankündigung des Projekts Schulgesundheitspflege an ihrer Schule der folgende Satz hängen geblieben: *„(...) und die wird dann jetzt halt da sein, wenn es euch mal schlecht geht, dann könnt ihr zu ihr gehen und euch mal ausruhen“* (IO: 10). Aus den Befragungen der Schüler*innen geht hervor, dass es bei den Kindern und Jugendlichen einen Bedarf gibt, sich zumindest mal kurzfristig aus dem Schulalltag ausklinken, sich ausruhen und kurz erholen zu können.

Eine dreizehnjährige Schülerin findet es wichtig, dass eine erwachsene Person anwesend ist, die *„auf einen bisschen ein Auge hat“* (IU: 24). Es geht also auch darum, mit der eigenen Befindlichkeit nicht allein zu sein und umsorgt zu werden. Im Idealfall gewährt die „Schulgesundheitsfachkraft“ zugleich die Erlaubnis zum Ausruhen: So berichtet eine Sechzehnjährige, dass sie froh war, als ihr die Pflgende sagte, sie solle sich mit ihrer starken Erkältung im Behandlungsraum zum Ausruhen kurz hinlegen (IE: 14). Es tat ihr gut, aber von sich aus hätte sie sich keine Auszeit gegönnt. Schüler*innen benötigen demnach eine außenstehende Person, die ihnen die Möglichkeit einräumt, vom Unterrichtsgeschehen kurz abzuschalten und sich zu erholen. Dabei ist den Schülerinnen und Schülern der schmale Grat durchaus bewusst, der zwischen gewinnbringender Auszeit und vorsätzlichem Fernbleiben vom Unterricht besteht. Ein Neuntklässler unterstellt beispielsweise seinen Mitschüler*innen, dass einige von ihnen ihre Bauchschmerzen nur vortäuschen würden, eigentlich aber keine Lust auf Unterricht hätten. Tatsächlich aber müsse der Unterricht dann ja doch nur nachgeholt werden, um den Schulabschluss bestehen

zu können – es sei also keine sehr lohnenswerte Strategie. Bemerkenswert ist dabei das folgende Zitat, in dem der Pflegenden die Fähigkeit zugesprochen wird, erkennen zu können, ob die Jugendlichen sich durch das Fernbleiben vom Unterricht womöglich selbst schaden:

„Die dann halt wirklich mit diesen (...) Fake-Bauchschmerzen da hingehen, die denken ja einfach nur: „Boah, jetzt kann ich keine Schule mehr machen“. Aber die müssen ja dann alles nachholen. Und da trägt sie (...) dazu bei, dass wenn wir da wirklich hingehen und irgendwas vorflunkern, weil wir im Moment gerade keinen Unterricht machen wollen, beschützt sie uns davor, das alles nachzumachen.“ (IW: 92)

Als „Sorgeinstanz“ kann die „Schulgesundheitsfachkraft“ die Aufmerksamkeit der Schüler*innen also auch auf die möglichen Konsequenzen ihres Verhaltens lenken und die Kinder und Jugendlichen fühlen sich in ihren Entscheidungen unterstützt. Einige Schüler*innen sind der Meinung, dass sich seit der Anwesenheit der Pflegenden an der Schule die krankheitsbedingten Fehlzeiten schon spürbar reduziert hätten: Eine fünfzehnjährige Schülerin berichtet zum Beispiel, dass eine Stunde Aufenthalt bei der „Schulgesundheitsfachkraft“ schon helfen könne, um nicht den ganzen Tag Unterricht zu versäumen (IH: 98). Auch müsse man nicht mehr wegen „unnötiger Sachen“ nach Hause gehen (z. B. Fieber messen). Das könne in der Schule kontrolliert und kleinere Beschwerden ggf. behandelt werden (IH: 108). Eine Zehntklässlerin ist der Überzeugung, dass Schüler*innen sich nicht mehr trauen würden, darauf zu bestehen, nach Hause zu gehen, wenn die Pflegende sage, man könne zurück in den Unterricht (IM: 216).

Vor der Einrichtung der Schulgesundheitspflege haben sich die Schüler*innen im Sekretariat krankgemeldet. Eine Sechstklässlerin erzählt zum Beispiel: „(...) früher war das irgendwie ein bisschen doof, weil da musste man immer zum Sekretariat und dann wurde man oft nach Hause geschickt“ (IS: 86). Viele Schüler*innen wissen, dass die Sekretariatsmitarbeitenden nicht befugt sind, Akutversorgung zu leisten (z. B. IU: 57). Oft blieb den Kindern und Jugendlichen auch bei kleineren Verletzungen oder Beschwerden nur die Möglichkeit, sich von ihren Eltern abholen zu lassen. Ein elfjähriger Schüler, der unter chronischen Kopfschmerzen leidet, hat mit Einwilligung seiner Mutter Tabletten bei der „Schulgesundheitsfachkraft“ deponiert. Er könne dann seine Mutter anrufen und die Medikamente in der Schule einnehmen und müsse nicht gleich nach Hause, erzählt er (IP: 16). Eine dreizehnjährige Schülerin berichtet, dass sie öfters starke Schmerzen in der Hand habe. Seit die Pflegende an ihrer Schule arbeitet, könne sie sich dort einen Kühl-Akku abholen, der den Schmerz lindere, bis sie nach Hause gehe. „Das Sekretariat hätte das halt nicht gemacht“, stellt sie fest; sie hätte sich von ihren Eltern abholen lassen müssen (IV: 44). Insgesamt habe das auch zur Folge, dass der Andrang vor dem Sekretariat zurückgegangen sei, meint eine zwölfjährige Schülerin (IK: 120). Die Sekretariatsmitarbeiter*innen könnten sich wieder ihren Verwaltungsaufgaben widmen, da sie sich nicht mehr um kranke Schüler*innen kümmern müssen, schlussfolgert ein Neuntklässler (IU: 56–65). Auch wenn es um das Umsorgen der Schüler*innen geht, trägt die Schulgesundheitspflege also zur Entlastung der Sekretariate von fachfremden Aufgaben bei, wie zuvor bereits beim Thema Erste Hilfe.

Es scheint aber auch eine weitere Perspektive auf das Thema zu geben: Eine Siebtklässlerin antwortet auf die Frage der Interviewerin, was sie überrascht habe, seit die Pflegende an der Schule mitarbeitet: „Ja, also dass jetzt viele sich mehr trauen, abgeholt zu werden“. Früher sei es schwierig gewesen, erst ins Sekretariat zu gehen und dann die Eltern anrufen zu lassen, meint sie (IX: 38). Mit der Schulgesundheitspflege sei es einfacher geworden, das eigene Krank- oder Unwohlsein einer erwachsenen Person anzuvertrauen. Die Pflegende könnte entscheiden, ob die Kinder und Jugendlichen so krank sind, dass sie nach Hause geschickt werden müssten oder ob sie lediglich eine Auszeit brauchen und danach wieder in den Unterricht zurückkehren könnten. „Das wusste man ja vorher nicht“, urteilt eine zehnjährige Grundschulkin (IN: 60) und ist damit der Meinung, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ hilfreich für die Einschätzung der Schwere der Erkrankung sei.

„Ich glaube schon, dass es hilft, weil davor, da gab es ja noch keine und da konnte man ja nicht hingehen und fragen, was man jetzt hat oder ob man jetzt so krank ist, damit man abgeholt werden muss oder so. Das wusste man ja vorher nicht.“ (IN: 60).

Bei der Entscheidung, ob man jetzt so krank ist, um von der Schule abgeholt werden zu müssen, vertrauen die Schüler*innen auf die Kompetenz der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger*innen. Sie hätten *„die richtige Ausbildung“* (IC: 16) und das *„Fachwissen“* (IU: 35). Es sei *„halt ein gutes Gefühl, bei der Krankenschwester zu sein“*, findet ein vierzehnjähriger Schüler (IS: 94).

Dieses *„gute Gefühl“* drückt sich in verschiedenen Facetten der von den Pflegenden geleisteten Sorgearbeit aus. Wichtig ist den Schüler*innen, dass sie immer unterstützt werden, *„eigentlich egal, wo man ist“* und die Pflegende *„immer ein offenes Ohr hat“* (IU: 10). Zudem ist der Zeitfaktor ausschlaggebend: Die Kinder und Jugendlichen sind dankbar, *„dass sie sich die Zeit dafür nimmt, uns zu helfen“*, wie es eine Dreizehnjährige ausdrückt (IX: 90). Diese erfahrene Hilfsbereitschaft wird von ihnen mit weiteren Eigenschaften belegt: Die *„Schulgesundheitsfachkraft“* sei *„nett“* und *„fürsorglich“* (IR: 30). Wie diese Fürsorglichkeit aussehen kann, beschreibt eine fünfzehnjährige Schülerin in folgendem Zitat:

„Und dann bin ich zu ihr gegangen, habe mit ihr gesprochen und dann hat sie mir erst mal einen Stuhl angeboten, was zu trinken, hat mir was zum Kühlen angeboten für den Nacken und dann halt Decken, also sehr, sehr, sehr, sehr fürsorglich. Fand ich jetzt aber nicht schlecht, weil ich finde, dass man jetzt zum Beispiel nicht grob mit Schülern umgehen sollte, was sie ja auch überhaupt nicht macht, also ich bin mit ihrem Dienst sehr zufrieden.“ (IO: 40)

Die Zehntklässlerin ist zufrieden, weil ihr Linderung verschafft wurde. Die Pflegende hat sie mit Getränken versorgt und auf einer Liege gebettet. Das all dies mit großer Sensibilität geschehen ist, war offensichtlich besonders beeindruckend. Auch eine dreizehnjährige Schülerin erzählt, dass sie Tee angeboten bekam und sich auf die Liege legen durfte. Die Pflegende sorgte sich um sie und versuchte, den Kontext des Missbefindens zu ergründen oder Zusammenhänge zu verstehen (IX: 29–36). Ein Neuntklässler spitzt diese Sichtweisen noch weiter zu und stellt fest: *„Die ist da schon fast wie eine Seelsorge geworden hier an der Schule“*, meint er (IU: 12). Es geht also bei der Schulgesundheitspflege nicht einzig um die kompetente Befassung mit den körperlichen Belangen, sondern gleichermaßen um die Sorge um den ganzen Menschen – so die Sichtweise der befragten Schüler*innen.

Einige der Schüler*innen vergleichen das diagnostische Nachfragen der *„Schulgesundheitsfachkraft“* mit ihren Erfahrungen beim Arztbesuch. Allerdings fühlen sie sich bei der *„Schulgesundheitsfachkraft“* besser betreut, da sie mehr Zeit habe und eben diese angenehme Atmosphäre herstelle. Es sei viel *„kontaktfreudiger“* und *„familiärer“* gewesen als beim Arzt, findet ein Vierzehnjähriger (IW: 118). Eine Grundschülerin hatte vor dem Interview eine Befragung ihrer Mitschüler*innen durchgeführt, um auch deren Meinung zur *„Schulgesundheitsfachkraft“* wiedergeben zu können. Sie liest von ihrer Mitschrift im Interview vor: *„Sie fühlen sich besser bei ihr aufgehoben als bei einem richtigen Arzt, weil sie dann mehr Vertrauen und so zu ihr haben“* (IG: 118). Neben der individuellen Zuwendung ist es die Niederschwelligkeit, die die jungen Menschen besonders wertschätzen. So betonen sie auch, dass sie mit kleineren Beschwerden nicht zur Ärztin oder zum Arzt gehen würden. Eine fünfzehnjährige Schülerin ist sich dagegen sicher, dass die *„Schulgesundheitsfachkraft“* auch beim kleinsten Bauchweh versuchen würde, der Sache auf den Grund zu gehen und alle ihr zur Verfügung stehenden Möglichkeiten ausschöpfen würde, um ihre Beschwerden zu lindern (IM: 150). Als eine Art Vorklärung sieht auch ein Sechzehnjähriger den Besuch bei der *„Schulgesundheitsfachkraft“* an: Man könne erst einmal mit ihr reden und sie könne die Stärke der Beschwerden einschätzen, bevor man den Arzt aufsucht (IU: 111). Ein gleichaltriger Schüler überlegt sogar, ob man sich vielleicht dann eine lange Wartezeit beim Arzt sparen könne (IR: 22). Miteinander reden zu können und angeleitet zu werden, diagnostische Fragen bezüglich des Gesundheitszustandes zu stellen, ist den Schülerinnen und

Schülern folglich sehr wichtig. Offensichtlich sehen sie bei der Schulgesundheitspflege ein Bedürfnis nach Zuwendung und Aufmerksamkeit befriedigt, für das es sonst im Gesundheitswesen weder Zeit noch Raum gibt.

Die Schulgesundheitspflege als „Sicherheitsinstanz“

Immer wieder äußern Schüler*innen in den Interviews, dass sie sich – seit es die Schulgesundheitspflege gibt – sicherer in der Schule fühlen würden. Ein sechzehnjähriger Schüler erläutert dazu, er müsse sich beispielsweise keine Sorgen mehr machen, was seine Kopf- oder Bauchschmerzen bedeuten (IR: 15-18). Konkret führt er dazu aus:

„Also ich fühle mich sicher auf dieser Schule. Also ich muss mir keine Sorgen machen, falls ich mich verletze, dass zum Beispiel ein Klassenlehrer mich irgendwie, wie soll ich das erklären, (...) wenn ich jetzt zum Beispiel Kopfschmerzen habe oder Bauchschmerzen habe, dann sagt er immer: "Geh nach Hause, geh nach Hause", aber dadurch geht es mir ja nicht besser. Und wenn ich hierherkomme, dann geht es mir automatisch viel besser.“
(IR: 16)

Hätte ihn der Klassenlehrer früher einfach nach Hause geschickt, wäre er mit seinen Sorgen alleine geblieben. Heute könne er zur Pflegerin gehen und dann fühle er sich gleich besser, da sie ihm bei der Deutung des Krankheitsgeschehens Hilfestellung anbieten und ihm dadurch Sicherheit vermitteln würde. Ähnlich beschreibt eine Schülerin, die häufiger über Schmerzen in der Hand klagt, ihr Gefühl von Sicherheit: Früher wäre die Situation in der Schule immer schwierig gewesen, da keiner so recht wusste, was zu tun sei. Heute würde es sich „entspannter“ anfühlen, da die Lehrenden sie zur „Schulgesundheitsfachkraft“ schicken könnten, die dann die Situation abklären würde und gegebenenfalls vor Ort bereits „kleinere Probleme löse“ (IV: 48 – 52). Für eine Siebtklässlerin liegt das Gefühl der Sicherheit darin, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ alles dafür tue, dass die Verletzung oder Erkrankung nicht schlimmer wird. Wichtig ist ihr, dass sie „einen besseren Überblick“ bekommt, wie schwer der Vorfall ist und wann sie zum Arzt muss und wann nicht. Diesen Überblick bekäme sie durch die gezielten Nachfragen der Pflegenden zu den Ursachen der Erkrankung und ihren anschließenden Erklärungen (IX: 31–36). In der Summe fühlen sich die Schüler*innen also sicherer, weil sie an der Schule nicht mit ihren Sorgen um ihre Gesundheit alleine gelassen sind. Vielmehr haben sie mit der Pflegenden eine kompetente Ansprechpartnerin: Diese könne die Ernsthaftigkeit der gesundheitlichen Beeinträchtigungen qualifiziert und objektiv einschätzen und ist zudem in der Lage, kleinere Beeinträchtigungen zu behandeln oder zu beheben. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass die Pflegenden in der Schule auch zeitlich umfassend präsent ist, dass sie über eine ausreichende diagnostische und therapeutische Expertise verfügt, um die Gesundheitsbeeinträchtigungen beurteilen und gegebenenfalls zur Behandlung an andere Professionen oder Einrichtungen weiterleiten zu können (Triagierung) und dass sie sich aktiv und „anwaltschaftlich“ für die gesundheitlichen Belange der Kinder und Jugendlichen einsetzt. Nicht zuletzt dadurch stärkt sie das in sie gesetzte Vertrauen als „Sorgeinstanz“, wodurch die enge Verschränkung dieser unterschiedlichen Kernaufgaben der Schulgesundheitspflege noch einmal deutlich wird.

Die Schulgesundheitspflege als „Vermittlungsinstanz“

Darüber hinaus vermittelt die Schulgesundheitspflege auch Informationen und Kontakte sowohl innerhalb der Schule wie auch darüber hinaus: in das Schulumfeld, das familiäre Umfeld und das Gesundheitswesen hinein. Sie wirkt insofern als eine „Vermittlungsinstanz“, die nicht nur selbst informiert und berät, sondern gegebenenfalls auch überweist und in komplexen Situationen koordinierend tätig wird.

Die Relevanz dessen zeigt sich beispielsweise auch beim Umgang mit Stimmungsschwankungen oder auch psychischen Belastungssituationen im Schulalltag. Ein achtzehnjähriger Schüler bezieht sich im Interview auf das Thema Prüfungsangst und Stress: Wenn man „geistig eben ein bisschen erkrankt ist, wie zum Beispiel, dass man pessimistisch zurzeit ist“ (IZ: 26). Man brauche keinen Psychologen beschäftigen, wenn diese Gefühle rechtzeitig besprochen werden könnten,

meint er weiter (IZ: 92). Die „Schulgesundheitsfachkraft“ könne dann sicher qualifiziert entscheiden, welche Schüler*innen sie selbst betreuen kann und wann ein Fall an weitere Expertinnen oder Experten weiterverwiesen werden muss. Diese Erfahrung haben auch schon einige Schüler*innen gemacht: Sie wurden an Beratungszentren vermittelt, wenn die „Schulgesundheitsfachkraft“ selbst nicht mehr helfen konnte (IU: 12). Aber auch bei somatischen Beschwerden könne die Schulgesundheitspflege klärend arbeiten und gegebenenfalls an Haus- oder Fachärzte vermitteln. Eine zehnjährige Schülerin sagt dazu: *„(...) weil sie kann ja dann auch immer abschätzen ungefähr wie doll es ist. Und wenn es ganz doll ist, dann müsste ich ja auch dann zum Arzt oder so.“* (IG: 34).

Ähnlich große Bedeutung hat auch die Vermittlung zwischen den Kindern und Jugendlichen und ihren Eltern, die von der Schulgesundheitspflege erwartet wird. Nicht nur, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ im Fall akuter Gesundheitsbeeinträchtigungen direkt mit den Eltern Kontakt aufnehmen und ihnen gegebenenfalls Sorgen über das Befinden ihrer Kinder nehmen kann. Auch wenn es um Fragen der allgemeinen Gesundheitsinformation und selbst heikle Themen geht, ist sie gefordert. Beispielsweise überlegt eine Sechszehnjährige am fiktiven Beispiel einer ungewollten Schwangerschaft, dass die Pflegende in dem Fall sicher darüber aufklären könne, was zu tun sei. Vielleicht würde sie auch Tipps dazu geben, wie man es den Eltern mitteilen kann (IE: 24–26). Eine Schülerin der neunten Klasse hat die Theorie, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ die Seite der Schüler*innen verstehen könne, aber auch, da sie etwas älter sei, die der Eltern. So könne sie für beide Seiten Ratschläge erteilen, was man besser machen könne (IH: 116). Ein sechzehnjähriger Schüler ist beispielsweise der Meinung, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ Kinder und Jugendliche unterstützen könne, deren Angehörige gepflegt werden müssen oder im Sterben liegen (IU: 119). Inwieweit derart weitreichende Erwartungen der Schüler*innen tatsächlich erfüllt werden können, muss angesichts der vorliegenden Erfahrungen aus dem Modellprojekt offenbleiben.

Die Schüler*innen beobachten aber bereits, dass sich die Schulgesundheitspflege nicht allein auf sie selbst, sondern auch auf ihre Umgebung auswirkt. So berichtet beispielsweise eine Zwölfjährige, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ dafür gesorgt habe, dass wieder Seifenspender und Papierhandtücher in den Toiletten vorhanden sind (IS: 120). Eine Schülerin der siebten Klasse beklagt sich über eine kaputte Tafel in ihrem Klassenraum und über defekte Tische, die eine Verletzungsgefahr darstellen würden. Da sich die Lehrer*innen nicht darum kümmern könnten, wünscht sie sich, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ das übernimmt (IU: 47–50). Für solche Maßnahmen ist die „Schulgesundheitsfachkraft“ auf Kontakte zu anderen Personen innerhalb und außerhalb der Schule angewiesen. Teil der „Vermittlungsinstanz“ ist also auch, ein Netzwerk zu pflegen, um gemeinsam ein gesundheitsförderliches Schulumfeld und -klima zu gestalten. So findet beispielsweise eine Zehntklässlerin, dass sich das Klima in der Schule zum Positiven geändert habe und sie sich gar nicht mehr vorstellen könne, ohne die Pflegende zu sein. *„Ja, wie gesagt, (...) ohne ihr könnte ich mir das eigentlich schon bald gar nicht mehr vorstellen, weil die Atmosphäre ist einfach viel anders, so viel schöner geworden, finde ich.“* (IM: 251) Ähnlich wie hier berichten auch andere Kinder und Jugendliche davon, dass die Pflegende durch ihre Aktivitäten an der Schule eine andere Atmosphäre erzeugen würde. Die Schülerschaft sei *„zufriedener“* geworden, urteilt ein Schüler der dreizehnten Klasse. Das zeige sich auch daran, dass mit Stress, den die Schüler*innen untereinander aufbauen, jetzt anders umgegangen würde als zuvor (IZ: 71–76).

Möglichkeiten und Grenzen der Schulgesundheitspflege

Zum Abschluss des Interviews wurden die befragten Kinder und Jugendlichen gebeten, eine Botschaft an die Unterstützer*innen des Modellprojektes zu richten: Einstimmig wünschten sie sich, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ an ihrer Schule verbleiben sollte, damit sie sich rundum sicher an ihrer Schule fühlen können. Dies kommt auch in dem folgenden Zitat einer Elfjährigen zum Ausdruck:

„Wenn sie auf die Sicherheit von Kindern aus sind, dann wäre es sinnvoll, eine Krankenschwester in den Schulen zu haben. Weil sie sich dann um die kranken Kinder oder verletzten Kinder kümmern kann.“ (IJ: 82)

Wenn gleich in diesem Zitat vorwiegend auf die „Erste Hilfe Instanz“ Bezug genommen wird, kommt in anderen Interviewaussagen aber auch eine Wertschätzung für die anderen hier skizzierten Kernaufgaben zum Ausdruck – sei es die „Beratungs-“, die „Sorge-“, die „Sicherheits-“ oder die „Vermittlungsinstanz“. Viele Schüler*innen sehen durch die Anwesenheit der Pfleger*innen das Thema der Gesundheit in der Schule deutlich aufgewertet und damit auch ihre individuellen gesundheitlichen Belange mit mehr Aufmerksamkeit als zuvor bedacht. Manche der interviewten Jugendlichen haben im Fernsehen US-amerikanische Serien mit „School Nurses“ gesehen und damit hohe Erwartungen an die „Schulgesundheitsfachkraft“ verknüpft. Ein Achtzehnjähriger hat erfahren, dass in Asien School Nurses in den Schulen arbeiten und vermutet einen Zusammenhang mit der dortigen Leistungsorientierung (IZ: 2 – 6) - ob er dies positiv oder negativ wertet, ist der Aussage aber nicht eindeutig zu entnehmen. Auf die Frage der Interviewerin nach einer Einschätzung, warum es in Amerika und anderen Ländern schon lange Pflegende an Schulen gäbe und in Deutschland nicht, antwortet eine dreizehnjährige Schülerin mit einer interessanten Theorie: In Deutschland hätte man die Erwartung, dass die Kinder sich selbst um ihre Gesundheit bemühen, ohne Hilfe von außen.

„In Deutschland vielleicht wollen die einfach, dass die Kinder für sich selbst probieren halt, gesund zu bleiben und es selbst probieren, zu schaffen, ohne eine Person, die da helfen muss. Und ja, vielleicht denken die, das wäre besser als mit einer Person und dass man halt alleine so was schaffen kann. Meine Vermutung.“ (IU: 38)

Aus der Sicht dieser Dreizehnjährigen ist Gesundheit in Deutschland ein privates Thema, das an einer öffentlichen Schule bisher keinen Platz hat. Mit der Einführung der Schulgesundheitspflege wird dies geändert und die Schüler*innen fühlen sich in ihren gesundheitlichen Belangen ernst genommen – mit anderen Worten: Die Schüler*innen erfahren eine aktive Unterstützung im Umgang mit ihren alltäglichen gesundheitlichen Problemlagen – egal ob es sich um akute Notsituationen, handfeste Hilfe im Krankheitsfall, Zuwendung, Aufmerksamkeit, Informationsvermittlung, Orientierung und Beratung oder auch Vermittlung gegenüber Eltern, Lehrenden oder anderen Personen innerhalb und außerhalb der Schule handelt. Einzelne Schüler*innen sind allerdings auch kritisch. So äußert zum Beispiel ein Sechzehnjähriger, dass auch die Pflegenden ihre Grenzen habe, wenn die Eltern und die Lehrer*innen beispielsweise bei einem Drogenproblem schon nichts machen können (IR: 50). Es wird also das Möglichkeitsspektrum und auch die Reichweite der Schulgesundheitspflege in Frage gestellt – insbesondere bei gravierenden Problemen wie etwa akutem Drogengebrauch. Auch wird die geringe zeitliche Präsenz der Pflegenden an der Schule als Hindernis gesehen, wenn es darum geht, die hochgesteckten Erwartungen der Schüler*innen an dieses neue Angebot zu erfüllen.

1.2 Erfahrungen der Eltern

Ähnlich wie die Schüler*innen äußern sich auch die an den Gruppendiskussionen teilnehmenden Eltern¹² grundsätzlich positiv über das neue Angebot der Schulgesundheitspflege. Die „Schulgesundheitsfachkraft“ sei „wirklich als Kontaktperson da“, betont eine Mutter und bringt ihre Erfahrungen damit auf den Punkt. Dadurch würde Eltern die Möglichkeit eröffnet, Informationen über ihre Kinder zu erhalten, während diese in der Schule sind (E_CY: 5). Dieser Informationsfluss funktioniert wechselseitig: Die Eltern können auf die Pflegenden zugehen und

¹² An den beiden Gruppendiskussionen nahmen hauptsächlich in Schulgremien gewählte Elternvertreter*innen teil. Wörtlich zitierte Begriffe oder Satzteile sind in Anführungszeichen und in kursiv formatiert. Die Angabe „E_“ steht für Elternteil, die folgenden beiden Buchstaben sind das Pseudonym der zitierten Person. Die Zahlenangabe nach dem Doppelpunkt bezieht sich auf die Zeile in MAXQDA.

Erkundigungen über ihr Kind einholen. Auf der anderen Seite tritt diese an die Eltern heran, wenn sie Bedarf für einen Austausch über die Gesundheit einer Schülerin oder eines Schülers sieht (E_FC: 117). Daneben würde die „Schulgesundheitsfachkraft“ – wie im Folgenden zu zeigen sein wird – eine ganze Reihe anderer wichtiger Kernaufgaben übernehmen, bei denen eine große Übereinstimmung zwischen den Beobachtungen der befragten Schüler*innen und der Eltern zu bestehen scheint. Und noch etwas anderes teilen die Eltern mit den Kindern und Jugendlichen: Die kritische Einstellung gegenüber der für das Projekt gewählten Berufsbezeichnung „Schulgesundheitsfachkraft“. Auch die Eltern halten den Begriff für sperrig, wenig alltagsnah und nicht selbsterklärend. Beispielsweise fragte eine Mutter zu Beginn der Gruppendiskussion irritiert nach, ob „*diese Gesundheitsfachkraft*“ denn auch eine ausgebildete Krankenschwester sei (E_QH: 11). Es scheint also nicht allen Eltern bewusst zu sein, dass es sich um qualifizierte Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegende handelt, dabei ist doch dies eines der Qualitätsmerkmale dieses Angebots an allgemeinbildenden Schulen. Tatsächlich verwendeten die Eltern im Verlauf der Diskussion meist die traditionellen Bezeichnungen „*Krankenschwester*“ oder „*Kinderkrankenschwester*“, wenn sie von der Schulgesundheitspflege sprachen.

Schulgesundheitspflege als „Erste Hilfe Instanz“

In den Gruppendiskussionen mit den Eltern wird ebenso wie in den Einzelinterviews mit den Schüler*innen die Erste Hilfe als eine Kernaufgabe der Schulgesundheitspflege betrachtet: Die Eltern sind der Meinung, dass „*jemand Kompetentes vor Ort*“ sein solle, um eine qualifizierte Notfallversorgung für verletzte Kinder und Jugendliche zu gewährleisten (E_RQ: 5). Anfänglich sei sie gegenüber dem neuen Angebot skeptisch gewesen – so eine der Mütter. Sie hätte sich gefragt, warum denn jetzt ausgerechnet eine „Krankenschwester“ an der Schule beschäftigt werden solle, schließlich seien ihre Kinder doch gesund. Diese Einstellung änderte sich aber in dem Moment, „*wo Anrufe kommen*“. Dabei berichtet sie, dass sich ihr Sohn beim Fußball spielen verletzt habe, weshalb dann ein Rettungswagen gerufen wurde. Diese Vorgehensweise erwies sich im Nachhinein allerdings als überzogen, tatsächlich hätte es wohl nur einer fachkundigen Einschätzung und etwas Beruhigung gebraucht. Seit es die Schulgesundheitspflege gibt und die Erste Hilfe damit abgesichert sei, könne man sich „*den Stress und das Geld (...), vieles ersparen*“ (E_FC: 18). Erwartet wird, dass die Pflegende als „Erste Hilfe Instanz“ die Lage vor Ort fachkundig einschätze und dann entscheide, ob ein Krankenwagen gerufen werden muss oder nicht. Dies spart einerseits Geld für einen unnötigen Krankentransport, andererseits kann dadurch aber auch emotionaler Stress für die Eltern reduziert werden. Denn wer hört schon gerne am Telefon, dass wegen des eigenen Kindes ein Notarztwagen gerufen werden musste, auch wenn sich hinterher alles als nicht so gravierend herausstellt.

Die Eltern nehmen in den Gruppendiskussionen in vielfältiger Weise Bezug auf die Schulgesundheitspflege als „Erste Hilfe Instanz“. Eine der Mütter schlägt vor, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ schon eine Viertelstunde vor Schulbeginn da sein solle, um eventuelle Wegeunfälle der Schüler*innen wie aufgeschlagene Knie usw. zu versorgen (E_TT: 131). Eine andere Mutter, deren Sohn nach einem Unfall eine geschwollene Hand hatte, berichtet davon, dass die Pflegende zunächst alles untersucht und dann ausgelotet habe, was ihr in diesem Fall möglich war. Schließlich habe sie entschieden, dass ihr Sohn zum Röntgen gebracht werden sollte und „*hat uns dann letztlich die ganze Weiterleitungs-Arbeit abgenommen*“. Sie habe das Unfallprotokoll geschrieben, einen Termin zum Röntgen vereinbart, so dass der Vater nur noch den Sohn zum vereinbarten Zeitpunkt von der Schule abholen und zum Röntgen fahren musste. Einige Zeit später habe die Pflegende wieder angerufen und sich informiert, wie die Untersuchungsergebnisse ausgefallen waren und sich mit den Eltern über das weitere Vorgehen beraten (E_BA: 19). Neben der medizinischen Notfallversorgung und der Entscheidung darüber, wann weitere medizinische Hilfe aus dem Gesundheitssystem herangezogen werden muss, zählen die Eltern das Informieren über die Vorfälle und das Dokumentieren des Unfallhergangs zu den Aufgaben der Pflegenden. Grundsätzlich ist es für die Eltern bedeutsam, bei Vorfällen auch mit kleineren Ver-

letzungen benachrichtigt zu werden. So erzählt beispielsweise eine der Diskussionsteilnehmer*innen, dass sich ihr Sohn vor zwei, drei Jahren im Sportunterricht eine Ecke vom Zahn ausgeschlagen habe. Sie wurde seinerzeit von der Schule nicht über den Vorgang informiert. Seit es die Schulgesundheitspflege gibt, wäre der Informationsfluss gesichert (E_RQ: 5). Auch würde es nach solchen Ereignissen stets eine gesprächsbasierte Nachbereitung geben – und auch dies ist den Eltern offensichtlich wichtig.

Um eine durchgängige Notfallversorgung an den Schulen zu gewährleisten ist für die Eltern die Präsenz der Pflgenden ein zentrales Thema. Für einige wäre eine Kombination von Schulgesundheitspflege, Schulsanitäter*innen und den an manchen Schulen bestehenden Sanitäts-AGs ein gutes Modell. Einige der Eltern sehen die Aufgabe der „Schulgesundheitsfachkraft“ dann darin, die Schulsanitäter*innen und Sanitäts-AGs in ihre Aktivitäten einzubinden (E_UF: 17). Eine andere Mutter gibt allerdings zu bedenken, dass die engagierten Schüler*innen meist selbst im Unterricht seien, wenn etwas passiere (E_WE: 16). Letzten Endes wären also die Anwesenheitszeiten der „Schulgesundheitsfachkraft“ in jedem Fall so zu gestalten, dass eine durchgängige Notfallversorgung gewährleistet werden könne. Eine Mutter formuliert diese Voraussetzung für die Erfüllung der Kernaufgabe einer „Erste Hilfe Instanz“ folgendermaßen:

„Ja, dass jemand halt gleich vor Ort ist, wenn irgendwas passiert, wenn ein Kind stürzt zum Beispiel. Oder keine Ahnung, Auseinandersetzung und da passiert irgendwas, dass da gleich jemand vor Ort ist, bevor jetzt der Krankenwagen kommt (...) Dass man da jemanden gleich holen kann (...).“ (E_YD: 4)

Inwieweit diese Forderung nach einer durchgängigen Notfallversorgung mit dem zeitlich eng begrenzten Angebot der Schulgesundheitspflege und den übrigen Aufgaben der Pflgenden an den Schulen in Einklang gebracht werden kann, lassen die diskutierenden Eltern offen.

Schulgesundheitspflege als „Beratungsinstanz“

Die Eltern sehen in der Schulgesundheitspflege eine wichtige „Beratungsinstanz“, die ihren Kindern bei einer großen Spannweite an gesundheitlichen oder emotional-sozialen Problemlagen helfen würde. Dabei unterscheiden sie deutlich zwischen den Bedarfen jüngerer und älterer Schüler*innen. Die Kleineren werden in den Gruppendiskussionen als „Pflasterfraktion“ bezeichnet (E_XV: 51). Sie würden hauptsächlich wegen kleinerer Verletzungen oder mit Anliegen begrenzter Reichweite zu der Pflgenden gehen. Dagegen kämen Schüler*innen ab etwa der siebten Klasse durchaus auch einmal mit heikleren und schambesetzten Themen wie Prüfungsangst, Sexualität, „Ritzen“ oder ähnlichen Anliegen zur „Schulgesundheitsfachkraft“ (E_EX: 46), um Informationen oder Unterstützung bei der Problemlösung zu erhalten.

Nicht immer geht es in den Gesprächen mit der Pflgenden um die Lösung gravierender gesundheitlicher oder emotional-sozialer Probleme, oftmals würden auch schlicht nur Informationen zu gesundheitsrelevanten Themen abgefragt und übermittelt. Eine Mutter beschreibt beispielsweise, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ Hinweise geben würde zu alltäglichem Gesundheitsverhalten: Wie die Hände gewaschen werden sollen, wie die Schüler*innen sich vor Erkältungen schützen können, nicht in die Hände zu niesen und andere „Kleinigkeiten“. Ihr ist es wichtig, dass die Pflgende darauf achtet, denn *„wir sind ja nun mal nicht in der Schule, um den Kindern das so dann zu sagen“*, meint sie (E_FC: 101). Interessant ist, dass manche Informationen von der „Schulgesundheitsfachkraft“ dann über die Schüler*innen durchaus auch zurück in die Elternhäuser hineinwirken. So berichtet eine Mutter, wie ihr Kind Techniken von der Pflgenden erlernt habe gegen Spannungskopfschmerzen, diese vermittelte sie zuhause an ihre Eltern und Geschwister (E_XV: 122).

In dem Zusammenhang bringen die Eltern beider Bundesländer sehr ausführlich auch das Thema Sexualität zur Sprache. Sexuelle Aufklärung und eine darauf ausgerichtete Orientierung sei zwar Sache des Elternhauses, könne aber nicht immer vorausgesetzt werden, überlegt eine der an der Diskussion teilnehmenden Mütter. Da die Pflgende in ihrer Schule Binden ausbebe, könne sie bei Bedarf doch auch die Zusammenhänge der Menstruation und Sexualität erklären,

findet sie (E_AZ: 228). Die Eltern halten es zudem für sinnvoll, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ den oft nur spärlichen Aufklärungsunterricht der Lehrenden ergänze, beispielsweise zum Thema Prävention sexuell übertragbarer Erkrankungen oder Umgang mit sexueller Gewalt (E_AZ: 71-75). Manche Schulklassen besuchen öffentliche Beratungsstellen, in anderen werden Fachreferentinnen oder -referenten zum Thema Sexualität eingeladen. Diese Aktionen sind aber meist nur einmalig und ließen viele Fragen offen. Umso mehr schätzen es die Eltern, dass die Pflgende jederzeit für Fragen der Schüler*innen zur Verfügung stehen würde. Sie seien damit außerhalb der Familie eine wichtige Ansprechperson zu den Themen Körperentwicklung und -bewusstsein, Sexualität und allem, was damit in Verbindung steht. *„Das ist gar nicht so, dass man ein schwieriges Verhältnis zu den Eltern haben muss, aber manchmal möchte man auch nicht unbedingt über so einen neuen Bereich im eigenen Leben sprechen“*, vermutet eine Mutter. Die Schulgesundheitspflege könne da eine wichtige Stütze sein (E_XV: 18).

Eine der wesentlichen Bedingungen für die Wahrnehmung der Kernaufgaben einer „Beratungsinstanz“ ist der vertrauliche und verschwiegene Umgang mit allen Anliegen der Schüler*innen. Allerdings sehen die Eltern die Pflgende gerade bei den Beratungsanlässen älterer Schüler*innen immer wieder auch in schwierigen Dilemma-Situationen. Denn einerseits ist ihnen Verschwiegenheit über alle ihnen im Rahmen der Schulgesundheitspflege zur Kenntnis gebrachten Anliegen auferlegt, andererseits besteht von Seiten der Eltern aber die Erwartung, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ in kritischen Fällen auch angemessen aktiv wird. Das kann gegebenenfalls bedeuten, die Verschwiegenheit aufzuheben und andere Instanzen hinzuziehen (z. B. eine/n Schulpsycholog*in). Dies gilt insbesondere auch in den Fällen, in denen im Elternhaus auslösende Faktoren für die Schwierigkeiten der Kinder und Jugendlichen liegen (z. B. bei häuslicher körperlicher oder emotionaler Gewalt), das Kindeswohl gefährdet ist oder gar das Risiko der Selbst- und Fremdgefährdung besteht (z. B. im Falle von psychischen Störungen, Depression oder Suizidalität). Die „Schulgesundheitsfachkraft“ müsse sich dabei gut überlegen, wie sie vorgehe, *„um nicht das Vertrauen des Schülers zu missbrauchen, der sich dann Gott sei Dank mal geöffnet hat“*, merkt eine Diskussionsteilnehmerin an (E_BA: 55). Grundsätzlich scheinen die Eltern aber darauf zu vertrauen, dass die für Beratungsaufgaben qualifizierte Pflgende wisse, wie solche Fälle zu handhaben sind. Zum Beispiel müsste bei Anzeichen für häusliche Gewalt in der Schule ja letztlich genauso reagiert werden, wie in einer Arztpraxis, vermutet eine Mutter (E_FC: 56).

„Da hatte ich den Eindruck, dass ihr professionelles Bild auch sehr klar für sie ist, wo die Grenzen sind, medizinisch, fachlich, sowas wie emotional-soziale Betreuung, pädagogische Betreuung. Und dass das dann auch an die Stellen geht, die zuständiger sind als sie. Eltern natürlich auch.“ (E_XV: 184)

Die „Schulgesundheitsfachkraft“ sei hinreichend qualifiziert, um die Grenzen ihrer Beratungsaufgaben zu kennen und die Eltern oder gegebenenfalls zuständige Stellen einzuschalten, wenn eine Situation eintritt, die über ihre Kompetenz hinausgehe oder über *„Leben und Tod“* entscheidet, wie es eine andere Mutter zugespitzt formuliert (E_EX: 48).

Darüber hinaus verdeutlichen die Eltern, dass gelegentlich auch sie selbst das Beratungsangebot der Schulgesundheitspflege in Anspruch nehmen würden – sowohl in Alltagsfragen wie auch gezielt, wenn es um die Begleitung chronisch kranker oder behinderter Kinder geht. Einige würden aktiv und gegebenenfalls auch regelmäßig auf die Pflgende zugehen, um sich über gesundheitliche Probleme ihres Kindes zu informieren oder mit ihr gemeinsam nach alltagsnahen Lösungen für anstehende gesundheitliche oder sozio-emotionale Herausforderungen zu suchen. Eine Mutter erzählt beispielsweise, dass ihr Kind keinen Zucker vertragen und daher häufiger unter Bauchkrämpfen leiden würde. Die „Schulgesundheitsfachkraft“ habe ihr Tipps gegeben, was in diesem Fall zu tun sei. Zugleich weist sie darauf hin, dass sie wiederum der „Schulgesundheitsfachkraft“ eine für sie neue Stellung zeigen konnte, mit der die Bauchkrämpfe ihres Kindes gelindert werden könnten (E_OH: 200). Andere Eltern mit chronisch kranken Kindern suchen zuweilen die Pflgende auf, um mit ihnen Notfallpläne abzusprechen

(E_BA: 19) oder um eine Medikamentengabe in der Schule abzustimmen (E_CY: 35). Diese Bereitschaft der „Schulgesundheitsfachkraft“, auch dazu lernen zu wollen und von den Eltern Hinweise zu den individuellen Besonderheiten ihrer Kinder entgegen zu nehmen, wurde von den diskutierenden Eltern ausdrücklich hervorgehoben. Die Pflegenden werde aufgrund ihrer (klinischen) Expertise geschätzt, aber nicht als distanzierte Expertin wahrgenommen. Vielmehr kommunizieren sie mit den Eltern auf einer vertrauensvollen Basis und auf Augenhöhe (E_QH: 200).

Schulgesundheitspflege als „Sorgeinstanz“

Eine weitere Kernaufgabe der Schulgesundheitspflege besteht aus Sicht der diskutierenden Eltern darin, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ sich um ihre Kinder in der Schule – bei eventuellem Unwohlsein, gesundheitlichen Beschwerden oder gar ernsthaften Erkrankungen – kümmert und sie umsorgt. Sie wollen schlicht wissen, dass ihre Kinder auch in solchen Situationen in der Schule gut aufgehoben sind und nicht allein gelassen werden. Grundsätzlich wünschen die Eltern sich, dass die Pflegenden mit ihren Kindern reden und dass sie mit kleinen pflegerisch-medizinischen Interventionen oder emotional-sozialen Unterstützungsmaßnahmen dafür sorgen, dass es ihnen wieder besser geht. Dabei sind es oft weniger diagnostische oder therapeutische Interventionen im engeren Sinne die zählen, als vielmehr alltägliche Maßnahmen, traditionelle Hausmittel und vor allem die emotional-soziale Zuwendung der Pflegenden. Eine Mutter beschreibt dies mit folgenden Worten:

„(...) wenn sie ja krank sind, wollen sie ja in erster Linie erst einmal Aufmerksamkeit und dass jemand zuhört, was sie für ein Problem haben und das bekommen sie dort definitiv und ich habe das auch erlebt, auch Frau [Nachname Pflegende] redet ganz ausführlich mit dem Kind, was dann da drum herum noch so sein könnte. Sie gibt ein kleines Pflaster und auch Ratschläge, wie sie sich verhalten sollen, wenn sie so auf dem Schulhof zusammengerannt sind und was sie danach machen sollen. (E_DB: 176)

Eine der Bedingungen für diese Sorgearbeit ist Zeit. Die Eltern wünschen sich, dass sich die „Schulgesundheitsfachkräfte“ *„Zeit nehmen und das Gespräch suchen mit dem Kind, warum vielleicht der Bauch weh tut oder warum nicht“*, findet eine Mutter (E_BA: 31). Auch andere Eltern betonen, dass die Pflegenden den Kindern und Jugendlichen vor allem das Gefühl vermitteln sollte, dass sie in solchen Situationen Zeit für sie habe (z. B. auch E_FC: 177; E_EX: 178). Selbst dort, wo ihre Zeit begrenzt sei, sollte die „Schulgesundheitsfachkraft“ dies durch ihre Persönlichkeit ausstrahlen. Eine Mutter charakterisiert die Pflegenden an ihrer Schule als *„sehr ruhig und sehr sortiert“*: Das sei hilfreich, um Kinder auffangen zu können, die sich in etwas hineingesteigert hätten (E_DB: 17).

Eine andere Bedingung für die Sorgearbeit ist, dass die Schulgesundheitspflege einen eigenen Raum hat, *„wo kein Durchgangsverkehr ist“* (E_EX: 180). Dieser Raum sollte einerseits im Zentrum des Schulgeschehens und leicht auffindbar sein, andererseits sollte er sich dadurch auszeichnen, dass er ruhig ist – so die Forderung der Eltern (E_XV und E_TT: 137-139). Sie spielen damit auch auf die frühere Situation an, als ihre Kinder noch mit Beschwerden ins Sekretariat gehen mussten, wo sie meist in der Hektik des Alltagsbetriebs allein gelassen wurden bis jemand kam, um sie abzuholen. Jetzt gäbe es durch die Schulgesundheitspflege einen *„Rückzugsort, wo man mal verschnaufen kann, wenn es einem mal schlecht geht“*, stellt eine Mutter fest (E_WE: 16). Dazu gehört für die Eltern auch, dass die Kinder und Jugendlichen von der Pflegenden ein wenig *„betüddelt“* werden: Sie sollen sich hinlegen dürfen, einen Tee verabreicht bekommen usw. Eine Mutter beschreibt dies als eine *„Mini-Auszeit“* vom Schulalltag (E_XV: 15).

Allerdings werden auch die Risiken eines solch umsorgenden Angebots für die Schüler*innen gesehen. Einige Eltern fragen sich, ob es Schüler*innen nicht gegebenenfalls dazu motivieren könne, eher zur „Schulgesundheitsfachkraft“ zu gehen, als in den womöglich anstrengenden und fordernden Unterricht. So meint eine Mutter: *„(...) und erstaunlicherweise sind die Kinder kranker an dem Tag, wo sie da ist. Also gerade die Kleinen nutzen doch gerne die Gelegenheit,*

dann mal ein Zipperlein zu haben und sich ein Pflaster zu holen“ (E_DB: 11). Eine Mutter konfrontierte die Pflegende mit den Bedenken der Eltern, „dass dann vielleicht doch der ein oder andere Drückeberger dann doch mal schnell dahingehet und um Unterricht zu verpassen“. Deren Antwort überraschte sie:

„Nein, nein. Eher im Gegenteil (...), es reicht manchmal, wenn die zehn Minuten da sind auf der Liege liegen, da ihren Tee trinken und dann geht es wieder gut und dann müssen sie gar nicht nach Hause.“ Sie erkennt dann schon die Pappenheimer, die es vielleicht darauf anlegen würden. Aber das wäre so gering, das hat mich dann doch überrascht, dass es so ist, ja.“ (E_QR, Zeile 20)

Die Eltern machen also die Erfahrung, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ sehr wohl zu beurteilen wisse, wer wie lange ihrer Sorge und Unterstützung bedarf. Sie beobachte die Schüler*innen sorgfältig und könne – etwa im Fall von Absentismus – auch gegensteuern und die Kinder oder Jugendlichen wieder in den Unterricht zurückschicken. Die Eltern verlassen sich folglich darauf, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ aufgrund ihrer spezifischen Kompetenzen selbst regulieren kann, wer das Umsorgen benötigt und in welchem Umfang.

Schulgesundheitspflege als „Sicherheitsinstanz“

Aus Sicht der an den Diskussionsrunden teilnehmenden Eltern wirkt es beruhigend, dass es mit der „Schulgesundheitsfachkraft“ an der Schule eine in Gesundheitsfragen fachkundige Person gibt, die sich – etwa nach einem Unfall – für die Betreuung verantwortlich fühlt und auch ansonsten über die Gesundheit und das Wohlbefinden ihrer Kinder und Jugendlichen wacht. Ein Gefühl von Sicherheit vermittelt ihnen auch, dass die in der Schule tätige Pflegende die Ernsthaftigkeit von akutem Unwohlsein, Erkrankungen und anderen gesundheitlichen Problemlagen der Schüler*innen einschätzen kann. Wenn die Eltern dann kontaktiert werden, können sie sicher sein, dass es sich um ein dringliches Anliegen handelt und sie selbst aktiv werden müssen (z. B. das Kind aus der Schule nehmen). Dies zeigen auch einige der von den Eltern beschriebenen Situationen. So berichten einige der Diskussionsteilnehmenden davon, dass sie früher nach einem Anruf aus dem Schulsekretariat in heller Aufregung ihren Arbeitsplatz verlassen mussten, um ihr Kind aus der Schule abzuholen. Vor Ort stellten sie dann fest, dass alles weniger dramatisch war als angenommen und dass das Kind sogar wieder in den Unterricht zurückkonnte (z. B. E_BA: 31). Hätten die Eltern mit jemand Fachkundigem sprechen und eine informierte Entscheidung darüber treffen können, ob der Zustand ihres Kindes sofortiges Handeln erfordert, hätten sie ihren Arbeitsplatz womöglich nicht fluchtartig verlassen müssen. Die Schulgesundheitspflege dient hier also der Rückversicherung.

In den Gruppendiskussionen kam auch das Thema „Simulieren“ auf: Die Eltern tauschten sich darüber aus, dass manche Schüler*innen aus unterschiedlichsten Gründen ein Unwohlsein vorschreiben oder so tun würden, als seien sie krank, um dem Unterricht fernbleiben zu können. Meist aber könne ihnen schon mit einer kleineren Intervention durch die Pflegende geholfen und eine geordnete Teilnahme am Unterricht gewährleistet werden. Den Eltern ist wichtig, dass sie mit der „Schulgesundheitsfachkraft“ auch über das Simulieren offen sprechen:

„Das fand ich doch sehr schön, dass sie mich angerufen hat. Ich habe dann gesagt, „Frau [Nachname Pflegende], jetzt mal ehrlich, simuliert sie oder ist sie krank?“ „Naja, ich wäre mir da nicht so sicher“, kam als Antwort von ihr. Ich sage, „Okay. Ich glaube nämlich auch, dass mein Kind simuliert, die hat heute früh schon nicht zur Schule gewollt, die simuliert bloß.“ Und wir haben uns geeinigt, sie beobachtet sie weiter und kann dableiben. Das war für mich ganz angenehm, ich brauchte nicht extra zur Schule“ (E_DB: 17)

Das offene Gespräch mit einer in Gesundheitsfragen versierten Pflegenden hilft bei der Einordnung der Situation und wirkt – weil dann nicht unmittelbar gehandelt werden muss – zugleich entlastend für die Eltern. Die Lehrenden und das Sekretariat seien mit dieser Aufgabe eher überfordert gewesen, ergänzt eine andere Mutter (E_BA: 31). „Weil sie das verkennen, das kann ein Lehrer nicht einschätzen“, mutmaßt eine weitere Diskussionsteilnehmerin, „Ich kann

es ja von einer Lehrerin einfach nicht verlangen, dass sie das und das beachten muss und kennt und weiß“, meint sie weiterhin (E_FC: 18). Eine andere Mutter betont noch einmal, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ aufgrund ihres medizinischen Fachwissens erkennen und einschätzen könne, ob hinter den geäußerten Beschwerden der Kinder und Jugendlichen ernsthafte Probleme stecken (E_BA: 138). Zugleich dürften die Pflegenden im Bedarfsfall auch medizinische Maßnahmen ergreifen, hebt eine Mutter hervor (E_QH: 368). Und auch dies vermittele ihnen ein Gefühl von Sicherheit.

Mehrere der an der Diskussion teilnehmenden Eltern wollen an ihren Schulen beobachtet haben, dass die Zahl der Kinder, die nach Hause geschickt werden müssen, rückläufig sei. *„Das gezielte Schwänzen ist also fast zurückgegangen“*, meint ein Vater (E_OI: 22). Ein anderer Vater äußert die Vermutung, dass die Schüler*innen im Sekretariat eher mit ihren Simulationen durchgekommen wären – sie würden sich schlicht krankmelden und dürften dann dem Unterricht fernbleiben. Die „Schulgesundheitsfachkraft“ könnte dagegen durch ihre Ausbildung zunächst eine „objektive“ Einschätzung vornehmen. Sie könnte Untersuchungen durchführen, also z. B. Fieber oder Blutdruck messen, und die Schüler*innen dann – wenn nichts Ernsthaftes vorliegt – in den Unterricht zurückschicken. Dies würde den Kindern und Jugendlichen zwar nicht unbedingt gefallen, so der Vater (E_ZW: 21), aus Elternsicht sei dies aber eine wichtige Kernaufgabe der Schulgesundheitspflege: Es gibt eine Person an der Schule, die – anders als Lehrende und Beschäftigte im Sekretariat – in der Lage ist, mit größerer Sicherheit zu entscheiden, wie ernsthaft erkrankt eine Schülerin oder ein Schüler tatsächlich ist oder wie weniger gravierendes Unwohlsein behandelt werden kann. Dies hätte eine Reduzierung von Fehlzeiten der Schüler*innen zur Folge, zugleich bedeutet es eine Erleichterung für die Eltern: *„Und ich kann in Ruhe meine Arbeit weitermachen“*, bringt eine Mutter diesen Vorteil der Schulgesundheitspflege auf den Punkt (E_YD: 23).

Schulgesundheitspflege als „Vermittlungsinstanz“

In den bisherigen Ausführungen wurde bereits deutlich, dass die Schulgesundheitspflege auch vermittelnd tätig ist – beispielsweise zwischen den verschiedenen Gruppen von Kindern und Jugendlichen, in Richtung der Eltern und Sorgeberechtigten oder auch zu den Lehrenden und anderen Schulangehörigen sowie mit Blick auf das Schulumfeld. Beispielsweise vermittelt die „Schulgesundheitsfachkraft“ zwischen Kindern und Jugendlichen ohne und mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, chronischen Erkrankungen oder auch Behinderungen. Zwar würden ausgerechnet chronisch kranke und behinderte Schüler*innen oder deren Eltern das Angebot der Schulgesundheitspflege noch eher verhalten nutzen – so der Eindruck der Eltern. Eine Mutter vermutet, dass sich dahinter der Wunsch verbergen könnte, *„normal“* behandelt zu werden, da das Aufgreifen der Erkrankung oder Behinderung eben auch stigmatisieren könne (E_XV: 53). Zugleich aber könne durch das Aufgreifen des Themas und die Vermittlung zwischen Kindern und Jugendlichen mit und ohne Beeinträchtigungen auch für Verständnis geworben und die Inklusion gefördert werden. Das gelte nicht nur für somatisch erkrankte und behinderte, sondern ebenso auch für mental beeinträchtigte und sozial auffällige Kinder: Eine Mutter fände es gut, wenn die Schüler*innen darauf hingewiesen werden, wie sie damit umgehen sollen, wenn eins dieser Kinder Ausfälle habe oder sich anders benehme (E_FC: 146). Diese Vermittlungstätigkeit durch die „Schulgesundheitsfachkraft“ wäre besonders auch in Inklusionsschulen von großem Wert, da sie *„von Medizin eine Ahnung“* habe und deshalb die Zusammenhänge besser erläutern könne als beispielsweise Lehrende, meint eine andere Mutter (E_DB: 147). In einer anderen Schule half die „Schulgesundheitsfachkraft“ den Schülerinnen und Schülern zu verstehen, was bei Krieg und Flucht geschieht. Damit habe sie dem Mobbing ausländischer Kinder entgegengesteuert, zeigt sich eine Mutter überzeugt (E_CY: 207).

Wichtig sind aber auch die Mittlerfunktionen, die der Schulgesundheitspflege zwischen den Kindern und Jugendlichen und den Elternhäusern und gegebenenfalls dem Gesundheitssystem zufallen. Die Pflegenden beobachte und dokumentiere gesundheitliche Probleme, habe die Schüler*innen im Blick und könne somit bei Bedarf Auffälligkeiten an die Eltern weitergeben.

Eine Diskussionsteilnehmerin findet dies besonders wichtig, weil die Kinder und Jugendlichen nach den U-Untersuchungen nicht mehr so engmaschig ärztlich betreut würden. Sie berichtet, wie die Pflgende durch ihre eigene Diagnostik schon einige Nachuntersuchungen angestoßen habe und beispielsweise entdeckte, dass ein Kind eine Brille benötigen würde (E_XV: 53). Die Eltern vertrauen also darauf, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ mit ihrer klinischen Pflegeexpertise die Früherkennung von Krankheiten unterstützt und gegebenenfalls Brücken ins Gesundheitssystem mit seinen vielfältigen präventiven und kurativen Angeboten schlägt. Den Eltern ist klar, dass sie dabei nicht Verantwortung für alles tragen könne, aber das Professionelle an der Pflgenden sei, dass sie sich als „eine Verteilstation“ sehen würde, wenn sie selbst keine Lösung anbieten könne (E_XV: 184).

In manchen Schulen wird die „Schulgesundheitsfachkraft“ explizit zu Schulleiternbeiratstreffen oder Elternversammlungen gebeten, um über Gesundheitsthemen zu sprechen. In ihrer Funktion als „Vermittlungsinstanz“ „kennt sie sich ja natürlich dann auch aus mit Zulaufstellen, wen können wir fragen oder wen können wir zu Vorträgen einladen“, ist eine Mutter überzeugt (E_UF: 140). Von und für Eltern gewünscht sind dabei Themen wie gesunde Ernährung, digitale Medien, Absentismus, Suchtprävention und Mobbing. Gerade auch bei diesen gesellschaftlich relevanten Themen sehen die Eltern einen besonderen Gewinn, dass „eine kompetente medizinisch ausgebildete Fachkraft die Prävention begleiten kann.“ Ihre professionellen Kenntnisse in Medizin und Pflege könne somit die Arbeit von Lehrenden und Sozialarbeitenden unterstützen (E_XV: 346) und das Netzwerk an außerschulischen Kontakten vergrößern. Eine Mutter berichtet beispielsweise, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ in Zusammenarbeit mit dem Elternbeirat eine größere Veranstaltung zu Suchtprävention organisiert habe, zu der die ganze Schule und auch die Eltern eingeladen waren und Fachleute referierten (E_UF: 146). Eine andere Mutter beschreibt, wie die Pflgende unterrichtsbegleitend in einer Klasse erklärt habe, was alles physiologisch passiert, wenn man Drogen nimmt (E_QH: 196). Diskutiert wurden unter den Eltern auch Fragen der gesunden Ernährung. Sie sind der Meinung, dass jüngere Kinder nicht für ihr Pausenbrot verantwortlich gemacht werden könnten. In manchen Elternhäusern gäbe es wenig Bewusstsein und Ressourcen, wenn es um eine gesunde Ernährung ginge. So finden es die Eltern gut, wenn die Brotdosen der Schüler*innen kontrolliert und das Angebot der Schulmensa bzw. Cafeteria durch die „Schulgesundheitsfachkraft“ überprüft werde.

Damit deutet sich bereits an, dass die Schulgesundheitspflege auch vermittelnd in die Schulumwelt hineinwirkt, beispielsweise wenn sie die Lehrenden zum Thema gesundes Mittagessen an einen Tisch bittet. Das gäbe den Eltern ein „gutes Gefühl“, meint die Mutter im folgenden Zitat.

„(...) aber das Mittagessen ist doch so wichtig. (...) Und das kontrolliert niemand und da wäre es echt hilfreich, wenn da einer zumindest sagt, alle Lehrer an einen Tisch. Achtet bitte darauf, das ist uns ganz wichtig für die Ernährung, für die Gesundheit, solche Themen. (...) dass sie da vielleicht so ein bisschen hinterher ist und den Eltern ja auch das gute Gefühl gibt (...).“ (E_FC: 100)

Die „Schulgesundheitsfachkraft“ greift als „Vermittlungsinstanz“ gesellschaftlich relevante Themen auf und wirkt im Verbund mit den verschiedenen Akteur*innen – den Schüler*innen, den Eltern, den Lehrenden und anderen Personen in der Schule auf die gemeinsame Umgebung und das tägliche Miteinander ein. In diesem Zusammenhang wurde in einer der Gruppendiskussionen beispielsweise auch das Thema Hygiene und insbesondere die prekäre Toilettensituation an den Schulen aufgegriffen. Die Schulgesundheitspflege könne „ein hilfreicher Baustein“ sein, diese zu verbessern, findet eine Mutter (E_XV: 409). Dabei ist den Eltern klar, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ nicht alleine gegen Vandalismus auf den Toiletten angehen könne, aber doch als „Vermittlungsinstanz“ das Potential habe, auf eine positive Veränderung einzuwirken – und sei es durch Aufklärungsarbeit bei den Kindern und Jugendlichen, den Lehrenden, Schulleitungen und in verschiedenen Gremien in und außerhalb der Schulen (374-430).

Möglichkeiten und Grenzen der Schulgesundheitspflege

Die an der Diskussion teilnehmenden Eltern sind sich einig, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ an ihren Schulen bleiben soll, da sie bisher viele gute Erfahrungen mit ihr gemacht hätten (z. B. E_RQ: 433). „Ich finde die Gesundheitsfachkraft schließt eine Versorgungslücke in unserem Schulsystem“, betont eine Mutter (E_TT: 435). Eine Begründung dafür gibt eine andere Diskussteilnehmende in folgendem Zitat:

„Auf jeden Fall [soll sie bleiben], weil die Schüler jetzt auch in der kurzen Zeit schon das so gut annehmen und sich dran gewöhnt haben. Sie haben eine Person, zu der sie Vertrauen haben, sie wissen, wo sie bei Problemfällen aller Art hingehen können. Sei es das Pflaster, sei es psychologische Probleme, sei es Menstruationsprobleme, Sonstiges. Also ich weiß nicht, wer das sonst alles wieder abfedern kann.“ (E_WE: 434)

Die Schüler*innen hätten sich an das breite Angebot der Schulgesundheitspflege gewöhnt und Vertrauen zu der Pflgenden aufgebaut. Wer die inzwischen deutlich gewordenen Bedarfe abdecken soll, wenn es die Schulgesundheitspflege nicht gäbe, ist unklar. Ähnlich machen auch andere Aussagen der Eltern die besondere Stellung der „Schulgesundheitsfachkraft“ als „Agentin der Kinder“ im System Schule deutlich – auch in Abgrenzung zu den anderen dort Beschäftigten (E_XV: 175). Eine Mutter hebt hervor, dass es trotz gewisser Überschneidungen „nochmal eine andere Stelle ist als Sozialarbeit“, deren Auftrag eher in der Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit sozialen Schwierigkeiten bestehen würde. Und anders als Lehrer*innen mit ihrem Bildungsauftrag könne die Pflgende noch einmal einen ganz anderen Blick auf die Kinder und Jugendlichen werfen. „Das ist irgendwie nicht ganz Schule, obwohl es in der Schule ist“, spitzt sie die Rolle der Schulgesundheitspflege zu (E_XV: 15).

Betont werden dabei nicht allein die Erste Hilfe Aufgaben, die Beratungs- und Informationstätigkeiten, das Umsorgen der Schüler*innen bei Unwohlsein, Krankheit oder anderen gesundheitlichen und sozio-emotionalen Problemen, die Gewährleistung von Sicherheit und die Vermittlungsaufgaben der „Schulgesundheitsfachkraft“. Die Schulgesundheitspflege erfüllt aus Elternsicht auch noch einen darüber hinaus gehenden, quasi gesundheitspolitischen Auftrag:

„Und da habe ich den großen Eindruck, dass das eine sehr gute Stelle ist, wo tatsächlich auch was wirksam wird. Dass nämlich Kinder kompetent gemacht werden sich um sich selbst zu kümmern. Je nach ihrem Stand die Infos zu kriegen, mit Schmerzen, mit Ernährung, mit all diesen Dingen umzugehen. Um sich das zu holen und unter Umständen einen Ausgleich zum Elternhaus zu haben oder noch einen Bonus, wie auch immer da der Hintergrund ist. Und ja ich das in dieser Hinsicht auch politisch sehr erstrebenswert finde.“ (E_XV: 316)

Insbesondere auch ökonomisch benachteiligte Schüler*innen und Eltern könnten von diesem Angebot profitieren und solche, die dem Gesundheitssystem traditionell eher ferner stünden. Die Schulgesundheitspflege könnte sich jenseits der pragmatischen Alltagsaufgaben zu deren Sprachrohr machen, sozialer Ungleichheit entgegenwirken und so zu mehr Gesundheit in der Schule und der Gesellschaft beitragen – so die Position der an den Gruppendiskussionen teilnehmenden Eltern.

Allerdings bräuchte es dafür auch angemessene Rahmenbedingungen. Um allen Kernaufgaben gerecht werden zu können, sei kontinuierliche Präsenz der Pflgenden an der Schule erforderlich – und zwar fünf Tage die Woche. Tatsächlich beklagen die Eltern in den Diskussionsrunden, dass sie nicht täglich anwesend sein könne. Eine Mutter spricht sogar davon, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ ein „unsichtbares Phänomen“ sei (E_AZ, Zeile 7). In dem konkreten Fall ist die Pflgende zugleich für drei Schulen zuständig, zudem gab es keine Vertretung als sie krankheitsbedingt für eine längere Zeit ausgefallen ist. Viele der von den Eltern beschriebenen Kernaufgaben ließen sich aber ohne Kontinuität und Präsenz an den Schulen kaum adäquat beantworten – so die übereinstimmende Position der Eltern. Die eng bemessenen zeitlichen Spielräume der Schulgesundheitspflege seien zudem noch durch eine zum Teil überbordende

Bürokratie zusätzlich eingeengt. So kritisieren die Eltern beispielsweise die teilweise sehr umfangreichen Einwilligungserklärungen zur Behandlung ihrer Kinder durch die „Schulgesundheitsfachkraft“ (E_QR: 216). Für nicht deutschsprachige Eltern könnten diese zudem eine Hürde darstellen (E_QH: 226), die einer Inanspruchnahme des Angebots der Schulgesundheitspflege im Wege stehen würde.

Ein besonderes Augenmerk der Schulgesundheitspflege sollte laut dem Curriculum, das diesem Modelprojekt zugrunde liegt (AWO 2016), auf der Betreuung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher liegen. Doch gerade von dieser Seite werden auch Zweifel an dem neuen Angebot laut. So wollen einige der mitdiskutierenden Eltern gerade bei der Einführung der Schulgesundheitspflege an manchen Schulen beobachtet haben, dass das Angebot von chronisch kranken Schüler*innen eher verhalten in Anspruch genommen wurde – insbesondere ältere taten sich offenbar schwer, auf die Pflegenden zuzugehen. Eine Erklärung dafür sieht die Mutter eines Kindes mit einer hämatologischen Erkrankung darin, dass es für chronisch kranke Kinder und Jugendliche ungewohnt sei, Verantwortung abzugeben. Bisher sei ja auch an der Schule niemand dagewesen, die oder der sich in dieser Weise um sie gekümmert hätte (E_TT: 63). Eine andere Mutter stellt sogar in Frage, ob die Sorge um chronisch kranke Kinder überhaupt von der Schule wahrgenommen werden kann oder ob diese Aufgabe nicht doch eher dem Elternhaus obliegen sollte. Sie führt an, dass *„Gesundheit (...) auch ein ganz schön intimer Bereich“* sei und dass das Thema chronische Krankheit in Deutschland doch besser zu Hause behandelt werden solle (E_XV: 235). Diese Aussagen verdeutlichen, dass die Schulgesundheitspflege insbesondere bei der Zielgruppe der chronisch kranken Kinder und Jugendlichen sowie deren Eltern noch intensive Vertrauensarbeit leisten muss, um als hilfreiches Angebot akzeptiert zu werden. Insbesondere Elternarbeit wäre gefragt, um eine Brücke zwischen dem Zuhause und der Schule aufbauen zu können (E_XV: 237) – so die Position der hier an den Diskussionsrunden teilnehmenden Eltern.

Auch wenn die zuvor dargelegten Ausführungen keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit erheben können und lediglich die Erfahrungen und Sichtweisen der teilnehmenden Eltern wiedergeben, werden darin doch die vielfältigen Möglichkeiten der Schulgesundheitspflege deutlich. Sie reagiert auf gesundheitliche und soziale Herausforderungen in der Schule, die ansonsten unbeantwortet bleiben würden. Dabei scheint einigen Eltern dieser Unterstützungsbedarf erst mit der Durchführung des Modellprojekts so richtig ins Bewusstsein gekommen zu sein: *„Wir haben es früher nicht gehabt, aber man sieht, dass es doch gebraucht wird“*, so eine Mutter (E_EX: 278). Andere Eltern schlussfolgern daraus, die Schulgesundheitspflege sei eine Investition, bei der nicht gespart werden solle, denn *„unsere Kinder sind die Zukunft“* (E_UF: 472).

1.3 Erfahrungen der Lehrer*innen

In den Gruppendiskussionen mit den Lehrenden in Brandenburg und Hessen fällt zunächst auf, dass sich immer wieder Äußerungen finden, aus denen hervorgeht, wie sehr sich die Pädagogen durch das neue Angebot der Schulgesundheitspflege entlastet sehen. Die Ausrichtung der Schulen auf Inklusion, aber auch der Personalmangel führen zu einer Zunahme von Aufgaben und Anforderungen, die sie nicht zu ihrem eigentlichen Kernaufgabengebiet zählen und für die sie sich auch nur bedingt kompetent fühlen. Welche das sind und worin die Entlastung konkret besteht, zeigen die folgenden Ausführungen. Und noch etwas anderes fällt bei der Auswertung der Gruppendiskussionen mit den Lehrenden auf: das ausgeprägte Reflexionsniveau und auch der Grad an Auseinandersetzung mit dem Modellprojekt und seinen konzeptionellen Ansätzen. Anders als Schüler*innen oder Eltern verwenden sie zwar häufiger den von den Projektträgern geprägten Begriff „Schulgesundheitsfachkraft“, allerdings finden sich auch alltäglichere Berufsbezeichnungen wie etwa *„Krankenschwester“* in den Aussagen. Eine Lehrerin findet den Ausdruck „Schulgesundheitsfachkraft“ gut, weil dadurch der Aspekt der *„Gesundheit“* im Vordergrund stehe, denn *„man will die Menschen ja eher zur Gesunderhaltung bringen und gesund*

machen“. Dies werde allerdings auch in der gesetzlich festgelegten Berufsbezeichnung Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger*in deutlich, weshalb diese womöglich vorzuziehen sei (L_YZ: 65).

Schulgesundheitspflege als „Erste Hilfe Instanz“

Einige Lehrer*innen haben selbst eine Qualifizierung in Erster Hilfe absolviert, um in alltäglichen Notfallsituationen handlungsfähig zu sein. Dennoch schätzen sie, dass nun eine Fachkraft an der Schule ist, die in solchen Situationen kompetent handeln und den Aufgabenbereich der Erstversorgung verantworten könne. Dies hat zunächst auch ganz pragmatische Auswirkungen: So gehört es zu den Tätigkeiten der „Schulgesundheitsfachkraft“, sich um das Vorhandensein von Kühlpacks oder das Auffüllen der Erste Hilfe Kästen u. v. m. zu kümmern. Die Lehrer*innen können sich also darauf verlassen, dass ausreichend Material für die Notfallversorgung an der Schule zur Verfügung steht. „*Das ist alles irgendwie immer am Mann. Finde ich ganz toll*“, lobt eine Lehrerin (L_DG: 28). Darüber hinaus ist die Pflegenden aber auch Ansprechperson für die Lehrenden, um eigenes Verhalten nach einem Notfall zu reflektieren und vorhandenes Wissen zu vertiefen. Eine Lehrerin drückt das in folgendem Zitat folgendermaßen aus:

„Mich beruhigt es Fachpersonal in diesem Sinne an der Schule zu haben. Zu wissen, da ist jemand, der im Notfall kompetent handelt, fachgerecht handelt. Weil wir haben zwar teilweise unsere Ersthelferausbildung. Aber wissen in manchen Momenten gar nicht: Was mache ich so schnell? Und: Was mache ich richtig? Und: Was mache ich falsch? Auch für uns Lehrer ist es schön, dass wir mal nachfragen können: Wie hast du das gemacht? Oder: Wie wird das gemacht? Dass man selbst nochmal Input durch die Schulgesundheitsfachkraft bekommt.“ (L_BF: 6)

Es geht also nicht einzig darum, sich von als möglicherweise fachfremd empfundenen Aufgaben zu entlasten oder lästige Routineaufgaben weg zu delegieren. Vielmehr sehen die Lehrer*innen in der „Schulgesundheitsfachkraft“ jemanden, der ihnen aufgrund ihres berufsspezifischen Kompetenzprofils helfen kann, mit ihrer eigenen Unsicherheit in Notfallsituationen besser umgehen zu können. Besonders Sportlehrer*innen betonen, dass es für sie sehr erleichternd sei, dass die Pflegenden bei Unfällen zur Stelle ist, tatkräftig anpacke und dann auch noch das ganze übrige „Procedere“ – von der Unfallanzeige bis zum Informieren der Eltern – übernehmen würde. Denn das Schlimmste sei, „*dass man sich zerteilen musste zwischen dem Verunfallten und dem Rest der Klasse*“, beschreibt eine Sportlehrerin ihre Erfahrungen vor Einführung der Schulgesundheitspflege. Dieses Dilemma, sich in Notfällen zwischen der Betreuung eines Einzelnen und der Aufsichtspflicht für die gesamte Gruppe entscheiden zu müssen, sei durch die Mitarbeit der Pflegenden gelöst (L_FH: 3). Einige „Schulgesundheitsfachkräfte“ waren auch bei Klassenfahrten oder Schulaktionen mit sportlichen Aktivitäten dabei, was die Lehrer*innen aus den gleichen Gründen positiv empfanden (z. B. L_XB: 25). Aber auch andere (Fach-)Lehrer*innen schätzen es sehr, sich weiterhin auf ihren Unterricht konzentrieren können, während die Pflegenden sich um verletzte und kranke Schüler*innen kümmert. Denn „*die anderen Schüler, die völlig gesund und fit da morgens ankommen*“ hätten auch ein Recht auf die vorgesehene Unterrichtszeit, findet eine Lehrerin (L_TD: 59).

Die „Schulgesundheitsfachkraft“ setzt aber nicht nur ihre eigenen Kenntnisse zum Thema Erstversorgung ein, sondern engagiere sich auch auf dem Gebiet der Kompetenzvermittlung. So berichtet beispielsweise eine Lehrerin davon, dass sie Erste-Hilfe-Kurse für Lehrende organisiert habe, was sie „*richtig super*“ fand (L_VC: 15). Auch für die Schüler*innen gäbe es Angebote in Erster Hilfe, die von der Pflegenden eingerichtet wurden. Die Lehrer*innen in Hessen diskutieren darüber, zusammen mit der „Schulgesundheitsfachkraft“ einen Schulsanitätsdienst einzuführen bzw. die vorhandenen Angebote umzuorganisieren. Eine Lehrerin erzählt von ihrem Vorhaben, dass alle siebten Klassen eine Ersthelferausbildung bekommen sollen, um sich bei kleineren Verletzungen gegenseitig selbst versorgen zu können. Zudem sollen im Sanitätsdienst Jugendliche dazu ausgebildet werden, ihre Mitschüler*innen kompetent zu begleiten und die

Pflegende zu unterstützen. Davon wird eine Entlastung auf mehreren Ebenen erwartet: Lehrer*innen könnten die leichter verletzten Kinder dem Schulsanitätsdienst anvertrauen, um sie dann zur „Schulgesundheitsfachkraft“ zu bringen. Das Sekretariat, an das sich die Schüler*innen bisher bei Verletzungen hinwandten, sei von dieser Aufgabe befreit und die „Schulgesundheitsfachkraft“ hätte mehr Kapazitäten, um sich um schwerere Fälle zu kümmern und andere Aufgaben wahrzunehmen (L_XB: 23). Diese anderen Aufgaben könnten mehr Präventionsmaßnahmen sein, wünscht sich eine andere Lehrerin. Diese gingen nämlich vor lauter „*Versorgung von diesen ganzen Wehwehchen, die so ein Schulalltag mit sich bringt*“ unter (L_YZ: 30). Zudem müssten die Kolleg*innen dann nicht wegen jeder Kleinigkeit die Pflegende rufen - da könne der Schulsanitätsdienst einspringen. Im Moment würden die Kolleg*innen dazu neigen, „*alles so abzuwälzen*“, wobei übersehen würde, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ auch noch andere Aufgaben wahrnehmen sollte. Zusammen mit der Pflegenden werde sie an einer Weiterbildung teilnehmen, um gemeinsam mit ihr einen Schulsanitätsdienst aufzubauen, erklärt sie weiterhin (L_YZ: 30). Nicht zuletzt daran wird deutlich, dass sich die Kernaufgabe der „Erste Hilfe Instanz“ keinesfalls in reiner Notfall- oder Akutversorgung erschöpft, sondern neben den damit verbundenen organisatorischen, administrativen und auch edukativen Aufgaben im Verbund mit anderen Akteur*innen an den Schulen zugleich dem Aufbau eines tragfähigen Systems für den Umgang mit Notfällen dient.

Schulgesundheitspflege als „Beratungsinstanz“

Auch für die Lehrer*innen gehören Information und Beratung als Aufgaben der Schulgesundheitspflege eng zusammen und auch aus ihrer Sicht richtet sich dieses Angebot nicht einzig an die Schüler*innen, sondern vielmehr an unterschiedliche Zielgruppen, darunter auch die Eltern und die Lehrer*innen selbst. Wie vielgestaltig die Aufgaben der Schulgesundheitspflege als „Beratungsinstanz“ sind, zeigt die Schilderung einer der befragten Lehrer*innen: Eine Schülerin hatte häufig Kopfschmerzen und wurde daher zur „Schulgesundheitsfachkraft“ geschickt. Dort bekam sie ein Kopfschmerztagebuch, in dem sie ihre Beschwerden dokumentieren sollte. Zudem wurden Folgetermine vereinbart, um gemeinsam über die weitere Entwicklung zu sprechen. Das Mädchen erhielt durch das Angebot der Schulgesundheitspflege die Chance, in entspannter Atmosphäre mit jemandem über ihre Beschwerden und womöglich auch deren Hintergründe zu reden „*und das unabhängig von dem Stress, den vielleicht zu Hause die Eltern irgendwie haben.*“ Am Ende bot die Pflegenden der Schülerin an, das Gespräch mit den Eltern zu suchen, da nach ihrer Einschätzung medizinischer Handlungsbedarf bestünde und die Schülerin bei einem Arzt vorstellig werden sollte (L_ZA: 66). Bei der Schilderung dieser Situation wurde immer wieder betont, wie wichtig es war, „*dass dann jemand Zeit hat und dann auch mal sagt: (...) ich kümmere mich darum*“ (L_ZA: 66) – diese Bedingung ist offensichtlich für die Wahrnehmung aller Kernaufgaben der Schulgesundheitspflege entscheidend. Sie betonen aber auch, dass auch die Qualität der Beratung eine andere sei, als die üblicherweise von Lehrer*innen in solchen Situationen geführten Gespräche (L_CT: 82) – dies vor allem aufgrund der Kompetenzprofile der Pflegenden. Eine Klassenlehrerin führt ergänzend aus, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ an ihrer Schule aufgrund ihrer fachlichen Expertise dem Vater eines lange in der Schule fehlenden Kindes nochmal ganz andere Fragen stellen konnte als sie selbst das vermocht hätte. Das habe dann auch „*zu einem sehr viel besseren Erfolg geführt*“ (L_QV: 14). Dabei spielt auch eine Rolle, dass die Pflegenden mit der medizinischen Fachsprache vertraut ist und dementsprechend in Gesprächen mit Schüler*innen, Eltern oder den Lehrenden wichtige Gesundheitsinformationen entschlüsseln kann. So erzählt eine Lehrerin beispielsweise, dass sie einen Geflüchteten mit einer chronischen Erkrankung auf eine Klassenfahrt mitnehmen wollte. Sie habe dann die „Schulgesundheitsfachkraft“ aufgesucht und sich von ihr dabei helfen lassen, die lateinischen Begriffe in der Akte zu verstehen und sich ein Bild von der Situation des Schülers zu verschaffen (L_ZA: 26). Dabei geht es aber keinesfalls nur um die schlichte Decodierung von medizinischen Informationen, sondern vielmehr um die Einschätzung und Abwägung gesund-

heftsrelevanter Herausforderungen im Gespräch. Bedingung dafür sei, dass die Pflgende sowohl über fachliche wie auch sozial-kommunikative Kompetenzen verfüge – so die Lehrer*innen in den Gruppendiskussionen.

Die Lehrer*innen sehen die „Schulgesundheitsfachkraft“ aber nicht nur als Ansprechperson der Schüler*innen, Eltern oder Lehrer*innen für körperliche, sondern gleichermaßen für emotional-soziale Themen und Problemlagen. Die Spannbreite der dabei behandelten Themen ist groß – sie reicht von Reaktionen auf Notfall- oder Krisensituationen über den Umgang mit zeitweisen oder dauerhaften körperlichen, psychischen oder sozialen Beeinträchtigungen bis hin zu Orientierungsproblemen im Umgang mit Rauschmitteln oder (ersten) sexuellen Erfahrungen. In diesem Zusammenhang wurde von den Lehrenden auch die Zusammenarbeit mit der Schulsozialarbeit und die Vernetzung der beiden Angebote problematisiert (L_CT: 36). Noch – so lassen die Diskussionsrunden vermuten – ist die Aufgabenteilung zwischen der Schulgesundheitspflege und der Schulsozialarbeit nicht überall vollständig geklärt, allerdings werden beide Berufsgruppen an den Schulen als wichtig erachtet, *„weil der Bedarf in dem Bereich [emotional-sozialer Problemlagen] natürlich immer größer wird“*, meint eine Lehrerin (L_VC: 28). In einigen Schulen gibt es eine institutionalisierte Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen in den Schulgremien. Eine Lehrerin beschreibt die Arbeit von *„Präventionsteams“*, in denen Schulsozialarbeiter*innen, Lehrer*innen und eben die „Schulgesundheitsfachkraft“ zusammenarbeiten, um miteinander schwierige Einzelfälle zu bearbeiten. Dabei werde die spezifische Perspektive der Pflgenden auf die Schüler*innen und ihre Situation von den Beteiligten sehr geschätzt, *„(...) die Kollegin und auch die Schulsozialarbeiter verlassen sich sehr gerne auf ihren Eindruck und auf ihre Einschätzung der Lage. Und daher denke ich, sie ergänzen sich sehr gut“* – so ein aus diesen Beobachtungen gezogener Fazit (L_UX: 57).

Auch ohne Schulgesundheitspflege gibt es an den Schulen bereits oftmals von Lehrer*innen vorgehaltene Beratungsangebote, bei denen auch gesundheitliche Anliegen besprochen werden können. Allerdings – so wurde in den Diskussionsrunden wiederholt deutlich – hätte die Pflgende neben dem Zeitfaktor und ihrer Fachkompetenz einen weiteren, vielleicht sogar entscheidenden Vorteil gegenüber diesen Angeboten, nämlich ihre Neutralität in Sachen schulischer Leistungsermittlung und Leistungsbewertung. Die Pflgende sei in diese schulischen Prozesse nicht involviert, könne den Kindern und Jugendlichen insofern unbelastet begegnen und sich voll darauf konzentrieren, *„was eigentlich dem Kind gerade so am Herzen liegt“*, meint eine Lehrerin (L_CT: 82). Dies zeigt sich auch an folgendem Textauszug:

„Wir haben einige auch von den Älteren, die wirklich wissen, da habe ich einen kompetenten Ansprechpartner der über das, was ein Standardlehrer weiß, mehr weiß. Und die gibt mir auch keine Noten. Das ist einfach das Gute. Das bleibt dort, ich kann meine größten Sorgen dort ablegen. Ich kann aber auch auf Hilfe hoffen und ich werde dafür nicht gewertet. Denn wir haben zwar auch sehr gute Vertrauenslehrer, aber das sind Lehrer. Das bleibt einfach. Und manchmal ist es wirklich auch so, dass die Vertrauenslehrer dann sagen okay, jetzt gehen wir einen Schritt weiter und gehen zur Schulgesundheitsfachkraft. Die kann dir auf eine andere Art und Weise helfen. Dann kannst du dort weiterreden und Dinge, die vielleicht jetzt hier tabu sind, besprechen.“ (L_SW: 46)

Insbesondere älteren Schüler*innen sei wichtig, in den sie betreffenden Fragen auf kompetente Ansprechpartner*innen zu treffen und Lehrende würden hierbei durchaus schnell mal an Grenzen stoßen. Daneben wird der *„Vertraulichkeitsaspekt“* (L_QV: 45) als ein wichtiger Faktor betrachtet, insbesondere, wenn sie intime Belange oder tabuisierte Themen besprechen wollten. Durch ihre Verpflichtung zur Verschwiegenheit ist die „Schulgesundheitsfachkraft“ dabei selbst den Vertrauenslehrer*innen gegenüber im Vorteil, weshalb sie – wie dieser Textauszug verdeutlicht – dann auch als alternatives Beratungsangebot hinzugezogen werden.

Die Biologie-Lehrer*innen verweisen in diesem Zusammenhang auf die aus ihrer Sicht schwierigen Themen *„Umgang mit Sexualität“* und *„sexuell übertragbare Krankheiten“* – insbesondere

in den höheren Klassen. An einzelnen Schulen habe die „Schulgesundheitsfachkraft“ den Unterricht dazu begleitet und Fragen aus medizinisch-pflegerischer Sicht beantwortet. Zwar käme es häufiger vor, dass auch externe Fachreferent*innen zu diesen Themen punktuell in den Unterricht eingeladen würden, der Vorteil der Schulgesundheitspflege bestünde jedoch darin, dass die Pflegenden von den Schüler*innen jederzeit aufgesucht werden könnte und konstant vor Ort sei. So könne sie Vertrauen aufbauen, Nachfragen stellen und sich bei weiterem Abklärungsbedarf auch beraten lassen, meint eine Lehrerin (L_TD: 20). Geteilte Meinungen zeigen sich in den Diskussionsrunden bei der Frage, ob die „Schulgesundheitsfachkraft“ beim Thema Sexualekundeerziehung in den Jahrgängen sechs und neun künftig regelmäßig einbezogen werden sollte. Die einen argumentieren, dass sich dadurch die Möglichkeit ergäbe, persönliche Aspekte mit einer kompetenten und vertrauenswürdigen Ansprechperson im Nachhinein klären zu können, andere hielten dagegen, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ nicht allen betreffenden Schüler*innen bereits bekannt sei und damit die für diesen Themenunterricht von den Lehrenden gewünschte Vertrauensbasis nicht gegeben wäre. Diese sei besonders wichtig, wenn die Schüler*innen aus konservativen Elternhäusern kämen (L_YZ: 41). Einige führten auch an, dass bei derartig heiklen Themen die verschiedenen Glaubensbekenntnisse der Schüler*innen zu berücksichtigen wären (Zeugen Jehovas, Islam). Den Lehrenden war nicht klar, inwieweit die Pflegenden in diesen Fragen ausgebildet oder auch entsprechend sensibilisiert seien. Wenn gleich diese Frage in den Gruppendiskussionen nicht eingehender diskutiert wurde, zeigt sich daran, dass die Schulgesundheitspflege als „Beratungsinstanz“ zwangsläufig immer wieder auch ethische Herausforderungen zu beantworten hat. Noch scheinen sich die Lehrer*innen im Unklaren darüber zu sein, was sie hier von der „Schulgesundheitsfachkraft“ an Unterstützung erwarten oder einfordern können.

Schulgesundheitspflege als „Sorgeinstanz“

Mit der „Schulgesundheitsfachkraft“ ist eine Person an der Schule, die sich in vielfältiger Weise um das Thema Schulgesundheit kümmert und sich sowohl um die Kinder und Jugendlichen, die Eltern wie zuweilen auch die Lehrer*innen sorgt – so der Tenor der Gruppendiskussionen. Die Lehrer*innen sind sich einig, dass die Schüler*innen sich jederzeit an die Pflegenden wenden könnten und dort mit ihren Befindlichkeiten „in kompetenten Händen“ (L_YZ: 10) seien. Dabei wollen die Lehrer*innen – ähnlich wie die Eltern – beobachtet haben, dass die älteren Schüler*innen mit anderen Themen zu der „Schulgesundheitsfachkraft“ gehen als die jüngeren – vielleicht auch seltener, weil sie sich um bestimmte kleinere Anliegen eigenständig kümmern würden. Eine Lehrerin berichtet von der Skepsis der älteren Schüler*innen gegenüber der „Schulgesundheitsfachkraft“, da sie aus Sicht der Achtklässler*innen wohl nur eine Liege zum Ausruhen oder einen Tee im Angebot hätte, das könnten sie sich schließlich auch selbst besorgen (L_XB: 25). Im Übrigen würden die älteren Schüler*innen vieles einfach mit sich selbst oder untereinander ausmachen.

Die „Kleinen“ würden der „Schulgesundheitsfachkraft“ dagegen buchstäblich die Tür einlaufen, erzählen einige Lehrer*innen und sprechen dabei von einem „Hype“ (L_ZA: 18) oder „Run“ (L_QV: 14). Sie erklären sich das damit, dass die Schüler*innen sehr viel Aufmerksamkeit benötigen. Eine Lehrerin ist der Meinung, dass es seine Zeit brauchen würde, bis das Angebot der Schulgesundheitspflege „als normal empfunden wird“ und der Zulauf dann nachlässt. In den ersten Monaten sei es schon sehr anstrengend gewesen. Immer wieder musste entschieden werden, wer nun zuerst zur „Schulgesundheitsfachkraft“ darf und wer als Nächstes dran bzw. ob das Aufsuchen überhaupt nötig sei (L_YZ: 10). Im Kollegium wurden daraufhin verschiedene Lösungen diskutiert, wie man die übermäßige Inanspruchnahme der Schulgesundheitspflege einschränken könne. Einzelne Schulen haben ein Kontrollsystem eingeführt: Die Schüler*innen bekommen auf den Weg zur „Schulgesundheitsfachkraft“ eine Art Laufzettel mit, auf dem Uhrzeiten vermerkt sind. Lehrer*in und Pflegenden müssen darauf die jeweiligen Zeiten der Inanspruchnahme abtragen und diesen Zettel abzeichnen (L_UX: 16). Damit soll verhindert werden, dass dieselben Schüler*innen immer wieder „wegen der vermeintlichen Bauchschmerzen“ den

(Vertretungs-)Unterricht verlassen und auf dem Weg von und zur Schulgesundheitspflege oder wieder zurück ins Trödeln kommen: *„Seit wir diesen Zettel haben, ist es schon sehr viel weniger geworden“*, stellt eine Lehrerin befriedigt fest (L_ZA: 18). Eine weitere Idee zur Steuerung der Inanspruchnahme wird von einer Lehrerin einer anderen Schule berichtet: Die „Schulgesundheitsfachkraft“ selbst hätte edukative Angebote entwickelt, bei denen sich die Schüler*innen in der Selbstsorge üben könnten. Sie lernen ihr Befinden und etwaige Symptome einzuschätzen und auch, wie sie mit einfachen Mitteln damit umgehen könnten – also beispielsweise regelmäßiges Trinken zur Vermeidung von Kopfschmerzen (L_ZA: 18).

Die Lehrer*innen betonen aber auch, dass die Schüler*innen – wenn sie denn wirklich Hilfe brauchen – in der Pflegenden jemanden hätten, der ganz andere Möglichkeiten habe als sie selbst, um auf ihre Anliegen zu reagieren. Sie könne mehr *„Fürsorge leisten (...), als wir das können im Alltag“*, meint eine Diskussionsteilnehmerin (L_RE: 151). Jemand anderes von den Lehrenden ergänzt dazu:

„Damit letztendlich auch Kindern die teilweise Angst haben zur Schule zu kommen und diesen Weg wieder zu öffnen. Einfach weil da jemand ist, der sie ernst nehmen kann, wo Lehrer die Zeit nicht haben, weil sie dann 30 vor sich haben. Und da ist jemand, (...) da kannst du deine Sorgen und Nöte so abladen, dass du hinterher auch gerne wieder kommst. Und zwar nicht nur zur Schulkrankenschwester, sondern auch zum Lehrer und zum Unterricht. Zu dem System Schule. Dass das System Schule letztendlich aufgewertet wird.“ (L_SW: 152)

Die Sorge um das einzelne Kind, das womöglich aufgrund individueller Probleme Schwierigkeiten mit dem Schulbesuch hat, könne die „Schulgesundheitsfachkraft“ aufgrund ihrer zeitlichen Kapazitäten und ihres Auftrags übernehmen, während die Lehrer*innen sich immer um die gesamte Gruppe an Schüler*innen bemühen müssten. Eben hierin sehen die Lehrer*innen einen großen Vorteil der Schulgesundheitspflege. Insofern erhoffen sie sich von diesem Angebot auch eine Antwort auf die Probleme mit *„Schulschwänzern“* bzw. *„Schulverweigerern“*. Die Pflegende hätte hier Regulierungsmöglichkeiten und könnte damit auch das System Schule positiv beeinflussen: Sie könnte einschätzen und kontrollieren, ob eine Schülerin oder ein Schüler immer im selben Unterrichtsfach fehle, ob das vorgebrachte Unwohlsein oder eine Erkrankung das Verlassen der Schule rechtfertige oder ob ein Kind oder Jugendlicher dem Unterricht womöglich aus anderen Gründen fernbleiben will. Dabei werden auch Konflikte nicht gescheut. Eine Lehrerin einer neunten Klasse berichtet, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ schon mehrfach mit jungen Leuten zusammengeprallt wäre, da sie ihnen sagte, sie seien nicht krank und sie müssten zurück in den Unterricht. Mittlerweile würden sich die Schüler*innen gut überlegen, ob sie sich krankmelden, denn mittlerweile wüssten sie, dass sie in diesem Fall zur Pflegenden geschickt würden. Das sei eine *„hilfreiche Hürde“* für Schulverweigernde, findet eine der mitdiskutierenden Lehrenden (L_WY: 27).

Als „Sorgeinstanz“ wird die Schulgesundheitspflege von den Lehrenden aber nicht einzig in Richtung einer Kontrollfunktion interpretiert (durchaus orientiert an Vorstellungen der klassischen „Sozialfürsorge“). Er ist auch deutlich positiv konnotiert und zielt auf die Förderung eines umfassenden Wohlbefindens an der Schule. Auf die Feststellung einer Lehrerin *„Man kann nur lernen, wenn man sich wohl fühlt“* (L_TD: 22) reagiert eine andere Teilnehmerin der Diskussionsrunde mit dem Einwand, dass sich die Schüler*innen nicht nur wohl, sondern *„aufgehoben“* fühlen sollten (L_ZA: 66). Damit bezieht sie sich auf ihre Beobachtung, dass sich die „Schulgesundheitsfachkraft“ in einem geschützten Rahmen um die Schüler*innen kümmere und auch bei existentiellen Problemen helfen würde. Tatsächlich wollen die Lehrer*innen beobachtet haben, dass die Schüler*innen zuweilen in Form von Bauch- oder Kopfschmerzen Sachen ausdrücken, *„die sehr tief vielleicht auch in der Seele sitzen“* (L_QV: 64). Mit anderen Worten: Sie gehen davon aus, dass emotional-soziale Konflikte durch Somatisierungen sozial verträglich präsentiert oder überdeckt werden. Darin würde aber zugleich eine Chance der Schulgesundheitspflege liegen, denn wenn die Schüler*innen mit Worten nicht mehr erreichbar seien,

könnte die „Schulgesundheitsfachkraft“ womöglich einen körperlichen Zugang zu den Kindern und Jugendlichen finden (L_QV: 64). Die Pflegende habe dabei durch ihre Qualifikation mehr Möglichkeiten, zu helfen als das übrige Schulpersonal, meint eine weitere Diskussionsteilnehmerin. Eine Lehrkraft oder Schulsekretärin hätte nach einem Sturz vielleicht ein Pflaster auf die Wunde geklebt und das Kind dann einfach nach Hause geschickt. Die „Schulgesundheitsfachkraft“ würde indes sehr viel mehr tun, sie messe die Temperatur und mache Diagnostik, bereite eine Wärmeflasche oder einen Tee zu und bei all dem wende sie sich dabei den Kindern und Jugendlichen intensiv zu. Eine andere Lehrerin spricht von „*Seelenpflaster*“, das von den Schülerinnen und Schülern benötigt werde und nicht nur das „*Pflaster auf eine Wunde*“ (L_AU: 8). Dabei könne die Schulgesundheitspflege durchaus auch grundlegende Probleme angehen, denn „*wenn die Krankenschwester das sagt, ist das was Anderes*“ (L_FH: 15). Sie behandle die Schüler*innen mit einem ganzheitlichen Ansatz, der die körperliche, psychische und auch soziale Ebene einbeziehe. Eine Lehrerin bezeichnet dies als „*sorgsames Umgehen mit den Menschen*“ (L_QV: 45), eine andere mit „*mehr Menschlichkeit in die Schule bringen*“ (L_RE: 151).

Diese Sorgearbeit der Pfleger*innen beschränkt sich nicht allein auf die Schüler*innen, sondern bezieht auch die Lehrer*innen mit ein. „*Es heißt ja auch Schulgesundheitsfachkraft. Und das Thema Schule beinhaltet ja nicht nur Lernende, es beinhaltet genauso Lehrende*“, betont ein Lehrer (L_HI: 87) diese systemische Sichtweise. Er berichtet dann davon, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ einmal im Monat ein Lehrerfrühstück ausrichte, bei dem auch die Lehrer*innen thematisiert werde. Eine einfache Aktion wie diese führe nach und nach dazu, „*dass man ein Gesundheitsbewusstsein entwickelt*“ (L_HI: 83). Andere Lehrer*innen stimmen dieser Sichtweise zu und eine von ihnen fasst ihre Position in dem folgenden Auszug zusammen:

„Ja, so eine Art Fürsorge, die uns Lehrern auch mal entgegengebracht wird. Da kümmert sich auch mal jemand um uns. (...) einfach auch, für uns da zu sein. Und Freude zu schenken. Und Freude macht gesund. So nach wie vor sind wir ja oftmals auch ziemlich angespannt und auch frustriert und wütend und traurig. Ja, und auch wieder so diese Balance zu finden, oder einen Ausgleich zu finden. (...) Und nicht unterzugehen und krank zu werden.“ (L_AU: 86)

Ähnlich wie die Schüler*innen wollen auch die Lehrer*innen an den Schulen nicht einzig als Funktionsträger*innen angesehen, sondern als Person betrachtet und entsprechend behandelt werden. Auch die Lehrer*innen – so wird berichtet – holen sich bei der „Schulgesundheitsfachkraft“ gelegentlich ein Pflaster oder ein Kühlpack ab, wenn sie sich verletzt haben oder sich kurz ausruhen wollen (L_ZA: 66). Eine Lehrerin findet es gut, dass sie sich bei ihr auch einmal zurückziehen und sich den Blutdruck messen lassen könne (L_CT: 11). Dies steigere das „*Wohlfühlen am Arbeitsplatz*“, sind sich die Lehrer*innen untereinander einig (L_ZA: 66). Indem die Pflegenden sich also auch um die Gesundheit und das Wohlbefinden der Lehrer*innen sorgen, tragen sie ihren Teil zur Schulgesundheit bei.

Schulgesundheitspflege als „Sicherheitsinstanz“

Im Alltag der Lehrer*innen stellt sich ihnen immer wieder die Frage, wie schwer eine gesundheitliche Beeinträchtigung oder das Unwohlsein eines Kindes ist und welche Konsequenzen sich daraus möglicherweise ergeben. Aufgrund ihrer fehlenden gesundheitsbezogenen Qualifikation können sie körperliche Signale oft nicht richtig deuten, Selbstauskünfte der Schüler*innen nur schwer einschätzen und auch Informationen der Eltern oder Sorgeberechtigten nur bedingt einordnen. Die Schulgesundheitspflege wirkt in diesem Zusammenhang aus Sicht der Lehrer*innen sicherheitsstiftend, denn aufgrund der Kompetenzen der „Schulgesundheitsfachkraft“ könne sie gesundheitliche Situation begründet beurteilen und angemessene Maßnahmen zu deren Beantwortung einleiten oder veranlassen. Eine Sportlehrerin merkt an, dass sie sich dadurch abgesichert und von dem Druck entlastet fühle, Entscheidungen treffen zu müssen: „*Ja, für mich bedeutet es Sicherheit, dass ich bei Zweifelsachen immer sagen kann: Da ist eine Fachfrau. Die kann das einschätzen (...)*“ (L_FH: 3). Dahinter verbirgt sich stets die Sorge

der Lehrer*innen, womöglich etwas übersehen und falsch entschieden zu haben und anschließend dafür kritisiert oder gar haftbar gemacht zu werden. So berichtet eine Lehrerin beispielsweise, dass sich ein Junge auf dem Spielplatz beim Wippen eine leichte Quetschung an der Wade zugezogen habe. Er bekam von ihr einen Kühl-Akku, das Bein wurde hochgelagert und weiter beobachtet. Später hätten sich die Eltern darüber beschwert, nicht sofort über den Vorfall informiert worden zu sein. Bei ihr entstand daraufhin das Gefühl, es in solchen Situationen nicht allen Recht machen zu können. Und dieses Gefühl sei der Grund, warum sich viele ihrer Kolleginnen und Kollegen aus gesundheitlichen Belangen lieber heraushalten würden: *„Wir stehen immer im Kreuzfeuer der Kritik (...) und deswegen ziehen sich viele zurück, weil es manchmal dann wirklich Ärger gibt“* (L_AU: 12).

Die Schulgesundheitspflege bietet den Lehrenden also einen Ausweg im Umgang mit eigenen Unsicherheiten in Gesundheitsfragen und zugleich die Möglichkeit, eventuell kritischen Situationen und Anfragen aus dem Weg gehen können. Ähnlich wie die Sportlehrer*innen nutzen auch die Biologielehrer*innen in diesem Zusammenhang häufiger das Wort „Sicherheit“. Früher war es aufgrund der vermeintlichen fachlichen Nähe dieser Lehrerguppe ihre meist stillschweigend übertragene (Zusatz-)Aufgabe, sich um alle Gesundheitsfragen an der Schule zu kümmern. Jetzt hätten sie die Sicherheit, dass durch die „Schulgesundheitsfachkraft“ tatsächlich jemand mit Kompetenzen in diesem Bereich an der Schule wäre – wie sich auch in folgendem Auszug aus dem Datenmaterial zeigt:

„Ja, also die Gesunderhaltung ist jetzt nicht mehr auf den Biolehrer abgeschoben, sondern es entlastet auch einfach tatsächlich das Biologiekollegium. Einfach weil die immer tatsächlich, wie du vorhin sagtest, mit dem Diabetes: "Guck doch mal, schau doch mal." Das heißt, man hat Sicherheit beim Thema Gesundheit und man fühlt sich da dann auch besser, weil man die Entlastung hat, man ist nicht mehr für Dinge verantwortlich, für die man eigentlich gar nicht verantwortlich sein möchte (...). Sondern da gibt es jemanden, der sich für alle darum kümmert. Und der macht es tatsächlich als seinen Job und muss es nicht noch irgendwo zwischen reinschieben, neben seinem eigentlichen Unterricht.“ (L_ZA: 156)

Auch andere Biologielehrer*innen haben die hier beschriebene Erfahrung gemacht, dass sie früher immer wieder zu gesundheitlichen Fragen Stellung beziehen mussten, wie zum Beispiel zu Diabetes der Schüler*innen oder auch der Kolleg*innen (L_TD: 20). Dies gehört aber weder zu ihrem Kompetenzbereich noch hätten sie die notwendige Zeit, sich damit zu befassen – schließlich besteht ihre Kernaufgabe im Unterrichten, so auch die zuvor zitierte Lehrerin. Mit der Schulgesundheitspflege gibt es nun Expert*innen an den Schulen, die sich um all diese gesundheitlichen Belange kümmern könnten und dies auch deutlich kompetenter als sie selbst.

Diese Sicherheit vermittelt die Schulgesundheitspflege aber nicht nur im Umgang mit somatischen Problemen, sondern ebenso bei emotional-sozialen Krisen, psychischen Erkrankungen oder schwer erklärbaren Verhaltensauffälligkeiten. Diese Phänomene nähmen deutlich zu und die betreffenden Schüler*innen würden immer mehr Aufmerksamkeit benötigen. Eine Lehrerin ist der Ansicht, dass die Kinder grundsätzlich immer unselbständiger im Umgang mit ihren eigenen Befindlichkeiten würden – körperlicher oder mentaler Natur – und nicht wüssten, wie sie damit umgehen sollten. Das tragen sie dann an die Lehrer*innen heran, die diesbezüglich aber ebenfalls verunsichert seien (L_AU: 12). Das – so eine andere Lehrerin – hinterlasse oftmals das Gefühl von Überforderung, dem man nur durch Rücksprache mit einer fachkundigen Person begegnen könne. Die nur punktuell an der Schule anwesenden Schulpsycholog*innen böten ihnen hierbei kaum ausreichende Unterstützung (L_XB: 96).

Sicherheit vermittelt die Schulgesundheitspflege auch im Umgang mit Kindern mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen und somit beim Thema Inklusion. Eine Lehrerin ist froh, einen Schüler mit starker Migräne zur „Schulgesundheitsfachkraft“ schicken zu können, die in Absprache mit den Eltern im Kühlschranks ein Medikament aufbewahre. Von Situation zu Situation könne sie dann entscheiden, ob es an der Zeit sei, dieses Medikament zu verabreichen

(L_RE: 47). Eine Lehrerin einer kooperativen Gesamtschule berichtet von einem Kind mit einer geistigen Behinderung, das mehrfachen Beeinträchtigungen ausgesetzt sei, wobei die „Schulgesundheitsfachkraft“ in Absprache mit der Klassenlehrerin und den Eltern die Betreuung übernommen habe (L_YZ: 56). Auch während der Pausen sei es bei Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen besonders schwer zu beurteilen, ob Handlungsbedarf bestehe, meint eine andere Lehrerin. Beispielsweise sei sie unsicher, ob das Kind mit einer chronischen Versteifung im Rücken nach einem Sturz ins Krankenhaus müsse oder was sie tun müsse, wenn einer Schülerin mit Diabetes schwindlig sei. Sie ist froh, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ diese Entscheidungen nun übernimmt. *„Es entlastet mich, weil ich mir da einfach nicht mehr die Gedanken machen muss“*, sagt sie (L_ZA: 9). Gerade auch an Inklusionsschulen sei es für Regelschullehrer*innen schwierig, die Sachlage einzuschätzen, wenn zum Beispiel ein Autist über Bauchweh klagt. Selbst Förderschullehrer*innen seien für solche Situationen nicht immer adäquat ausgebildet, meint sie weiterhin (L_ZA: 58). Die Schulgesundheitspflege wird von den Lehrenden als ein wichtiges, sicherheitsstiftendes Zusatzangebot angesehen, das ihnen ermöglicht, sich wieder stärker auf ihre eigenen Kernaufgaben zu konzentrieren.

Schulgesundheitspflege als „Vermittlungsinstanz“

In der kurzen Zeit der Anwesenheit der „Schulgesundheitsfachkraft“ an den Schulen wurde bereits deutlich, dass die Schulgesundheitspflege in vielerlei Hinsicht als „Vermittlungsinstanz“ in gesundheitsrelevanten Fragen in Erscheinung tritt – zwischen Schüler*innen, Elternhaus und Schule und in Richtung auf die Schulumwelt (insbesondere das Gesundheitswesen mit seinen verschiedenen Institutionen). Einige Lehrer*innen formulieren beispielsweise ihre Erwartung, dass die Pflegende im Umgang mit Infektionskrankheiten oder Epidemien, die in der Schule auftreten, behilflich sind und ggf. den Kontakt mit den örtlichen Gesundheitsbehörden gewährleisten. Aus Sicht der Lehrer*innen könne die „Schulgesundheitsfachkraft“ die Eltern in enger Zusammenarbeit mit den zuständigen Behörden darüber aufklären, dass sie ihre Kinder von der Schule fernhalten sollen, wenn sie nach einer Erkältung oder einer anderen Infektion noch nicht vollständig genesen seien – eine klassische Public-Health-Aufgabe. Dahinter verbirgt sich die Sorge der Lehrer*innen, dass sich übertragbare Erkrankungen in einer gesamten Schulklasse oder Schule ausbreiten und immer wiederkehren, wenn vermeintlich gesunde Kinder am Unterricht teilnehmen – eine Beobachtung, die sie in der Vergangenheit immer wieder gemacht hätten. Eine Lehrerin meint, dass die Pflegende das Thema „Verhalten bei Infektionen und Hygiene“ an einem Elternabend aufgreifen könnte, da vielen Eltern nicht klar sei, wie lange ihre Kinder ansteckend sind und wann sie nach einer Erkrankung wieder zur Schule gehen können (L_ZA: 107). Die Lehrer*innen berichten auch vom Auftreten von Läusen oder Keuchhusten an den Schulen und sie sind froh darüber, dass die Schulleitung im Umgang mit solchen Fällen von der „Schulgesundheitsfachkraft“ unterstützt werde. So könnte die Pflegende beispielsweise Warnhinweise gestalten und aushängen, um die Eltern zu informieren; allgemeine Hygieneschulungen durchführen oder sie könnte sich auch selbst um die betroffenen Schüler*innen kümmern (vgl. z. B. L_ZA: 26).

Einige Lehrer*innen berichten von einer bereits praktizierten Zusammenarbeit der „Schulgesundheitsfachkraft“ mit den Gesundheitsämtern bei der Durchführung von Schuleingangs- und Schulausgangsuntersuchungen (L_BF: 26). So könnte sie zu Schulbeginn bereits eine Einteilung vornehmen, bei welchem Kind besonders auf gesundheitliche Probleme geachtet werden müsse, hebt eine Lehrerin positiv hervor. Und vor der Schulentlassung habe die Pflegende *„Präventionsarbeit geleistet“*, ergänzt eine andere Lehrerin, indem sie die Kinder mit dem Einverständnis der Eltern gewogen und gemessen und einen Sehtest gemacht habe. Aber auch Screenings bei Drittklässlern hätte die „Schulgesundheitsfachkraft“ durchgeführt, da es *„erschreckende Zahlen zu Übergewichtigkeit von Grundschulern“* gegeben habe (L_CT: 27). Eine weitere Lehrerin findet vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen mit dem Modellprojekt, dass die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern noch intensiviert und der Aufgabenbereich

der „Schulgesundheitsfachkraft“ zum Thema Früherkennung und Durchführung von Tests erweitert werden sollte (L_DG: 28). Zuweilen würde sich die Pflgende auch um die Verbesserung der Ausstattung der Schulen in Hygienefragen kümmern. In einigen Schulen habe sie sich beispielsweise um Desinfektionsmittelspender im Lehrerzimmer bemüht, in anderen um die Trinkwasserversorgung. Dabei würde sie bei diesen Dingen vom Schulleiter *„anders gehört“* als etwa Lehrer*innen und hätte daher mehr Erfolg bei der Durchsetzung – so die Sichtweise der Lehrer*innen in den Diskussionsrunden (L_RE: 68).

Neben der Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern kann die „Schulgesundheitsfachkraft“ viele weitere Kooperationen mit externen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens und in Richtung auf Elternhaus und Schule vermitteln. Die Lehrer*innen berichten hier von vielen unterschiedlichen Situationen: Eine Diskussionsteilnehmerin erzählt in dem Zusammenhang von einem Mädchen in einer schwierigen sozialen Lage, dessen nicht Deutsch sprechende Mutter schwer erkrankte. *„Und da hat unsere Schulgesundheitsfachkraft sich wirklich auch dafür eingesetzt, was man für Hilfe von offizieller Stelle bekommen kann“*, fasst sie ihre Erfahrungen zusammen (L_XB: 23). Andere Lehrer*innen heben hervor, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ einen recht guten Überblick darüber hätte, welche Kinder häufiger fehlen oder welche Beschwerden bei ihnen vermehrt auftreten. Die Lehrer*innen könnten sich bei ihr erkundigen, wie oft in der Woche zum Beispiel eine Schülerin oder ein Schüler aufgrund von Beschwerden den Unterricht verlassen hat. Indem auf diese Weise Transparenz geschaffen wird, können Gesundheitsprobleme frühzeitig erkannt und daraus resultierende Probleme beim Besuch der Schule im Austausch untereinander, mit den Eltern oder Sorgeberechtigten oder auch mit externen Stellen womöglich bereits im Vorfeld abgewendet werden (L_RE: 24). Eine Lehrerin erinnert sich an zwei Fälle in ihrer Klasse, in denen sich die Eltern an die Pflgende wandten. Es ergab sich dringender Handlungsbedarf, weshalb die Schulgesundheitspflege vermittelnd tätig wurde. Die Eltern hätten es sehr begrüßt, an der Schule eine Ansprechperson zu haben. Auf diese Weise blieb ihnen erspart, sich mühsam selbst Hilfe im Gesundheits- und Sozialwesen suchen zu müssen (L_QV: 55). Eine andere Lehrerin berichtet von einem Kind, das sich immer gestoßen habe. Die „Schulgesundheitsfachkraft“ fand nach eigenen Untersuchungen heraus, dass es schlicht eine Brille benötigt und informierte die Eltern entsprechend (L_ZA: 48). Eine der Lehrer*innen vergleicht die „Schulgesundheitsfachkraft“ in der Schule deshalb auch mit einer Fährtenleserin, weil *„(...) da möglicherweise eben auch so eine Schulgesundheitsfachkraft manchmal auf Spuren kommt, (...) diese Fährten würde sonst niemand lesen“* (L_QV: 55).

Besondere Bedeutung hat die Vermittlungsarbeit der Pflgenden im Fall der Inklusionsschulen. Die Lehrer*innen berichten, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ die Kontakte zu mobilen Pflgediensten, den Kliniken oder zu den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten verwalte. Eine Lehrerin betont, dass sie die Verbindungen der an ihrer Schule eingesetzten Pflgenden, die vorher in verschiedenen Praxen gearbeitet habe und im Ort deshalb schon gut bekannt sei, gerne aktivieren würde (L_CT: 36). Das könnte z. B. bei chronisch kranken Kindern oder in längeren Krankheitsphasen wichtig sein, um den weiteren Verlauf und die eventuelle Beeinträchtigung des Schulbesuchs besser abschätzen zu können. Eine Lehrerin erzählt von dem Fall eines geflüchteten Mädchens, das an einer sehr schweren Stoffwechselerkrankung leidet und neu an die Schule kam. Sie hätte sich nicht vorstellen können, wie die Lehrer*innen diese Situation ohne die Hilfe der Pflgenden hätten meistern sollen. Es habe fast ein halbes Jahr gedauert, bis das alles in Gang gebracht worden war. Auch verantwortete sie jetzt die Unterweisung der Kolleg*innen in die benötigten regelmäßigen Kontrollmessungen und in den Umgang mit dem Spritzen. Selbst die Betreuung von an Krebs erkrankten Kindern und Jugendlichen fällt in den Aufgabenbereich der Pflgenden. Die spezifischen Befindlichkeiten und die damit verbundene Emotionalität habe die „Schulgesundheitsfachkraft“ als ausgebildete Gesundheits- und Krankenpflger*in ganz anders im Griff. *„Dort sind wir als Lehrkräfte – muss ich ganz ehrlich sagen – auch oft überfordert“*, stellt sie resümierend fest (L_CT: 11).

Schließlich wird in den Gruppendiskussionen noch eine ganz andere Dimension der Vermittlungsarbeit der Schulgesundheitspflege offensichtlich. Sie bezieht sich eher darauf, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ ansonsten in den Schulen wenig beachtete Gesundheitsthemen repräsentieren und diese – etwa in Form von verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung – edukativ an die Schüler*innen, Lehrer*innen oder auch Eltern herantragen kann. Einiges davon deutete sich in den vorstehenden Ausführungen bereits an. Eine weitere Perspektive liefert dieses längere Zitat einer an den Gruppendiskussionen beteiligten Lehrerin:

„(...) das sind halt manchmal Themen wie Zahngesundheit in der Klasse fünf. (...) Also ich habe da zum Beispiel mit meiner Klasse dran teilgenommen, habe es erst noch so ein bisschen belächelt und dachte, naja komm, das haben wir doch in der Grundschule gemacht, jetzt machen wir ein bisschen Zähneputzen. Und am Ende hat sich herausgestellt, die Schüler haben danach gesagt: Mensch das war richtig wichtig, und wir hatten das in der Grundschule gar nicht, oder wir haben es wieder vergessen, oder sonst was. Und ich hätte das niemals gemacht von mir aus, jetzt als Klassenlehrerin, ich bin auch keine Biolehrerin. Oder auch in den siebten Klassen zum Thema Kopfschmerzen, da hat sie eben auch was gemacht und unheimlich viele Schüler haben danach gesagt: Ja krass, da haben wir noch nie so drüber nachgedacht und das war auch noch nie so ein Thema, dass wir das so besprochen haben und das richtig was mit uns zu tun hatte. (...) Dass sie so bestimmte Dinge einfach mitkriegen, die sie vielleicht von zu Hause nicht mitkriegen.“
(L_QV: 29)

Zunächst herrschte Skepsis vor, als ein alltägliches Thema wie Zahngesundheit projektförmig aufgegriffen wurde. Dann aber machte die zitierte Lehrerin die Beobachtung, dass die Kinder und Jugendlichen durch derartige Veranstaltungen Impulse bekämen, um über gesundheitsförderliche Verhaltensweisen nachzudenken. Zugleich würden hier Defizite auf Seiten des Elternhauses aufgegriffen und Brücken zwischen Schule und Alltagswelt aufgebaut, denn diese Themen würden so aufgegriffen, dass sie etwas mit dem Alltag und der Lebenswelt der Schüler*innen zu tun hätten (L_QV: 29). In den Diskussionen werden von den Lehrenden weitere lebensweltbezogene Projektthemen angesprochen, die von der „Schulgesundheitsfachkraft“ aufgegriffen wurden. Eine Lehrerin berichtet, dass sie keine Kinder mehr mit Chips in ihrer Klasse beobachtet habe, seit die Pflgende mit den Fünftklässler*innen über „gesundes Essen“ gesprochen habe (L_UX: 31). Eine Diskussionsteilnehmerin hebt ergänzend hervor, dass sie es gut fand, dass sich die Pflgende intensiv beim Bau einer neuen Cafeteria anhand von Checklisten für den Verkauf von Gesundem eingebracht hätte (L_RE: 68). An einer anderen Schule wurde zusammen mit den Lehrenden eine „gesunde Obst- und Snackpausenbar“ etabliert (L_BF: 90). Die von der „Schulgesundheitsfachkraft“ eingebrachten Themen könnten zudem auch die eigene Unterrichtsarbeit inspirieren, findet eine Kunstlehrerin, die sich über neue Ideen zur Umsetzung freut (L_AU: 8). Auf diese Weise beeinflussen die Aktivitäten der Pflgenden das gesamte System Schule.

Möglichkeiten und Grenzen der Schulgesundheitspflege

Die Lehrer*innen sehen in der Schulgesundheitspflege ein Angebot, dass sie einerseits entlastet und andererseits ihren Alltag bereichert. Diese Einschätzung der mit dem Modellprojekt gesammelten Erfahrungen wird besonders nachvollziehbar, wenn die von den Lehrenden geschilderten Veränderungen in den Schulen und die damit einhergehenden Herausforderungen in Erinnerung gerufen werden. Die Arbeitslast hat stetig zugenommen und besonders beklagt wird daran, (...) dass für uns Lehrer nicht nur der Unterricht mehr entscheidend ist. Sondern dass zu viele Nebentätigkeiten uns auferlegt werden“ (L_AU: 18-20). Hierzu zählen sie auch den Umgang mit den gesundheitsrelevanten Herausforderungen in ihren unterschiedlichen Erscheinungsformen – seien es die ganz alltäglichen Unfälle auf dem Pausenhof, das Umsorgen Einzelner in schwierigen gesundheitlichen oder emotional-sozialen Situationen, die Notwendigkeit zur Prävention und Gesundheitsförderung oder auch die nicht immer leichte Zusammenarbeit

mit den Eltern oder den zahlreichen externen Stellen in der Schulumwelt. *„Und da brauchen wir einfach solche Leute. Weil ansonsten werden wir unser tagtägliches Geschäft einfach auch nicht mehr leisten können“* – so das Plädoyer für die Schulgesundheitspflege (L_AU: 8). Es geht den Lehrenden aber nicht nur darum, aus ihrer Sicht fachfremde Aufgaben abzugeben und sich wieder auf ihre Kernaufgabe – das Unterrichten – konzentrieren zu können. Vielmehr sehen sie die Schule als *„Getriebe“*, bei dem die Pflgende mit ihrer Anwaltschaft für das Thema Gesundheit wichtige Funktionen einnehmen würde:

„In Bezug auf inklusive Schule, auf Heterogenität, finde ich es einen großen Beitrag, um dort ein Stückchen im Getriebe mit einzubringen zum Thema sonstiges Personal. Um es einfach vollkommen zu machen. So, wie Schule sein sollte. Was fehlt an Schule? Das ist für mich einfach diese Sicht aus der gesundheitlichen Perspektive heraus.“ (L_CT: 5)

Die Schulgesundheitspflege ergänzt also das bestehende Angebot an den Schulen und trägt dazu bei, dass neu entstandene Herausforderungen – etwa durch zunehmende Diversität auf Seiten der Schüler*innen und Eltern oder durch gesellschafts- und schulpolitische Entwicklungen – besser als bislang beantwortet werden können. Zu begrüßen sei dabei, dass das Modellprojekt Schulgesundheitspflege *„nicht zu starr“* umgesetzt wurde, sondern dass experimentelle Freiräume bestanden hätten. Hierdurch könne das Angebot den regionalen Gegebenheiten und Besonderheiten angepasst und die Tätigkeiten der *„Schulgesundheitsfachkraft“* auf die Bedarfe der Kinder und Jugendlichen der jeweiligen Schulen ausgerichtet werden, findet eine Lehrerin. Wichtig war ihr aber auch, dass dabei überall die ganze Bandbreite von der Erstversorgung bis zur Prävention abgedeckt ist und die Schulgesundheitspflege sich gleichermaßen für Schüler*innen, Eltern und Lehrer*innen zuständig fühlen würde (L_QV: 84). Eine gute Balance zwischen schulspezifischen und überall ähnlichen Angeboten wurde von den Lehrenden als erstrebenswert erachtet.

Die Lehrer*innen äußern auch Wünsche zur weiteren Ausgestaltung des Berufsbildes der *„Schulgesundheitsfachkraft“* und ihres Tätigkeitsspektrums: Beispielsweise sollte sie berechtigt sein, chronisch kranken Kindern Medikamente auszugeben, damit dies nicht von externen Pflegediensten übernommen werden müsse. Dies würde lediglich den Unterricht stören (L_DG: 16). Hinsichtlich der Kompetenzprofile der Pflgenden wünschen sich die Lehrer*innen, dass dem Thema Kommunikation im Rahmen von Eltern- und Schülergesprächen noch mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird (L_WY: 92). Auch das Thema psychische Erkrankungen oder emotional-soziale Störungen verdient mehr Beachtung (L_XB: 96). Dabei sei wichtig, dass die Tätigkeitsfelder der Schulgesundheitspflege noch klarer von der Schulpsychologie abgegrenzt werden. Andernfalls - so warnt eine Lehrerin - könne *„das falsche Signal“* gesetzt und Bestrebungen zur Einsparung der einen oder anderen Profession befördert werden. Denn *„eigentlich braucht man beides an der Schule“*, meint sie. Zudem hebt sie hervor, dass die Ausbildungen der Schulpsycholog*innen, der Schulsozialarbeiter*innen und der *„Schulgesundheitsfachkräfte“* trotz gewisser Überschneidungen doch alle sehr verschieden seien (L_RE: 99). Eine andere Diskussteilnehmerin spricht in dem Zusammenhang das Problem der Konkurrenz der verschiedenen Angebote untereinander an: nicht nur innerhalb der Schule zwischen den verschiedenen Berufsgruppen, sondern auch gegenüber niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten oder den Gesundheitsämtern oder Kinder- und Jugendhilfsdiensten. Die Schulgesundheitspflege – so betont eine/r der Lehrer*innen ausdrücklich – sei keine Konkurrenz, sondern ein überfälliges *„Unterstützungssystem“* für alle Beteiligten – besonders aber für die Schüler*innen, ihre Eltern und auch die Lehrer*innen an den Schulen (L_CT: 38).

Gleichwohl sehen die Lehrer*innen auch noch zu bewältigende Probleme. So würden aus ihrer Sicht fremdsprachige Informationen zur Schulgesundheitspflege benötigt, wobei – so eine Lehrerin – wichtig sei – insbesondere auch ausländische Eltern darauf hinzuweisen, dass der Besuch bei der *„Schulgesundheitsfachkraft“* keinen Arztbesuch ersetze (L_ZA: 93). Dies sei noch nicht von allen verstanden worden. Problematisiert werden auch bürokratische Hürden und die Rechtslage z. B. bezüglich erlaubter Tätigkeiten der Pflgenden im Projekt. Die Lehrer*innen

fühlen sich dadurch verunsichert, dass die Schüler*innen nur mit der hinterlegten Einverständniserklärung ihrer Eltern zur „Schulgesundheitsfachkraft“ gehen dürfen (ausgenommen in Notfällen). Das macht es erforderlich, dass die Lehrer*innen immer zuerst nachschauen müssen, ob eine solche vorliegt – und eben das erweist sich im Schulalltag als unpraktisch. Hier könnte nach Ansicht der Lehrenden mehr Aufklärungsarbeit bei den Eltern helfen, um Misstrauen gegen die Schulgesundheitspflege – etwa wegen des Datenschutzes – abzubauen (L_ES: 52). Jedes Kind und jede*r Jugendliche, findet eine der Lehrer*innen, sollte jederzeit auch außerhalb des Unterrichtes aus freien Stücken zur „Schulgesundheitsfachkraft“ gehen dürfen, ohne zuvor den/die Lehrer*in um Erlaubnis bitten zu müssen. Der Schulgesundheitspflege dieses Vertrauen auszusprechen sei nicht allein aus organisatorischen Gründen wichtig, vielmehr sei die „Schulgesundheitsfachkraft“ eine Person, bei der „*sich Kinder offenbaren*“ und sie „*ihre nicht gleich sichtbaren Verletzungen*“ hintragen können (L_CT: 74). Und eben dies sei in der heutigen Schule ein nahezu unverzichtbares Angebot zum Erhalt und zur Förderung der Schulgesundheit.

Als größtes Problem sehen die Lehrer*innen in den Gruppendiskussionen aber die geringe Präsenz der „Schulgesundheitsfachkräfte“ an den Schulen. In Brandenburg konnten sie wegen der Zuständigkeit für mehrere Schulen nicht täglich anwesend sein. Hinzu kamen in der Modellphase noch Abwesenheiten wegen der Qualifizierung der Pflegenden. Zudem wurde von den Lehrenden darauf hingewiesen, dass sie selbst sich im Bedarfsfall auch mal gegenseitig vertreten könnten. Aber wenn die „Schulgesundheitsfachkraft“ nicht da sei, gäbe es keinen Ersatz – so eine der Lehrer*innen (L_AU: 68). Auch wenn ein Ausfall wegen Erkrankung, Urlaub o. ä. für die Erstversorgung natürlich besonders dramatisch ist, leiden auch die anderen Aufgaben darunter. Für die Betreuung der Schüler*innen sei eine konstante Präsenz der „Schulgesundheitsfachkraft“ unabdingbar, denn „*Beziehungsarbeit braucht Kontinuität*“, unterstreicht eine andere Lehrerin (L_QV: 141). Darüber hinaus sei der zeitliche Umfang und die Kontinuität des neuen Angebots Schulgesundheitspflege auch für die Schulentwicklung wichtig, denn die Erwartungen der Lehrer*innen sind hoch. Eine Lehrerin fasst das – stellvertretend für die anderen Teilnehmenden der Diskussionsrunden so zusammen: Die Schulgesundheitspflege hat die Aufgabe, die Lehrer*innen zu begleiten und „*unsere Schule auf den Weg ‚gesunde Schule‘ zu führen*“ (L_QV: 141).

2. Ergebnisse aus der schriftlichen Befragung

In diesem Teil wird aus den Daten der schriftlichen Befragung herausgearbeitet und quantifiziert, wie die Schüler*innen, Eltern, Lehrer*innen und die Schulleiter*innen das Angebot der Schulgesundheitspflege wahrnehmen und bewerten. Ziel ist es, die Wahrnehmung und Akzeptanz des Versorgungsangebotes unter den zentralen Zielgruppen wiederzugeben. Zunächst wird die Zufriedenheit der Schüler*innen, die bereits Kontakt mit den Pflegenden hatten, sowie der Lehrer*innen dargestellt. Anschließend wird berichtet, welche Tätigkeiten der „Schulgesundheitsfachkräfte“ von den Kindern und Jugendlichen, ihren Eltern, den Lehrenden und den Schulleiterinnen und Schulleitern bereits wahrgenommen wurden. Eltern, Lehrer*innen und Schulleiter*innen wurden ebenfalls dazu befragt, ob sie den Einsatz der „Schulgesundheitsfachkraft“ an ihrer Schule für notwendig halten, inwieweit die Projektziele ihrer Ansicht nach bisher erfüllt worden sind und wie zuversichtlich sie sich hinsichtlich des Projekterfolges zeigen.

2.1 Zufriedenheit der Schüler*innen und Lehrenden

Die Eltern der Schüler*innen unter 11 Jahren sowie die Schüler*innen ab 11 Jahren selbst wurden nach der Zufriedenheit des/der Schüler*in mit dem Besuch bei der „Schulgesundheitsfachkraft“ gefragt. Das hierfür verwendete Instrument wurde von Banfield, Kelly und Sargent (2015) entwickelt, die die Integration von examiniertem Pflegepersonal in australische Schulgemeinschaften im Rahmen des Modellprogrammes School Youth Health Nurse (SYHN) evaluiert haben. In die Analyse wurden ausschließlich Daten von Schüler*innen aufgenommen, die die

„Schulgesundheitsfachkraft“ zu diesem Zeitpunkt bereits aufgesucht haben. Aufgrund der geringen Stichprobengröße von Schüler*innen mit andauernder Erkrankung oder Behinderung, die bereits Kontakt zu den Pflegenden hatten, erfolgt bei ihnen keine differenzierte Auswertung zwischen Schüler*innen unter und ab 11 Jahren.

Die Lehrer*innen sollten die telefonische oder räumliche Erreichbarkeit der Pflegenden einschätzen. Die Bewertung erfolgte unter Berücksichtigung der Kategorien „sehr gut“, „eher gut“, „eher schlecht“, „sehr schlecht“ und „kann ich nicht beurteilen“. Die Auswertung erfolgt ohne Berücksichtigung der Kategorie „kann ich nicht beurteilen“.

Brandenburg

Schüler*innen

Es konnten Daten von 252 Eltern von Schüler*innen unter 11 Jahren, von 401 Schüler*innen ab 11 Jahren sowie von 120 Eltern bzw. Schüler*innen mit einer andauernden Erkrankung oder Behinderung, die die Schulgesundheitsfachkraft aufgesucht haben, ausgewertet werden.

Auf die Frage „Hat sich Ihr Kind (bzw. hast Du Dich) nach dem Besuch besser oder wohler gefühlt?“ antwortete eine große Mehrheit der Befragten mit „ja“ (Abb. 23). Die Zustimmung ist bei den jüngeren Kindern und Jugendlichen am größten (86%), hingegen bei Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen am geringsten (72%).

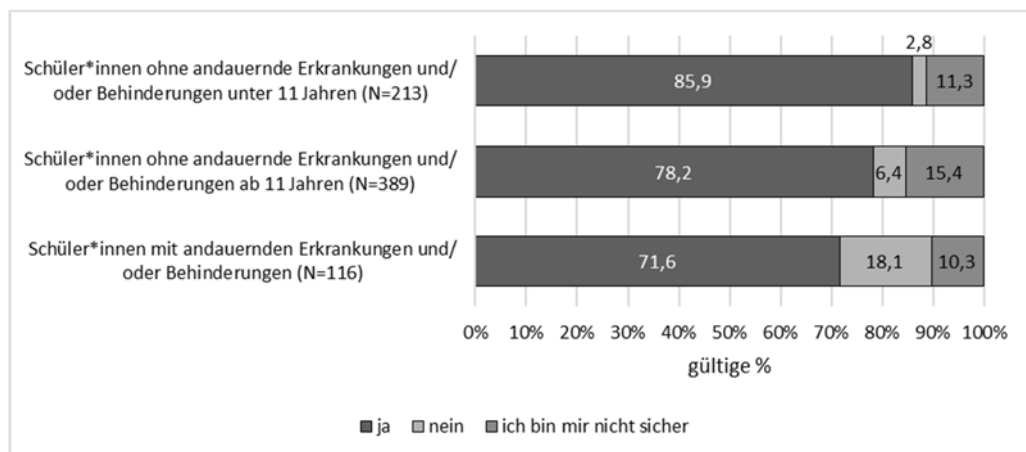


Abb. 23: Gesteigertes Wohlbefinden nach dem Besuch bei der "Schulgesundheitsfachkraft" in Brandenburg

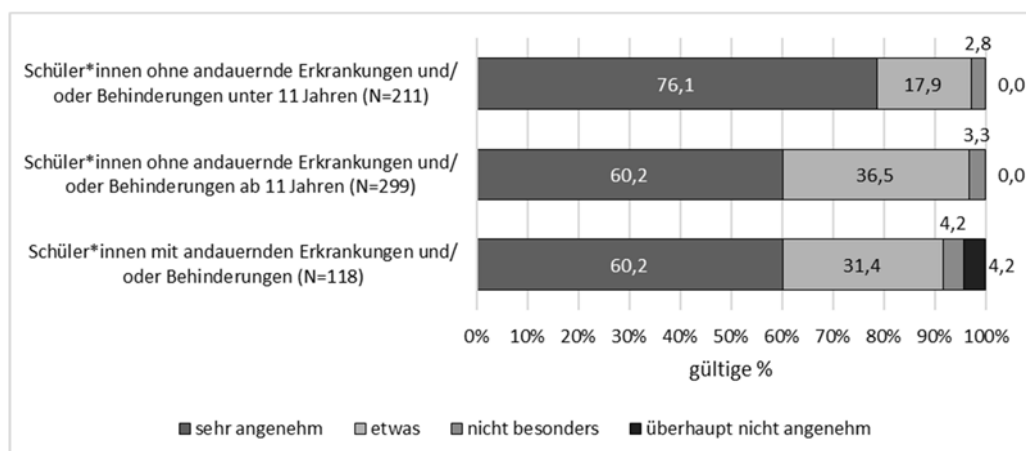


Abb. 24: Annehmlichkeit des Besuchs bei der "Schulgesundheitsfachkraft" in Brandenburg

Nahezu alle Schüler*innen bewerteten den Besuch bei der „Schulgesundheitsfachkraft“ als sehr oder etwas angenehm (Abb. 24, vorstehend). Die jüngeren Schüler*innen bewerteten erneut am positivsten (94% sehr oder etwas angenehm). Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen bewerteten ihren Besuch am Häufigsten als nicht besonders oder überhaupt nicht angenehm (8%). Deutlich geringere Unterschiede gibt es zwischen den verschiedenen Kindern und Jugendlichen bei der Frage danach, wie einfach es für sie ist, mit der „Schulgesundheitsfachkraft“ zu sprechen (Abb. 25). So ist es in allen Gruppen für weit über die Hälfte sehr einfach mit ihr in Kontakt zu treten. Mit 11 Prozent ist der Anteil derer, die es als schwierig bis sehr schwierig bewerteten, unter den Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen deutlich höher als unter denen ohne chronische Erkrankung.

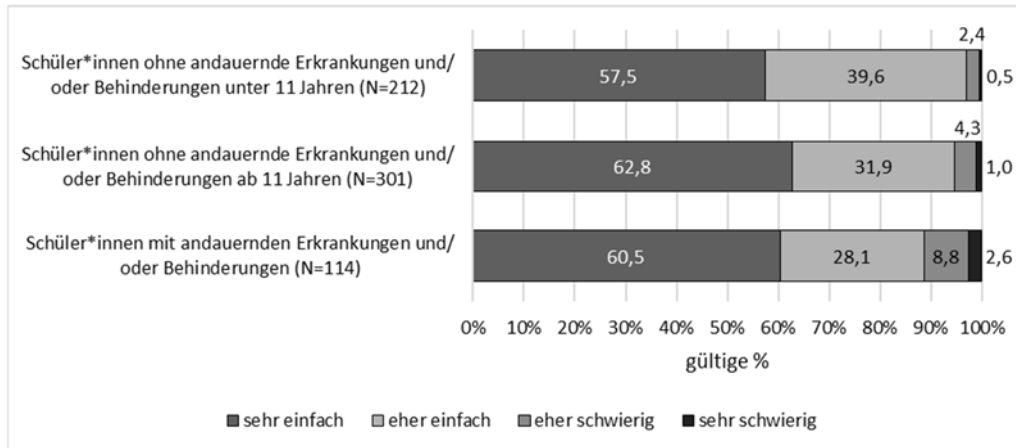


Abb. 25: Möglichkeit mit der "Schulgesundheitsfachkraft" zu sprechen in Brandenburg

Ein Großteil der Befragten äußert, dass es sehr bis eher wahrscheinlich ist, dass der Rat der „Schulgesundheitsfachkraft“ von der Schülerin oder dem Schüler befolgt wird (Abb. 26). Dieser Anteil ist unter den jüngeren Schüler*innen am höchsten (96%) und liegt bei den älteren Kindern und Jugendlichen mit 88 Prozent deutlich darunter.

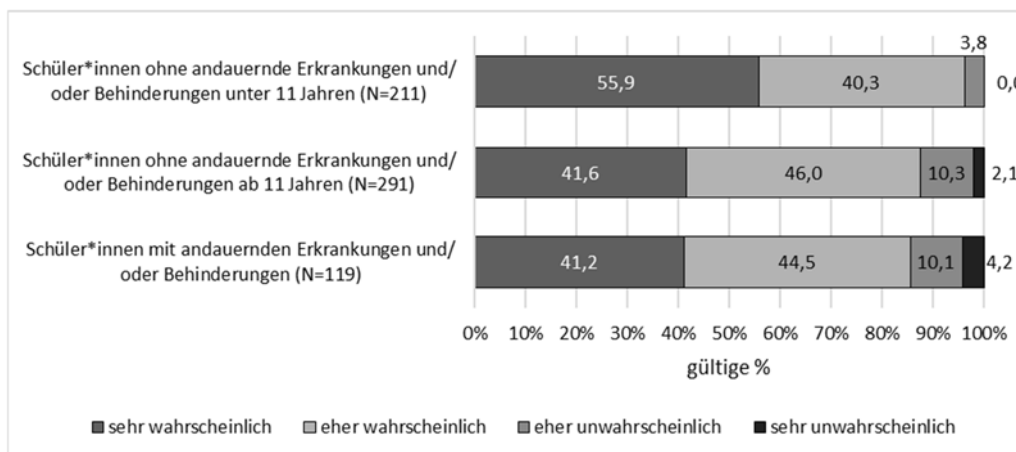


Abb. 26: Wahrscheinlichkeit mit der der Rat der "Schulgesundheitsfachkraft" befolgt wird in Brandenburg

Eltern und Schüler*innen wurden gefragt, wie gut die „Schulgesundheitsfachkraft“ erreichbar war, wenn sie gebraucht wurde. Hier berichteten Eltern von jüngeren Kindern mit 50 Prozent am häufigsten, dass sie immer erreichbar sei (Abb. 27, umseitig). Unter den Kindern und Jugendlichen ab 11 Jahren und den gesundheitlich benachteiligten Schüler*innen sind es nur noch weniger als ein Drittel der Befragten.

Eine große Mehrheit der Schüler*innen und Eltern bestätigen, dass die Pflegenden die Wünsche und Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen in ihre Entscheidungen einbezogen haben. Gesundheitlich benachteiligte Schüler*innen fühlen ihre Wünsche und Bedürfnisse tendenziell seltener berücksichtigt und häufiger missachtet als ihre Mitschüler*innen (Abb. 28).

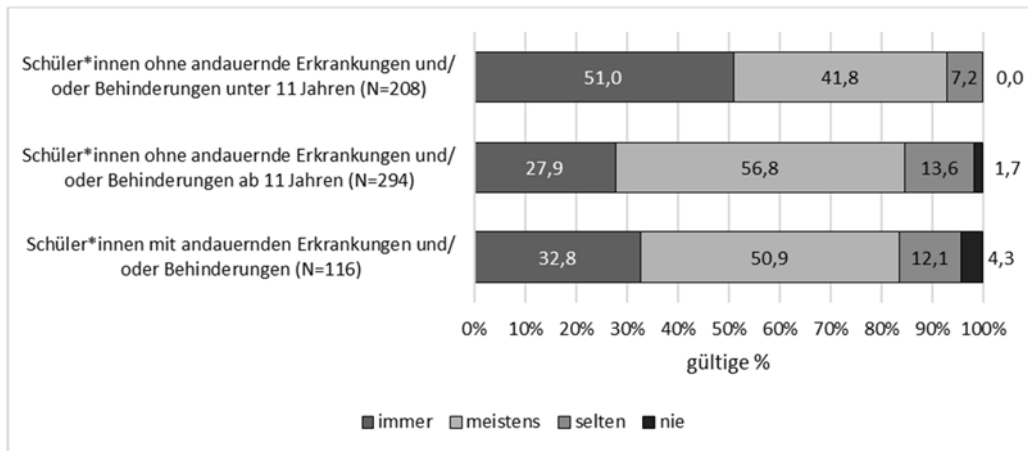


Abb. 27: Erreichbarkeit der "Schulgesundheitsfachkraft" im Bedarfsfall in Brandenburg

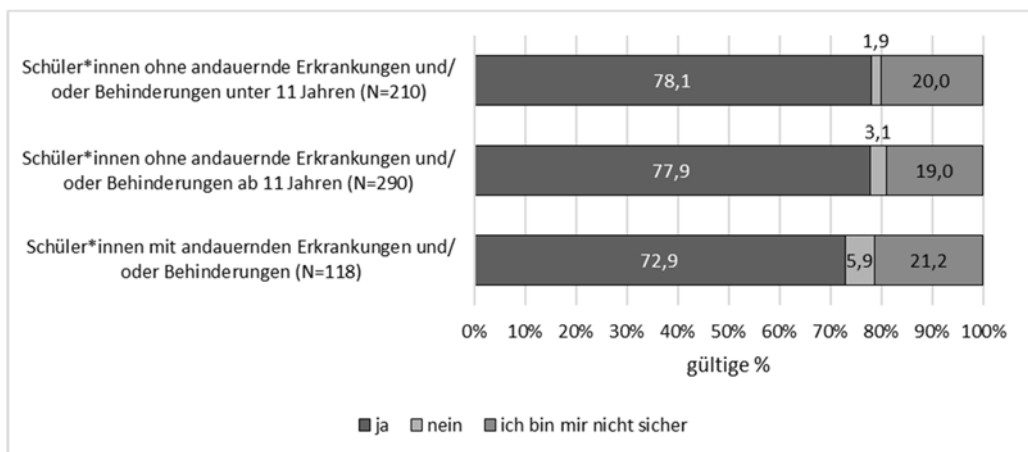


Abb. 28: Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse der Schüler*innen bei Entscheidungen der „Schulgesundheitsfachkraft“ in Brandenburg

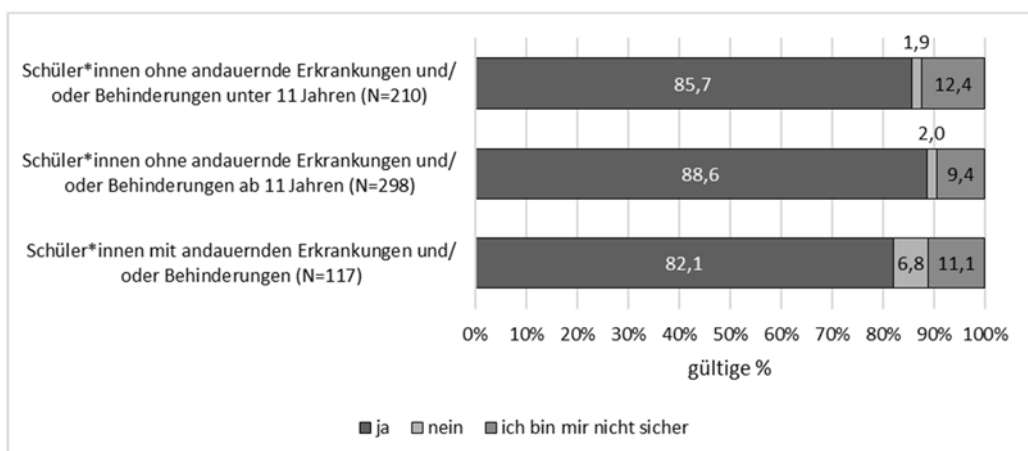


Abb. 29: Vertraulichkeit des Besuchs bei der "Schulgesundheitsfachkraft" in Brandenburg

Eine überwiegende Mehrheit der Schüler*innen hat das Gefühl, dass ihre Besuche bei den Pflegenden vertraulich waren (Abb. 29 vorstehend). Bei jeder oder jedem Zehnten herrscht jedoch Unsicherheit darüber. Immerhin 7 Prozent unter den gesundheitlich benachteiligten Kindern und Jugendlichen gab an, dass sie das Gefühl hatten, dass ihr Besuch nicht vertraulich war.

Eine abschließende Frage richtete sich darauf, wie die Erfahrung mit der Pflegenden insgesamt von dem/der Schüler*in bewertet wird. Hier zeigt sich, dass fast alle Eltern der jüngeren Schüler*innen berichten, dass ihrem Kind der Besuch insgesamt sehr gut bis gut gefallen hat (95%), niemand berichtet schlechte Erfahrungen. So auch unter den älteren Schüler*innen, jedoch liegt bei ihnen der Anteil derer, die ihren Besuch insgesamt als „okay“ bewerten bei 21 Prozent. Kritischer antworteten die gesundheitlich benachteiligten Schüler*innen. Hier sind es 59 Prozent, denen der Besuch sehr gut bis gut gefallen hat, weitere 23 Prozent bewerten ihn noch als „okay“. Auffällig ist, dass fast jede*r Fünfte mit gesundheitlicher Benachteiligung den Besuch als schlecht einschätzt (Abb. 30).

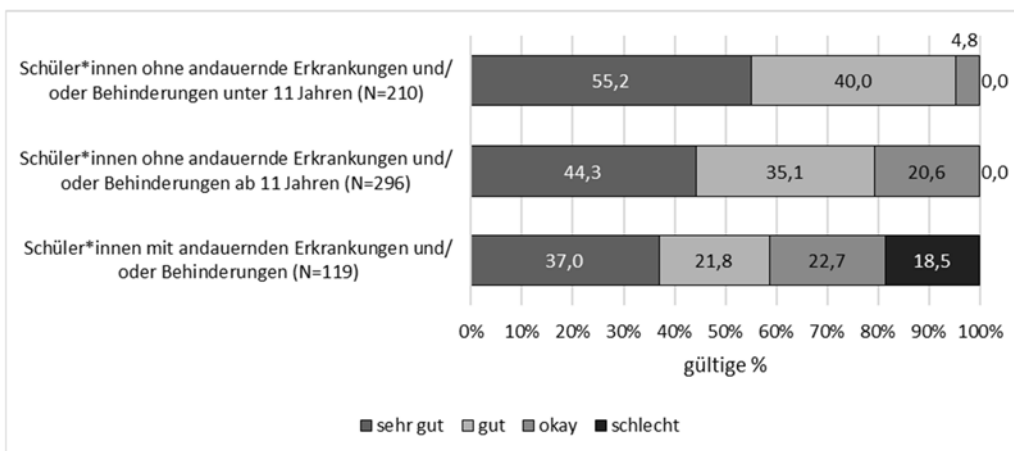


Abb. 30: Gesamtbewertung der Erfahrung in Brandenburg

Lehrer*innen

Die Mehrheit der Lehrenden in Brandenburg zeigt sich mit der räumlichen und telefonischen Erreichbarkeit der „Schulgesundheitsfachkraft“ zufrieden (Abb. 31). Dennoch berichten 15 bis 16 Prozent, dass die Pflegenden auf diesen Wegen eher schlecht bis sehr schlecht erreichbar waren.

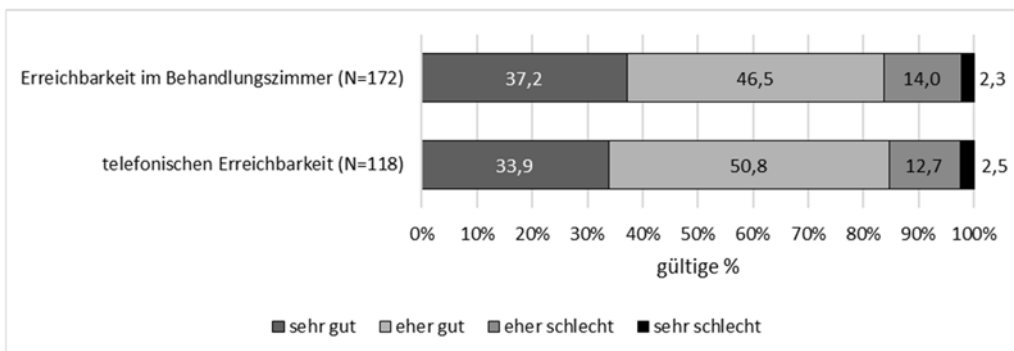


Abb. 31: Zufriedenheit der Lehrer*innen mit der Erreichbarkeit der „Schulgesundheitsfachkraft“ in Brandenburg

Hessen

*Schüler*innen*

Insgesamt konnten in Hessen Daten von 103 Eltern von Schüler*innen unter 11 Jahren und 1.039 Schüler*innen ab 11 Jahren ohne andauernde Erkrankung oder Behinderung sowie von 154 Eltern bzw. Schüler*innen mit einer andauernden Erkrankung oder Behinderung, die die „Schulgesundheitsfachkraft“ bereits aufgesucht haben, ausgewertet werden.

Auf die Frage „Hat sich Ihr Kind (bzw. hast Du Dich) nach dem Besuch besser oder wohler gefühlt?“ antwortete eine große Mehrheit der Befragten mit „ja“ (Abb. 32). Eltern von jüngeren Kindern und Jugendlichen ohne andauernde Erkrankung oder Behinderung unter 11 Jahren stimmen der Aussage am häufigsten zu. Der Anteil der Schüler*innen, die sich nach dem Besuch nicht besser oder wohler gefühlt haben, ist unter den älteren Kindern und Jugendlichen mit 9 Prozent am höchsten. 6 Prozent der gesundheitlich benachteiligten Schüler*innen haben sich ebenfalls nicht besser oder wohler gefühlt.

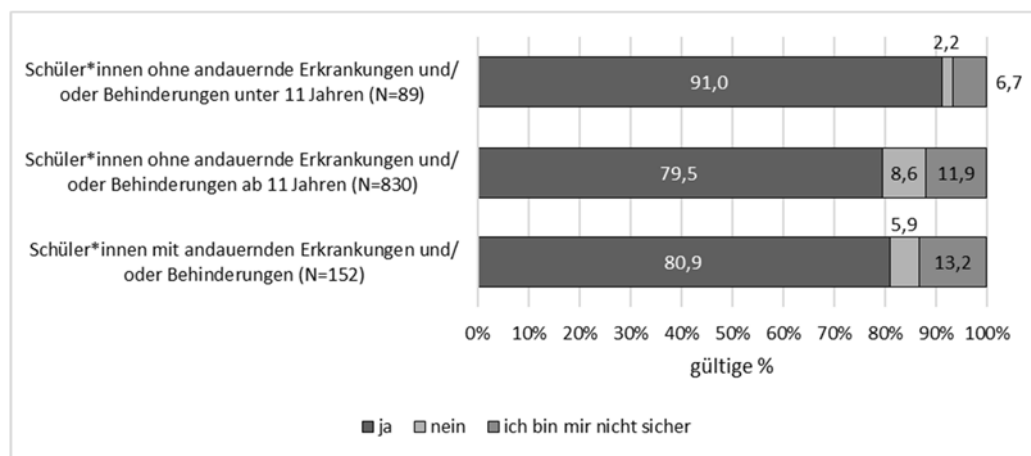


Abb. 32: Gesteigertes Wohlbefinden nach dem Besuch bei der "Schulgesundheitsfachkraft" in Hessen

Auf die Frage, ob der Besuch bei der Pflegenden angenehm war, antworteten die meisten, dass er sehr bis etwas angenehm war (Abb. 33). Eltern von jüngeren Schüler*innen berichten sogar zu 78 Prozent, dass der Besuch für ihr Kind sehr angenehm war. Auch hier ist der Anteil derer, für die der Besuch nicht besonders oder gar überhaupt nicht angenehm war, in allen Schüler*innengruppen mit 6 bis 7 Prozent ungefähr gleich hoch.

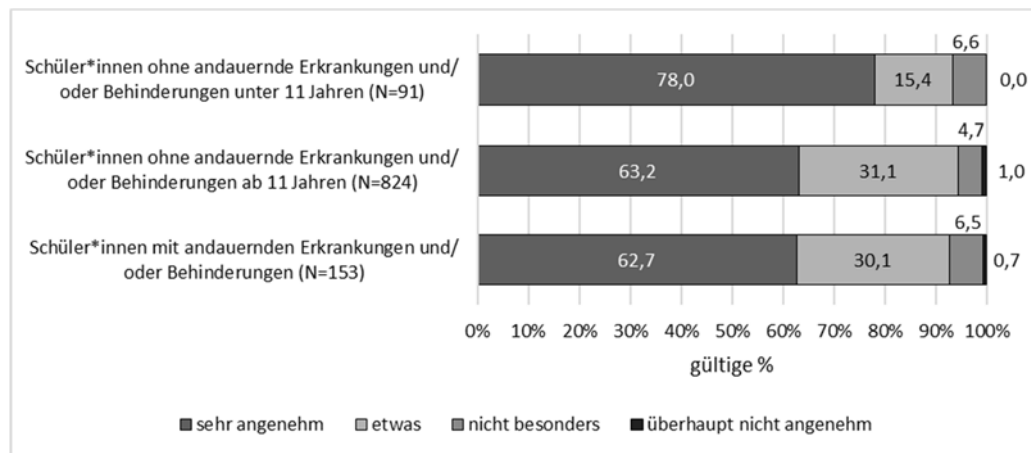


Abb. 33: Annehmlichkeit des Besuchs bei der "Schulgesundheitsfachkraft" in Hessen

Deutlich geringere Unterschiede gibt es zwischen den Gruppen bei der Frage danach, wie einfach es für die Schüler*innen sei, mit der „Schulgesundheitsfachkraft“ zu sprechen (Abb. 34). So ist es für zwei Drittel der Schüler*innen sehr einfach mit ihr in Kontakt zu treten – unabhängig davon ob eine chronische Erkrankung oder Behinderung vorliegt, oder nicht.

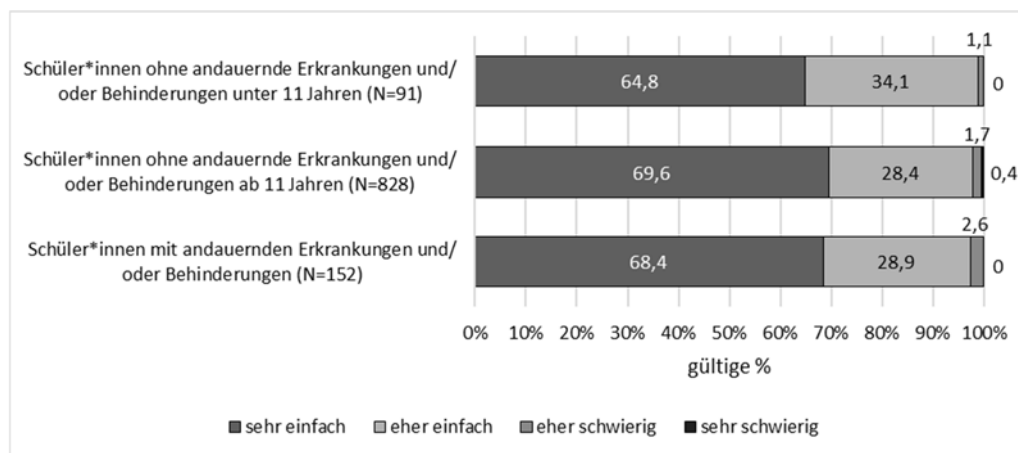


Abb. 34: Möglichkeit mit der "Schulgesundheitsfachkraft" zu sprechen in Hessen

Ein Großteil der Befragten äußert, dass es sehr bis eher wahrscheinlich ist, dass der Rat der „Schulgesundheitsfachkraft“ von der Schülerin oder dem Schüler befolgt wird (Abb. 35). Dieser Anteil ist unter den jüngeren Schüler*innen nach Angabe ihrer Eltern am höchsten (99%) und liegt bei den älteren Kindern und Jugendlichen mit 94 Prozent nur etwas darunter. Der Anteil der Schüler*innen, die es für sehr wahrscheinlich halten, dass sie den Rat der Pflegenden befolgen, ist unter den Schülerinnen und Schülern ab 11 Jahren mit 51 Prozent deutlich geringer als unter den jüngeren (74%).

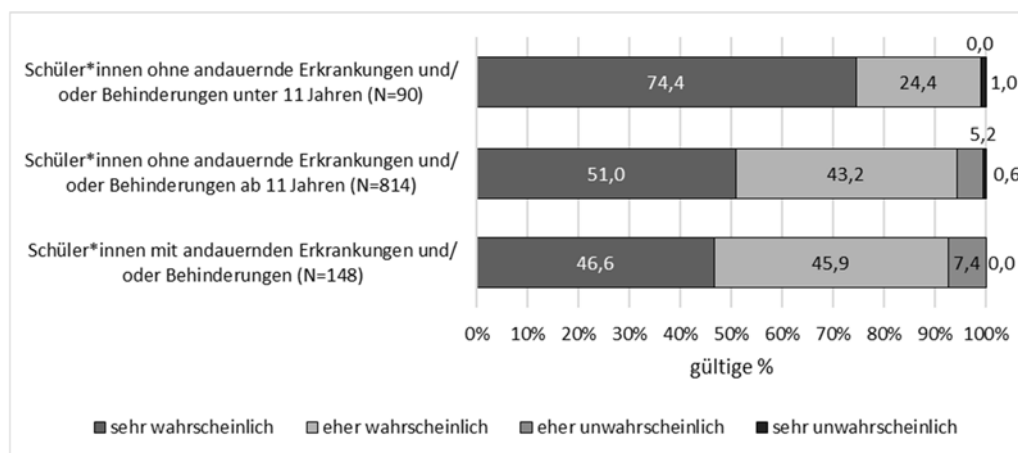


Abb. 35: Wahrscheinlichkeit mit der der Rat der "Schulgesundheitsfachkraft" befolgt wird in Hessen

Eltern und Schüler*innen wurden gefragt, wie häufig die „Schulgesundheitsfachkraft“ erreichbar war, wenn sie gebraucht wurde (Abb. 36, umseitig). Hier zeigt sich, dass Eltern von jüngeren Schülerinnen und Schülern mit 66 Prozent am häufigsten berichten, dass sie immer erreichbar sei. Unter den Schülerinnen und Schülern ab 11 Jahren und den gesundheitlich benachteiligten Schüler*innen sind es noch etwa ein Drittel der Befragten. Weit über die Hälfte gibt dennoch an, dass sie in den meisten Fällen erreichbar war. Für einen kleinen Anteil der Schüler*innen war sie allerdings selten oder nie erreichbar.

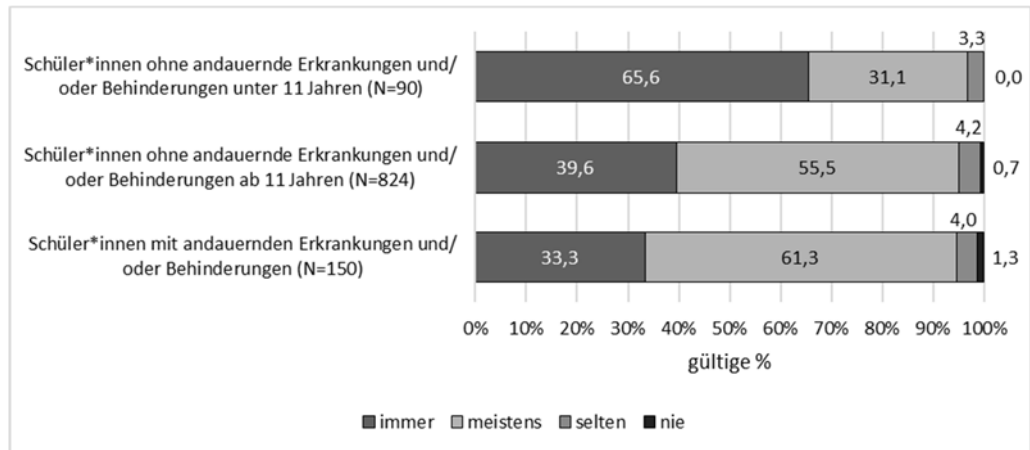


Abb. 36: Erreichbarkeit der "Schulgesundheitsfachkraft" im Bedarfsfall in Hessen

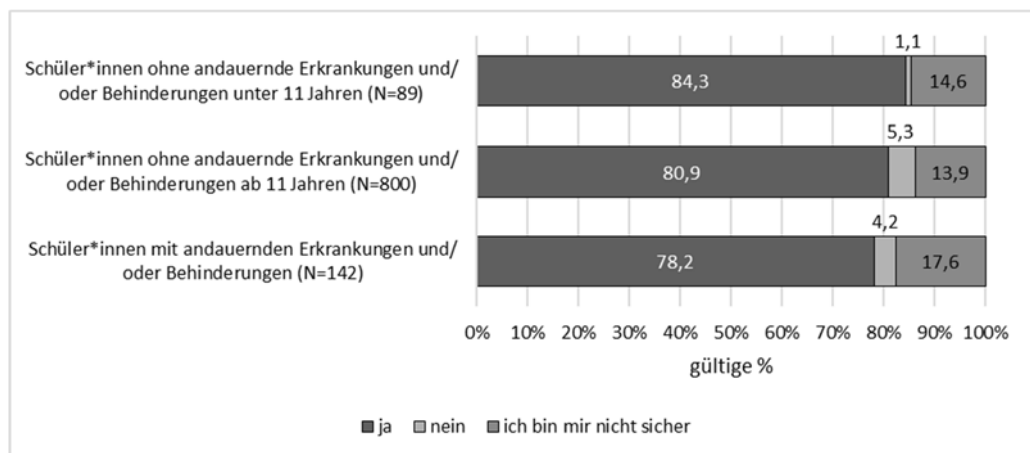


Abb. 37: Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse der Schüler*innen bei Entscheidungen der „Schulgesundheitsfachkraft“ in Hessen

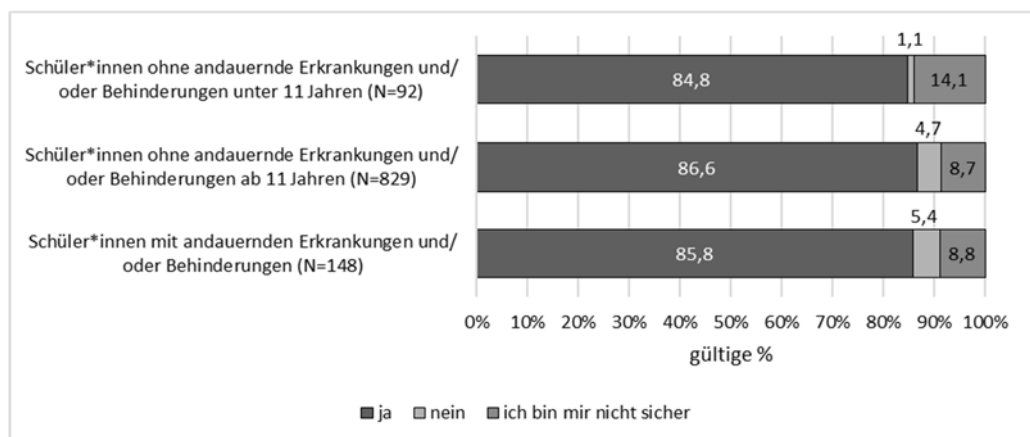


Abb. 38: Vertraulichkeit des Besuchs bei der "Schulgesundheitsfachkraft" in Hessen

Eine große Mehrheit der Schüler*innen und Eltern bestätigen, dass die Pflegenden die Wünsche und Bedürfnisse der Schülerin oder des Schülers in ihre Entscheidungen einbezogen haben. Bei 14 bis 18 Prozent der Schüler*innen wird allerdings auch deutlich, dass diesbezüglich Unsicherheiten bestehen. Schüler*innen ab 11 Jahren (81%) und gesundheitlich benachteiligte Schüler*innen (78%) fühlen ihre Wünsche und Bedürfnisse tendenziell seltener berücksichtigt und häufiger missachtet (5 und 4%) als ihre jüngeren Mitschüler*innen (Abb. 37).

Eine überwiegende Mehrheit der Schüler*innen hatte das Gefühl, dass ihre Besuche bei den Pflegenden vertraulich waren (Abb. 38, vorstehend). Bei knapp jeder/jedem Zehnten herrscht jedoch Unsicherheit darüber. Eine Minderheit unter den Schülerinnen und Schülern ab 11 Jahren und den gesundheitlich benachteiligten Schüler*innen (je 5%) geben überdies an, dass sie das Gefühl hatten, dass ihr Besuch nicht vertraulich war.

Eine abschließende Frage richtete sich darauf, wie die Erfahrung mit der „Schulgesundheitsfachkraft“ insgesamt bewertet wird. Hier zeigt sich, dass fast alle Eltern von jüngeren Schülerinnen und Schülern berichten, dass dem Kind der Besuch insgesamt sehr gut bis gut gefallen habe (94%), nur wenige berichten schlechte Erfahrungen (2%). So auch unter den Schülerinnen und Schülern ab 11 Jahren (1%). Allerdings steigt hier der Anteil derer, die ihren Besuch insgesamt als „okay“ bewerten (12%), wohingegen der Anteil derer, denen der Besuch sehr gut bis gut gefallen hat, bei 87 Prozent liegt. Kritischer waren die gesundheitlich benachteiligten Schüler*innen. Hier sind es zwar noch 80 Prozent, denen der Besuch sehr gut bis gut gefallen hat, jedoch bewertet jede*r Fünfte den Besuch nur noch als „okay“ oder schlecht (Abb. 39).

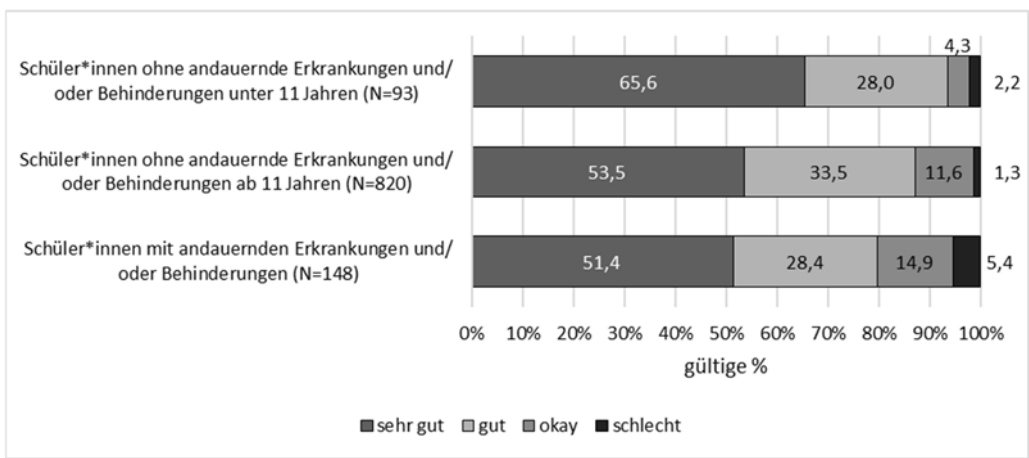


Abb. 39: Gesamtbewertung der Erfahrung in Hessen

Lehrer*innen

Die hessischen Lehrkräfte bewerten die räumliche und telefonische Erreichbarkeit der „Schulgesundheitsfachkräfte“ fast ausschließlich positiv (Abb. 40).

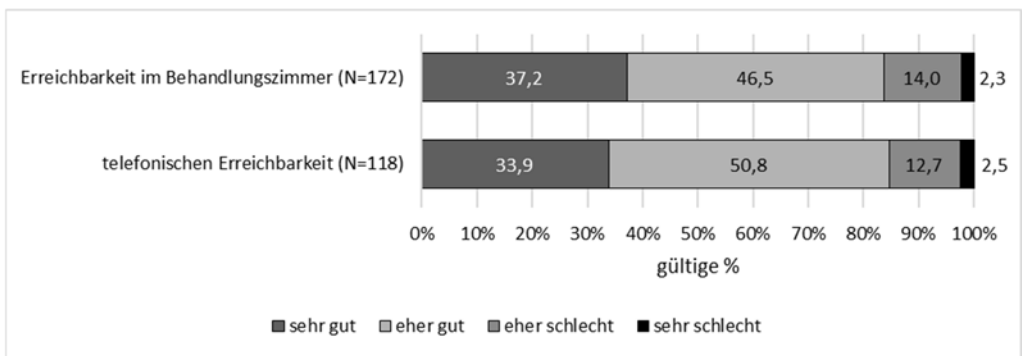


Abb. 40: Zufriedenheit der Lehrer*innen mit der Erreichbarkeit der „Schulgesundheitsfachkraft“ in Hessen

2.2 Wahrgenommenes Tätigkeitsprofil der „Schulgesundheitsfachkraft“

Die schriftliche Befragung der verschiedenen Zielgruppen diente u. a. dazu, Aufgaben und Aktivitäten der „Schulgesundheitsfachkraft“ zu beschreiben, und zwar so wie sie von den Kindern und Jugendlichen, ihren Eltern und dem Lehrpersonal wahrgenommen wurden. Als Grundlage für die Entwicklung des Instrumentes dienten die Ergebnisse einer Befragung des AWO Bezirksverbandes Potsdams von Schüler*innen, Eltern und dem Schulpersonal (AWO 2015b). Ziel jener Befragung war es, das in der Machbarkeitsstudie erarbeitete Tätigkeitsprofil der Pflegenden zu spezifizieren und ggf. weitere wichtige Tätigkeitsbereiche zu benennen. Die Auswertung der Daten erfolgte separat für verschiedene Alters- und Bildungsstufen. Mehrfachnennungen waren möglich.

Brandenburg

Schüler*innen

Die Schüler*innen ab 11 Jahren wurden gefragt, welche Aufgaben die Schulgesundheitsfachkraft an ihrer Schule übernimmt. Die meisten unter ihnen geben an, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ Erste Hilfe leistet. Unterschiede zwischen den Bildungsstufen gab es bei dieser Aussage kaum (Abb. 41).

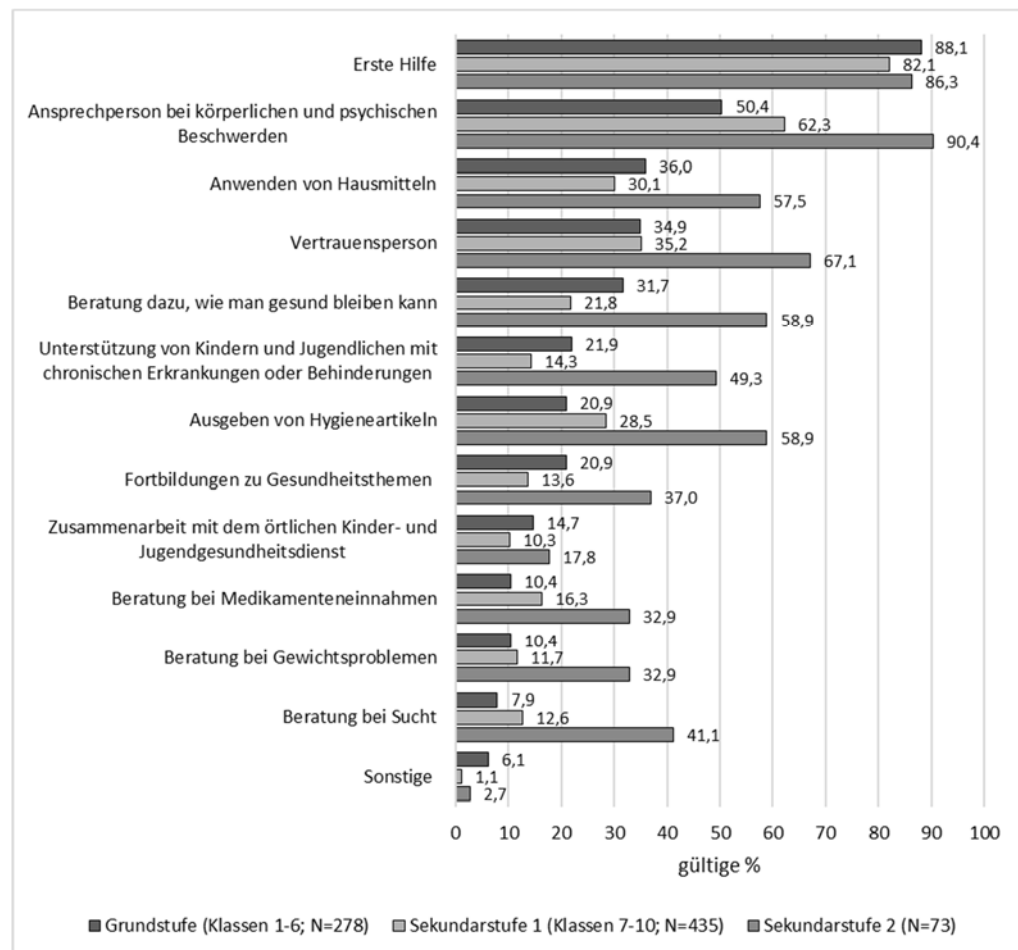


Abb. 41: Von Schüler*innen wahrgenommenes Aufgabenspektrum der "Schulgesundheitsfachkraft" in Brandenburg

Die Hälfte der Grundstufenschüler*innen berichtet, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ außerdem Ansprechperson bei körperlichen und psychischen Problemen sei (50%). Etwa ein Drittel gibt darüber hinaus an, dass sie Hausmittel wie Tee, Wärmflaschen etc. anwende (36%), Vertrauensperson sei (35%) und dazu berate, wie man gesund bleiben kann (32%). Jedes fünfte

Kind äußert, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen unterstützt (22%), Fortbildungen zu Gesundheitsthemen (21%) hält und Hygieneartikel ausgibt (21%). Etwa jede*r Zehnte nimmt wahr, dass sie mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst zusammenarbeitet (15%), bei der Medikamenteneinnahme (10%), bei Gewichtsproblemen (10%) sowie bei Sucht (8%) berät.

Schüler*innen der Sekundarstufe 1 messen der Ersten Hilfe als Aufgabe der Schulgesundheitsfachkraft ebenfalls einen hohen Stellenwert bei (82%). Deutlich häufiger als die Grundschüler*innen nehmen sie jedoch auch wahr, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ Ansprechperson bei körperlichen und psychischen Problemen ist (62%). Etwa ein Drittel gibt außerdem an, dass sie Hausmittel wie Tee, Wärmflaschen etc. anwende (30%) und eine Vertrauensperson an der Schule ist (35%). Die Ausgabe von Hygieneartikeln (29%) als auch die Beratung bei Medikamenteneinnahme (16%) sowie bei Sucht (13%) erhalten nach Angaben der Schüler*innen in der Sekundarstufe 1 eine höhere Bedeutung im Vergleich zur Grundstufe. Deutlich seltener wird von den Sekundarschülerinnen und -schülern wahrgenommen, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ dazu berät wie man gesund bleiben kann (22%) und sie Fortbildungen zu Gesundheitsthemen hält (14%). Auch wird von ihnen seltener wahrgenommen, dass sie Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen unterstützt (14%). Die Beratung bei Gewichtsproblemen (12%) und die Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (10%) wird, wie auch unter den Grundstufenschülerinnen und -schülern, nur von etwa jeder oder jedem Zehnten als Aufgabe wahrgenommen.

Die Schüler*innen der Sekundarstufe 2 gewichten die Schwerpunkte der Arbeit der „Schulgesundheitsfachkraft“ deutlich anders. Zwar berichten hier ebenfalls die meisten, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ Erste Hilfe leistet (86%), jedoch wird der Rolle als Ansprechperson bei körperlichen und psychischen Beschwerden eine noch höhere Bedeutung beigemessen (90%). Eine Mehrheit der Schüler*innen nimmt ihre „Schulgesundheitsfachkraft“ hier als Vertrauensperson wahr (67%) und gibt an, dass sie Hygieneartikel ausgibt (59%), dazu berät, wie man gesund bleiben kann (59%) und Hausmittel wie Tee, Wärmflaschen etc. anwendet (58%). Jede*r Zweite berichtet, dass sie Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderung unterstütze (49%), etwas weniger, dass sie bei Sucht berät (41%). Noch jede*r Dritte gibt an, dass sie Fortbildungen zu Gesundheitsthemen hält (37%), bei der Medikamenteneinnahme (33%) und bei Gewichtsproblemen berät (33%).

Eltern

Die Eltern wurden ebenfalls gefragt, welche Aufgaben die „Schulgesundheitsfachkraft“ ihrer Erfahrung nach wahrnimmt (**Abb. 42**, umseitig). Eltern von Schüler*innen in der Grundstufe nehmen die Erste-Hilfe-Leistungen am häufigsten wahr (94%), gefolgt von der Rolle als Ansprechperson bei physischen und psychischen Beschwerden (64%) und als Vertrauensperson (33%). Ebenso häufig wie die Schüler*innen geben die Eltern an, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ Hausmittel wie Tee, Wärmflaschen etc. anwende (32%). Etwas mehr Eltern von Grundschüler*innen äußern, dass sie Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen unterstützt (28%). Deutlich seltener berichten sie, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ dazu berät, wie man gesund bleiben kann (24%) und dass sie Fortbildungen zu Gesundheitsthemen hält (15%). Die Ausgabe von Hygieneartikeln (22%) sowie die Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (18%) wird von jedem fünften Elternteil wahrgenommen. Weniger als jede*r Zehnte nimmt wahr, dass sie bei Gewichtsproblemen (10%), der Medikamenteneinnahme (9%) oder bei Sucht (8%) berät.

Unter den Eltern der Schüler*innen der Sekundarstufe 1 gewinnen die Aufgaben der Ersten Hilfe (87%), Ansprechperson bei körperlichen und psychischen Beschwerden (64%), als auch das Auftreten als Vertrauensperson (29%) an Bedeutung im Vergleich mit den Eltern aus der Grundstufe. Wie unter den Schülerinnen und Schülern dieser Bildungsstufe spielen die Ausgabe von Hygieneartikeln (26%) und die Beratung bei Medikamenteneinnahme (12%) sowie Sucht (11%) in den höheren Bildungsstufen eine größere Rolle. Ebenso wird unter den Eltern seltener

wahrgenommen, dass sie Hausmittel wie Tee, Wärmflaschen etc. anwendet (22%) oder Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen unterstützt (20%). Wie unter den Kindern und Jugendlichen wird auch unter den Eltern der höheren Bildungsstufe seltener wahrgenommen, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ dazu berät, wie man gesund bleiben kann (15%) oder Fortbildungen zu Gesundheitsthemen hält (11%). Unverändert häufig zu den Eltern der Grundschüler*innen, wird die Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (17%) und die Beratung bei Gewichtsproblemen genannt (10%).

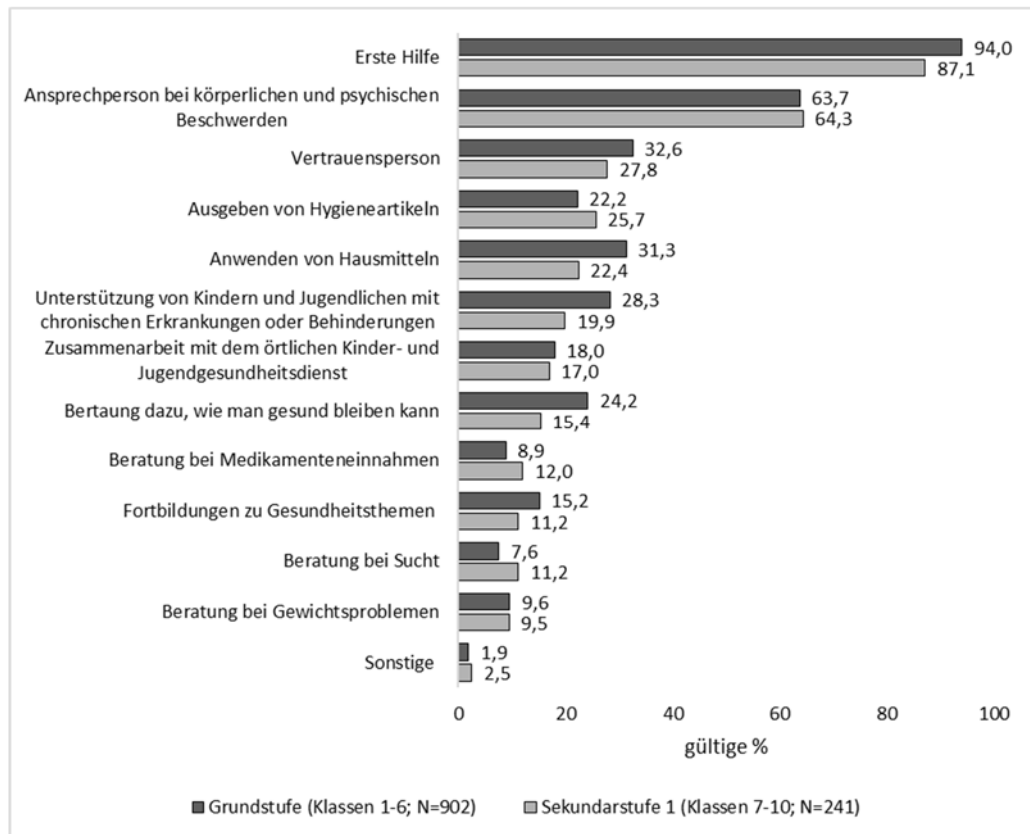


Abb. 42: Von Eltern wahrgenommenes Aufgabenspektrum der "Schulgesundheitsfachkraft" in Brandenburg

Lehrer*innen

Auf die Frage, welche Aufgaben die „Schulgesundheitsfachkraft“ ihrer Erfahrung nach an der Schule übernimmt berichtet die Mehrheit von ihnen, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ an der Schule Erste Hilfe leiste (95%) und das Lehrpersonal von fachfremden, gesundheitsbezogenen Aufgaben entlaste (85%). Jede*r Zweite unter ihnen gibt an, dass sie chronisch erkrankte Schüler*innen betreut (54%) und zwischen Lehrpersonal und Eltern in Gesundheitsthemen moderiert/vermittelt. Jede*r vierte Lehrende hat die Erfahrung gemacht, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ Fortbildungen und Schulungen zu chronischen Erkrankungen hält (24%). Jede*r Fünfte berichtet, dass sie Schüler*innen mit Behinderungen begleitet (21%) (Abb. 43, umseitig).

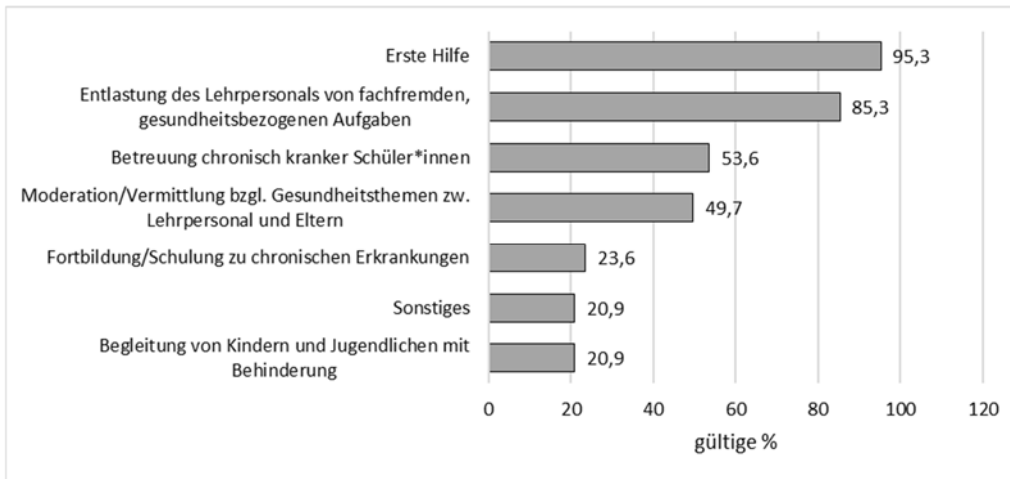


Abb. 43: Von Lehrer*innen wahrgenommenes Aufgabenspektrum der "Schulgesundheitsfachkraft" in Brandenburg (N=180)

Schulleiter*innen

Auch von den 15 Schulleiter*innen wird auf die Frage nach den wahrgenommenen Aufgaben mehrheitlich geäußert, dass ihre „Schulgesundheitsfachkraft“ Erste Hilfe leistet (15 von 15 Nennungen; **Abb. 44**), als Ansprechpartnerin bei körperlichen und psychischen Beschwerden auftritt (15 Nennungen), Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen unterstützt (14 Nennungen) und Vertrauensperson an ihrer Schule ist (14 Nennungen). 12 Schulleiter*innen berichten, dass sie Hausmittel wie Tee, Wärmflaschen etc. anwendet, 11 von ihnen, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ dazu berät, wie man gesund bleiben kann.

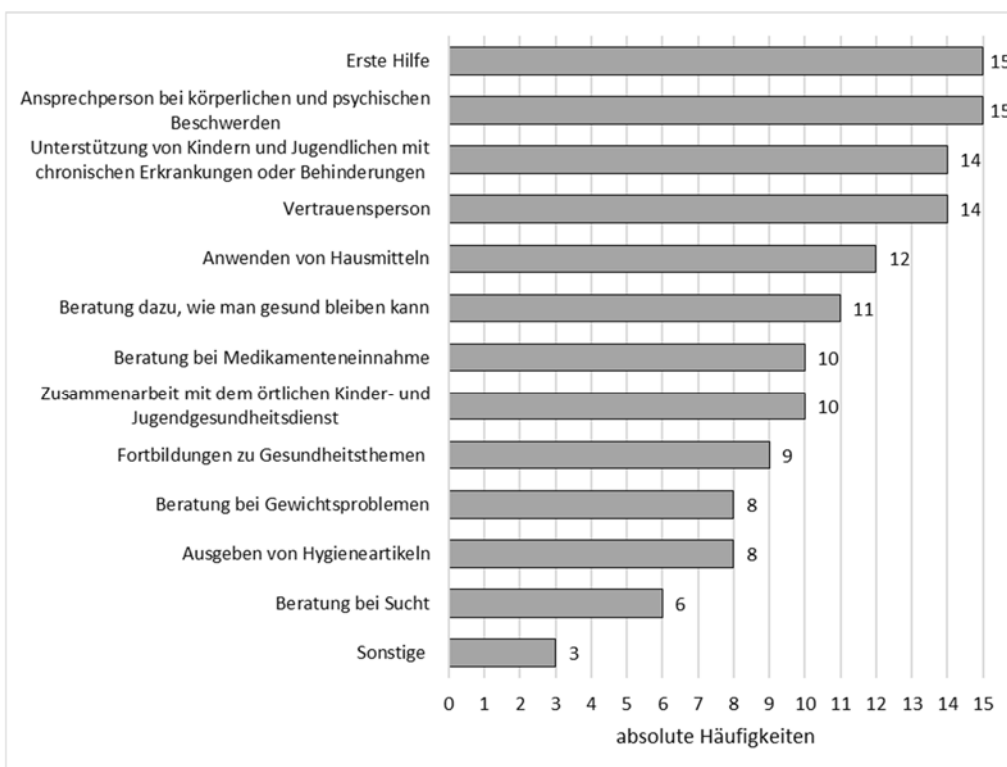


Abb. 44: Von Schulleiter*innen wahrgenommenes Aufgabenspektrum der "Schulgesundheitsfachkraft" in Brandenburg

Auch die Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst sowie die Beratung bei Medikamenteneinnahme nehmen 10 von 15 Schulleiter*innen als ihre Aufgabe wahr. Deutlich mehr als die Hälfte von ihnen gibt an, dass sie Fortbildungen zu Gesundheitsthemen hält (9

Nennungen), zu Gewichtsproblemen berät (8 Nennungen) und Hygieneartikel ausgibt (8 Nennungen). Die Beratung bei Sucht spielt nur an 6 Schulen eine Rolle. Auf die Frage, welche dieser Aufgaben ihrer Meinung nach die wichtigste sei, antworten 8 Schulleiter*innen damit, dass es die Funktion als Ansprechperson bei körperlichen und psychischen Problemen sei, weitere 6 nennen Aufgaben der Ersten Hilfe sowie eine Person die Unterstützung eines Schülers während einer besonderen Behandlungsform im Feld „sonstige Aufgaben“.

Hessen

Schüler*innen

Die Schüler*innen ab 11 Jahren wurden gefragt, welche Aufgaben die Schulgesundheitsfachkraft an ihrer Schule übernimmt. Die meisten unter ihnen geben an, dass ihre „Schulgesundheitsfachkraft“ Erste Hilfe leiste (Abb. 45).

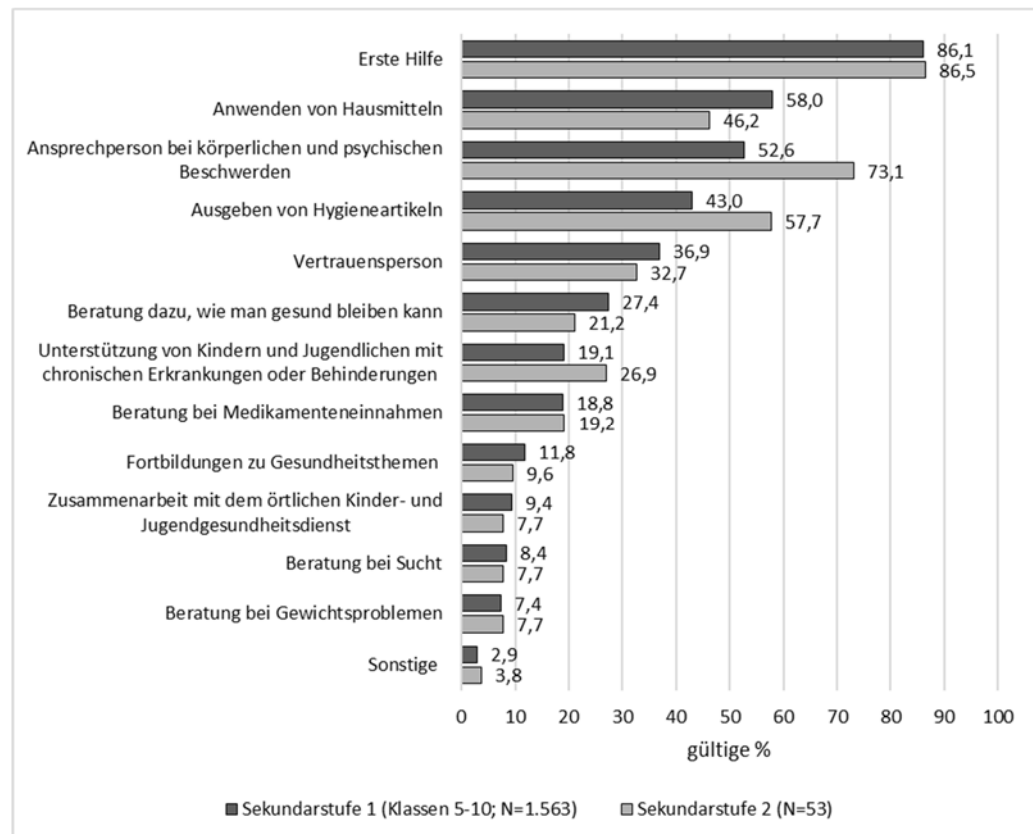


Abb. 45: Von Schüler*innen wahrgenommenes Aufgabenspektrum der "Schulgesundheitsfachkraft" in Hessen

Über die Hälfte der Schüler*innen der Sekundarstufe 1 berichtet, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ Hausmittel wie Tee, Wärmflaschen etc. anwendet (58%) und von ihnen als Ansprechperson bei körperlichen und psychischen Problemen wahrgenommen wird (53%). Von einem großen Teil der Schüler*innen wird berichtet, dass sie Hygieneartikel ausgibt (43%), mehr als ein Drittel sieht in ihr eine Vertrauensperson (37%). Etwa ein Viertel gibt an, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ berate, wie man gesund bleiben kann (27%), weitere 12 Prozent, dass sie Fortbildungen zu Gesundheitsthemen hält. Jede*r Fünfte gibt an, dass sie Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen unterstütze (19%) oder bei Medikamenteneinnahme berate (19%). Etwa jede*r Zehnte nimmt wahr, dass sie mit dem Kinder-/Jugendgesundheitsdienst zusammenarbeitet (9%), bei Sucht (8%) oder bei Gewichtsproblemen berät (7%).

Die Schüler*innen der Sekundarstufe 2 gewichten die Schwerpunkte der Arbeit der „Schulgesundheitsfachkräfte“ deutlich anders. Zwar berichten ebenfalls die meisten, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ Erste Hilfe leiste, einen deutlich höheren Stellenwert als bei den Kindern und Jugendlichen der Sekundarstufe 1, erhält das Ansprechbarsein bei körperlichen und psychischen Beschwerden (73%) und das Ausgeben von Hygieneartikeln (58%). Weniger Schüler*innen der Sekundarstufe 2 berichten, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ Hausmittel wie Tee, Wärmflaschen etc. anwende (46%). Etwas seltener wird sie als Vertrauensperson wahrgenommen (33%), dennoch häufen sich vergleichsweise die Angaben darüber, dass sie Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen unterstützt (27%). Die Schüler*innen der Sekundarstufe nehmen auch seltener wahr, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ dazu berät, wie man gesund bleiben kann (21%) oder sie Fortbildungen zu Gesundheitsthemen hält (10%). Jede*r Fünfte gibt an, dass sie bei der Medikamenteneinnahme berät (19%). Etwa jede*r Zehnte nimmt wahr, dass sie mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst zusammenarbeitet (10%), bei Sucht (8%) oder bei Gewichtsproblemen berät (7%).

Eltern

Eltern von Schüler*innen in der Grundstufe nehmen das Leisten von Erster Hilfe am häufigsten als eine der Aufgaben der „Schulgesundheitsfachkraft“ wahr (92%; **Abb. 46**). Zwei Drittel sehen die Rolle der „Schulgesundheitsfachkraft“ als Ansprechpersonal bei physischen und psychischen Beschwerden (63%), jeweils ein Drittel gibt an, dass sie dazu berät, wie man gesund bleiben kann (35%); sie Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen unterstützt (32%) und sie Hausmittel wie Tee, Wärmflaschen etc. anwendet (31%). Etwas mehr als ein Viertel berichten von ihrer Funktion als Vertrauensperson (28%). Jedes fünfte Elternteil äußert, dass sie Fortbildungen zu Gesundheitsthemen hält (21%). Etwa jede*r Zehnte nimmt wahr, dass sie mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst zusammenarbeitet (12%), bei Sucht (11%), Gewichtsproblemen (11%) oder bei Medikamenteneinnahme berät (7%).

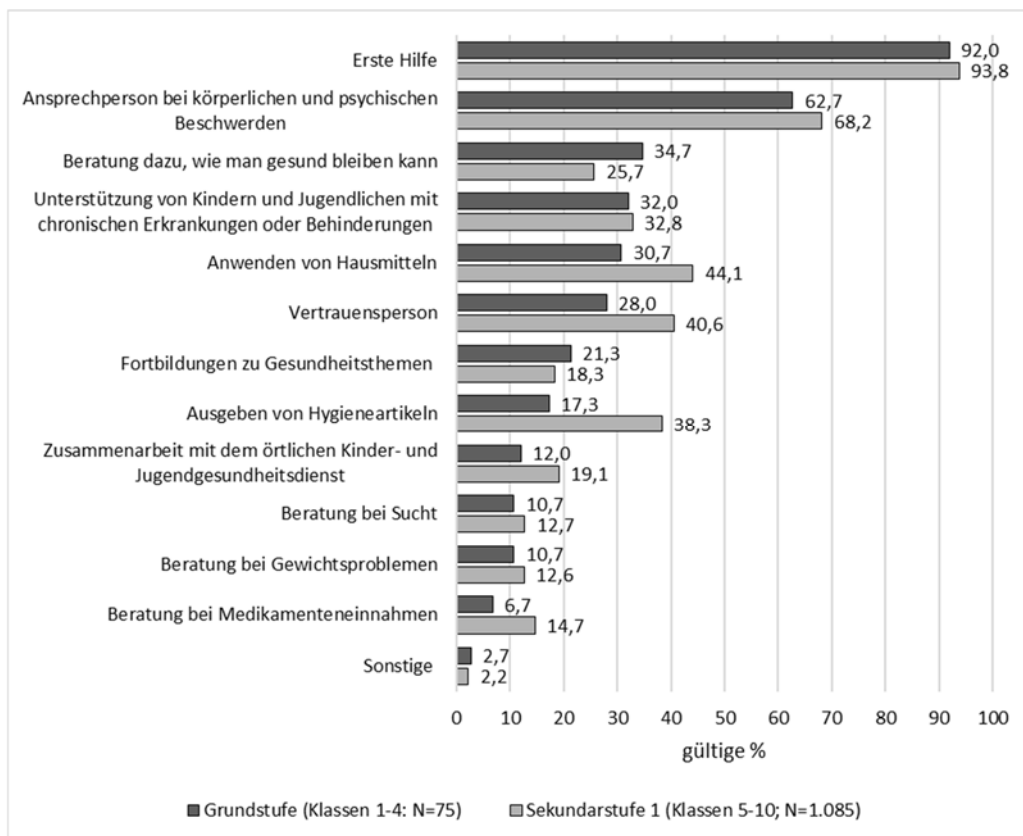


Abb. 46: Von Eltern wahrgenommenes Aufgabenspektrum der "Schulgesundheitsfachkraft" in Hessen

Unter den Eltern der Schüler*innen der Sekundarstufe 1 haben die Aufgaben Erste Hilfe (94%) und Ansprechperson bei körperlichen und psychischen Beschwerden (64%) einen hohen Stellenwert. Deutlich an Bedeutung gewinnen hier im Vergleich zu den Eltern der Grundschüler*innen jedoch das Anwenden von Hausmitteln wie Tee, Wärmflaschen etc. (44%), das Agieren als Vertrauensperson (41%) und das Ausgeben von Hygieneartikeln (38%). Ebenso wie unter den Eltern der jüngeren Schüler*innen, gibt etwa ein Drittel an, dass sie Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen unterstützt (33%). In der Wahrnehmung der Eltern verliert die Beratung (26%) und Fortbildung zu Gesundheitsthemen (18%) an Bedeutung. Wesentlich häufiger wird jedoch berichtet, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst zusammenarbeitet (19%), bei Sucht (13%), Gewichtsproblemen (13%) oder bei Medikamenteneinnahme berät (15%).

Lehrer*innen

Auf die Frage nach den von der „Schulgesundheitsfachkraft“ wahrgenommenen Aufgaben berichtet die Mehrheit der Lehrer*innen, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ an der Schule Erste Hilfe leiste (98%; **Abb. 47**) und das Lehrpersonal von fachfremden, gesundheitsbezogenen Aufgaben entlaste (89%). Drei Viertel unter ihnen geben an, dass sie chronisch erkrankte Schüler*innen betreut (76%), knapp zwei Drittel der Lehrenden, dass sie zwischen Lehrpersonal und Eltern in Gesundheitsthemen vermittele/moderiere (62%). Jede*r vierte Lehrende hat die Erfahrung gemacht, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ Fortbildungen und Schulungen zu chronischen Erkrankungen hält (27%) sowie Schüler*innen mit Behinderungen begleitet (23%).

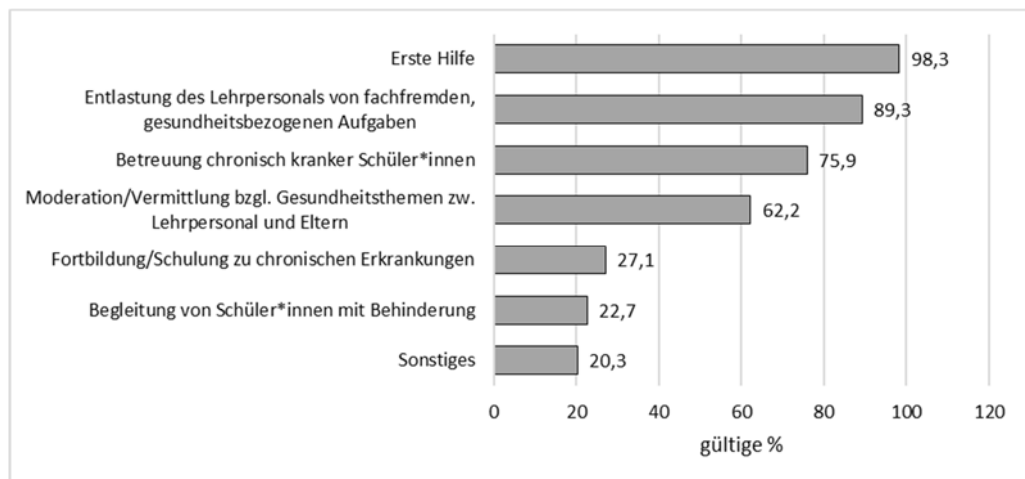


Abb. 47: Von Lehrer*innen wahrgenommenes Aufgabenspektrum der "Schulgesundheitsfachkraft" in Hessen (N=291)

Schulleiter*innen

Von allen 9 Schulleiterinnen und Schulleitern wird geäußert, dass ihre „Schulgesundheitsfachkraft“ vorrangig mit den Aufgaben der Ersten Hilfe betraut ist (**Abb. 48**, umseitig), sie als Ansprechpartnerin bei körperlichen und psychischen Beschwerden sowie als Vertrauensperson an ihrer Schule agiert und Hygieneartikel ausgibt. 8 von 9 Schulleiter*innen berichten, dass sie bei Gewichtsproblemen berät, Hausmittel wie Tee, Wärmflaschen etc. anwendet und mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst zusammenarbeitet. Ebenfalls 7 Schulleiter*innen nehmen die Unterstützung von Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen sowie die Beratung dazu, wie man gesund bleiben kann, als Aufgaben wahr, denen die „Schulgesundheitsfachkraft“ nachgeht. Schulleiter*innen berichten zudem, dass sie Fortbildungen zu Gesundheitsthemen hält (6 Nennungen) und bei der Medikamenteneinnahme berät (5 Nennungen). Eine geringere Rolle spielt die Beratung bei Sucht in der Wahrnehmung der Schulleiter*innen (3 Nennungen).

Auf die Frage, welche dieser Aufgaben ihrer Meinung nach die wichtigste sei, antworten 7 Schulleiter*innen damit, dass es die Funktion als Ansprechperson bei körperlichen und psychischen Problemen sei, jeweils eine weitere Nennung bezieht sich auf Aufgaben der Ersten Hilfe sowie das Anwenden von Hausmitteln, wie Tee, Wärmflaschen etc.

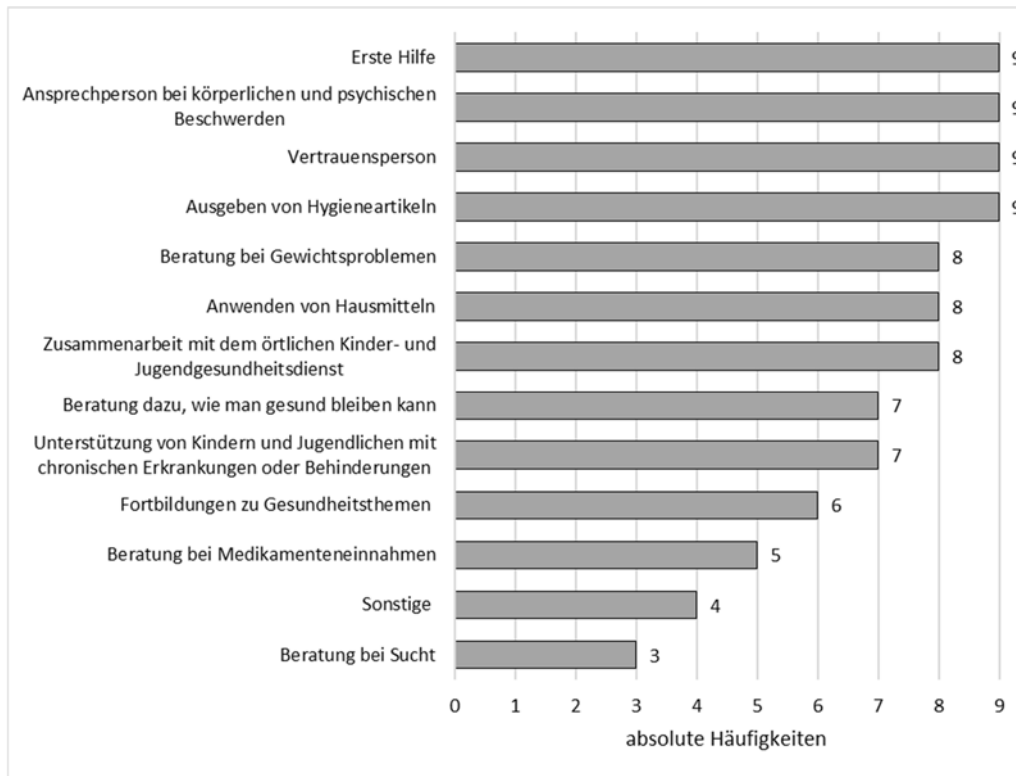


Abb. 48: Von den Schulleiter*innen wahrgenommenes Aufgabenspektrum der "Schulgesundheitsfachkraft" in Hessen (N=9)

2.3 Veränderungsnotwendigkeit, Projektzielerreichungsgrad und Erfolgszuversicht aus Sicht der Zielgruppen

Eltern und Lehrer*innen konnten in der Befragung angeben, ob sie den Einsatz der „Schulgesundheitsfachkräfte“ an ihrer Schule als notwendige Veränderung wahrnehmen („Es ist dringend notwendig, dass an unserer Schule eine Schulgesundheitsfachkraft arbeitet“). Hierbei handelt es sich um eine Adaption des von Paulus et al. (2014) entwickelten Instrumentes, das im Rahmen der Evaluation des Programmes „Gemeinsam gesunde Schule entwickeln“ angewendet wurde. Die Einschätzung der Notwendigkeit der geplanten Veränderung, so Paulus et al. (2014), beeinflusst die Veränderungsbereitschaft und dient als Indikator für das Engagement, das in die Umsetzung von Interventionen investiert wird. Anschließend wird dargestellt, wie Eltern, Lehrer*innen und Schulleiter*innen die bisherige Realisierung der Projektziele einschätzen. Diese wurden im Rahmen der Curriculums-Entwicklung durch den AWO Bezirksverband Potsdam (2016) benannt. Zuletzt wird die Erfolgszuversicht in Bezug auf das Projekt der Eltern und der Lehrenden dargestellt. Nach Paulus et al. (2014) liefern Aussagen zur Erfolgszuversicht bereits gute Vorhersagen für den Erfolg des Projektverlaufs.

Brandenburg

Eltern und Lehrer*innen zeigen sich mehrheitlich davon überzeugt, dass an ihrer Schule die Notwendigkeit für den Einsatz einer „Schulgesundheitsfachkraft“ besteht. Lehrer*innen stimmen dem häufiger uneingeschränkt zu und Ablehnung wird von ihnen seltener geäußert (3%) als unter den Eltern (10%) (Abb. 49, umseitig).

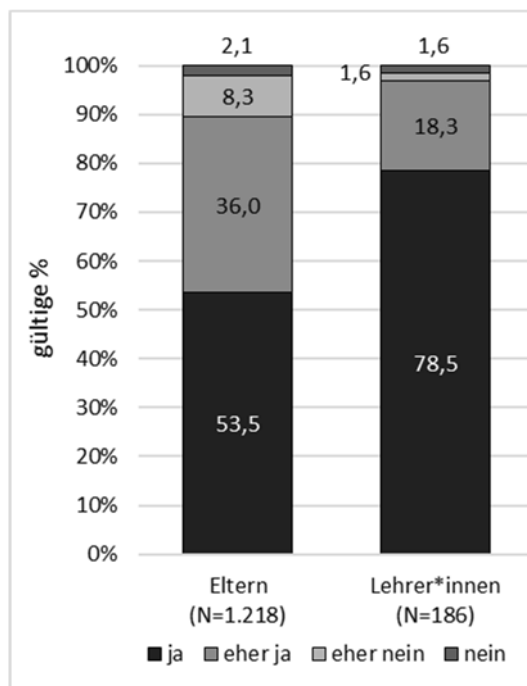


Abb. 49: „Es ist dringend notwendig, dass an unserer Schule eine Schulgesundheitsfachkraft beschäftigt ist.“ aus Sicht der Eltern und der Lehrer*innen in Brandenburg

Eltern

Den Eltern wurden die auf sie bezogenen Projektziele vorgestellt. Sie sollten einschätzen, inwieweit die Ziele aus ihrer Sicht bis zum derzeitigen Zeitpunkt erfüllt sind. Der Wortlaut des Projektziels wird den Erläuterungen der Befragungsergebnisse aus **Abb. 50** (umseitig) vorangestellt.

*„Die Eltern der Schüler*innen wissen, dass eine Pflegekraft ihres Kindes an der Schule die Erstversorgung übernimmt.“*

Die Realisierung dieses Projektziels findet unter einem Großteil der Eltern Zustimmung. Drei Viertel sind voll und ganz bis weitestgehend der Meinung, dass den Eltern bekannt ist, dass eine Pflegende die Erstversorgung ihres Kindes an der Schule übernimmt (77%), 15 Prozent denken, dass dies teilweise realisiert werden konnte. Nur 6 Prozent sind der Ansicht, dass das weniger bis überhaupt nicht erreicht werden konnte.

*„Die Eltern von Schüler*innen mit andauernden Erkrankungen oder Behinderungen sind entlastet, weil sie wissen, dass ihr Kind in der Schulzeit gesundheitlich gut versorgt ist.“*

Fast zwei Drittel der Eltern sind voll und ganz bis weitestgehend der Ansicht, dass Eltern von Schüler*innen mit andauernden Erkrankungen oder Behinderungen durch die Gewissheit einer guten Versorgung an der Schule entlastet sind (63%). Ein Viertel von ihnen stimmt dem zumindest teilweise zu (25%), etwa 12 Prozent sind der Ansicht, dass dieses Projektziel bisher weniger oder überhaupt nicht realisiert werden konnte. Selbstbetroffene Eltern von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen (N=188) sind hier deutlich kritischer. Sie schätzen dieses Projektziel etwas seltener als voll und ganz bis weitestgehend erreicht ein (60%) als Eltern von Kindern ohne gesundheitliche Benachteiligung (ohne Abb.; N=864; 64%). Hingegen sind 19 Prozent der Eltern gesundheitlich benachteiligter Schüler*innen gegenüber 10 Prozent der anderen Eltern weniger bis überhaupt nicht von der Realisierung dieses Projektziels überzeugt.

„Eltern sind entlastet, da sie weniger Fehlzeiten am Arbeitsplatz haben, weil ihre Kinder nicht mehr bei jeder geringfügigen gesundheitlichen Einschränkung von der Schule abgeholt werden müssen.“

Über die Hälfte der Eltern sind voll und ganz bis weitestgehend davon überzeugt, dass Eltern dadurch entlastet werden konnten, dass sie durch die Tätigkeit der Pflegenden weniger Fehlzeiten am Arbeitsplatz hatten (56%). 22 Prozent stimmen dem zumindest teilweise zu. Weitere 22 Prozent der Eltern sind der Meinung, dass dieses Projektziel weniger bis gar nicht realisiert werden konnte. Deutliche Unterschiede lassen sich zwischen Eltern, deren Kinder bereits Kontakt zur Pflegenden hatten (N=443) und den Eltern, deren Kinder noch keinen Kontakt hatten erkennen (N=417). Denn Eltern, deren Kind die „Schulgesundheitsfachkraft“ bereits aufgesucht hat, sind deutlich häufiger von der bisherigen Realisierung des Projektziels überzeugt (65% vs. 50%) als Eltern, deren Kinder die Pflegende noch nicht aufgesucht haben.

*„Eltern (v.a. Mütter) von chronisch kranker und/oder behinderter Schüler*innen können Erwerbstätigkeit ausüben bzw. ausweiten und ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt verbessern.“*

Nach Ansicht der Hälfte der Eltern wurde dieses Projektziel bisher voll und ganz bis weitestgehend erfüllt (49%). Ein knappes Drittel stimmt dem teilweise zu (29%). 22 Prozent der Eltern sind der Meinung, dass dieses Projektziel weniger bis gar nicht realisiert werden konnte. Die Zahl der alleinerziehenden Elternteile eines Kindes mit chronischer Erkrankung ist für eine auf andere Eltern verallgemeinerbare und aussagekräftige statistische Analyse mit N=68 an dieser Stelle zu gering.

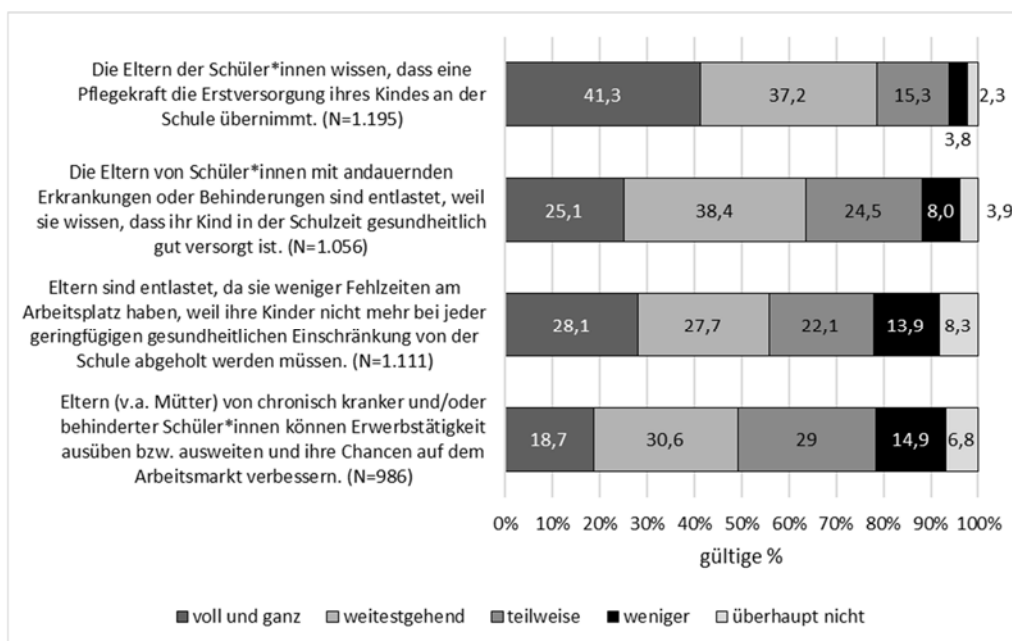


Abb. 50: Realisierung der Projektziele aus Sicht der Eltern in Brandenburg

Lehrer*innen und Schulleiter*innen

Auch den Lehrenden und den Schulleitungen wurden die Projektziele zur Überprüfung vorgelegt, die sich auf die Mitarbeiter*innen an den Schulen beziehen (**Abb. 51 und 52**, umseitig).

„Das Schulpersonal, insbesondere die Lehrkräfte, sind von fachfremden, gesundheitsbezogenen Aufgaben entlastet.“

Die Antworttendenzen der Lehrenden und der Schulleiter*innen ähneln sich diesbezüglich sehr. Über die Hälfte der Lehrenden (57%) und der Schulleiter*innen (10 von 15 Nennungen) stimmen dem voll und ganz bis weitestgehend zu. Ein Drittel der Lehrer*innen (34%) und der

Schulleiter*innen (5 von 15 Nennungen) sind zumindest teilweise dieser Meinung. Weitere 8 Prozent der Lehrer*innen denken, dass dieses Projektziel weniger realisiert werden konnte.

„Die Arbeitszufriedenheit des Schulpersonals ist gestiegen.“

Die Schulleiter*innen sind anteilig häufiger voll und ganz bis weitestgehend der Ansicht, dass die Arbeitszufriedenheit des Schulpersonals durch den Einsatz der „Schulgesundheitsfachkraft“ gestiegen ist (4 von 15 Nennungen) als die Lehrenden (42%). Sowohl die Schulleiter*innen als auch die Lehrenden sind zu einem Drittel zumindest teilweise davon überzeugt. 2 von 15 Schulleiter*innen sind weniger sowie 18 Prozent der Lehrenden weniger bis überhaupt nicht der Ansicht, dass die Arbeitszufriedenheit des Schulpersonals gestiegen ist.

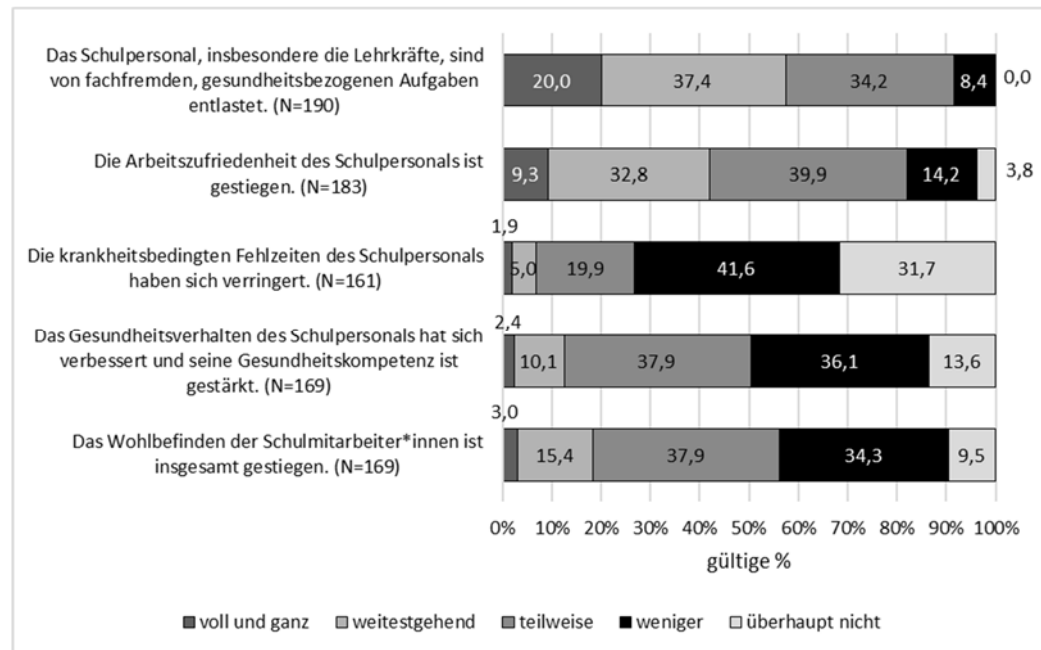


Abb. 51: Realisierung der Projektziele aus Sicht der Lehrer*innen in Brandenburg

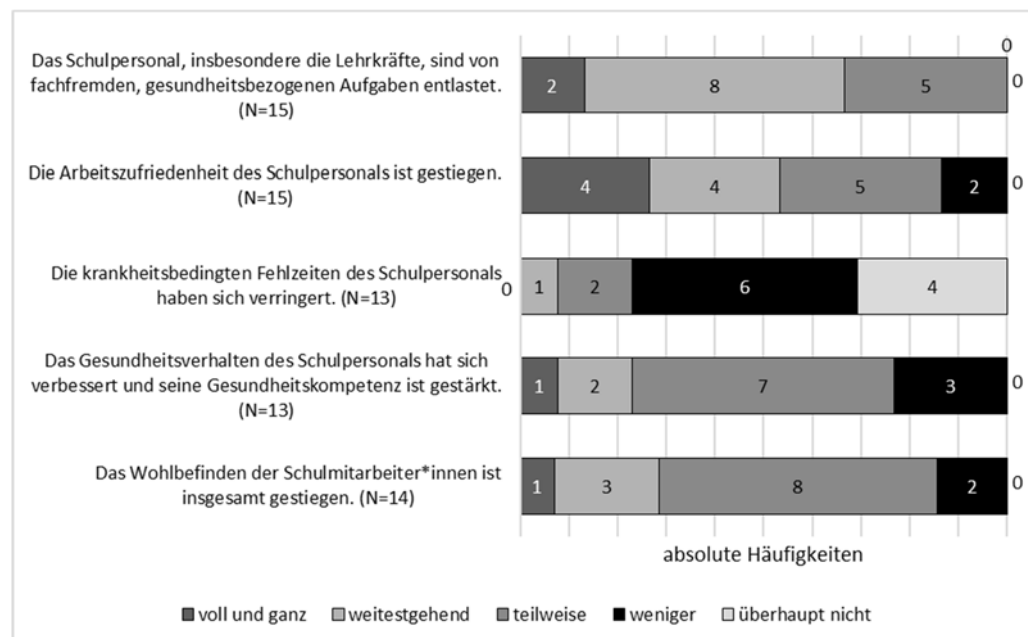


Abb. 52: Realisierung der Projektziele aus Sicht der Schulleiter*innen in Brandenburg

„Die krankheitsbedingten Fehlzeiten des Schulpersonals haben sich verringert.“

Auch hier lassen sich zwischen den Schulleiter*innen und den Lehrenden ähnliche Antworttendenzen erkennen. Demnach sehen nur die wenigsten voll und ganz bis teilweise erreicht, dass sich die krankheitsbedingten Fehlzeiten des Schulpersonals verringert haben (Lehrerinnen: 7%; Schulleiter*innen: 1 von 13 Nennungen). Zwar sind 20 Prozent der Lehrenden und 2 von 13 Schulleiter*innen zumindest teilweise davon überzeugt, dass sie sich verringert haben. Der Großteil sieht dieses Projektziel jedoch weniger bis überhaupt nicht realisiert (Lehrerinnen: 73%; Schulleiter*innen: 10 von 13 Nennungen).

„Das Gesundheitsverhalten des Schulpersonals hat sich verbessert und seine Gesundheitskompetenz ist gestärkt.“

Die Antworten der Lehrenden und der Schulleiter*innen bezüglich dieses Projektziels lassen darauf schließen, dass durch den Einsatz der „Schulgesundheitsfachkräfte“ an den Schulen das Thema Gesundheit deutlich stärker als zuvor verankert und im Bewusstsein des Schulpersonals präsenter ist. Zwar geben nur 12 Prozent der Lehrenden und 3 von 13 Schulleiter*innen an, dass sich durch den Einsatz der Pflegenden auch das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskompetenz der Schulmitarbeiter*innen verbessert hat, jedoch sind weitere 18 Prozent der Lehrenden und 7 von 13 Schulleiter*innen nur teilweise davon überzeugt. Insgesamt 3 von 13 Schulleiter*innen sowie die Hälfte der Lehrer*innen denken, dass dieses Projektziel weniger bis überhaupt nicht realisiert werden konnte.

„Das Wohlbefinden der Schulmitarbeiter*innen ist insgesamt gestiegen.“

Ein ähnliches Bild wie bei der vorherigen Frage zeigt sich bezüglich der Steigerung des Wohlbefindens der Schulmitarbeiter*innen durch den Einsatz der „Schulgesundheitsfachkräfte“. Nur wenige sind der Ansicht, dass das Projektziel voll und ganz bis weitestgehend erreicht werden konnte (Lehrerinnen: 18%; Schulleiter*innen: 4 von 14 Nennungen), mehr als ein Drittel der Lehrer*innen (38%) und über die Hälfte der Schulleiter*innen (8 von 14 Nennungen) sehen dieses Projektziel nur teilweise realisiert. 44 Prozent der Lehrer*innen sowie 2 von 14 Lehrenden sind weniger bis überhaupt nicht dieser Ansicht.

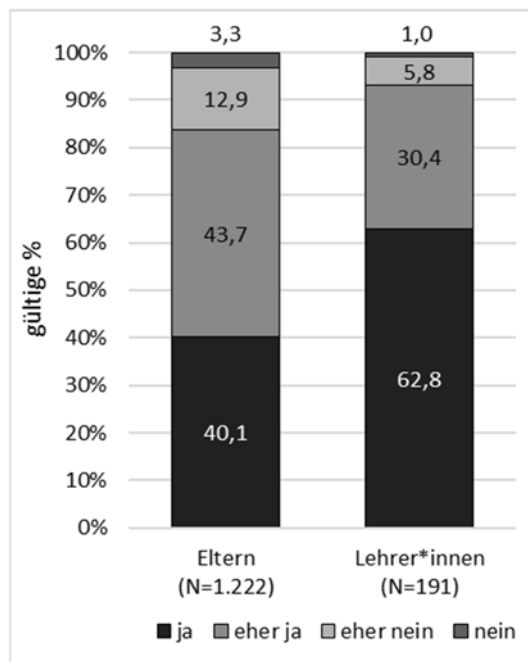


Abb. 53: „Ich bin von dem Erfolg des Projektes überzeugt.“ aus Sicht der Eltern und der Lehrer*innen in Brandenburg

Hinsichtlich der Überzeugung, ob das Modellprojekt erfolgreich sein wird, zeigen sich sowohl Eltern als auch Lehrer*innen überwiegend überzeugt (Eltern: 84%, Lehrer*innen: 93%). Lehrer*innen stimmen dieser Aussage häufiger als die Eltern der Schüler*innen zu (Abb.: 53, vorstehend).

Hessen

Eltern und Lehrer*innen zeigen sich mehrheitlich davon überzeugt, dass an ihrer Schule die Notwendigkeit für den Einsatz einer „Schulgesundheitsfachkraft“ besteht. Lehrer*innen stimmen dem häufiger uneingeschränkt zu (89%) als die Eltern (63%). (Abb. 54).

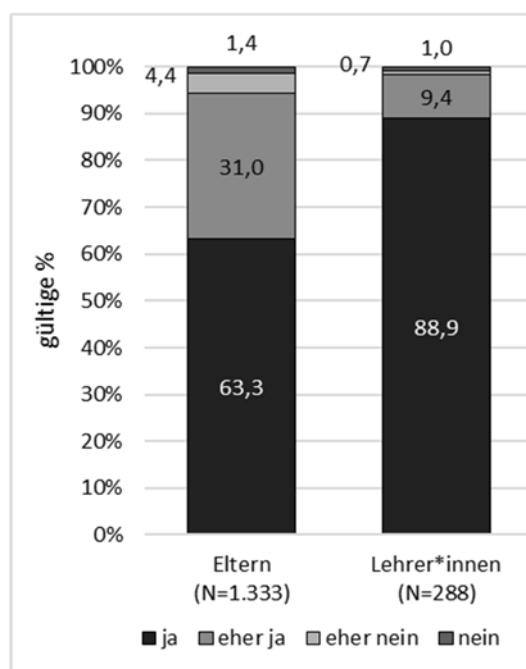


Abb. 54: „Es ist dringend notwendig, dass an unserer Schule eine Schulgesundheitsfachkraft beschäftigt ist.“ aus Sicht der Eltern und der Lehrer*innen in Hessen

Eltern

Den Eltern wurden die auf sie bezogenen Projektziele vorgestellt und sie sollten einschätzen, inwieweit diese zum derzeitigen Zeitpunkt erfüllt sind. Der Wortlaut des Projektziels wird den Erläuterungen der Befragungsergebnisse aus Abb. 55 vorangestellt.

*„Die Eltern der Schüler*innen wissen, dass eine Pflegekraft ihres Kindes an der Schule die Erstversorgung übernimmt.“*

Die Realisierung dieses Projektziels findet unter einem Großteil der Eltern Zustimmung. 84 Prozent sind voll und ganz bis weitestgehend der Meinung, dass den Eltern bekannt ist, dass eine Pflegende die Erstversorgung ihres Kindes an der Schule übernimmt, 11 Prozent denken, dass dies teilweise realisiert werden konnte. Nur 4 Prozent sind der Ansicht, dass das weniger bis überhaupt nicht erreicht werden konnte.

*„Die Eltern von Schüler*innen mit andauernden Erkrankungen oder Behinderungen sind entlastet, weil sie wissen, dass ihr Kind in der Schulzeit gesundheitlich gut versorgt ist.“*

Über zwei Drittel der Eltern sind voll und ganz bis weitestgehend der Ansicht, dass Eltern von Schüler*innen mit andauernden Erkrankungen oder Behinderungen durch die Gewissheit einer guten Versorgung an der Schule entlastet sind (71%). Knapp ein Viertel von ihnen stimmt dem zumindest teilweise zu (22%), etwa 8 Prozent sind der Ansicht, dass dieses Projektziel bisher weniger oder überhaupt nicht realisiert werden konnte. Selbstbetroffene Eltern von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen (N=155) unterscheiden

sich hier nicht in ihren Antworttendenzen von Eltern von Kindern ohne gesundheitliche Benachteiligung (ohne Abb.; N=1.052; 70%).

„Eltern sind entlastet, da sie weniger Fehlzeiten am Arbeitsplatz haben, weil ihre Kinder nicht mehr bei jeder geringfügigen gesundheitlichen Einschränkung von der Schule abgeholt werden müssen.“

Deutlich mehr als die Hälfte der Eltern sind voll und ganz bis weitestgehend davon überzeugt, dass Eltern dadurch entlastet werden konnten, dass sie durch die Tätigkeit der Pflegenden weniger Fehlzeiten am Arbeitsplatz hatten (64%). 23 Prozent stimmen dem zumindest teilweise zu. Nur 13 Prozent der Eltern sind der Meinung, dass dieses Projektziel weniger bis gar nicht realisiert werden konnte. Deutliche Unterschiede lassen sich zwischen Eltern, deren Kinder bereits Kontakt zur Pflegenden hatten (N=740) und den Eltern, deren Kinder noch keinen Kontakt hatten, erkennen (N=359). Denn Eltern, deren Kind die „Schulgesundheitsfachkraft“ bereits aufgesucht hat, sind deutlich häufiger von der bisherigen Realisierung des Projektziels überzeugt (69% vs. 55%) als Eltern, deren Kinder die Pflegende noch nicht aufgesucht haben).

*„Eltern (v.a. Mütter) von chronisch kranken und/oder behinderten Schüler*innen können Erwerbstätigkeit ausüben bzw. ausweiten und ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt verbessern.“*

Nach Ansicht der Hälfte der Eltern wurde dieses Projektziel bisher voll und ganz bis weitestgehend erfüllt (52%). Ein knappes Drittel stimmt dem teilweise zu (30%). 18 Prozent der Eltern sind der Meinung, dass dieses Projektziel weniger bis gar nicht realisiert werden konnte.

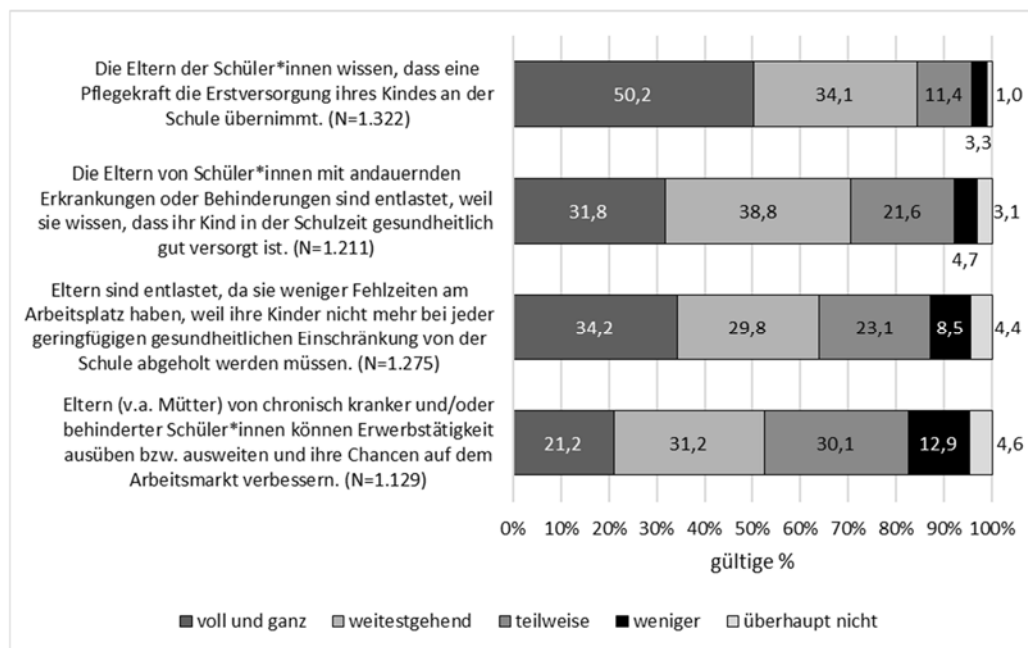


Abb. 55: Realisierung der Projektziele aus Sicht der Eltern in Hessen

Lehrer*innen und Schulleiter*innen

Den Lehrenden und Schulleitungen wurden die Projektziele zur Überprüfung vorgelegt, die sich auf die Mitarbeiter*innen an den Schulen beziehen (Abb. 56 und Abb. 57, umseitig).

„Das Schulpersonal, insbesondere die Lehrkräfte, sind von fachfremden, gesundheitsbezogenen Aufgaben entlastet.“

Die Antworttendenzen der Lehrenden und der Schulleiter*innen ähneln sich hier sehr. So stimmen dem die Mehrheit der Lehrer*innen (92%) sowie alle Schulleiter*innen voll und ganz bis weitestgehend zu.

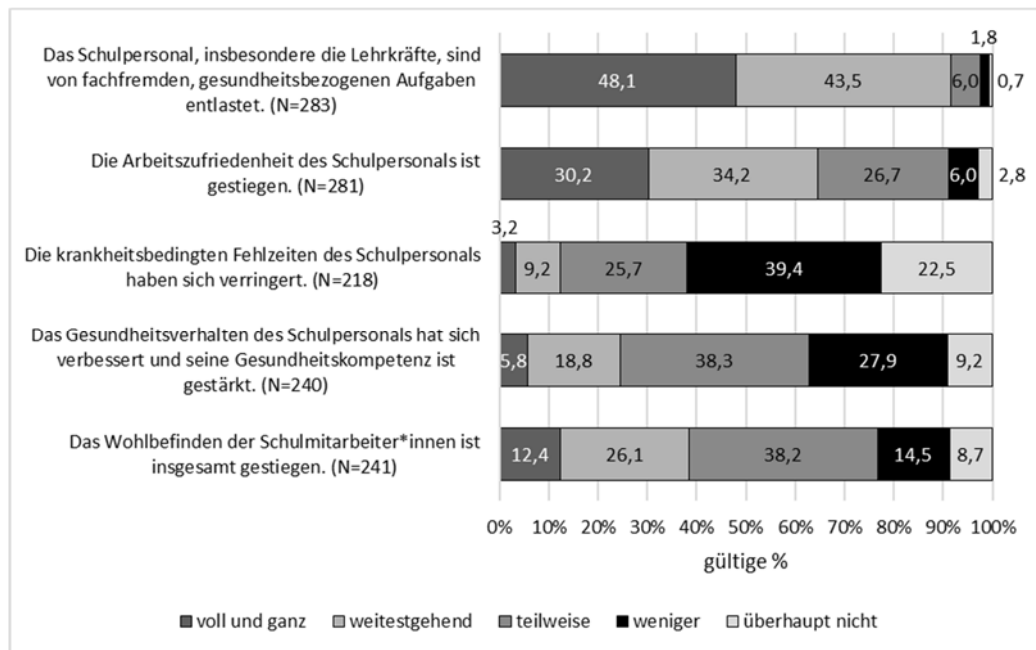


Abb. 56: Realisierung der Projektziele aus Sicht der Lehrer*innen in Hessen

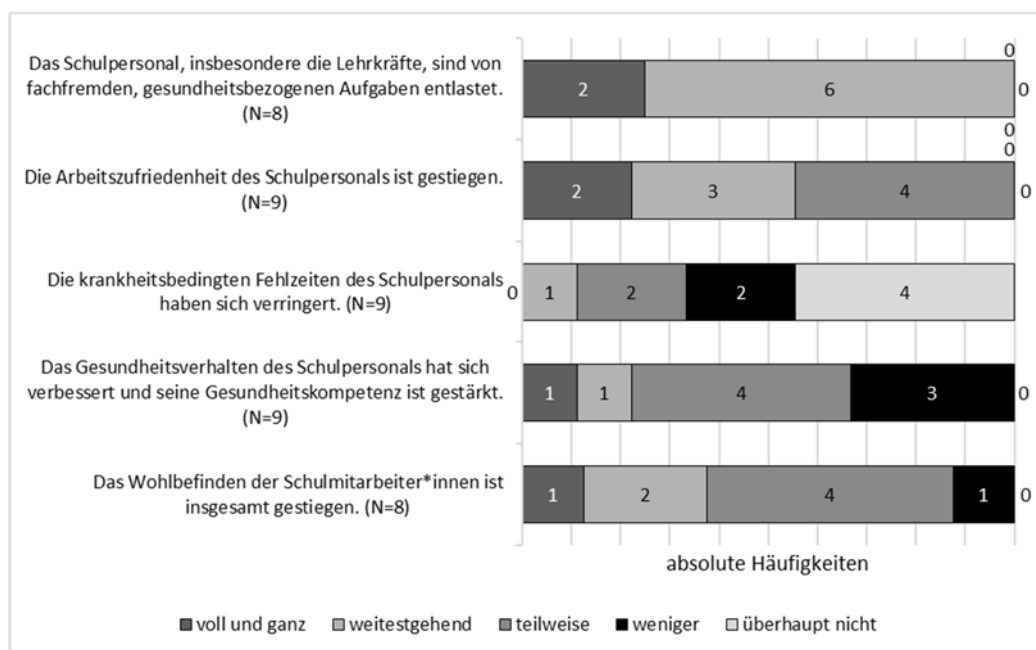


Abb. 57: Realisierung der Projektziele aus Sicht der Schulleiter*innen in Hessen

„Die Arbeitszufriedenheit des Schulpersonals ist gestiegen.“

Insgesamt 64 Prozent der Lehrer*innen sowie 5 von 9 Schulleiter*innen sind voll und ganz bis weitestgehend der Ansicht, dass die Arbeitszufriedenheit des Schulpersonals durch den Einsatz der „Schulgesundheitsfachkraft“ gestiegen ist. Ein Viertel der Lehrenden sowie 4 von 9 Schulleiter*innen zeigen sich zumindest teilweise davon überzeugt, dass die Arbeitszufriedenheit in ihrer Schule gestiegen ist. 8 Prozent der Lehrenden sind dagegen weniger bis überhaupt nicht dieser Ansicht.

„Die krankheitsbedingten Fehlzeiten des Schulpersonals haben sich verringert.“

Von der Reduktion der krankheitsbedingten Fehlzeiten des Schulpersonals, zeigen sich deutlich weniger Lehrer*innen und Schulleiter*innen überzeugt. Demnach sieht nur 1 von 10 Lehrer*innen sowie 1 von 9 Schulleiter*innen dieses Projektziel voll und ganz bis teilweise erreicht. Zwar sind ein Viertel der Lehrenden und 2 von 9 Schulleiter*innen zumindest teilweise davon überzeugt, dass sie sich verringert haben, der Großteil sieht dieses Projektziel jedoch weniger bis überhaupt nicht realisiert (Lehrerinnen: 62%; Schulleiter*innen: 6 von 9 Nennungen).

„Das Gesundheitsverhalten des Schulpersonals hat sich verbessert und seine Gesundheitskompetenz ist gestärkt.“

Die Antworten der Lehrenden und der Schulleiter*innen bezüglich dieses Projektziels lassen darauf schließen, dass durch den Einsatz der Pflegenden das Thema Gesundheit deutlich stärker als zuvor verankert und im Bewusstsein des Schulpersonals präsenter ist. Immerhin ein Viertel der Lehrenden und 2 von 9 Schulleiter*innen gaben an, dass sich durch den Einsatz der Pflegenden auch das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskompetenz der Schulmitarbeiter*innen verbessert hat, jedoch sind weitere 38 Prozent der Lehrenden und 4 von 9 Schulleiter*innen nur teilweise davon überzeugt.

*„Das Wohlbefinden der Schulmitarbeiter*innen ist insgesamt gestiegen.“*

Ein etwas optimistischeres Bild als zuvor zeigt sich auch bezüglich der Steigerung des Wohlbefindens der Schulmitarbeiter*innen durch den Einsatz der „Schulgesundheitsfachkräfte“. Mehr als ein Drittel der Lehrer*innen sind der Ansicht, dass das Projektziel voll und ganz bis weitestgehend erreicht werden konnte (Lehrerinnen: 39%; Schulleiter*innen: 3 von 8 Nennungen), ein weiteres Drittel der Lehrer*innen (38%) und die Hälfte der Schulleiter*innen (4 von 8 Nennungen) sehen dieses Projektziel zumindest teilweise realisiert.

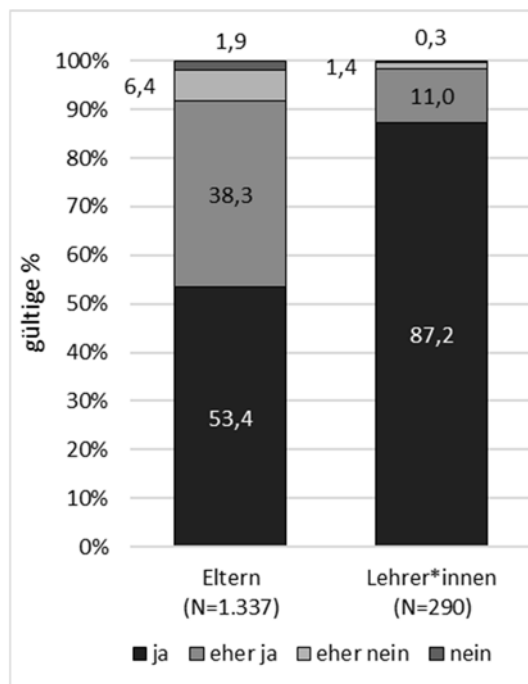


Abb. 58: „Ich bin von dem Erfolg des Projektes überzeugt.“ aus Sicht der Eltern und der Lehrer*innen in Hessen

Hinsichtlich der Überzeugung, ob das Modellprojekt erfolgreich sein wird, zeigen sich sowohl Eltern als auch Lehrer*innen überwiegend überzeugt (Eltern: 92%, Lehrer*innen: 98%). Lehrer*innen stimmen dieser Aussage häufiger als die Eltern der Schüler*innen zu (Abb. 58).

3. Einordnung und Kommentar

Die Vertreter*innen der Zielgruppen äußern sich in den qualitativen Interviews und Gruppendiskussionen durchweg positiv über das neue Angebot der Schulgesundheitspflege. Das kann zwar daran liegen, dass die Teilnehmenden teilweise von den Schulleitungen ausgewählt wurden bzw. sich vor dem Hintergrund einer möglichen Projektverlängerung und Verstetigung der Intervention freiwillig zur Verfügung stellten, allerdings bestätigt auch die schriftliche Befragung, dass diejenigen, die schon Kontakt mit der „Schulgesundheitsfachkraft“ hatten, in hohem Maße zufrieden mit deren Arbeit sind. Die geringe zeitliche Präsenz der Pflegenden an den Schulen ist momentan allerdings ein Hindernis, um die hochgesteckten Erwartungen der Zielgruppen an dieses neue Angebot nachhaltig zu erfüllen.

Der von den Projektträgern gewählte Terminus „Schulgesundheitsfachkraft“ wurde von Schüler*innen und Eltern kaum angenommen und nahezu durchweg als zu technokratisch klingend zurückgewiesen. „Krankenschwester“ oder „Schulkrankenschwester“ scheint im alltäglichen Sprachgebrauch deutlich einfacher zu sein; das schlichte Pfleger*in bzw. Schulgesundheitspfleger*in schien ebenfalls auf Zustimmung zu treffen. Dagegen kann das von den Projektträgern gewählte Vokabular auf den Werbematerialien als passend bewertet werden: „*Kümmern, pflegen, da sein*“ (Hessen) sind von den Befragten häufig gewählte Worte. Ebenso werden die Begriffe „*Schützen, Dasein, Vertrauen, Vorsorgen, Helfen, Beraten, Zuhören*“ (Brandenburg) häufig verwandt. Lediglich das Wort „*Trösten*“ wurde in keinem der Interviews erwähnt.

Aus den mündlichen Befragungen lassen sich verschiedene Kernaufgaben und Grundbedingungen der Schulgesundheitspflege ablesen, die sich weitestgehend mit den im Curriculum vorgegebenen Tätigkeitsbereichen decken (AWO 2016). Zwar wird die Erste Hilfe oftmals an erster Stelle genannt, dennoch genießen auch die anderen Aufgaben in den Augen der Befragten hohe Wertschätzung. Folgende Aspekte scheinen bei der Auseinandersetzung mit dem Aufgabenprofil der Schulgesundheitspflege künftig bedenkenswert:

- Die gesundheitliche Versorgung (inkl. der Ersten Hilfe) wird als deutlich qualifizierter wahrgenommen, seit sie von den „Schulgesundheitsfachkräften“ und nicht mehr vom Sekretariat oder von den Lehrenden koordiniert und verantwortet wird. Dies deutet auf verbesserte Strukturen in der Schule hin, zum Beispiel auch durch die Kooperation mit dem (teilweise schon bestehenden) Schulsanitätsdienst. Grundlage dieser Aufgabenwahrnehmung ist eine (erweiterte) klinische Kompetenz der Pflegenden, ein Mandat für diese Aufgaben sowie ein souveränes und vernetztes Handeln in enger Kooperation mit anderen Instanzen des Gesundheitssystems (z. B. dem ÖGD, den niedergelassenen Ärzt*innen, Rettungsdiensten).
- Die Schulgesundheitspflege informiert, orientiert, berät und unterstützt bei gesundheitsbezogenen Entscheidungen. Dies könnte bei einem längeren Interventionszeitraum zu einer Erhöhung der Gesundheitskompetenz der Schüler*innen führen, gegebenenfalls auch der Eltern. Aber auch die Lehrer*innen werden unterstützt, ein Gesundheitsbewusstsein zu entwickeln, ihre Gesundheitskompetenz zu erweitern und gesundheitsförderliches Verhalten auszubauen. Diese Aufgabe stellt jedoch hohe Qualifikationsanforderungen an die Pflegenden und verlangt auch nach einer Rollenklärung gegenüber anderen Instanzen (etwa der Schulsozialarbeit/Schulpsychologie), um die jeweiligen Stärken realisieren zu können.
- Schüler*innen und Lehrer*innen wünschen sich einen Rückzugsort bzw. Schutzraum in der Schule. In ihrem Behandlungsraum kümmert sich die „Schulgesundheitsfachkraft“ mit ausreichend Zeit, einer großen Sensibilität und (klinischer) Pflegeexpertise um gesundheitliche und sozial-emotionale Problemlagen („Sorgeinstanz“). Die Schulgesundheitspflege kann damit zu einer Steigerung des Wohlbefindens an der Schule beitragen. Ob dies im Ergebnis dazu führt, dass die Schüler*innen gerne in die Schule gehen und sich Fehlzeiten im Unterricht verringern, müsste nach einer längeren Interventionszeit untersucht werden.

- Die Schulgesundheitspflege tritt in vielerlei Hinsicht als „Vermittlungsinstanz“ in Erscheinung: Sie vermittelt Kontakte zwischen Schüler*innen, Elternhaus und Schule und in Richtung auf die Schulumwelt (insbesondere das Gesundheitswesen und seine verschiedenen Institutionen). Der letztgenannte Bedarf zeichnet sich besonders für Inklusionsschulen ab. Vorausgesetzt ist, dass die Schulgesundheitspflege nicht allein individuenbezogen handelt, sondern eine Public-Health-Perspektive einnimmt. Basierend auf einem regelkreislaufbasierten Vorgehen kann sie wichtige Gesundheits Herausforderungen innerhalb und außerhalb der Schule erfassen und gemeinsam mit externen Partnern programm förmig angehen. Ansätze in diese Richtung sind erkennbar, sie sind aber noch ausbaufähig.

Für die Weiterentwicklung des Berufsbildes der Schulgesundheitspflege könnten die Kernaufgaben weiter ausdifferenziert und mit internationalen Konzepten abgeglichen werden. Das bei der Erarbeitung des AWO-Curriculums (AWO 2016) herangezogene europäische Rahmenkonzept der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für eine schulische Gesundheitsversorgung sieht zum Beispiel die Kernaufgabe „Manager*in“ vor. Ausgestattet mit Systemkenntnissen bezogen auf gesundheitsförderliche Strukturen und Organisationen in der Region sollen notwendige Maßnahmen geplant und koordiniert werden (WHO 2014, Tannen et al. 2018). Auch die Kernaufgabe „Wissenschaftler*in“ (WHO 2014) müsste berücksichtigt werden, um eine standardisierte Datenerfassung, ein Monitoring und eine Dateninterpretation auf gesundheitswissenschaftlicher Basis zu gewährleisten – dies würde freilich eine entsprechende Qualifikation auf Seiten der Schulgesundheitspflegenden voraussetzen.

Aus den quantitativen Befragungen geht hervor, dass die Kinder und Jugendlichen sich nach ihrem Besuch bei den Pflegenden besser gefühlt haben und der Besuch angenehm und vertraulich war. Bei den Älteren übernehmen die Pflegenden eher eine beratende Funktion, die es ihnen möglich macht, eigene informierte Entscheidungen zu treffen, wohingegen die Jüngeren noch darauf angewiesen sind, dass ihnen diese Entscheidung abgenommen wird. Die Mehrheit der Schüler*innen berichtet aber, dass ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse bei den Entscheidungen der Pflegenden berücksichtigt wurden. Damit wird das neue Versorgungsangebot von den Schüler*innen insgesamt überwiegend positiv bewertet.

Allerdings zeigen die Daten auch, dass gesundheitlich benachteiligte Schüler*innen deutlich skeptischer sind als andere. Unter anderem stufen sie die Möglichkeit, mit der „Schulgesundheitsfachkraft“ in Kontakt zu treten, häufiger als schwierig ein. Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen sind in der Regel mit deutlich größeren gesundheitlichen Herausforderungen und Versorgungserfordernissen konfrontiert als ihre Mitschüler*innen, insofern haben sie womöglich einen größeren Unterstützungsbedarf. Zudem berichten sie insgesamt seltener, dass ihre Wünsche und Bedürfnisse bei den Entscheidungen der Pflegenden berücksichtigt werden. Gerade im Kindes- und Jugendalter bestehen jedoch gute Möglichkeiten, Gesundheits- und Selbstmanagementkompetenzen im Umgang mit chronischen Gesundheitsproblemen auszubilden und damit einen selbstbestimmten und verantwortungsvollen Umgang mit der Erkrankung zu stärken. Die Bedarfe und Bedürfnisse dieser speziellen Gruppe von Schüler*innen sollten daher zukünftig gezielter erfasst werden. Darauf aufbauend sollten adäquate Unterstützungsangebote im Setting Schule entwickelt werden. „Schulgesundheitsfachkräfte“, die wie in Brandenburg mehrere Schulen betreuen müssen, können den Versorgungsanforderungen dieser Nutzergruppen aber derzeit wohl kaum vollumfänglich begegnen.

Sowohl Kinder und Jugendliche, ihre Eltern, die Lehrenden als auch die Schulleiter*innen nehmen die Erste Hilfe¹³ am Häufigsten als Aufgabe der „Schulgesundheitsfachkraft“ wahr. Dies stellt zwar keine reale Gewichtung ihrer Tätigkeiten dar, stützt jedoch die Annahme, dass es

¹³ Unter dem Leisten Erster Hilfe werden allgemein hin lebensrettende Sofortmaßnahmen in Notfällen verstanden, wie die Herz-Lungen-Wiederbelebung, die stabile Seitenlage oder die Blutstillung. „Notfälle sind neben schweren Unfallverletzungen auch lebensbedrohliche Erkrankungen oder Vergiftungen“ (DRK 2018), die sich in lebensbedrohlichen Zuständen wie Atemstillstand, Herz-Kreislaufstillstand, Schock, starke Blutungen und starke Verbrennungen äußern (BMI 2018; DRK 2018). In Kapitel V wird deutlich, dass an den Schulen auch Verletzungen mit deutlich geringerer Schwere (wie Schürfwunden, Prellungen) als Notfälle verstanden werden und deren Akutversorgung als Leisten Erster Hilfe gedeutet wird.

sich dabei um eine der Kernaufgaben der „Schulgesundheitsfachkraft“ handeln dürfte. Dank ihrer klinischen Pflegeexpertise sind mit den „Schulgesundheitsfachkräften“ bestens qualifizierte Ersthelferinnen für Akut- und Notfallsituationen an den Schulen und leisten im Rahmen der gesundheitlichen Akutversorgung einen wesentlichen Beitrag zur Prävention von Folgeerscheinungen. Inwieweit das Leisten Erster Hilfe in Notfallsituationen im Sinne lebensbedrohlicher Zustände im Arbeitsalltag der Pflegenden tatsächlich eine Rolle spielt, ist aus der Leistungsdokumentation heraus nicht erkennbar. Deutlich wurde jedoch, dass die Pflegenden in beiden Bundesländern Projekte zum Thema Erste Hilfe initiiert oder selbst angeboten haben und einige unter ihnen den Aufbau und/oder die Leitung des Schulsanitätsdienstes begleitet oder sogar übernommen haben. Schüler*innen, die in Erster Hilfe ausgebildet sind, unterstützen in ihrer Funktion als Schulsanitätsdienst die Erstversorgung von Unfällen, Verletzungen oder akuten Erkrankungen bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes (HKM 2018). Die enge Anbindung des Schulsanitätsdienstes an die „Schulgesundheitsfachkraft“ und Stärkung seiner Kompetenzen ermöglicht es, auch in kurzfristiger Abwesenheit der Pflegenden in Notfallsituationen handlungsfähig zu bleiben und eine eigene Sicherheitsarchitektur zu schaffen.

Aus den qualitativen und quantitativen Befragungsergebnissen zum wahrgenommenen Aufgabenspektrum der Pflegenden wird deutlich, dass sie in allen Bildungsstufen als Vertrauensperson wahrgenommen wird. In den höheren Bildungsstufen steigt ihre Rolle als Ansprechperson bei körperlichen und psychischen Beschwerden deutlich. Jugendspezifische Anforderungen, die v.a. in der Pubertät zum Tragen kommen, lassen auch das Ausgeben von Hygieneartikeln wichtiger werden. Die Anwendung von Hausmitteln wie Tee, Wärmflaschen etc. wird jedoch seltener als Aufgabe wahrgenommen. Auch sinkt die Häufigkeit, mit der die Pflegenden als Person wahrgenommen wird, die dazu berät, wie man gesund bleiben kann. Dies ist jedoch nicht weiter verwunderlich. Die Erreichung zunehmender Unabhängigkeit gehört zu einer der Entwicklungsaufgaben von Jugendlichen. Mit zunehmendem Alter dienen gesundheitsbezogene Verhaltensweisen mehr und mehr dem Aufbau von Peerbeziehungen, wodurch der Kontakt zu Gleichaltrigen eine immer größer werdende Rolle spielt (Pinquart/Silbereisen 2002). Diese sind daher häufiger als ihre Eltern und andere Erwachsene wie die „Schulgesundheitsfachkraft“ Ansprechpartner*innen bei Gesundheitsfragen. Dies spricht dafür, dass die Potentiale der „Schulgesundheitsfachkraft“ über die Akutversorgung hinausgehend frühzeitig für einen positiven Einfluss auf die gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen und die Gesundheitskompetenz der Schüler*innen genutzt werden sollten.

Eltern und Lehrer*innen in beiden Bundesländern sind mehrheitlich davon überzeugt, dass der Einsatz einer „Schulgesundheitsfachkraft“ an ihrer Schule dringend notwendig ist. Nach Annahme von Paulus et al. (2014) wird hierdurch eine hohe Änderungsbereitschaft deutlich, die darauf schließen lässt, dass sowohl Eltern als auch Lehrer*innen bereits engagiert an der Umsetzung mitwirken. Vor allem Lehrer*innen stimmen dem uneingeschränkt zu. Einerseits mag den Lehrenden der Bedarf angesichts der vielfältigen gesundheitsbezogenen Anforderungen im Schulalltag bekannter sein, als den Eltern, andererseits belegen die Ergebnisse des Zwischenberichtes (Tannen et al. 2018), dass sich Lehrende darüber hinaus täglich mit fachfremden gesundheitsbezogenen Aufgaben konfrontiert sehen, die Unsicherheiten hervorrufen und einen nicht abschätzbaren Mehraufwand für sie bedeuten. Daher dürften sie an der Schulentwicklung durch die Einführung der „Schulgesundheitsfachkräfte“ in besonderem Maße interessiert sein. Diese Ergebnisse unterstreichen zudem, dass auch aus Sicht der Eltern und Lehrer*innen täglich zahlreiche gesundheitliche Herausforderungen an der Schule bewältigt werden müssen, weshalb das Thema Gesundheit in der Schule mehr Beachtung erfahren muss.

In beiden Bundesländern zeigt sich die Mehrheit der Eltern zudem davon überzeugt, dass die Ziele des Modellprojektes erreicht worden sind. Sie bestätigen vor allem auch die Entlastung der Eltern durch die Tätigkeit der „Schulgesundheitsfachkraft“. Die weniger optimistische Einschätzung der brandenburgischen Eltern von gesundheitlich benachteiligten Schüler*innen deutet darauf hin, dass Potentiale zur Entlastung dieser Elterngruppe durch die geringe Präsenz

der Pflegenden ungenutzt bleiben. Lehrer*innen und Schulleiter*innen äußern sich im Gegensatz zu den Eltern häufiger zurückhaltend optimistisch hinsichtlich der Realisierung der auf das Schulpersonal bezogenen Projektziele. Die Mehrheit spricht sich jedoch dafür aus, dass das Schulpersonal von fachfremden, gesundheitsbezogenen Aufgaben entlastet ist und sowohl dessen Arbeitszufriedenheit als auch das Wohlbefinden zumindest teilweise durch den Einsatz der „Schulgesundheitsfachkraft“ gestiegen ist. Auch hier wird die Umsetzung der Projektziele in Brandenburg etwas schlechter eingeschätzt. Insgesamt ist aber festzuhalten, dass die Daten der wissenschaftlichen Begleitforschung eindrücklich belegen, dass sowohl Eltern als auch Lehrende vom Erfolg des Modellprojektes insgesamt überzeugt sind und sich für eine nachhaltige Implementierung dieser Innovation aussprechen.

VI Bewertung durch relevante Akteure*innen im Feld

In diesem Kapitel erfolgt eine Zusammenstellung der Bewertung der Schulgesundheitspflege durch relevante Akteur*innen im Feld – namentlich der Schulleiter*innen, der „Schulgesundheitsfachkräfte“ selbst und von drei ausgewählten Amtsärztinnen (zwei aus Brandenburg, eine aus Hessen). Diese Akteur*innen wurden jeweils schriftlich dazu befragt, welche Faktoren sie bei der Einführung der „Schulgesundheitsfachkräfte“ als förderlich oder hemmend wahrgenommen haben und welche Potentiale sie in diesem neuen gesundheitsbezogenen Angebot an allgemeinbildenden Schulen sehen.

1. Schulleiter*innen

Die Schulleiter*innen wurden zunächst gebeten in einem Freitext-Feld der Follow-up-Befragung (T1) folgende Frage zu beantworten: „Welche Faktoren waren aus Ihrer Sicht bei der Einführung Ihrer Schulgesundheitsfachkraft förderlich?“ Die Antworten sind getrennt nach Bundesländern aufgelistet (Brandenburg **Tab. 33** / Hessen **Tab. 34**) und wurden vom Team der wissenschaftlichen Begleitforschung thematisch sortiert. Wurde ein Punkt mehr als einmal genannt, sind die absoluten Häufigkeiten in Klammern angegeben. Ein Unterschied in den Aussagen der Schulleitungen bezüglich verschiedener Schulformen konnte nicht festgestellt werden, so dass im Folgenden nicht nach Grund- und weiterführenden bzw. Inklusionsschulen differenziert wird.

Tab. 33: Förderliche Faktoren aus Sicht von Schulleiter*innen Brandenburg (N= 15)

<i>Relevanz der Schulgesundheitspflege</i>	Wunsch nach Unterstützung, Bedarf ist hoch (nimmt zu) (3); Überforderung der Lehrkräfte durch fachfremde gesundheitsbezogene Tätigkeiten
<i>Förderliche Bedingungen für die Implementierung der Schulgesundheitspflege</i>	Unterstützung durch Gremien, Stadt, Schulamt; Berücksichtigung notwendiger räumlicher Bedingungen bei der Schulrekonstruktion (2); gute Ausstattung des Behandlungsraumes (2); zeitiges Kennenlernen der Schule und ihres Umfeldes bzw. der Schulstruktur durch die „Schulgesundheitsfachkraft“; Gesundheitsbewusstsein bei Lehrer*innen und Schulleitung; Verständnis für Wichtigkeit der gesundheitsförderlichen Projekte und präventiver Maßnahmen (2); positive Einstellung des Kollegiums, hohe Motivation (2); sehr guter Informationsaustausch der Beteiligten; Mentor*in für die „Schulgesundheitsfachkraft“; Einführung der „Schulgesundheitsfachkraft“ ins Lehrerkollegium; Vorstellung des Projektes in Schulgremien; gute Erreichbarkeit der „Schulgesundheitsfachkraft“; regelmäßige, durchgängige Anwesenheit der „Schulgesundheitsfachkraft“
<i>Rollen, Aufgaben und Kompetenzen der „Schulgesundheitsfachkraft“</i>	Weitere Ansprechpartner*in für Schüler*innen außerhalb des Lehrpersonals (2); Vertrauensperson bei körperlichen und psychischen Beschwerden; Entlastung des Schulsekretariats und der Lehrkräfte bei Erkrankungen und Unfällen; Erste Hilfe; Absicherung der Ersten Hilfe bei schulischen Veranstaltungen (2); Verlässlichkeit/Professionalität bei Akutversorgung; Verlässlichkeit/Professionalität bei chronisch Kranken; Unterstützung bei Prophylaxe und Hygiene; Kontakt zu Eltern; persönliches Engagement der „Schulgesundheitsfachkraft“ (2); schnelle Übernahme von Verantwortung; liebevoller Kontakt zu Schüler*innen (2); „Schulgesundheitsfachkraft“ ist jung

Tab. 34: Förderliche Faktoren aus Sicht von Schulleiter*innen Hessen (N=9)

<i>Relevanz der Schulgesundheitspflege</i>	Einsatz einer „Schulgesundheitsfachkraft“ ist unentbehrlich; von allen wahrgenommener Bedarf an Beratung von Schüler*innen und Eltern in Gesundheitsfragen; Bedarf an kompetenter Notfallhilfe
<i>Förderliche Bedingungen für die Implementierung der Schulgesundheitspflege</i>	Kompetente, authentische und empathische Betreuung durch HAGE und Kooperationspartner; professionelle Planung von der HAGE (2); Engagement und Begeisterung bei allen Beteiligten; offenes, entwicklungsorientiertes Schulklima; Existenz von Strukturen (Schulsanitäter, Verantwortlicher für Schule und Gesundheit, Verantwortlicher in der Schulleitung); schulische Kommunikations- und Kooperationsstrukturen; vorhandenes Beratungsteam (3); eigener Raum; sofortige, deutlich spürbare Wirkung des Einsatzes
<i>Rollen, Aufgaben und Kompetenzen der „Schulgesundheitsfachkraft“</i>	fachkundige Ansprechpartnerin (2); tatkräftige und engagierte Arbeit der „Schulgesundheitsfachkraft“ (2); (aufgeschlossene) Persönlichkeit der „Schulgesundheitsfachkraft“ (3)

In gleicher Weise wurden die Schulleiter*innen in der Follow-up-Befragung (T1) gebeten, zu den hemmenden Bedingungen des Modellprojekts und damit der Arbeit der „Schulgesundheitsfachkräfte“ Stellung zu nehmen und folgende Frage zu beantworten: „*Welche Faktoren waren aus Ihrer Sicht bei der Einführung Ihrer Schulgesundheitsfachkraft hemmend?*“ Die Auflistung der Antworten (teilweise thematisch gebündelt) erfolgt unter den Punkten „Strukturellen Rahmenbedingungen“ und „Einsatz der „Schulgesundheitsfachkraft“ nach Bundesländern getrennt (Brandenburg **Tab. 35** / Hessen **Tab. 36**, umseitig). Wurde ein Thema mehr als einmal genannt, ist die absolute Häufigkeit in Klammern angegeben.

Tab. 35: Hemmende Faktoren aus Sicht von Schulleiter*innen Brandenburg (N= 15)

<i>Hemmende strukturelle Rahmenbedingungen</i>	Überdimensionierte, für Eltern teilweise unverständliche Erklärungen zum Datenschutz; hoher Datenschutz und Aufwand bei der Pflege der Unterlagen; hoher bürokratischer Aufwand (z. B. Einverständniserklärung der Eltern sehr umfangreich); Datenschutzauflagen (4); nicht alle Schüler*innen hatten Einverständniserklärungen der Eltern, Umfang der Dokumentationen (Elternbriefe); zweifache Buchführung, da die „Schulgesundheitsfachkraft“ nicht dauerhaft an der Schule ist (z. B. Unfallberichte); keine Vernetzung mit Gesundheitsamt und damit fehlender Einblick z. B. in schulärztliche Stellungnahmen und Nachsorge; ungeklärte Perspektive
<i>Einsatz der „Schulgesundheitsfachkraft“</i>	Einsatz der „Schulgesundheitsfachkraft“ an mehreren Schulstandorten (3); häufige individuelle und planmäßige Fehltage der „Schulgesundheitsfachkraft“. Drei Tage Anwesenheit; mangelnde Kontinuität, da an nur zwei Wochentagen anwesend; Fort- und Ausbildung während der Schulzeit und somit keine Zeit an den Schulen; „Schulgesundheitsfachkraft“ war einmal wöchentlich anwesend. Viele Aufgaben konnten nicht ausgeführt werden; berufsbegleitende Fortbildungen im ersten Jahr sicherten kaum Kontinuität; Kontinuität nicht gegeben; die „Schulgesundheitsfachkraft“ war nur zwei bis drei Tage bei uns im Einsatz. Dadurch konnte eine nachhaltige Wirkung nicht voll entwickelt werden; keine kontinuierliche Anwesenheit; im ersten halben Jahr zu viele Fortbildungen (9); langfristige Erkrankung der neuen Mitarbeiterin

Tab. 36: Hemmende Faktoren aus Sicht von Schulleiter*innen Hessen (N= 9)

<i>Hemmende strukturelle Rahmenbedingungen</i>	Später Beginn; Verzögerung der Einführung/des Beginns; vorwiegend bürokratische/ administrative Verzögerungen/Hürden; Zeitverzögerung bis Projektstart (4); bürokratische Hemmnisse und Hürden; bürokratischer Aufwand (2); Arbeitsaufwand z. B. bei Vorbereitung der Befragungen für Schüler*innen; Umfragen zum falschen Zeitpunkt
<i>Einsatz der „Schulgesundheitsfachkraft“</i>	Ausbildungszeiten zu Beginn; häufige Abwesenheit (ca. 40%) wegen Fortbildungen; geringe Präsenz der „Schulgesundheitsfachkraft“ in den ersten Wochen (aufgrund der Weiterbildung); die häufigen Termine der „Schulgesundheitsfachkraft“; unregelmäßige Anwesenheit. Zwei von fünf Tagen nicht da, ist zu wenig (5); die häufigen Termine der „Schulgesundheitsfachkraft“. Dadurch hat sich unter den Schüler*innen kein/spätes Bewusstsein für sie als Ansprechpartnerin entwickelt; hohe zeitliche Arbeitsbelastung der „Schulgesundheitsfachkraft“ durch Ausbildung, obwohl sie in vielen Teilbereichen bereits qualifiziert war

Die dritte Frage an die Schulleiter*innen mit Freitext-Feld in der Follow-up-Befragung (T1) lautete wie folgt: „*Worin sehen Sie die größten Potentiale der Schulgesundheitsfachkraft an Ihrer Schule?*“ Die teilweise thematisch gebündelten Antworten wurden in zwei Rubriken „sortiert. Wurde ein Thema mehr als einmal genannt, ist die absolute Häufigkeit in Klammern angegeben. Die Darstellung folgt nach Bundesländern getrennt (Brandenburg **Tab. 37** / Hessen **Tab. 38**, umseitig)

Tab. 37: Potentiale aus Sicht von Schulleiter*innen Brandenburg (N= 15)

<i>System Schule</i>	„Schulgesundheitsfachkraft“ jeden Tag in Schule, erst dann tritt auch für die Lehrenden/das Sekretariat ein wirklicher Entlastungseffekt ein (2); Entlastung der Kolleg*innen; Entlastung der Lehrkräfte (2); Beständige Arbeit in Projekten und AGs. Aufbau der Schulsanitäter ist nur möglich, wenn „Schulgesundheitsfachkraft“ weiterhin und langfristig bleibt; Verstärkung des Teams; fachliche Kompetenz, Unterstützungssysteme vielfältig; Blick von außen auf verschiedene Themenfelder. Fachliche Kompetenzen zu Gesundheitsfragen (2); Prävention; Prävention zur Stärkung einer gesunden Schule; Prävention und Aufklärung (4); Wichtige Fachkraft mit breitem Aufgabenspektrum, die zur Erhöhung des Wohlfühlens an der Schule und damit zur Zufriedenheit mit schulsicher Arbeit beiträgt; Entspannung des Schulalltags (2); Unterstützung bei gesundheitsbezogenen Themen im Unterricht
<i>Rollen und Tätigkeiten der „Schulgesundheitsfachkraft“</i>	Akutversorgung; Professionalität im Umgang mit akut kranken Schüler*innen; Medizinische Fachkraft im Haus zur Leistung der Ersten Hilfe; Erste Hilfe (4); Gesundheitliche Versorgung langfristig gesichert; medizinische Grundversorgung der Schüler*innen; Verbesserung der Fürsorge und Aufsicht gegenüber erkrankten Kindern (3); Professionalität im Umgang mit chronisch kranken Schüler*innen; Sicherheit für chronisch kranke Kinder (2); Vertrauensperson für Schüler*innen; Ansprechpartner*in/Vertrauensperson (3); Beratung von Schüler*innen; Eine „Schulgesundheitsfachkraft“ an jeder Schule führt zu einem positiveren Unterstützungssystem für Schüler*innen; Ansprechpartner*in für Eltern insbesondere bei psychischen Problemen; Vertrauensperson für Eltern (3); Sicherheit für Eltern; Vertrauensperson für Lehrende (2); Beratung von Lehrkräften; Jede Schule eine „Schulgesundheitsfachkraft“ führt zu einem positiveren Unterstützungssystem für Lehrkräfte; Sicherheit für Pädagogen bei Beurteilung von Verletzungen und Erkrankungen; Sicherheit für Kolleg*innen (2); Unterstützung der Lehrkräfte bei der Bearbeitung gesundheitsbezogener Themen. Aufklärung und Umgang mit Suizidandrohung?

Tab. 38: Potentiale aus Sicht von Schulleiter*innen Hessen (N= 15)

<i>System Schule</i>	Aufbau einer Gesundheitskultur; Steigerung der Ernährungs-, Bewegungs-, Gesundheitskompetenz; Professionalisierung und Kompetenzzuwachs in einem bisher völlig vernachlässigten Sektor; Förderung der Gesundheit; Fachkompetenz in Gesundheitsfragen (5); neue Vernetzungen; Entlastung des Sekretariats
<i>Rollen und Tätigkeiten der „Schulgesundheitsfachkraft“</i>	Guter Zugang zu den Schülerinnen und Schülern; Akutversorgung; gesündere, besser versorgte Kinder und Jugendliche (2); Ansprechperson bei körperlichen und psychischen Beschwerden; Vertrauensperson (3); Abbau von Vermeidungsverhalten; intensive Beratung in Gesundheitsfragen; Unterstützung der Schüler*innen, verantwortlicher und kompetenter mit der eigenen Gesundheit umzugehen; gesündere, besser aufgeklärte und versorgte Kinder und Jugendliche (3); Hilfe bei akuten Problemen, die sie zu Hause nicht besprechen können oder die ihre Eltern auch überfordern

2. „Schulgesundheitsfachkräfte“

In einem partizipativ angelegten Workshop diskutierten die „Schulgesundheitsfachkräfte“ zusammen mit dem Team der wissenschaftlichen Begleitforschung schon zu Beginn ihrer Tätigkeit an den Schulen förderliche und hemmende Faktoren für ihre Tätigkeit (Tannen et al. 2018, S. 134ff). Vor Ende des Schuljahres 2017/18 (17 Monate nach Aufnahme der Tätigkeit an den Schulen in Brandenburg und nach 13 Monaten in Hessen) wurden sie erneut schriftlich dazu befragt. Die Antworten der „Schulgesundheitsfachkräfte“ wurden zusammengefasst und thematisch sortiert. Falls nicht gesondert vermerkt, wurden die Aussagen in beiden Bundesländern getroffen (Tab. 39 und 40).

Tab. 39: Fördernde Faktoren aus Sicht von „Schulgesundheitsfachkräften“ (Brandenburg/Hessen)

<i>Fördernde strukturelle Rahmenbedingungen</i>	Behandlungsraum in der Nähe der Schulleitungsebene; Teilnahme an Schulkonferenzen; Vollzeitstelle, eine „Schulgesundheitsfachkraft“ pro Schule mit max. 700 Schüler*innen; externes Arbeitsverhältnis (Brandenburg) stärkt Vertrauen der Eltern; Hessen (Anstellung über staatliches Schulamt): es ist förderlich, außerhalb des Schulbudgets bezahlt zu werden
<i>Zusammenarbeit innerhalb der Schule</i>	Unterstützung von Schulleitung, Lehrkräften und vor allem Mentor*innen; Zusammenarbeit mit Schulsozialarbeit; gute Zusammenarbeit mit Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (Brandenburg)
<i>Zusammenarbeit innerhalb der Schule</i>	Gute Zusammenarbeit mit externen Netzwerkpartnern; Supervision, Arbeitskreise (Brandenburg)
<i>Berufsbild</i>	Große Akzeptanz des neuen Berufsbildes; Schweigepflicht (Schüler*innen nehmen Angebot eher wahr); freie Gestaltung der präventiven Projekte; Berufserfahrung ist unumgänglich (drei Jahre fast zu wenig); Austausch mit anderen „Schulgesundheitsfachkräften“

Tab. 40: Hemmende Faktoren aus Sicht von „Schulgesundheitsfachkräften“ (Brandenburg/Hessen)

<i>Fördernde strukturelle Rahmenbedingungen</i>	Ungünstige Lage des Behandlungsraumes (z. B. 3. Stock, nicht in der Nähe von Schulleitungsebene); Behandlungsraum zu klein; kein WC im Behandlungsraum (bei Magen-Darm-Infekten); wenn eine Schülerin oder ein Schüler im Krankenzimmer liegt, kann ein Notfall an einem anderen Ort nicht betreut werden; Brandenburg;
---	---

	fehlende Kontinuität durch das Betreuen von zwei bzw. drei Schulen durch eine einzelne „Schulgesundheitsfachkraft“, nicht immer alle Materialien an einem Ort, Dokumentation schwierig, da Schüler*innen aus anderer Schule kamen; Größe der Schule; keine Absicherung durch Vertretung bei Fehlzeiten; viele Überstunden; erst mit Arbeitsbeginn Präsenz an den Schulen; hohe Bürokratie (Datenschutz, Dokumentation, Evaluation); Druck durch viele Beteiligte am Projekt (Ministerien, Projektträger, Charité, Schulamt); kurze Projektlaufzeit, Ungewissheit über Verstetigung
<i>Zusammenarbeit innerhalb der Schule</i>	Keine Kollegin aus dem medizinischen Bereich für fachlichen Austausch an der Schule; Zusammenarbeit mit den Eltern ist schwierig (keine Erreichbarkeit, kein Rückruf); lange Wege durch vorgegebene Hierarchien, um Projekte durchsetzen zu können; Lehrende bilden bisher Schulsanitätsdienst aus und leiten diesen: besser wäre durch „Schulgesundheitsfachkraft“; Austausch mit Lehrenden und Sozialarbeitenden durch Schweigepflicht erschwert; Schule als „träges System“, schleppender Informationsfluss
<i>Zusammenarbeit innerhalb der Schule</i>	Lange Wege zu Koordinationstreffen; zu wenig externe Netzwerkpartner und Bezug zu Praktikern (z. B. bei Thema Sexualkunde); Kontakte zu anderen Professionen des Gesundheitswesens nur bei Unterschrift der Eltern
<i>Berufsbild</i>	Wenig Entscheidungsfreiheit; Erwartungen des Schulpersonals sind zu hoch: nicht alle Punkte des Curriculums können sofort umgesetzt werden; Reduzierung der Tätigkeit auf Erste Hilfe, Thema Gesundheit an der Schule kommt nur schwer voran; hohe Bürokratie (Datenschutz, Dokumentation, Evaluation); wenig planbarer Tagesablauf, jeden Tag etwas Anderes; Betreuung und Unterstützung von chronisch erkrankten Kindern nur bedingt umsetzbar

Die „Schulgesundheitsfachkräfte“ gaben zudem Antworten auf die schriftliche Frage nach Potentialen, die erwartungsgemäß ihre Hoffnungen und Wünsche bezüglich der Ausgestaltung ihres Tätigkeitsfeldes zum Ausdruck bringen. Die Zusammenfassung der Antworten ist auch hier gegliedert nach den oben schon benannten Punkten „Struktur“, „Zusammenarbeit“ und „Berufsbild“ und – falls nicht gesondert vermerkt – für beide Bundesländer zutreffend (Tab. 41, umseitig).

Tab. 41: Potentiale aus Sicht von „Schulgesundheitsfachkräften“ (Brandenburg/Hessen)

<i>Notwendige strukturelle Veränderungen</i>	Zweiter Arbeitsraum, kleiner Sanitärbereich (Toilette, Waschbecken, evtl. Dusche); neues Schulfach „Gesundheit“ bzw. Einplanung von Schulstunden für Präventionsthemen unter Mitwirkung der „Schulgesundheitsfachkraft“; Einbezug der „Schulgesundheitsfachkraft“ in langfristige Planung und Schulentwicklung; Medizinisches Team (zweite Person) an jeder Schule; Vertretungsplan bei Krankheit und sonstigen Ausfällen; Schärfung des Profils Gesundheit an den Schulen
<i>Zusammenarbeit innerhalb der Schule</i>	Screening Angebote für Schüler*innen in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt; Mediator*in zwischen Eltern und Lehrenden; Koordinierung von Gesundheitsförderungsprojekten (statt bisher über Schulleitung und Lehrende)
<i>Zusammenarbeit innerhalb der Schule</i>	Netzwerke im Einzugsgebiet der Schule (zu niedergelassenen Ärzt*innen, Therapieberufen, Vereinen usw.); stetiger ärztlicher Kontakt wäre hilfreich

<i>Berufsbild</i>	Netzwerk der „Schulgesundheitskräfte“ untereinander; Betreuung chronisch kranker Kinder ist noch ausbaufähig; gesundheitsförderliche Schulumgebung gestalten; für Schüler*innen Vertrauensperson; Modul 5 „Kommunikation und Beratung“ von Anfang an; Hospitationen untereinander und Weiterbildungen; Erstellung von Leitlinien für ein einheitliches Vorgehen in bestimmten Fällen und Abläufen: Öffentlichkeitsarbeit; Schärfung des Berufsprofils
-------------------	---

3. Amtsärztinnen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes

Die Aussagen zu fördernden und hemmenden Faktoren der drei Amtsärztinnen des Kinder- und Jugenddienstes (KJGD) wurden aus den Telefon-Experteninterviews und dem schriftlichen Interview extrahiert und zusammengefasst. Sie geben deren Sicht auf die negativen Einflüsse wieder, die teils dem Modellcharakter geschuldet sind, teils aber auch grundsätzlichen Strukturen (Strukturelle Bedingungen, Zusammenarbeit). Unter dem Punkt „Berufsbild“ bezieht sich die hemmende Bewertung zunächst auf das Tätigkeitsfeld der „Schulgesundheitsfachkraft“, dann auf die Abgrenzung zu andern Berufsgruppen in der Schule. Die Ergebnisse sind in **Tab. 42** (umseitig) zusammengefasst.

Tab. 42: Hemmende Faktoren aus Sicht von Amtsärztinnen des KJGD

<i>Hemmende strukturelle Bedingungen</i>	Viele „juristische Stolpersteine“, die erst nach und nach geregelt wurden (z. B. Unterscheidung der Aufgaben des Anstellungsträgers und der Fachaufsicht); keine kontinuierliche Präsenz der „Schulgesundheitsfachkräfte“ an den Schulen: Ausbildung sollte vor Arbeitsbeginn an den Schulen liegen; nur eine Pflegende pro Schule; Datenschutz: Skepsis der Eltern führt zu weniger Einverständniserklärungen; Eltern geben wenig Informationen zu chronisch kranken Kindern aus Angst vor Stigmatisierung; Personalprobleme beim KJGD
<i>Zusammenarbeit KJGD und Schulgesundheitsfachkraft</i>	Screening Angebote für Schüler*innen in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt; Mediator*in zwischen Eltern und Lehrenden; Koordinierung von Gesundheitsförderungsprojekten (statt bisher über Schulleitung und Lehrende)
<i>Berufsbild</i>	Spagat Akutversorgung mit ständiger Bereitschaft und Präventions-Projekte ist für „Schulgesundheitsfachkraft“ schwierig; Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Kinder steht noch aus; Pflegende können chronisch kranke Kinder unterstützen, aber alle anderen Leistungen dürfen nicht eingespart werden; es fehlt der „Schulgesundheitsfachkraft“ an Zeit, eine dauerhafte Behandlungspflege für chronisch Kranke zu gewährleisten; Lehrende müssen wissen, wo die Grenzen der Tätigkeitsbereiche der Pflegenden liegen; Schulgesundheitsfachkraft darf nicht Ersatz für den Ausfall anderer Berufsgruppen sein; Abgrenzung zu Schulsozialarbeit steht noch aus

Die Aussagen zu Potentialen der Schulgesundheitspflege aus Sicht der Amtsärztinnen des KJGD beziehen sich auf die Tätigkeiten der Pflegenden und auf die Nützlichkeit für die Zusammenarbeit mit dem KJGD. Sie wurden vom Team der wissenschaftlichen Begleitforschung aus den Telefon-Experteninterviews und dem schriftlichen Interview extrahiert und in **Tab. 43** (umseitig) übersichtsartig zusammengefasst.

Tab. 43: Potentiale aus Sicht von Amtsärztinnen des KJGD

<i>Tätigkeiten der „Schulgesundheitsfachkraft“</i>	Größtes Potential liegt in der Verbesserung der Erstversorgung von Akuterkrankung und Unfällen; „Schulgesundheitsfachkraft“ kann Stresspegel in der Schule bei Notfällen auffangen und gibt Lehrenden und Eltern Sicherheit und Beruhigung; Mitbetreuung chronisch kranker Kinder, Medikamentengabe absichern; Etablierung von Gesundheitsprävention an Schulen (Bsp. Projekt Hände waschen); „Schulgesundheitsfachkraft“ bemüht sich um gesunde Lernumgebung (z. B. durch Lüften); Pflegende unterstützen Infektionsschutz und Hygiene an den Schulen; Früherkennung von gesundheitlichen Problemlagen; ist Vertrauensperson
<i>Zusammenarbeit KJGD und Schulgesundheitsfachkraft</i>	Bedarfskontakte und regelmäßige Treffen; „Schulgesundheitsfachkraft“ ist direkte Ansprechpartnerin für den KJGD zu allen Gesundheitsthemen in der Schule; gemeinsame Netzwerke aufbauen; gemeinsam Präventionsarbeit an Schulen durchführen (z. B. zu Zahngesundheit, gesundem Schulessen, gesundem Schulumfeld); Koordinierung des zahnärztlichen Teams; Beschleunigung von Prozessen bei dringender Problematik (z. B. Untersuchungen in der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie); Einsicht in Dokumentation der „Schulgesundheitsfachkraft“ (Verlaufskontrolle) bei chronisch kranken Kindern wäre hilfreich

4. Einordnung und Kommentar

Bei der Gesamtbetrachtung der förderlichen strukturellen Faktoren des Modellprojekts kommt dem gut ausgestatteten Behandlungsraum eine besondere Bedeutung zu. Bereits die Schüler*innen haben in den Interviews geäußert, dass sie den Raum der „Schulgesundheitsfachkraft“ als Rückzugsort, in dem sie Fürsorge erfahren, schätzen (siehe Kapitel V). Ebenso förderlich scheint aus Sicht der Akteur*innen zu sein, dass die „Schulgesundheitsfachkräfte“ möglichst frühzeitig mit Schulstrukturen vertraut und auch in diese eingebunden werden. Inwieweit eine Schulentwicklung in Zusammenarbeit mit den „Schulgesundheitsfachkräften“ in Richtung ‚gesunde Schule‘ stattfindet, kann im bisherigen Beobachtungszeitraum nicht grundsätzlich beantwortet werden, da die Ausgangslagen der einzelnen Schulen zu unterschiedlich sind. Deutlich wird allerdings, dass das Potential dafür von den Schulleitungen und „Schulgesundheitsfachkräften“ gesehen wird. Auch in der Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst liegt die Chance, Präventionsarbeit an den Schulen zu verankern.

Alle Punkte, die die Akteur*innen hinsichtlich der Rollen, Tätigkeiten und Kompetenzen der „Schulgesundheitsfachkraft“ als förderlich einstufen, finden eine Bestätigung in den Interviews und den Gruppendiskussionen: Von der Erstversorgung über die Rolle als Ansprech- und Vertrauensperson bis hin zu der Entlastung der Sekretariate und der Lehrenden. Entwicklungspotentiale liegen nach Ansicht der „Schulgesundheitsfachkräfte“ in der Verbesserung ihres Angebotes zur Versorgung von Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen. Die Schärfung des neuen Berufsprofils der „Schulgesundheitsfachkraft“ wird sich mit längerer Interventionszeit ergeben und könnte zusätzlich auch in Abgrenzung zu den anderen Berufsgruppen außerhalb des pädagogischen Personal erfolgen.

Die Schulleitungen beider Bundesländer haben auch die Persönlichkeit der „Schulgesundheitsfachkraft“ als förderlich wahrgenommen: Sie soll engagiert, tatkräftig und aufgeschlossen sein, Verantwortung übernehmen, aber auch liebevoll gegenüber den Kindern und Jugendlichen sein. Bei der Einstellung der „Schulgesundheitsfachkräfte“ sollte zukünftig auf diese Persönlichkeitsmerkmale Wert gelegt werden.

Aus den von den Befragten genannten hemmenden Faktoren für die Schulgesundheitspflege finden sich ebenfalls zahlreiche Aspekte wieder, die auch in der qualitativen und quantitativen

Befragung bereits offensichtlich wurden. Einiges davon ist – wie in der Ausgangsanalyse dargelegt (Tannen et al. 2018) – der komplexen Struktur des Modellprojekts geschuldet, ebenso den erheblichen bürokratischen sowie datenschutzrechtlichen Voraussetzungen. Sicherlich hat sich auch der Erhebungsaufwand durch die wissenschaftliche Begleitforschung hemmend auf die Umsetzung des Modellvorhabens ausgewirkt. Insgesamt lassen sich aus den Aussagen der Befragten aber zahlreiche Handlungsbedarfe für die künftige Weiterarbeit wie auch für die Übertragung auf andere Schulen und Länder ableiten. Dazu gehört, dass die kontinuierliche Präsenz der „Schulgesundheitsfachkräfte“ an den Schulen gesichert sein sollte. Zudem wird es darauf ankommen, den bürokratischen Aufwand zu minimieren und Vorgänge zu standardisieren (z. B. Dokumentation durch die „Schulgesundheitsfachkräfte“). Die Arbeitsbelastung der Pflegenden an den Schulen scheint sehr hoch zu sein: Wenn sie die ihnen zugesprochenen Potentiale erfüllen sollen, benötigen Sie dafür Zeit und Kontinuität. Der Stellenschlüssel müsste überdacht und Vertretungslösungen im Krankheitsfall gefunden werden. Zudem wird über die Möglichkeiten einer engeren Vernetzung mit der Schulumwelt nachgedacht werden müssen, etwa um die Zusammenarbeit mit dem KJGD und anderen Behörden zu verbessern und den Pflegenden zugleich – etwa durch eine bessere Vernetzung mit der Primärversorgung – auch eine fachkundige Rücksprachmöglichkeit im Umgang mit gesundheitlichen Herausforderungen in der Schule zu ermöglichen. Auf diese Weise wird nicht zuletzt dem nach wie vor erkennbaren Bedarf zur Verbesserung der Situation chronisch kranker und behinderter Kinder und Jugendlicher im Setting Schule durch die Schulgesundheitspflege begegnet werden können.

VII Erste Wirkungen der Intervention Schulgesundheitspflege

Dieses Kapitel beschreibt erste Wirkungen der Schulgesundheitspflege in Brandenburg und Hessen und bezieht sich auf die Forschungsfrage, welche Verbesserungen auf individueller Ebene bei Schüler*innen, deren Eltern und Lehrer*innen erzielt wurden. Die Ergebnisse der Baseline-Erhebung (T0) und der Follow-up-Befragung (T1) werden grafisch veranschaulicht und einander gegenübergestellt (siehe Kapitel III – statistische Auswertungsverfahren). Das Kapitel schließt mit einer Einordnung der Ergebnisse und einem Kommentar.

1. Versorgungssituation gesundheitlich benachteiligter Schüler*innen

Die nachfolgenden Ergebnisse beziehen sich insbesondere auf die gesundheitliche Versorgung der Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen zum Zeitpunkt der Baseline-Erhebung (T0) und der Follow-up-Befragung (T1). Demnach geben 14 Prozent der Befragten in Brandenburg in der Baseline-Erhebung (T0) an, eine chronische Erkrankung oder eine Behinderung zu haben (n=325). In der T1-Befragung sind es rund 16 Prozent (n=264). 129 Eltern füllten während der Baseline-Erhebung (T0) den Zusatzfragebogen für Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen aus, auf dem die folgenden Daten zur T0-Befragung basieren. In Hessen geben während der T0-Befragung 9 Prozent an, dass eine chronische Erkrankung oder eine Behinderung vorliegt (n=241) an. In der folgenden Datenpräsentation fehlen die Angaben aus der Baseline-Erhebung (T0), da lediglich 18 Eltern den Zusatzfragebogen für Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen ausgefüllt haben.

1.1. Brandenburg

Die Eltern der Kinder und Jugendlichen mit chronischer Erkrankung oder Behinderung wurden gefragt, ob die medizinisch-pflegerische Versorgung ihres Kindes ihrer Meinung nach in der Schule gesichert ist (Abb. 59). Die meisten Eltern stimmten dieser Aussage zu (69%). Der Anteil derer, die dem gänzlich zustimmen, hat sich seit der Baseline-Erhebung (T0) von 8 auf 18 Prozent mehr als verdoppelt.

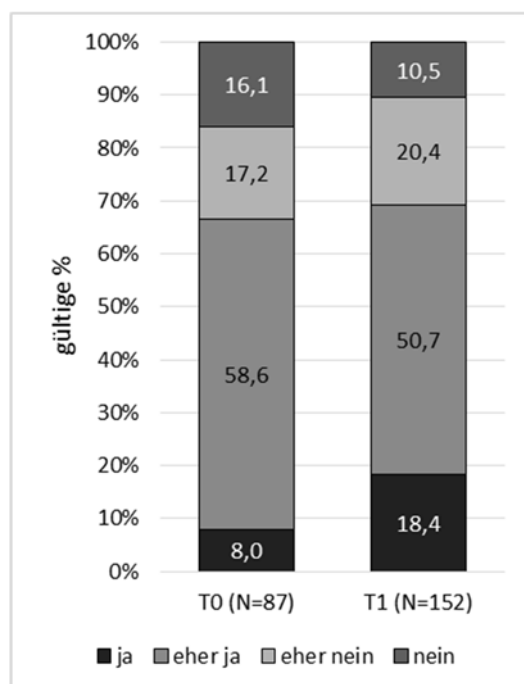


Abb. 59: Sicher gestellte medizinisch-pflegerische Versorgung während der Schulzeit in Brandenburg

Die Eltern wurden ebenfalls gefragt, welche Personen sie in der Schule über die Behinderung bzw. chronische Erkrankung ihres Kindes und deren Auswirkungen informiert haben (Abb. 60). Nach wie vor hat eine große Mehrheit die Klassenlehrerin oder den Klassenlehrer in Kenntnis gesetzt (87%); dieser Anteil ist im Vergleich zur T0-Befragung deutlich gestiegen (68%). Auch der Anteil, der die Mitschüler*innen in Kenntnis gesetzt hat, hat sich von 8 Prozent auf 18 Prozent mehr als verdoppelt. Deutlich weniger haben das gesamte Kollegium in Kenntnis gesetzt (15% vs. 24% während der T0-Erhebung). Knapp ein Drittel der Eltern (30%) hat bereits die „Schulgesundheitsfachkraft“ informiert.

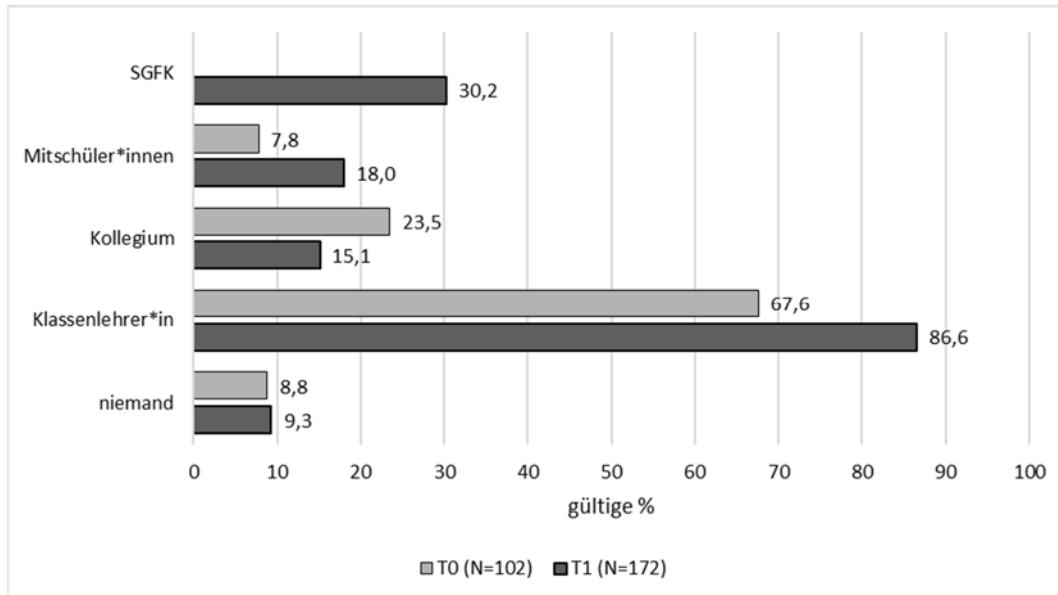


Abb. 60: Von den Eltern über die Erkrankung oder Behinderung informierter Personenkreis in der Schule in Brandenburg (Antwort: „ja“; Mehrfachnennungen möglich).

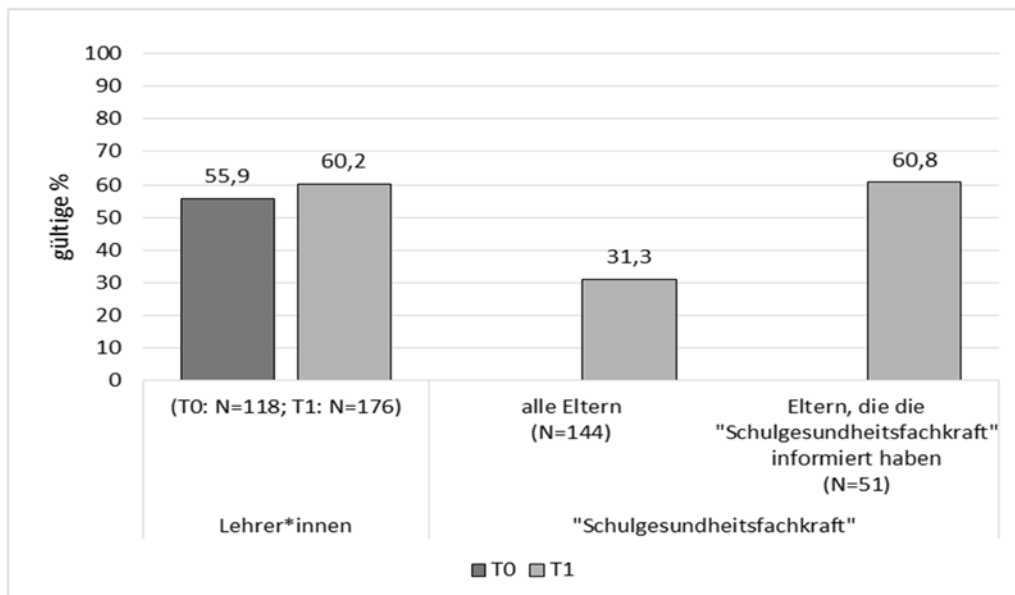


Abb. 61: Eindruck der Eltern, ob die „Schulgesundheitsfachkraft“ oder die Lehrer*innen gut über Erkrankung oder Behinderung ihres Kindes informiert sind in Brandenburg (Antwort: „ja“)

Die Eltern wurden auch gefragt, ob sie den Eindruck haben, dass die Lehrer*innen ihres Kindes sowie die „Schulgesundheitsfachkraft“ gut über die Erkrankung bzw. Behinderung des Kindes informiert sind (**Abb. 61** vorstehend). Diese Frage konnte mit „ja“, „nein“ und „weiß nicht“ beantwortet werden. Der Anteil der Eltern, die den Eindruck haben, dass die Lehrer*innen ihres Kindes gut informiert sind, ist im Vergleich zur Baseline-Befragung (T0) leicht von 56 Prozent auf 60 Prozent gestiegen. Da die Eltern in der T0-Befragung nicht zur „Schulgesundheitsfachkraft“ befragt wurden, liegen hierfür keine Referenzwerte vor. Unter allen Eltern, die ein gesundheitlich benachteiligtes Kind haben, geben 31 Prozent an, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ gut informiert ist. Unter den Eltern, die die Pflegenden selbst informiert haben, sind es mit 61 Prozent doppelt so viele Eltern.

Auch die Lehrer*innen wurden gefragt, ob sie sich ausreichend über die für sie relevanten Aspekte bei Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen informiert fühlen. Im Gegensatz zum soeben geschilderten Eindruck der Eltern, fühlen sich deutlich mehr Lehrer*innen nicht oder eher nicht ausreichend über alle für sie relevanten Aspekte bei Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen informiert (**Abb. 62**). Ihr Anteil ist von insgesamt 51 Prozent auf 65 Prozent gestiegen.

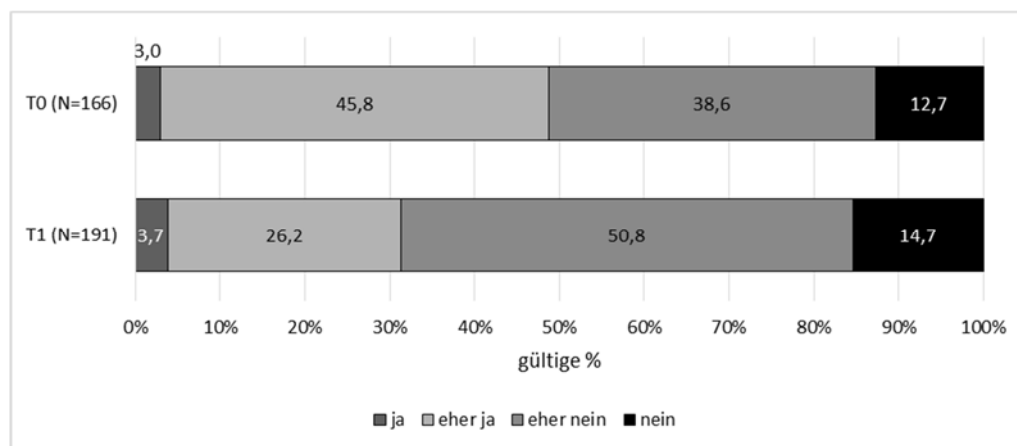


Abb. 62: Eindruck der Lehrer*innen ausreichend über für sie relevante Aspekte bei Schüler*innen mit chronischer Erkrankung oder Behinderung informiert zu sein in Brandenburg

Auf die Frage, wer derzeit ihr*e Ansprechpartner*in in der Schule für die Behinderung bzw. chronische Erkrankung ihres Kindes sei, konnten sich die Eltern für 17 verschiedene Antwortoptionen entscheiden (Sanitätsdienst, Klassenlehrer*in, Sonderpädagogin oder -pädagoge, Sozialarbeiter*in, Schulsekretär*in, niemand, andere u. v. m.). Während der Baseline-Erhebung (T0) antworteten von 116 Eltern insgesamt 7 Prozent, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ ihre Ansprechpartnerin ist. Dieser Anteil hat sich unter den 65 teilnehmenden Eltern der T1-Befragung nur geringfügig auf 9 Prozent erhöht (ohne Abb.). Ein anderes Bild zeigt sich jedoch, wenn betrachtet wird, wie viele angeben, dass ihnen die „Schulgesundheitsfachkraft“ bei Anleitungs-, Informations- und Beratungsbedarf zur Erkrankung ihres Kindes hilft. Auch hier konnten die Eltern unter 14 Antwortoptionen wählen (Kinder- und Jugendärztin oder -arzt, Selbsthilfegruppe, Familie/Freunde, Einzelfallhelfer*in, Erzieher*in, Lehrer*in u. v. m.). Unter den Eltern der unter 11-Jährigen gibt während der Baseline-Erhebung (T0) niemand an, von der Pflegenden unterstützt zu werden. Zum Zeitpunkt der T1-Befragung sind es bereits 60 Prozent (**Abb. 63**, umseitig).

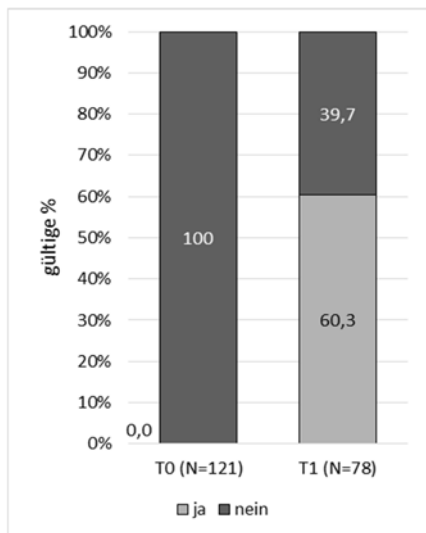


Abb. 63: Die „Schulgesundheitsfachkraft“ als Unterstützung für Eltern bei Anleitungs-, Informations- und/der Beratungsbedarf in Brandenburg

Auch die Lehrer*innen wurden gefragt, an wen sie sich wenden, wenn sie wegen einer chronischen Erkrankung, einer Behinderung oder eines sonderpädagogischen Förderbedarfs einer Schülerin oder eines Schülers Unterstützung benötigen. Sie konnten unter insgesamt neun Optionen mehrere Antworten auswählen (Erziehungsberechtigte, Schulsanitätsdienst, behandelnde*r Ärztin oder Arzt, andere Kolleginnen und Kollegen, u. v. m.). Insgesamt 81 Prozent der 191 befragten Lehrer*innen gaben an, dass sie sich bei Unterstützungsbedarf an die „Schulgesundheitsfachkraft“ wenden (ohne Abb.).

An die Schüler*innen ab 11 Jahren wurde sowohl während der T0- als auch der T1-Befragung die Frage gerichtet, an wen sie sich in der Schule am ehesten wenden, wenn es ihnen nicht gut geht. Aus einer Liste von 16 Optionen sollten sie drei Antworten auswählen (z. B. Sanitätsdienst, Klassenlehrer*in, Schulpsychologin oder -psychologe, Eltern oder andere Familienangehörige, Schulsekretär*in, niemand u. v. m.). Während der Baseline-Erhebung (T0) antworteten 13 Prozent der Schüler*innen ohne chronische Erkrankung oder Behinderung sowie 12 Prozent der Schüler*innen mit chronischer Erkrankung oder Behinderung, dass die Pflegendende ihre Ansprechpartnerin ist (Abb. 64). Dieser Anteil ist in beiden Gruppen in der Follow-up-Befragung (T1) um über die Hälfte gestiegen. Unter den Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen hat er sich sogar fast verdreifacht.

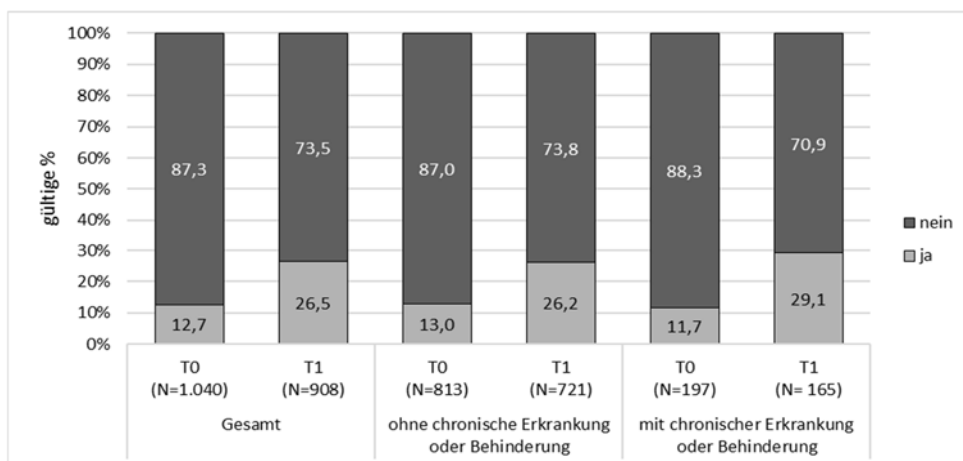


Abb. 64: Die "Schulgesundheitsfachkraft" als Ansprechperson der Schüler*innen bei Unwohlsein in Brandenburg

1.2 Hessen

Die Eltern der Kinder und Jugendlichen mit chronischer Erkrankung oder Behinderung wurden gefragt, ob die medizinisch-pflegerische Versorgung ihres Kindes ihrer Meinung nach in der Schule gesichert ist. Dies scheint bei den meisten (78%) der Fall zu sein (Abb. 65).

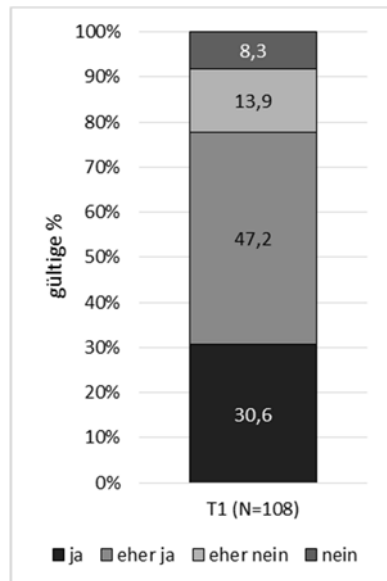


Abb. 65: Sichergestellte medizinisch-pflegerische Versorgung während der Schulzeit in Hessen

Die Eltern wurden zudem gefragt, welche Personen sie in der Schule über die Behinderung bzw. chronische Erkrankung ihres Kindes und deren Auswirkungen informiert haben. Eine große Mehrheit hat die/den Klassenlehrer*in informiert (78%). Der Anteil, der die Mitschüler*innen in Kenntnis gesetzt hat, liegt bei 19 Prozent. Weitere 19 Prozent haben das gesamte Kollegium in Kenntnis gesetzt. 29 Prozent der Eltern hat bereits die „Schulgesundheitsfachkraft“ informiert.

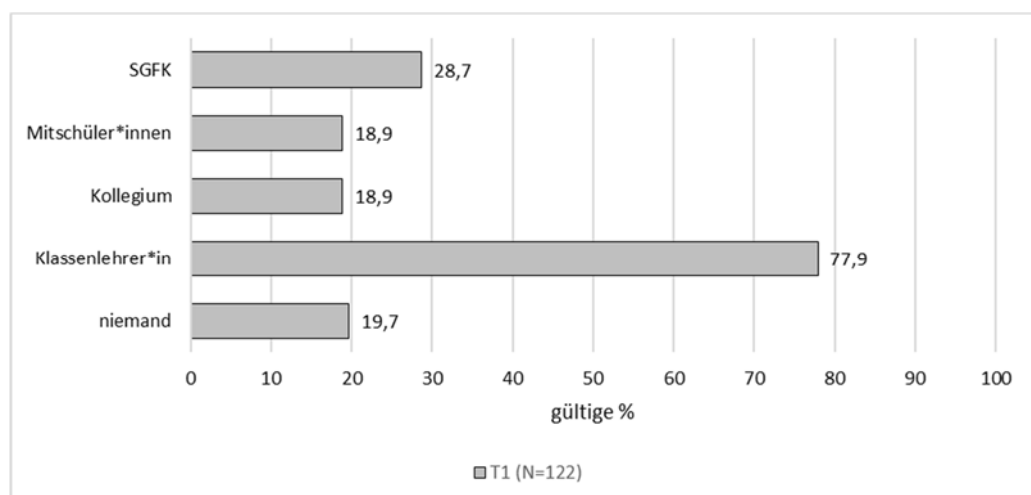


Abb. 66: Von den Eltern über die Erkrankung oder Behinderung informierter Personenkreis in der Schule in Hessen (Antwort: „ja“; Mehrfachnennungen möglich).

An die Eltern wurde die Frage gerichtet, ob sie den Eindruck haben, dass die Lehrer*innen ihres Kindes sowie die „Schulgesundheitsfachkraft“ gut über die Erkrankung bzw. Behinderung des Kindes informiert sind/ist. Sie konnten diese Frage mit „ja“, „nein“ und „weiß nicht“ beantworten. In Abb. 67 (umseitig) sind die Antworten der Eltern dargestellt, die mit „ja“ geantwortet

haben. Der Anteil der Eltern, die den Eindruck haben, dass die Lehrer*innen ihres Kindes gut informiert sind, liegt bei 58 Prozent. Unter allen Eltern, die ein gesundheitlich benachteiligtes Kind haben, geben 36 Prozent an, dass sie finden, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ gut informiert ist. Unter den Eltern, die die Pflegenden selbst informiert haben, sind es mit 80 Prozent sogar mehr als doppelt so viele.

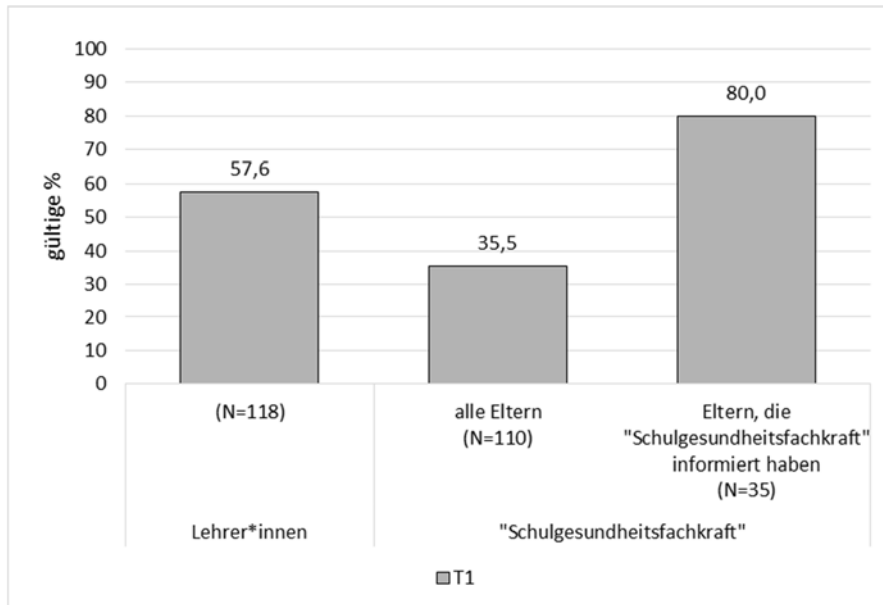


Abb. 67: Eindruck der Eltern, ob die „Schulgesundheitsfachkraft“ oder die Lehrer*innen gut über Erkrankung oder Behinderung ihres Kindes informiert sind in Hessen (Antwort: „ja“)

Auch die Lehrer*innen wurden gefragt, ob sie sich ausreichend über die für sie relevanten Aspekte bei Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen informiert fühlen. Im Gegensatz zum soeben geschilderten Eindruck der Eltern, fühlen sich deutlich mehr Lehrer*innen nicht oder eher nicht ausreichend über alle für sie relevanten Aspekte bei Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen informiert (**Abb. 68**). Ihr Anteil ist von insgesamt 50 Prozent auf 68 Prozent gestiegen.

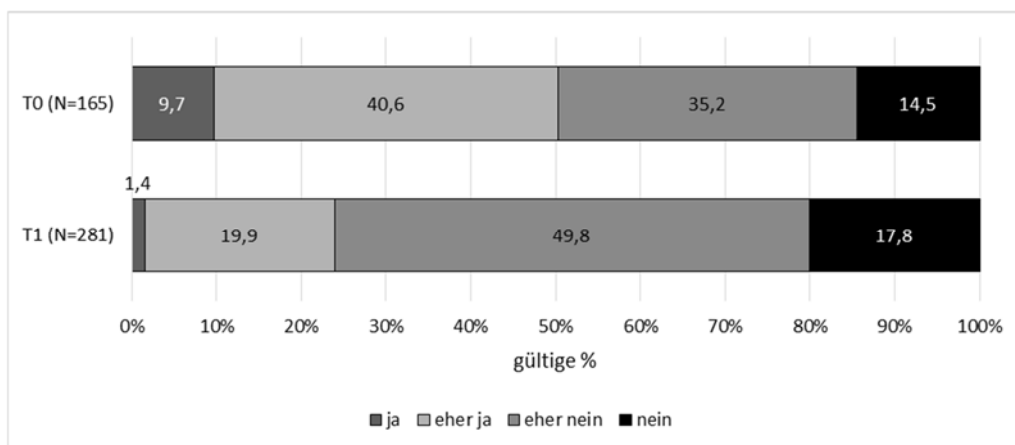


Abb. 68: Eindruck der Lehrer*innen ausreichend über für sie relevante Aspekte bei Schüler*innen mit chronischer Erkrankung oder Behinderung informiert zu sein in Hessen

Auf die Frage, wer derzeit ihr*e Ansprechpartner*in in der Schule für die Behinderung bzw. chronische Erkrankung ihres Kindes ist, konnten sich die Eltern für 17 verschiedene Antwortoptionen entscheiden (Sanitätsdienst, Klassenlehrer*in, Sonderpädagogin oder -pädagoge, Sozialarbeiter*in, Schulsekretär*in, niemand, andere u. v. m.). Der Anteil derer, die angeben, dass

die „Schulgesundheitsfachkraft“ ihre Ansprechpartnerin ist, liegt unter den 148 teilnehmenden Eltern der T1-Befragung bei 16 Prozent (ohne Abb.).

Ein anderes Bild zeigt sich jedoch, wenn betrachtet wird, wie viele angeben, dass ihnen die „Schulgesundheitsfachkraft“ bei Anleitungs-, Informations- und Beratungsbedarf zur Erkrankung ihres Kindes hilft. Auch hier konnten die Eltern unter 14 Antwortoptionen wählen (Kinder- und Jugendärztin oder -arzt, Selbsthilfegruppe, Familie/Freunde, Einzelfallhelfer*in, Erzieher*in und Lehrer*in u. v. m.). Unter allen Eltern gesundheitlich benachteiligter Schüler*innen bejahen dies 44 Prozent (ohne Abb.).

Auch die Lehrer*innen wurden gefragt, an welche Personen sie sich wenden, wenn sie wegen einer chronischen Erkrankung, einer Behinderung oder eines sonderpädagogischen Förderbedarfs einer Schülerin oder eines Schülers Unterstützung benötigen. Sie konnten unter insgesamt neun Optionen mehrere Antworten auswählen (Erziehungsberechtigte, Schulsanitätsdienst, behandelnde*r Ärztin oder Arzt, andere Kolleginnen und Kollegen, u. v. m.). Insgesamt 82 Prozent der 288 befragten Lehrer*innen gaben an, dass sie sich bei Unterstützungsbedarf an die „Schulgesundheitsfachkraft“ wenden (ohne Abb.).

An die Schüler*innen ab 11 Jahren wurde sowohl während der T0- als auch der T1-Befragung die Frage gerichtet, an wen sie sich in der Schule am ehesten wenden, wenn es ihnen nicht gut geht. Aus einer Liste von 16 Optionen sollten sie drei Antworten auswählen (z. B. Sanitätsdienst, Klassenlehrer*in, Schulpsychologin oder -psychologe, Eltern oder andere Familienangehörige, Schulsekretär*in, niemand u. v. m.). Während der Baseline-Erhebung (T0) antworteten 18 Prozent der Schüler*innen ohne chronische Erkrankung oder Behinderung sowie 20 Prozent der Schüler*innen mit chronischer Erkrankung oder Behinderung, dass die Pflegenden ihre Ansprechpartnerin sei. Dieser Anteil ist in beiden Gruppen in der Follow-up-Befragung (T1) deutlich gestiegen. Unter den Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen hat er sich sogar fast verdoppelt (Abb. 69).

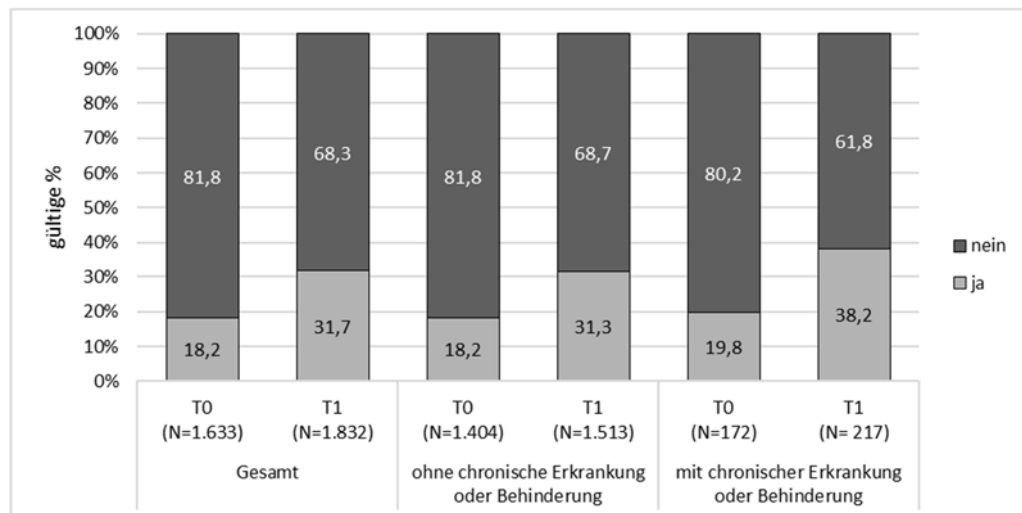


Abb. 69: Die „Schulgesundheitsfachkraft“ als Ansprechperson der Schüler*innen bei Unwohlsein in Hessen

2. Schulischer Alltag gesundheitlich benachteiligter Schüler*innen

Eine der zentralen Zielstellungen des Modellprojektes richtet sich auf die Verbesserung der Inklusion von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen in Regelschulen (AWO 2016). Um zu überprüfen inwieweit dieses Ziel bisher durch den Einsatz der „Schulgesundheitsfachkräfte“ realisiert werden konnte, werden im Folgenden die Daten zu den Teilhabemöglichkeiten im Schulalltag, der Rücksichtnahme, zu den „Hänseleien“ durch Mitschüler*innen und durch das Lehrpersonal berichtet. Sie basieren auf den Angaben der Schüler*innen ab 11 Jahren und der Eltern von Kindern unter 11 Jahren. Aufgrund der zu kleinen Stichprobengröße können keine vergleichenden Aussagen zu den Daten der Baseline-Erhebung (T0) aus Hessen angestellt werden.

2.1 Brandenburg

Fast allen der 207 Schüler*innen mit chronischer Erkrankung oder Behinderung ist es möglich, an den gemeinsamen Pausen mit den Mitschüler*innen teilzunehmen (94%; ohne Abb.). 6 Prozent ist die Teilnahme nur manchmal oder nie möglich. Im Vergleich zur Baseline-Erhebung (T0) hat sich dieser Anteil nicht verändert. 5 Prozent der 139 Schüler*innen gaben hier an, nicht an den gemeinsamen Pausen teilzunehmen. Auch ihre Teilnahme an Ausflügen (97%), Projekttagen (97%), Klassenfahrten (96%) und dem Sportunterricht (90%) scheint den Angaben der meisten zufolge immer oder meistens möglich zu sein (Abb. 70). Deutlich wird im Vergleich zur T0-Befragung, dass sich die Teilhabemöglichkeiten vor allem in Bezug auf den Sportunterricht (10% vs. 5% bei der T0-Befragung) verschlechtert haben.

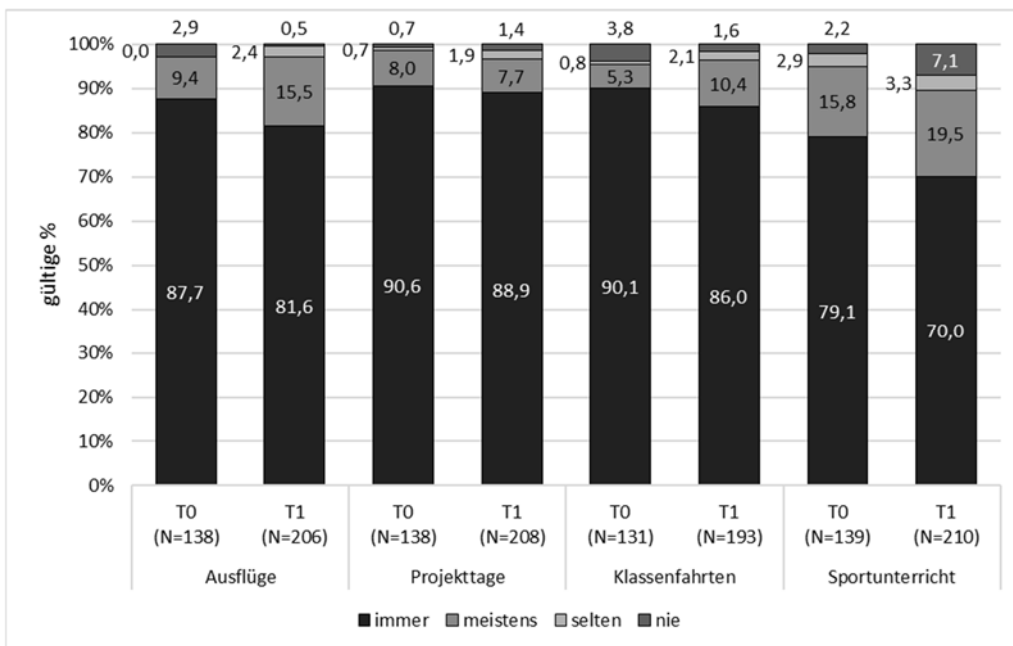


Abb. 70: Teilnahme gesundheitlich benachteiligter Schüler*innen am schulischen Alltag in Brandenburg

Auf die Frage, wieviel Rücksicht auf sie wegen ihrer Erkrankung oder Behinderung im Schulalltag genommen wird, antworten dreiviertel der Schüler*innen, dass sie das Maß an Rücksicht durch ihre Mitschüler*innen und auch durch das Lehrpersonal als genau richtig empfinden (Abb. 71, umseitig). Eine geringfügige Steigerung im Vergleich zur T0-Befragung lässt sich unter den Kindern und Jugendlichen beobachten, die aussagen, dass das Lehrpersonal zu wenig Rücksicht auf sie nimmt (24% vs. 20% bei der T0-Befragung).

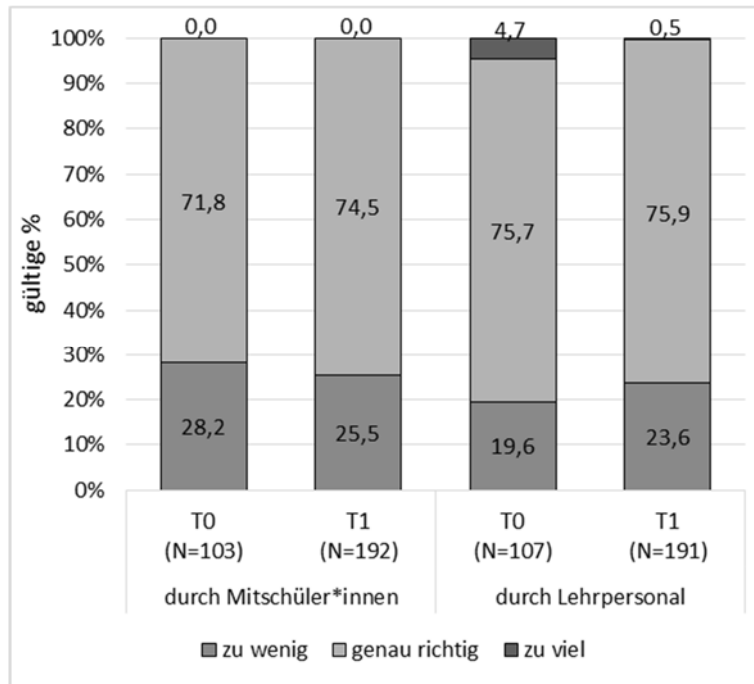


Abb. 71: Rücksichtnahme auf gesundheitlich benachteiligte Schüler*innen im Schulalltag in Brandenburg

Auf die Frage, ob sie wegen ihrer andauernden Erkrankung oder ihrer Behinderung manchmal gehänselt werden, antworten die meisten, dass sie nie von ihren Mitschüler*innen (79%) oder vom Lehrpersonal gehänselt werden (92%). Hänseleien durch Mitschüler*innen sind im Vergleich zur T0-Befragung deutlich zurückgegangen (21% vs. 32% bei der T0-Befragung). Der Anteil der Schüler*innen, die sich durch das Lehrpersonal gehänselt fühlen, hat sich hingegen kaum verändert (Abb. 72).

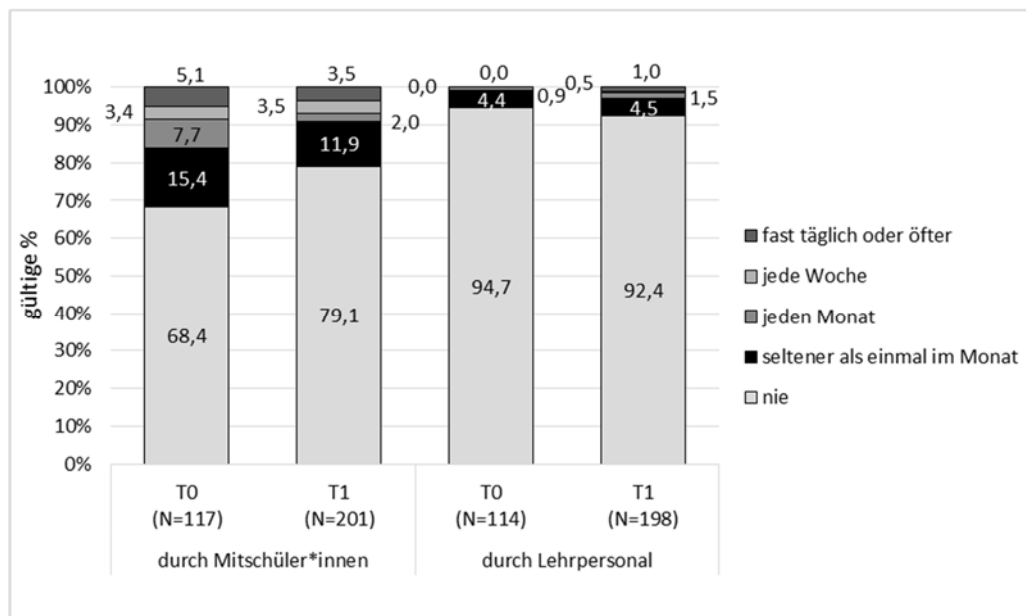


Abb. 72: „Hänseleien“ gesundheitlich benachteiligter Schüler*innen in Brandenburg

2.2 Hessen

Fast allen der 187 Schüler*innen mit chronischer Erkrankung oder Behinderung ist es möglich, an den gemeinsamen Pausen mit den Mitschüler*innen teilzunehmen (91%). 9 Prozent ist die Teilnahme nur manchmal oder nie möglich (ohne Abb.). Auch ihre Teilnahme an Ausflügen (98%), Projekttagen (98%), Klassenfahrten (96%) und dem Sportunterricht (98%) scheint den Angaben der meisten zufolge immer oder meistens möglich zu sein (Abb. 73).

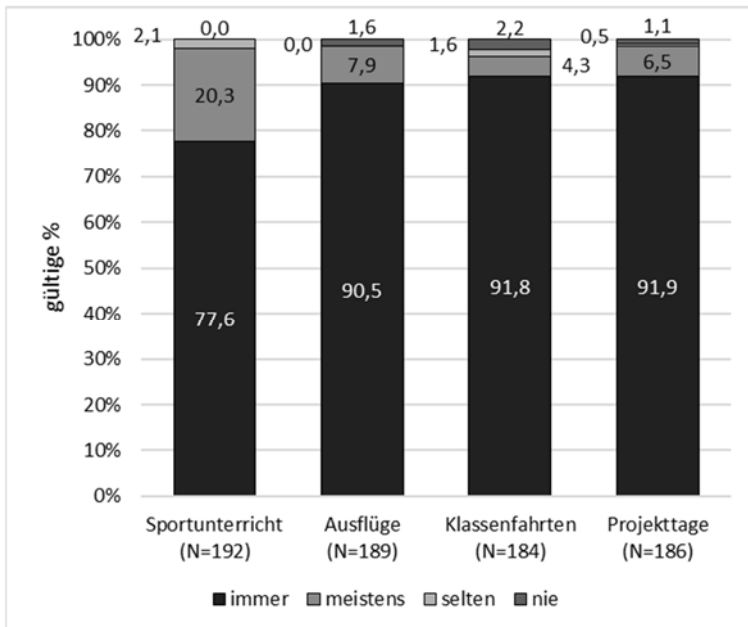


Abb. 73: Teilnahme gesundheitlich benachteiligter Schüler*innen am schulischen Alltag in Hessen

Auf die Frage, wieviel Rücksicht auf sie wegen ihrer Erkrankung oder Behinderung im Schulalltag genommen wird, antwortet eine große Mehrheit der Schüler*innen, dass sie das Maß an Rücksicht durch ihre Mitschüler*innen (76%) und auch durch das Lehrpersonal (80%) als genau richtig empfinden (Abb. 74). 21 Prozent sagen aus, dass ihre Mitschüler*innen zu wenig Rücksicht auf sie nehmen, 17 Prozent geben dies in Bezug auf das Lehrpersonal an.

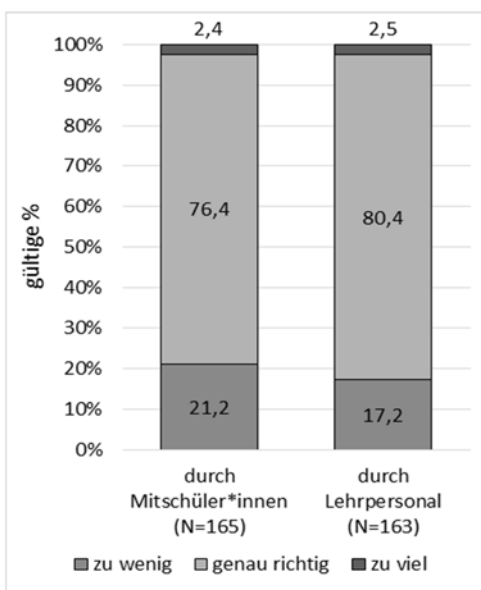


Abb. 74: Rücksichtnahme auf gesundheitlich benachteiligte Schüler*innen im Schulalltag in Hessen (T1)

Auf die Frage, ob sie wegen ihrer andauernden Erkrankung oder ihrer Behinderung manchmal gehänselt werden, antworten die meisten, dass sie nie von ihren Mitschüler*innen (84%) oder vom Lehrpersonal gehänselt werden (97%). Hänseleien durch Mitschüler*innen werden von 16 Prozent der Schüler*innen erlebt. Der Anteil der Schüler*innen, die sich durch das Lehrpersonal gehänselt fühlen, liegt bei 3 Prozent (Abb. 75).

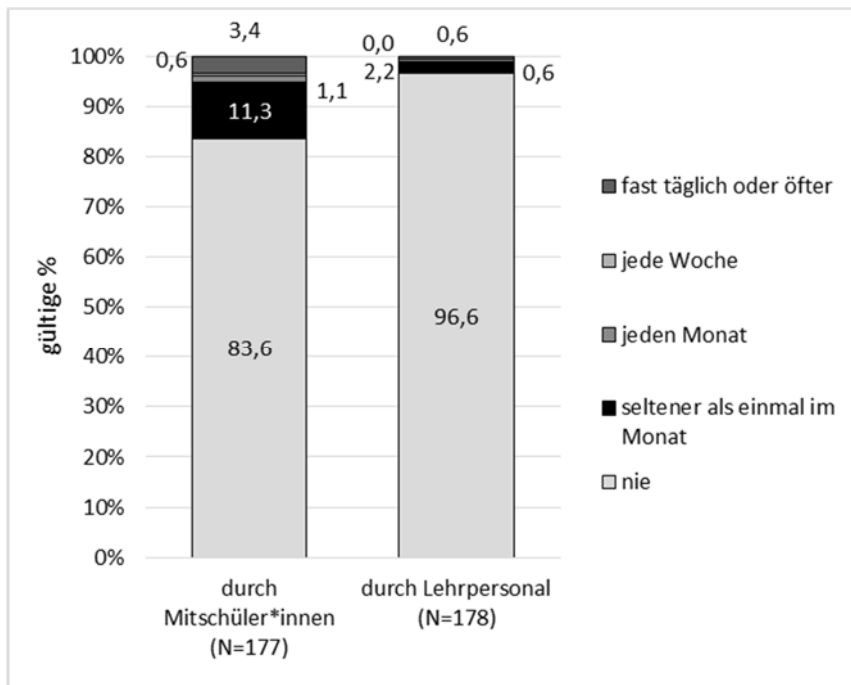


Abb. 75: „Hänseleien“ gesundheitlich benachteiligter Schüler*innen in Hessen (T1)

3. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen der Schüler*innen

Im Folgenden wird dargestellt welchen Einfluss die „Schulgesundheitsfachkräfte“ im Beobachtungszeitraum auf die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen der Schüler*innen hatten. Dazu werden die Zahnputzhäufigkeit der Schüler*innen, das Ernährungsverhalten, das Körperbild, die körperliche Aktivität, das Rauchverhalten, der Konsum von Alkohol und gewaltsame Auseinandersetzungen aufgeführt.

3.1 Brandenburg

Zahnputzhäufigkeit

81 Prozent der Schüler*innen der Grundstufe sowie 76 Prozent der Schüler*innen der Sekundarstufe 1 putzen sich mindesten zweimal täglich die Zähne. Im Vergleich zur Baseline-Erhebung (T0) hat sich dieser Anteil in beiden Bildungsstufen geringfügig verbessert. Der Anteil der Schüler*innen, die sich hingegen nur mehrmals in der Woche und seltener die Zähne putzen ist mit 4 Prozent der Schüler*innen der Grundstufe und 5 Prozent der Schüler*innen der Sekundarstufe 1 jedoch unverändert (Abb. 76).

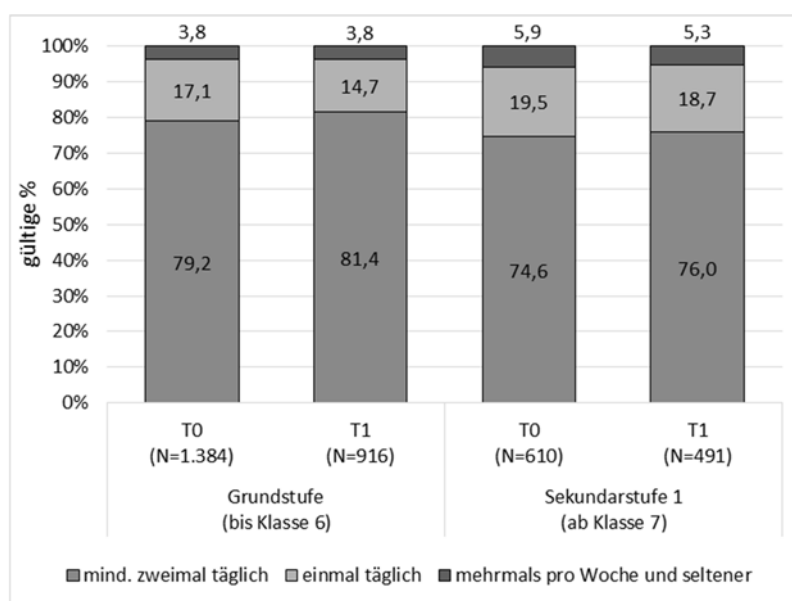


Abb. 76: Zahnputzhäufigkeit der Schüler*innen in Brandenburg

Ernährungsverhalten

Hinsichtlich des täglichen Verzehrs bestimmter Nahrungsmittel ergeben sich keine eindeutigen Veränderungen unter den Befragten. Etwas mehr als die Hälfte der Schüler*innen der Grundstufe (56%) und ein Viertel der Schüler*innen der Sekundarstufe 1 (28%) geben an, dass sie täglich Obst essen. 39 Prozent der Grundstufenschüler*innen und 20 Prozent der Sekundarstufe 1-Schüler*innen essen darüber hinaus täglich Gemüse. In der Grundstufe isst nach wie vor jede*r Fünfte täglich Süßigkeiten (21%), in der Sekundarstufe 1 sind es hingegen 14 Prozent. Deutlich geringer und annähernd gleich verteilt fällt der Verzehr von Knabberien aus. 4 Prozent der Grundstufenschüler*innen und 5 Prozent der Sekundarstufe 1-Schüler*innen essen täglich Chips, Pommes oder ähnliches. Darüber hinaus werden in der Sekundarstufe 1 mehr als doppelt so häufig zuckerhaltige Getränke wie z. B. Cola getrunken (14%), wie in der Grundstufe (6%) (Abb. 77, umseitig).

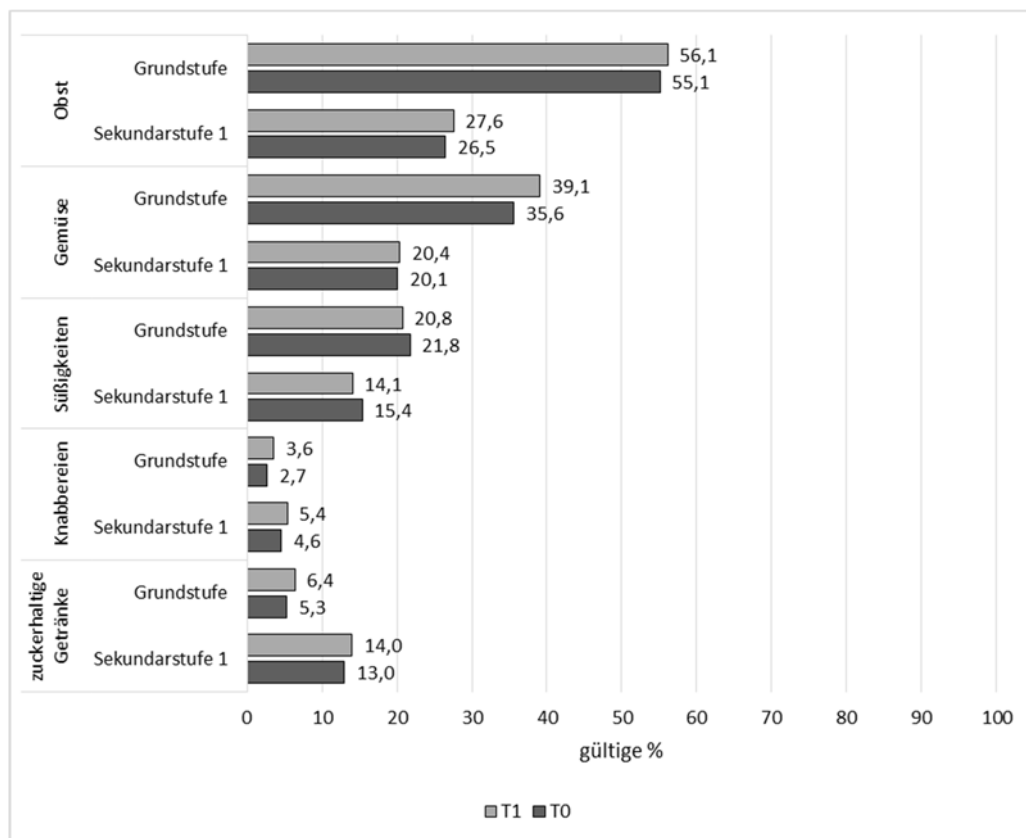


Abb. 77: Täglicher Nahrungsmittelverzehr der Schüler*innen in Brandenburg (Stichprobenumfang durch fehlende Werte schwankend; T0 Grundstufe N=1.369-1.377; T0 Sekundarstufe 1 N=603-609; T1 Grundstufe N=913-927; T1 Sekundarstufe 1 N=479-486)

Körperliche Aktivität

77 Prozent der Schüler*innen der Grundstufe sowie 54 Prozent der Schüler*innen der Sekundarstufe 1 sind mindestens dreimal in der Woche körperlich so aktiv, dass sie ins Schwitzen oder außer Atem geraten und erfüllen damit die Empfehlungen der WHO (2010) (**Abb. 78**).

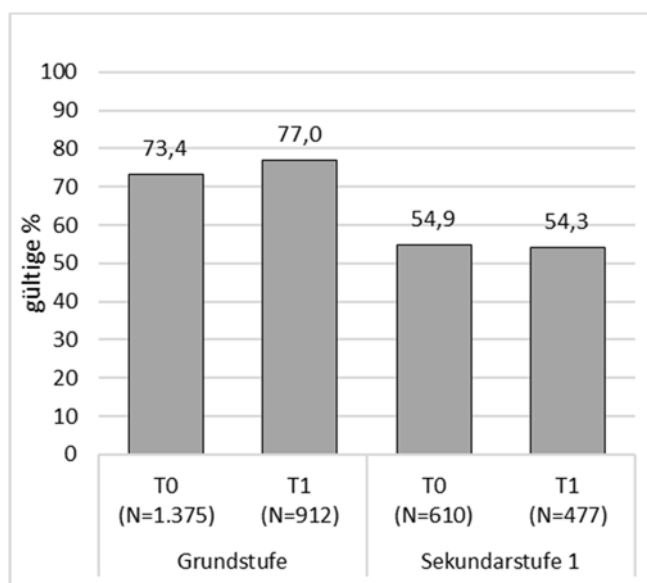


Abb. 78: Körperliche Aktivität mindestens dreimal in der Woche in Brandenburg

Körperbild

Die Schüler*innen ab 11 Jahren wurden erneut zu ihrem Körperbild befragt. Hierbei zeigte sich, dass es nach wie vor einen hohen Anteil von Schüler*innen gibt, der glaubt, zu dick zu sein. Jedes zweite Mädchen (50%), aber auch mehr als ein Drittel der Jungen ist dieser Auffassung (37%). Unter den untergewichtigen Schüler*innen sind es nach wie vor 15 Prozent, die sich zu dick fühlen, unter den Schüler*innen mit Normalgewicht sind es 31 Prozent (Abb. 79).

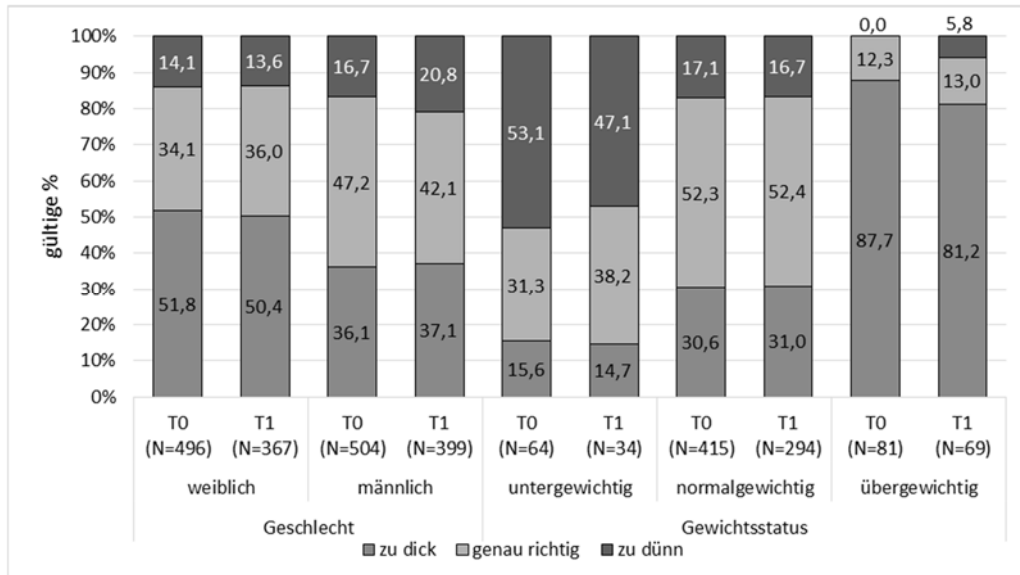


Abb. 79: Körperbild der Schüler*innen in Brandenburg

Rauchen

In der Baseline-Erhebung (T0) konnten die Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 17 Jahren als besondere Risikogruppe identifiziert werden (ohne Abb.). Ein Viertel von Ihnen gab zur T0-Befragung an, aktuell Tabak zu rauchen (27%), dieser Anteil hat sich bis zur T1-Befragung nicht verändert. Auch der tägliche Tabakkonsum hat sich von 16 Prozent auf 14 Prozent nur unwesentlich verändert.

Alkoholkonsum

In der Baseline-Erhebung (T0) war auch der Alkoholkonsum in der Gruppe der 14 bis 17-Jährigen am höchsten (ohne Abb.). 21 Prozent tranken mindestens einmal in der Woche Alkohol, 14 Prozent fielen dabei auf den Konsum von Longdrinks, Alkopops oder Mischgetränken zurück, 13 Prozent auf den Konsum von Bier. In der T1-Befragung ist der Anteil derer, die mindestens einmal in der Woche Alkohol trinken auf 25 Prozent gestiegen; der Konsum von Longdrinks, Alkopops oder Mischgetränken liegt bei 13 Prozent, der von Bier ist auf 16 Prozent gestiegen.

Gewaltsame Auseinandersetzungen

Es wurde gefragt, wie oft es zu gewaltsamen körperlichen (wie Prügeleien) oder verbalen Auseinandersetzungen (wie Anschreien oder Beleidigungen) an der Schule kommen würde. In der Grundstufe wird um ein Vielfaches häufiger von täglich bis wöchentlich erlebter körperlicher Gewalt berichtet (37%) als in der Sekundarstufe 1 (12%). Tägliche bis wöchentliche verbale Auseinandersetzungen werden hingegen in beiden Bildungsstufen annähernd gleich häufig berichtet (Grundstufe 60% vs. Sekundarstufe 1 62%). Der Anteil derer, die gewaltsame Auseinandersetzungen nie oder seltener als einmal im Monat erleben, ist in der Grundstufe in beiden Bereichen im Vergleich zur T0-Befragung geringfügig gesunken. In der Sekundarstufe 1 wird körperliche Gewalt von anteilig genauso vielen Jugendlichen erlebt. Der Anteil derer, die verbale Auseinandersetzungen nie bis monatlich erleben, ist im Vergleich zur T0-Befragung deutlich gesunken (Abb. 80, umseitig).

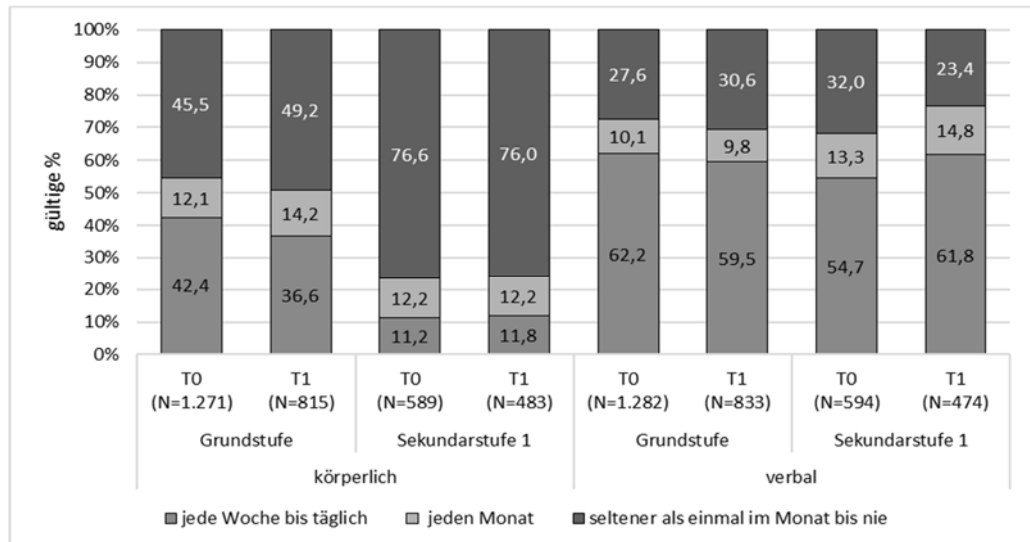


Abb. 80: Gewaltsame Auseinandersetzungen im Schulalltag in Brandenburg

Die Schulleiter*innen wurden um ihre Einschätzung gebeten, ob sie Veränderungen in der Häufigkeit gewaltsamer körperlicher Auseinandersetzungen und der Häufigkeit gewaltsamer verbaler Auseinandersetzungen wahrnehmen, seit die „Schulgesundheitsfachkraft“ an ihrer Schule arbeitet. Keine*r der 15 brandenburgischen Schulleiter*innen gibt an, dass es eine Verschlechterung in Bezug auf verbale oder körperliche Auseinandersetzungen gegeben habe (ohne Abb.). Sowohl in Bezug auf körperliche als auch auf verbale Auseinandersetzungen berichten 2 Schulleiter*innen eine Abnahme, weitere 11 geben keine Veränderungen an, 2 Schulleiter*innen sind sich nicht sicher.

3.2 Hessen

Zahnputzhäufigkeit

87 Prozent der Schüler*innen der Grundstufe sowie 80 Prozent der Schüler*innen der Sekundarstufe 1 putzen sich mindestens zweimal täglich die Zähne. Im Vergleich zur Baseline-Erhebung (T0) hat sich dieser Anteil in beiden Bildungsstufen kaum verändert. Auch der Anteil der Schüler*innen, die sich nur mehrmals in der Woche und seltener die Zähne putzen, ist mit 1 Prozent der Schüler*innen der Grundstufe und 3 Prozent der Schüler*innen der Sekundarstufe 1 unverändert (Abb. 81).

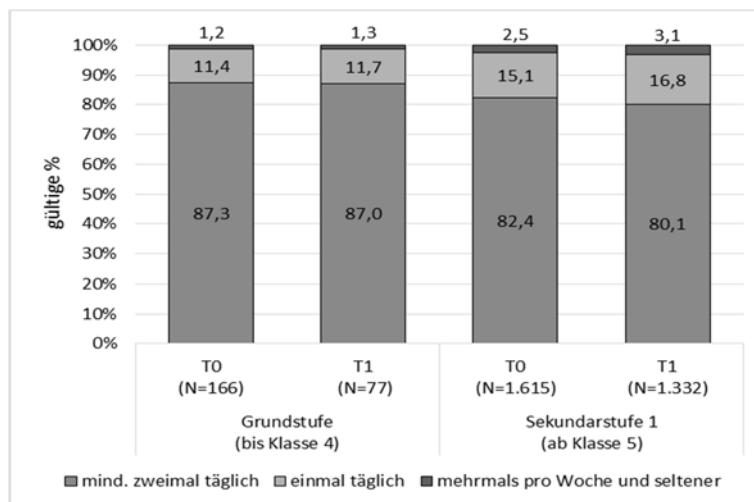


Abb. 81: Zahnputzhäufigkeit der Schüler*innen in Hessen

Ernährungsverhalten

Fast Dreiviertel der Schüler*innen der Grundstufe (71%) geben an, dass sie täglich Obst essen. Dieser Anteil ist deutlich höher als noch zur Baseline-Erhebung (T0). Bei den Kindern und Jugendlichen der Sekundarstufe 1 lässt sich keine Veränderung beobachten (39%). 41 Prozent der Grundstufenschüler*innen und 31 Prozent der Sekundarstufe 1-Schüler*innen essen darüber hinaus täglich Gemüse. Unter den Grundschüler*innen hat der Anteil jedoch etwas abgenommen (45% während der T0-Befragung). Veränderungen zeigen sich unter den Grundschüler*innen auch hinsichtlich des täglichen Verzehrs von Süßigkeiten. Mit 29 Prozent hat dieser im Vergleich zu T0-Befragung (22%) merklich zugenommen. In der Sekundarstufe 1 ist er mit 22 Prozent etwa gleichgeblieben. In der Grundstufe werden Knabberereien nicht täglich verzehrt. In der Sekundarstufe 1 geben 7 Prozent an, täglich Chips, Pommes oder ähnliches zu essen. Darüber werden in der Sekundarstufe 1 deutlich häufiger zuckerhaltige Getränke wie z. B. Cola getrunken (10%), als in der Grundstufe (1%) (Abb. 82).

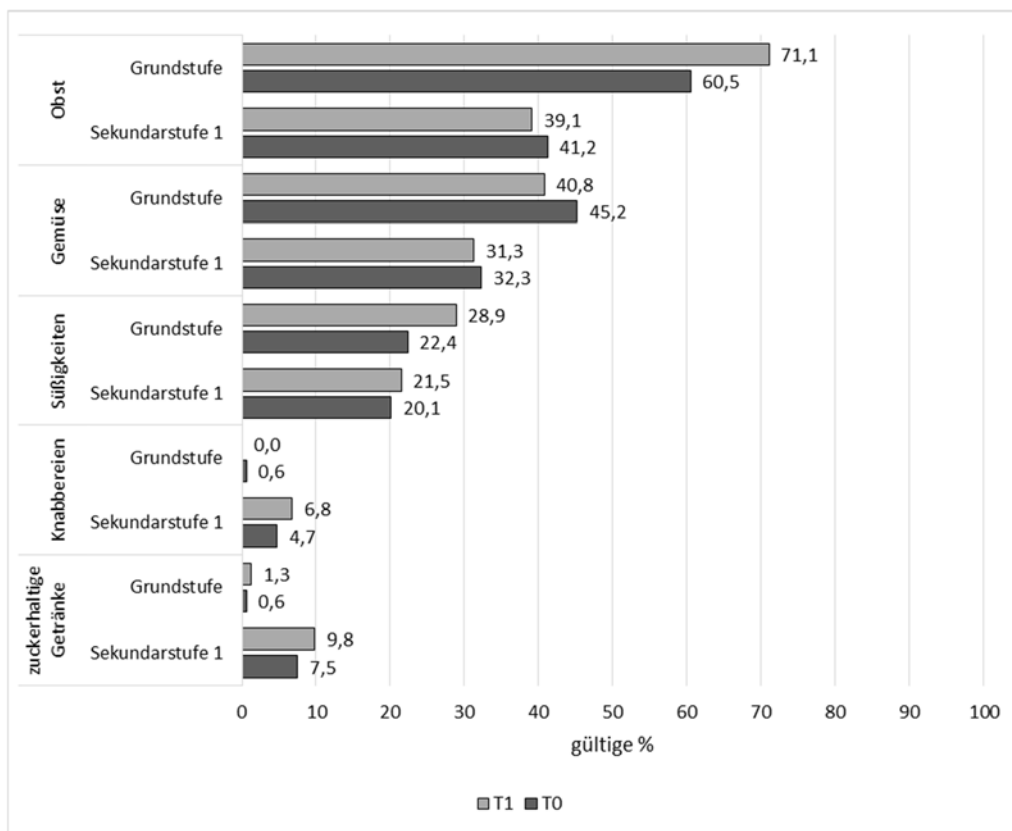


Abb. 82: Täglicher Nahrungsmittelverzehr der Schüler*innen in Hessen (Stichprobenumfang durch fehlende Werte schwankend; T0 Grundstufe N=163-167; T0 Sekundarstufe 1 N=1.596-1.627; T1 Grundstufe N=76; T1 Sekundarstufe 1 N=1.627-1.638)

Körperliche Aktivität

85 Prozent der Schüler*innen der Grundstufe sowie 64 Prozent der Schüler*innen der Sekundarstufe 1 sind mindestens dreimal in der Woche körperlich so aktiv, dass sie ins Schwitzen oder außer Atem geraten und erfüllen damit die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2010) (Abb. 83).

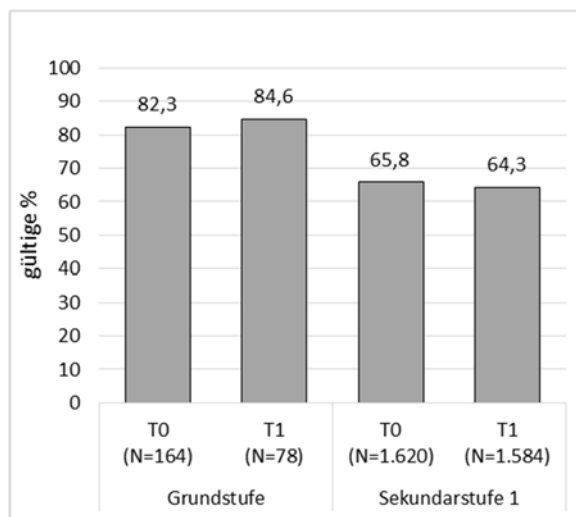


Abb. 83: Körperliche Aktivität mindestens dreimal in der Woche in Hessen

Körperbild

Die Schüler*innen ab 11 Jahren wurden erneut zu ihrem Körperbild befragt. Hierbei zeigte sich wiederholt, dass sich viele Schüler*innen als zu dick empfinden (Abb. 84). Insbesondere jedes dritte Mädchen (37%), aber auch 31 Prozent der Jungen sind dieser Auffassung. Unter den untergewichtigen Schüler*innen sind es 3 Prozent, die sich zu dick fühlen, unter den Schüler*innen mit Normalgewicht sogar 25 Prozent.

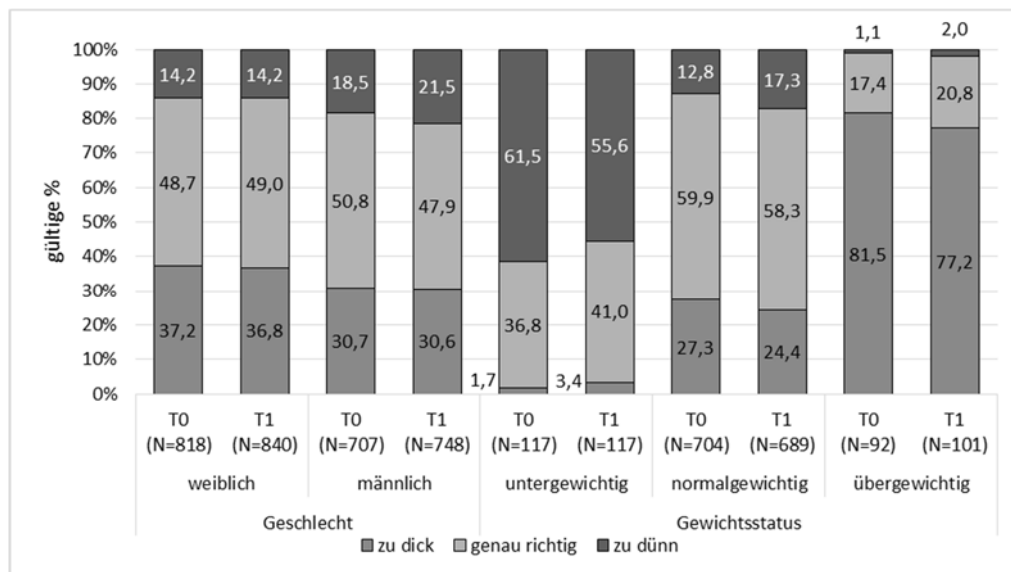


Abb. 84: Körperbild der Schüler*innen in Hessen

Rauchen

In der Baseline-Erhebung (T0) konnten die Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 17 Jahren als besondere Risikogruppe identifiziert werden. Ein Viertel von Ihnen gab zur T0-Befragung an, aktuell Tabak zu rauchen (16%), dieser Anteil hat sich bis zur T1-Befragung kaum verändert (13%). Täglich rauchen nach wie vor nur 2 Prozent der Jugendlichen.

Alkoholkonsum

In der Baseline-Erhebung (T0) war auch der Alkoholkonsum in der Gruppe der 14 bis 17-Jährigen am höchsten (ohne Abb.). 11 Prozent tranken mindestens einmal in der Woche Alkohol, 7

Prozent fielen dabei auf den Bierkonsum, jeweils weitere 5 Prozent auf den Konsum von Longdrinks, Alkopops oder Mischgetränken sowie Likör und Spirituosen zurück. In der T1-Befragung hat sich der Anteil derer, die mindestens einmal in der Woche Alkohol trinken, kaum verändert (10%), ebenso wie der Konsum von Bier (6%), Likör oder Spirituosen (4%) sowie von Longdrinks, Alkopops oder Mischgetränken (5%).

Gewaltsame Auseinandersetzungen

Es wurde gefragt, wie oft es zu gewaltsamen körperlichen (wie Prügeleien) oder verbalen Auseinandersetzungen (wie Anschreien oder Beleidigungen) an der Schule kommen würde. In der Grundstufe wird deutlich häufiger von täglich bis wöchentlich erlebter körperlicher Gewalt berichtet (32%) als in der Sekundarstufe 1 (16%; **Abb. 85**, umseitig). Tägliche bis wöchentliche verbale Auseinandersetzungen werden hingegen in beiden Bildungsstufen annähernd gleich häufig berichtet (Grundstufe 57% vs. Sekundarstufe 1 59%). Der Anteil derer, die gewaltsame Auseinandersetzungen nie oder seltener als einmal im Monat erleben, hat sich sowohl in Bezug auf körperliche als auch verbale Auseinandersetzungen in beiden Bildungsstufen im Vergleich zur T0-Befragung kaum verändert.

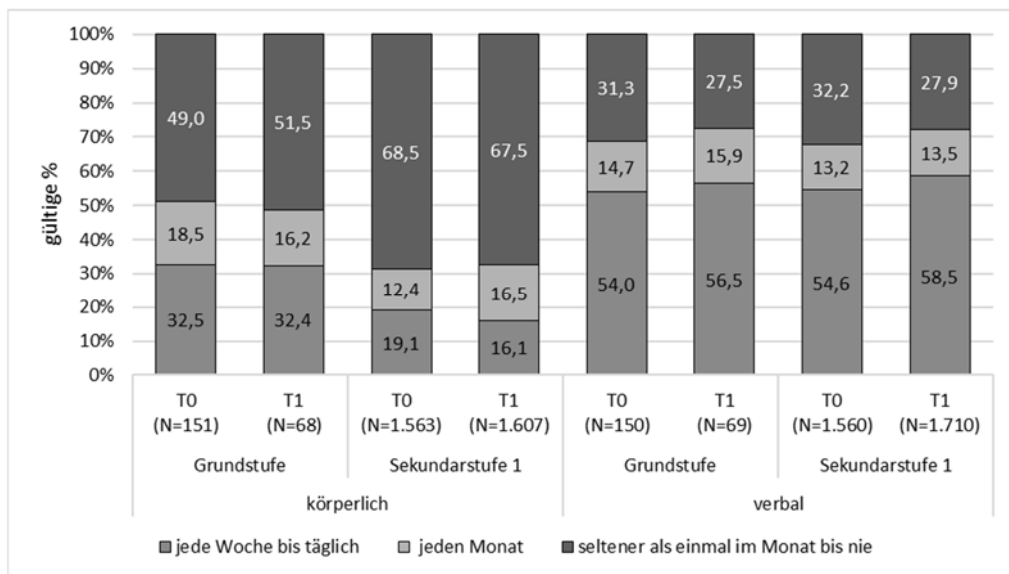


Abb. 85: Gewaltsame Auseinandersetzungen im Schulalltag in Hessen

Die Schulleiter*innen wurden um ihre Einschätzung gebeten, ob sie Veränderungen in der Häufigkeit gewaltsamer körperlicher Auseinandersetzungen und der Häufigkeit gewaltsamer verbaler Auseinandersetzungen wahrnehmen, seit die „Schulgesundheitsfachkraft“ an ihrer Schule arbeitet. Keine*r der 9 hessischen Schulleiter*innen gibt an, dass es Verbesserungen oder Verschlechterungen in Bezug auf beides gegeben habe (ohne Abb.). In Bezug auf körperliche Auseinandersetzungen berichten 6 Schulleiter*innen, dass es keine Veränderungen gegeben habe, 3 Schulleiter*innen sind sich nicht sicher. In Bezug auf verbale Auseinandersetzungen berichten 5 Schulleiter*innen, dass es keine Veränderungen gegeben habe, 4 Schulleiter*innen äußern hier, sich nicht sicher zu sein.

4. Gesundheitsedukative Wirkung

Im Folgenden werden die Daten präsentiert, die sich auf den gesundheitsbildenden Einfluss der „Schulgesundheitsfachkräfte“ auf die Schüler*innen, ihre Eltern und Lehrer*innen beziehen. Als Indikatoren dienen hier die Teilnahme an schulischen Gesundheitsaktionen außerhalb des Unterrichts, das Health Literacy Level und die Inanspruchnahme der „Schulgesundheitsfachkraft“ als Informationsquelle bei Gesundheitsfragen.

4.1 Brandenburg

Die Eltern aller Schüler*innen wurden gefragt, ob sie selbst ein Projekt oder eine Veranstaltung zu gesundheitlichen Themen an der Schule besucht haben. Insgesamt nahmen nur sehr wenige Eltern von Grundstufenschüler*innen (4%) wie auch Eltern von Schüler*innen der Sekundarstufe 1 (2%) an solchen Veranstaltungen teil (Abb. 86). Im Vergleich zur T0-Befragung haben sich diese Anteile nicht deutlich verändert. Jedoch ist der Anteil derer, die angeben, dass es keine Angebote gegeben habe, in der Grundstufe um 9 Prozent sowie in der Sekundarstufe 1 um 10 Prozent deutlich gesunken.

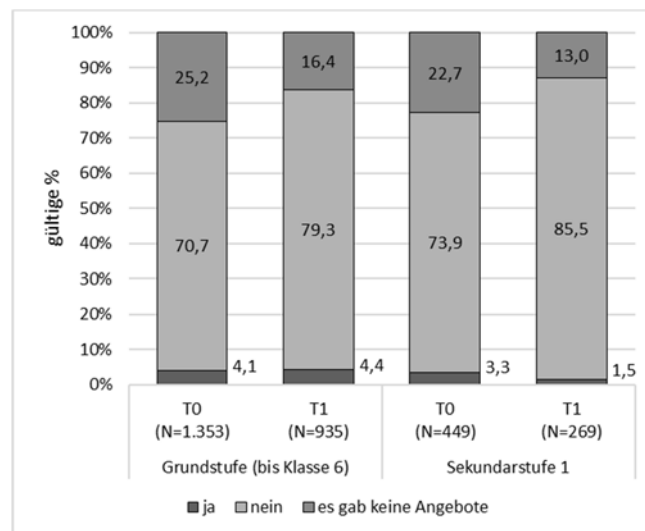


Abb. 86: Teilnahme der Eltern an schulischen Gesundheitsveranstaltungen in Brandenburg

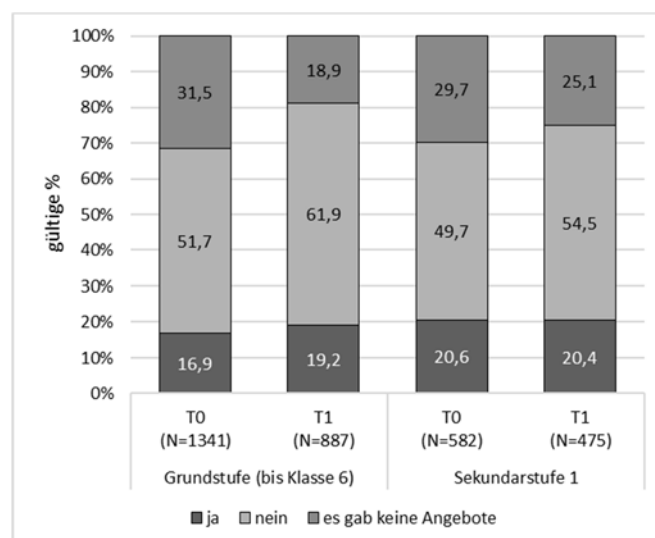


Abb. 87: Teilnahme der Schüler*innen an schulischen Gesundheitsveranstaltungen außerhalb des Unterrichts im letzten Schuljahr in Brandenburg

Eltern von Schüler*innen unter 11 Jahren und die Schüler*innen ab 11 Jahren selbst wurden gefragt, ob sie im letzten Schuljahr Projekte oder Veranstaltungen zu gesundheitlichen Themen in der Schule außerhalb des Unterrichts besucht haben. Sowohl in der Grundstufe als auch in der Sekundarstufe 1 hat jede*r Fünfte an solchen Veranstaltungen teilgenommen (Abb. 87, vorstehend). Im Vergleich zur T0-Befragung ist dieser Anteil nur in der Grundstufe geringfügig höher geworden. Im Vergleich berichten jedoch deutlich weniger Grundschüler*innen (19% vs. 32% in der T0-Befragung) und Schüler*innen der Sekundarstufe 1 (25% vs. 30% in der T0-Befragung), dass es keine solchen Angebote gab.

Die Lehrer*innen wurden ebenfalls gebeten, anzugeben, ob sie im letzten Schuljahr Projekte oder Fortbildungen zu gesundheitlichen Themen in der Schule besucht haben. Ein Drittel der Lehrer*innen bejahte dies (Abb. 88). Im Vergleich zur T0-Befragung hat sich dieser Anteil damit nicht verändert. Etwas geringer geworden ist jedoch der Anteil der Lehrer*innen, die angeben, dass es keine solchen Angebote gegeben habe (13% vs. 18% während der T0-Befragung).

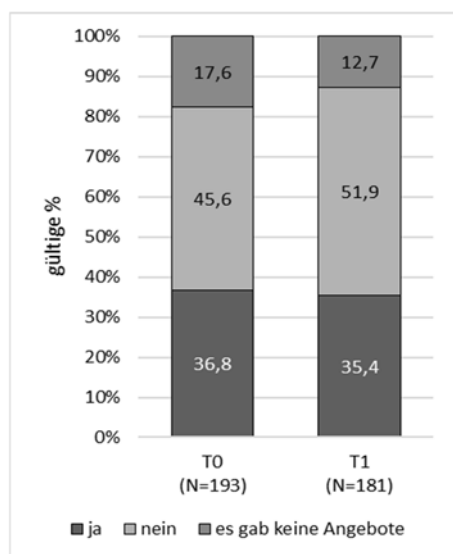


Abb. 88: Teilnahme der Lehrer*innen an schulischen Gesundheitsveranstaltungen im letzten Schuljahr in Brandenburg

Alle Eltern wurden gefragt, wohin sie sich am ehesten wenden, wenn sie Informationen darüber suchen, wie ihr Kind fit und gesund bleiben kann (z. B. Sport, Ernährung, Verhütung, usw.). Sie konnten aus einer Liste von 14 Optionen drei Antworten auswählen (z. B. Bücher/Broschüren/Zeitschriften, Oma des Kindes, Kinder- und Jugendärztin oder -arzt, Internet, niemanden, u. v. m.). 5 Prozent der 1.267 befragten Eltern entschieden sich hier für die „Schulgesundheitsfachkraft“ (ohne Abb.). Dieser Wert hat sich seit der T0-Befragung nicht verändert (4%; N=1.883). Auch den Schüler*innen ab 11 Jahren wurde diese Frage gestellt. Von den 861 Antwortenden äußerten 9 Prozent (ohne Abb.), dass sie sich bei Gesundheitsfragen an die „Schulgesundheitsfachkraft“ wenden. Das sind etwas mehr als noch zur T0-Befragung (6%; N=1.045).

Das Gesundheitskompetenzniveau der Eltern und der Lehrer*innen wurde in der T1-Befragung erneut mit mithilfe des HLS-EU-Q16, einer Kurzform des im Rahmen des European Health Literacy Surveys (HLS-EU) entwickelten Selbstbewertungsinstrumentes, erhoben (Jordan & Hoebel, 2015). 57 Prozent der Eltern und 49 Prozent der Lehrer*innen weisen ein ausreichendes Gesundheitskompetenzniveau auf (Abb. 89, umseitig). Damit liegen diese Anteile geringfügig höher als während der T0-Befragung. Jedoch ist sowohl unter den Eltern als auch unter den Lehrer*innen auch der Anteil gestiegen, der ein inadäquates Gesundheitskompetenzniveau aufweist.

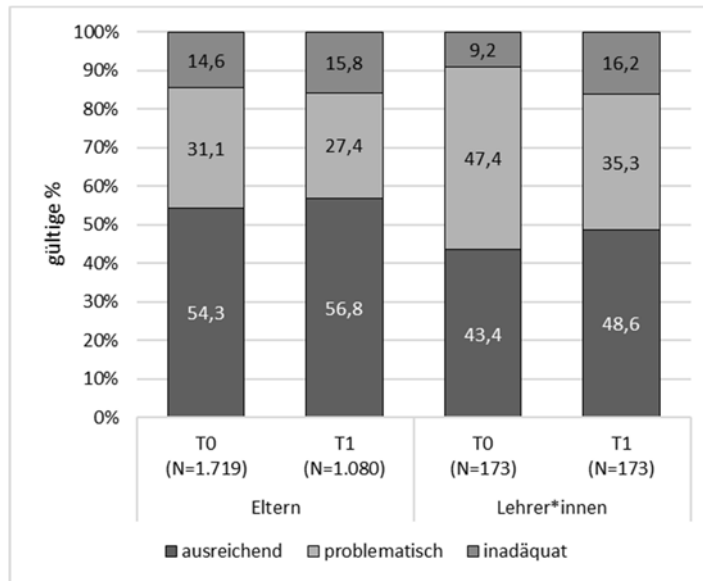


Abb. 89: Gesundheitskompetenzniveau der Eltern und Lehrer*innen in Brandenburg

Schüler*innen ab 11 Jahren füllten das von Paakkari et al. (2016) entwickelte 10-Item-Selbstbewertungsinstrument Health Literacy for School-aged Children (HLSAC) aus. Mit je zwei Items werden die Kernkomponenten des zugrundeliegenden Modells von Gesundheitskompetenz erfasst: theoretisches Wissen (theoretical knowledge), praktisches Wissen (practical knowledge), kritisches Denken (critical thinking), Selbstwahrnehmung (self-awareness) und Bürgerschaft (citizenship). Es zeigt sich, dass der Anteil von Schüler*innen mit hohem Gesundheitskompetenzniveau seit der T0-Befragung leicht von 13 Prozent auf 16 Prozent gestiegen ist (Abb. 90). Gleichzeitig ist auch der Anteil der Schüler*innen mit niedrigem Gesundheitskompetenzniveau leicht gesunken.

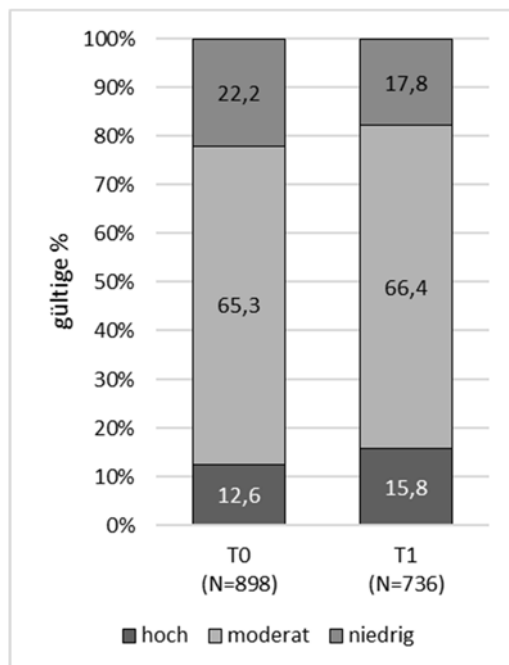


Abb. 90: Gesundheitskompetenzniveau der Schüler*innen in Brandenburg

4.2 Hessen

Die Eltern aller Schüler*innen wurden gefragt, ob sie selbst ein Projekt oder eine Veranstaltung zu gesundheitlichen Themen in der Schule besucht haben. Insgesamt nehmen nur sehr wenige Eltern von Grundstufenschüler*innen (3%) wie auch Eltern von Schüler*innen der Sekundarstufe 1 (3%) an solchen Veranstaltungen teil (**Abb. 91**). Im Vergleich zur T0-Befragung haben sich diese Anteile nicht deutlich verändert. Jedoch ist der Anteil derer, die angeben, dass es keine Angebote gegeben habe, in der Grundstufe um 24 Prozent sowie in der Sekundarstufe 1 um 13 Prozent deutlich gesunken.

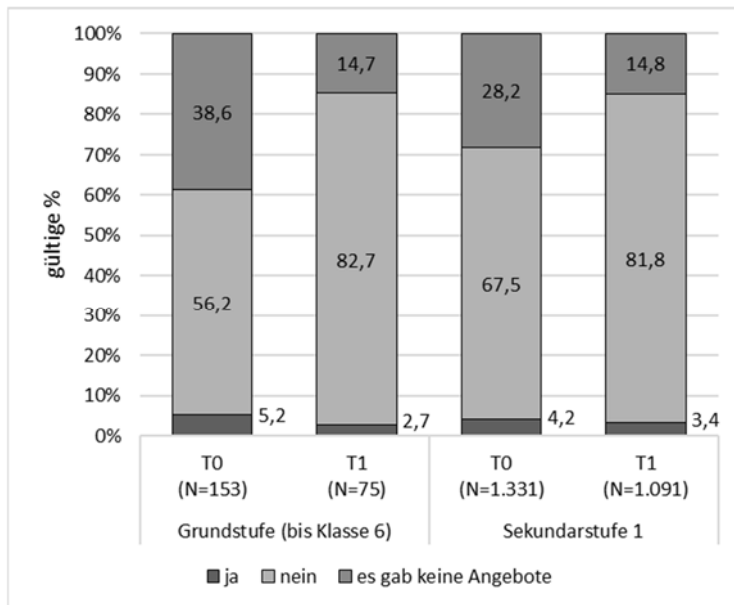


Abb. 91: Teilnahme der Eltern an schulischen Gesundheitsveranstaltungen in Hessen

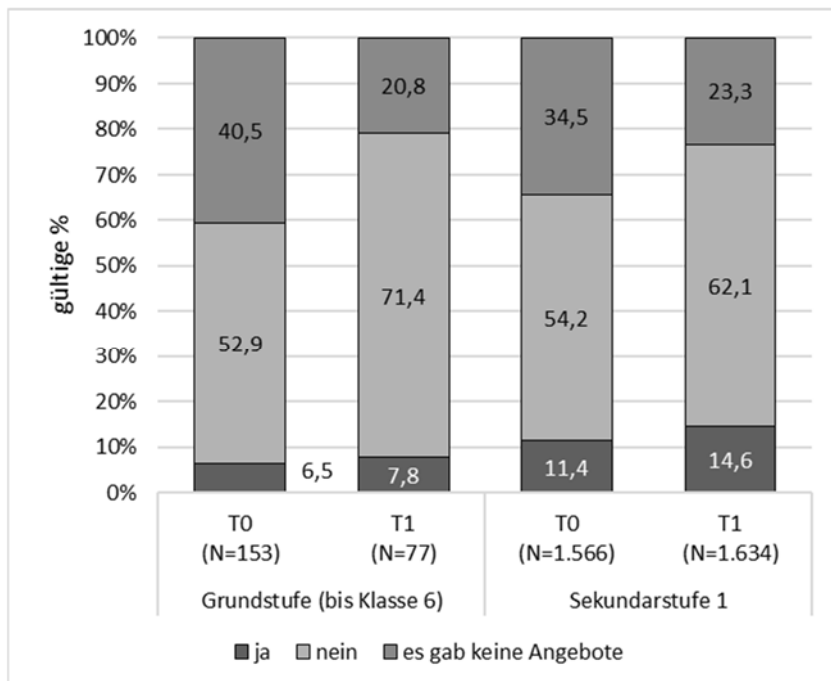


Abb. 92: Teilnahme der Schüler*innen an schulischen Gesundheitsveranstaltungen außerhalb des Unterrichts im letzten Schuljahr in Hessen

Eltern von Schüler*innen unter 11 Jahren und die Schüler*innen ab 11 Jahren selbst wurden gefragt, ob sie im letzten Schuljahr Projekte oder Veranstaltungen zu gesundheitlichen Themen in der Schule außerhalb des Unterrichts besucht haben. Unter den jüngeren Schüler*innen haben insgesamt 8 Prozent, unter den älteren 15 Prozent, an solchen Veranstaltungen teilgenommen (Abb. 92, vorstehend). Im Vergleich zur T0-Befragung ist dieser Anteil in beiden Bildungsstufen etwas größer geworden. Deutlich weniger Grundschüler*innen (21% vs. 41% während der T0-Befragung) und Schüler*innen der Sekundarstufe 1 (23% vs. 35% während der T0-Befragung) geben im Vergleich an, dass es keine solchen Angebote gab.

Die Lehrer*innen wurden ebenfalls gebeten, anzugeben, ob sie im letzten Schuljahr Projekte oder Fortbildungen zu gesundheitlichen Themen in der Schule besucht haben. 11 Prozent der Lehrer*innen bejahte dies. Im Vergleich zur T0-Befragung hat sich dieser Anteil kaum verändert. Deutlich geringer geworden ist jedoch der Anteil der Lehrer*innen, die angeben, dass es keine solchen Angebote gegeben habe (17% vs. 27% während der T0-Befragung) (Abb. 93).

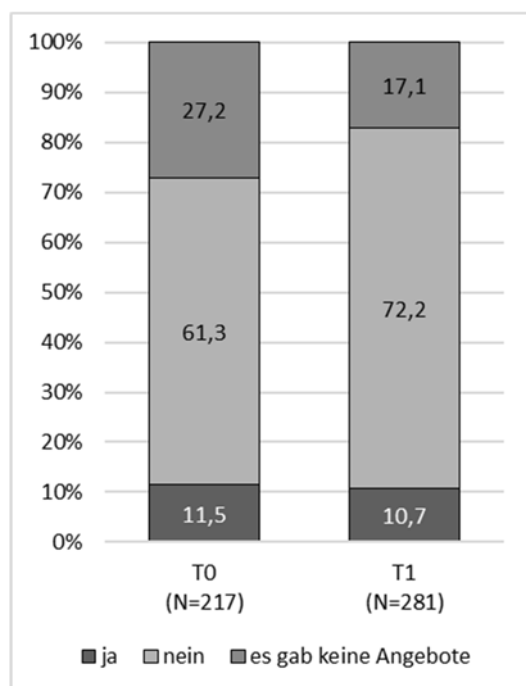


Abb. 93: Teilnahme der Lehrer*innen an schulischen Gesundheitsveranstaltungen im letzten Schuljahr in Hessen

Alle Eltern wurden gefragt, wohin sie sich am ehesten wenden, wenn sie Informationen darüber suchen, wie ihr Kind fit und gesund bleiben kann (z. B. Sport, Ernährung, Verhütung, usw.). Sie konnten aus einer Liste von 14 Optionen drei Antworten auswählen (z. B. Bücher/Broschüren/Zeitschriften, Oma des Kindes, Kinder- und Jugendärztin oder -arzt, Internet, niemanden, u. v. m.). 6 Prozent der 1.340 Eltern, die auf diese Frage geantwortet haben, entschieden sich hier für die „Schulgesundheitsfachkraft“ (ohne Abb.). Dieser Wert hat sich seit der T0-Befragung etwas mehr als verdoppelt (2%; N=2.235). Auch den Schüler*innen ab 11 Jahren wurde diese Frage gestellt. Von den 1.733 Antwortenden äußerten 10 Prozent (ohne Abb.), dass sie sich bei Gesundheitsfragen an die „Schulgesundheitsfachkraft“ wenden. Das sind doppelt so viele als noch zur T0-Befragung (5%; N=1.626).

Das Gesundheitskompetenzniveau der Eltern und der Lehrer*innen wurde in der T1-Befragung erneut mit mithilfe des HLS-EU-Q16, einer Kurzform des im Rahmen des European Health Literacy Surveys (HLS-EU) entwickelten Selbstbewertungsinstrumentes, erhoben (Jordan & Hoebel, 2015). 65 Prozent der Eltern und 58 Prozent der Lehrer*innen weisen ein ausreichendes Gesundheitskompetenzniveau auf (Abb. 94, umseitig). Damit liegen diese Anteile geringfügig höher als während der T0-Befragung.

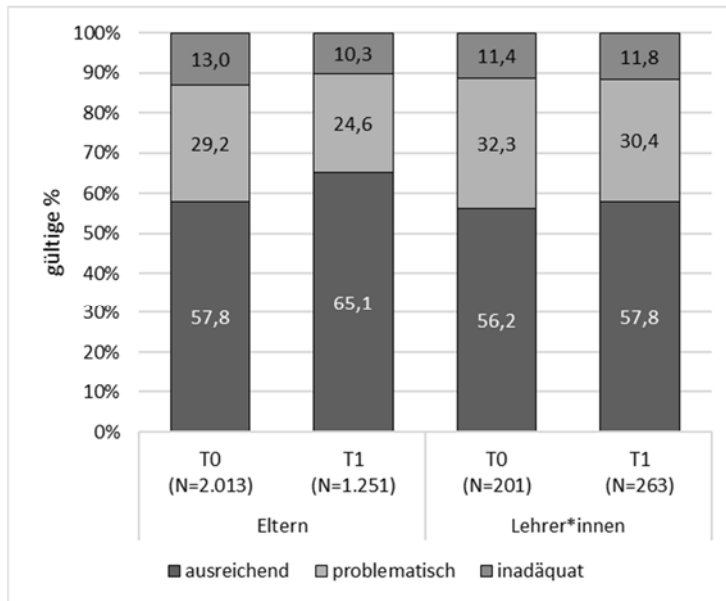


Abb. 94: Gesundheitskompetenzniveau der Eltern und Lehrer*innen in Hessen

Schüler*innen ab 11 Jahren füllten das von Paakkari et al. (2016) entwickelte 10-Item-Selbstbewertungsinstrument Health Literacy for School-aged Children (HLSAC) aus. Mit je zwei Items werden die Kernkomponenten des zugrundeliegenden Modells von Gesundheitskompetenz erfasst: theoretisches Wissen (theoretikal knowledge), praktisches Wissen (practical knowledge), kritisches Denken (critical thinking), Selbstwahrnehmung (self-awareness) und Bürgerschaft (citizenship). Es zeigt sich, dass der Anteil von Schüler*innen mit hohem Gesundheitskompetenzniveau seit der T0-Befragung leicht von 17 Prozent auf 21 Prozent gestiegen ist. Gleichzeitig ist auch der Anteil der Schüler*innen mit niedrigem Gesundheitskompetenzniveau geringfügig gesunken (Abb. 95).

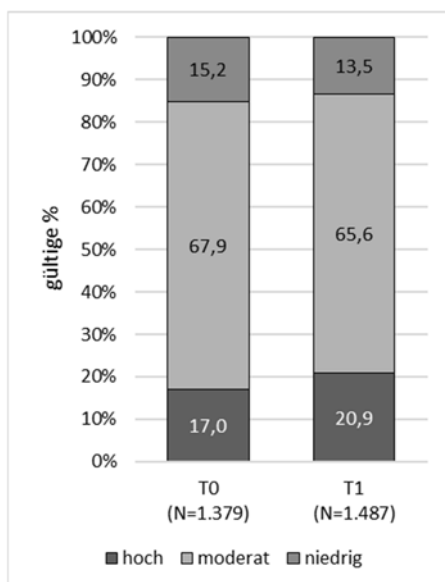


Abb. 95: Gesundheitskompetenzniveau der Schüler*innen in Hessen

5. Verbesserung der Lernvoraussetzungen

Die Lernvoraussetzungen der Schüler*innen werden durch erkrankungs- und unfallbedingte Fehlzeiten nachteilig beeinflusst. Von den schulischen Strukturen hängt maßgeblich ab, welche Möglichkeiten zur Verfügung stehen, um den Bildungserfolg der Kinder und Jugendlichen dennoch zu ermöglichen (Hascher & Winkler-Ebner 2010). Das Versorgungsangebot der Schulgesundheitspflege stellt eine neue Ressource an den Schulen dar, um den Fehlzeiten entgegen zu wirken. Im Folgenden wird ausgewertet, welchen Einfluss die Tätigkeiten der „Schulgesundheitsfachkräfte“ bisher auf die Ausbildungsfähigkeit der Kinder und Jugendlichen hatte. Als Indikatoren dienen zum einen die Folgen von Erkrankungen und Unfällen im schulischen Alltag, Arztbesuche oder das Verlassen des Unterrichts und zum anderen das Schulklima.

5.1 Brandenburg

Die Eltern der Schüler*innen unter 11 Jahren wurden um Auskunft gebeten, wie oft ihr Kind in den vergangenen drei Monaten trotz einer Erkrankung oder eines Unfalls entweder in der Schule bleiben konnte oder aufgrund der Erkrankung oder des Unfalles nach Hause geschickt wurde; von der Schule abgeholt werden; während der Schulzeit zum Arzt gehen oder in der Schulzeit in eine Notfallambulanz/in ein Krankenhaus musste. Hier zeigt sich, dass sich die Zahl der Schüler*innen, die trotz einer Erkrankung in der Schule bleiben konnten sich von 6 Prozent (N=895) auf 13 Prozent (N=590) verdoppelt hat. Auch der Anteil, der trotz eines Unfalls in der Schule bleiben konnte, ist von 7 Prozent auf 10 Prozent gestiegen. Der Anteil derer, die aus einem der beiden Gründe nach Hause geschickt wurden, von der Schule abgeholt werden oder während der Schulzeit in eine Notfallambulanz/ein Krankenhaus mussten, hat sich hingegen nicht verändert. Jedoch mussten deutlich mehr Kinder wegen einer Erkrankung (11% vs. 5% während der T0-Befragung) oder eines Unfalls (6% vs. 4% T0-Befragung) während der Schulzeit zum Arzt.

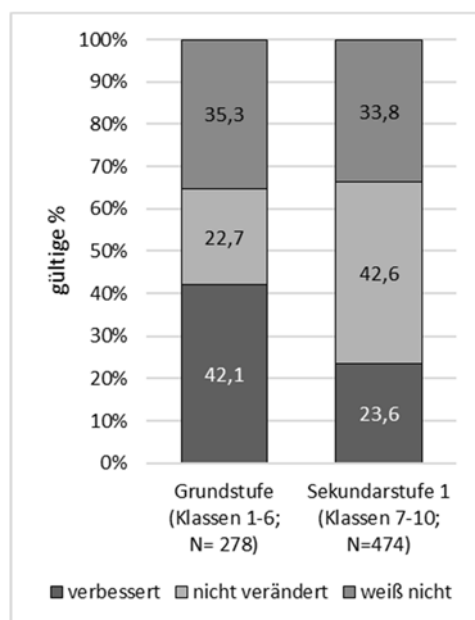


Abb. 96: Von Schüler*innen wahrgenommene Veränderung des Schulklimas seit Einsatzbeginn der „Schulgesundheitsfachkraft“

Die Schüler*innen wurden gefragt, wie sie das Schulklima finden, seit die „Schulgesundheitsfachkraft“ an ihrer Schule arbeitet. 42 Prozent der Grundschüler*innen und 24 Prozent der älteren Schüler*innen finden, dass sich das Schulklima verbessert hat (Abb. 96). Ein Drittel der Schüler*innen ist sich nicht sicher, alle übrigen äußern, dass sich das Klima nicht verändert hat. Auch die Schulleiter*innen wurden gefragt, ob sich das Schulklima seither verändert hat. 11

von 15 Schulleiter*innen sind der Auffassung, dass sich das Schulklima verbessert hat, 3 geben an es sei unverändert, eine Person ist sich unsicher. Niemand äußert, dass es sich verschlechtert hat (ohne Abb.).

5.2 Hessen

Die Eltern der Schüler*innen unter 11 Jahren wurden um Auskunft gebeten, wie oft ihr Kind in den vergangenen drei Monaten trotz einer Erkrankung oder eines Unfalls entweder in der Schule bleiben konnte oder aufgrund der Erkrankung oder des Unfalles nach Hause geschickt wurde; von der Schule abgeholt werden; während der Schulzeit zum Arzt gehen oder in der Schulzeit in eine Notfallambulanz/in ein Krankenhaus musste. Hier zeigt sich, dass sich die Zahl der Schüler*innen, die trotz einer Erkrankung oder eines Unfalls in der Schule bleiben konnten von jeweils 12 Prozent (N=404) auf 20 Prozent (N=159) fast verdoppelt hat. Der Anteil derer, die aus einem der beiden Gründe nach Hause geschickt wurden, von der Schule abgeholt werden oder während der Schulzeit in eine Notfallambulanz/ein Krankenhaus mussten, hat sich hingegen nicht verändert. Jedoch mussten deutlich mehr Kinder wegen eines Unfalls (4% vs. 10% während der T0-Befragung) während der Schulzeit zum Arzt.

Die Schüler*innen wurden gefragt, wie sie das Schulklima finden, seit die „Schulgesundheitsfachkraft“ an ihrer Schule arbeitet. 42 Prozent der Schüler*innen finden, dass sich das Schulklima verbessert hat (Abb. 97). Ein Viertel der Schüler*innen äußert, dass sich das Klima nicht verändert hat (25%), ein weiteres Drittel der Schüler*innen ist sich nicht sicher. Auch die Schulleiter*innen wurden gefragt, ob sich das Schulklima seither verändert hat. 8 von 9 Schulleiter*innen sind der Auffassung, dass sich das Schulklima verbessert hat, eine*r gibt an, dass es unverändert sei. Niemand äußert, dass es sich verschlechtert hat oder Unsicherheiten darüber bestehen (ohne Abb.).

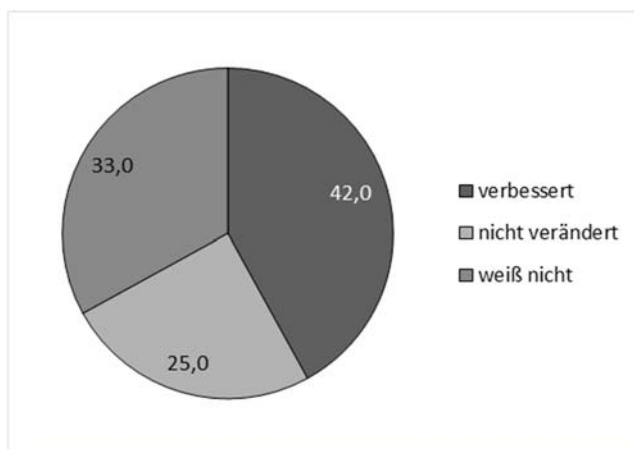


Abb. 97: Von Schüler*innen der Sekundarstufe 1 wahrgenommene Veränderung des Schulklimas seit Einsatzbeginn der „Schulgesundheitsfachkraft“ (N=1.561)

6. Entlastung der Eltern und der Lehrer*innen

Im Rahmen des Modellprojektes wurde die Entlastung der Eltern, insbesondere derer von Kindern mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen und der Lehrer*innen durch Wegfallen fachfremder gesundheitsbezogener Aufgaben anvisiert (AWO 2016). Ob und in welchem Umfang diese Ziele erreicht werden konnten wird im Folgenden dargestellt.

6.1 Brandenburg

Eltern

Die Eltern wurden gefragt, ob sie sich durch die Arbeit der „Schulgesundheitsfachkraft“ entlastet fühlen. Sie konnten sich hier für die Antwortoptionen „ja“, „eher ja“, „eher nein“, „nein“

und „nicht zutreffend“ entscheiden. Über die Hälfte der Eltern gibt an, dass sie sich durch die Arbeit der „Schulgesundheitsfachkraft“ entlastet fühlt (53%; N=971; ohne Abb.). Alleinerziehende Eltern fühlen sich genauso stark entlastet, wie Eltern, die ihr Kind gemeinsam großziehen (je 54%). Eltern von Kindern mit chronischer Erkrankung oder Behinderung (56%) berichten geringfügig häufiger ein Entlastungserleben als Eltern von Kindern ohne bekannte gesundheitliche Benachteiligung (53%; ohne Abb.). Jedoch geben Eltern, die bereits selbst in Kontakt zur „Schulgesundheitsfachkraft“ standen, deutlich häufiger an, entlastet zu sein (73%) als Eltern ohne Kontakt (45%). Auch Eltern, deren Kind Kontakt zur Pflegenden hatte (63%), fühlen sich häufiger entlastet als andere Eltern (45%; **Abb. 98**).

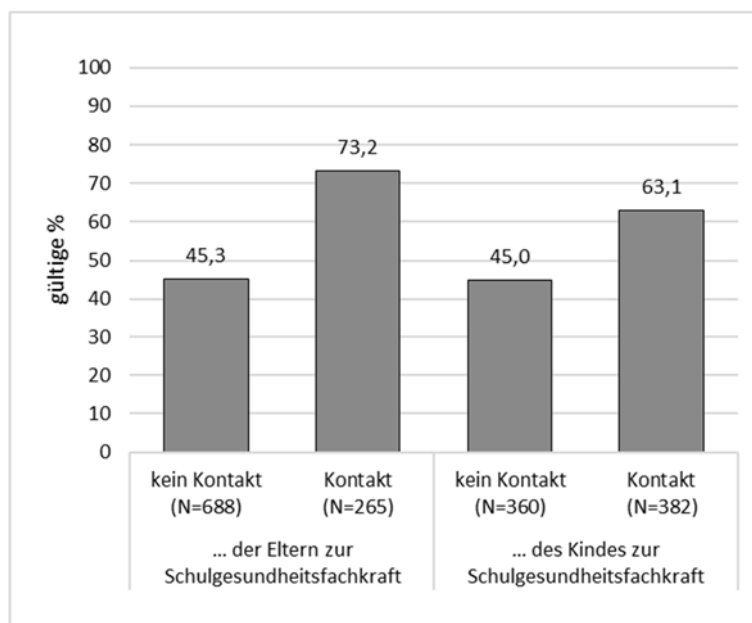


Abb. 98: Erlebte Entlastung der Eltern in Brandenburg (Antworten: „eher ja“ und „ja“)

Lehrer*innen

Auf die Frage, was sich ihrer Meinung nach verändert hat, seit die „Schulgesundheitsfachkraft“ an ihrer Schule arbeitet, antworten 36 Prozent der Lehrer*innen, dass sie sich deutlich entlastet fühlen, weitere 46 Prozent fühlen sich etwas entlastet. 18 Prozent nehmen keine Veränderung wahr (**Abb. 99**).

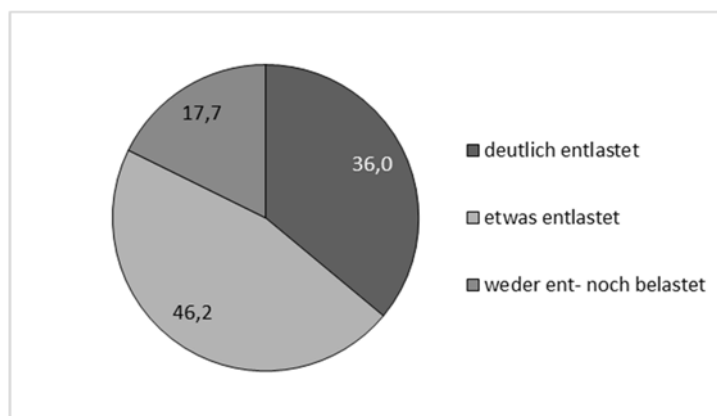


Abb. 99: Entlastungserleben des Lehrpersonals in Brandenburg (N=186)

Darüber hinaus geben 31 Prozent der Lehrer*innen an, dass ihr persönlicher, wöchentlicher Zeitaufwand für die Übernahme von fachfremden, gesundheitsbezogenen Tätigkeiten seit Beginn des Modellprojektes deutlich abgenommen hat (**Abb. 100**, umseitig). Weitere 47 Prozent

äußern, dass dieser zumindest etwas abgenommen hat, weitere 22 Prozent geben an, er habe sich nicht verändert. Auch die Schulleiter*innen wurden um ihre Einschätzung gebeten, ob das Lehrpersonal durch den Einsatz der „Schulgesundheitsfachkraft“ von fachfremden, gesundheitsbezogenen Aufgaben entlastet wurde. 6 von 15 stimmen dieser Aussage voll und ganz zu, weitere 7 stimmen eher zu. Nur 2 Schulleiter*innen stimmen eher nicht zu, niemand lehnt diese Aussage völlig ab (ohne Abb.).

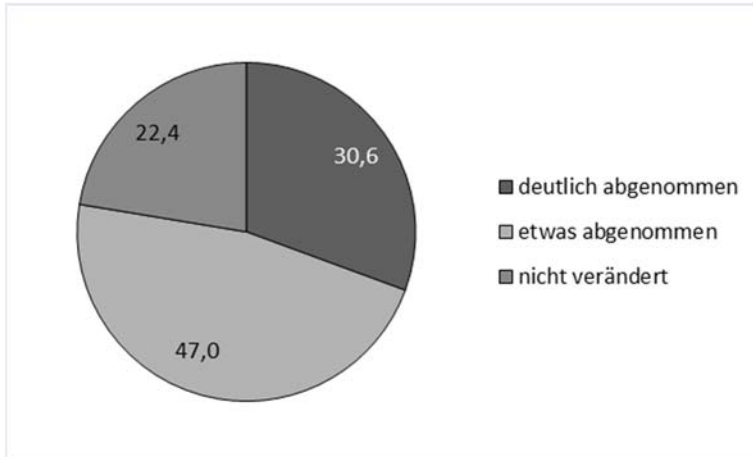


Abb. 100: Veränderung des persönlichen, wöchentlichen Zeitaufwandes für die Übernahme fachfremder, gesundheitsbezogener Maßnahmen der Lehrer*innen in Brandenburg (N=183)

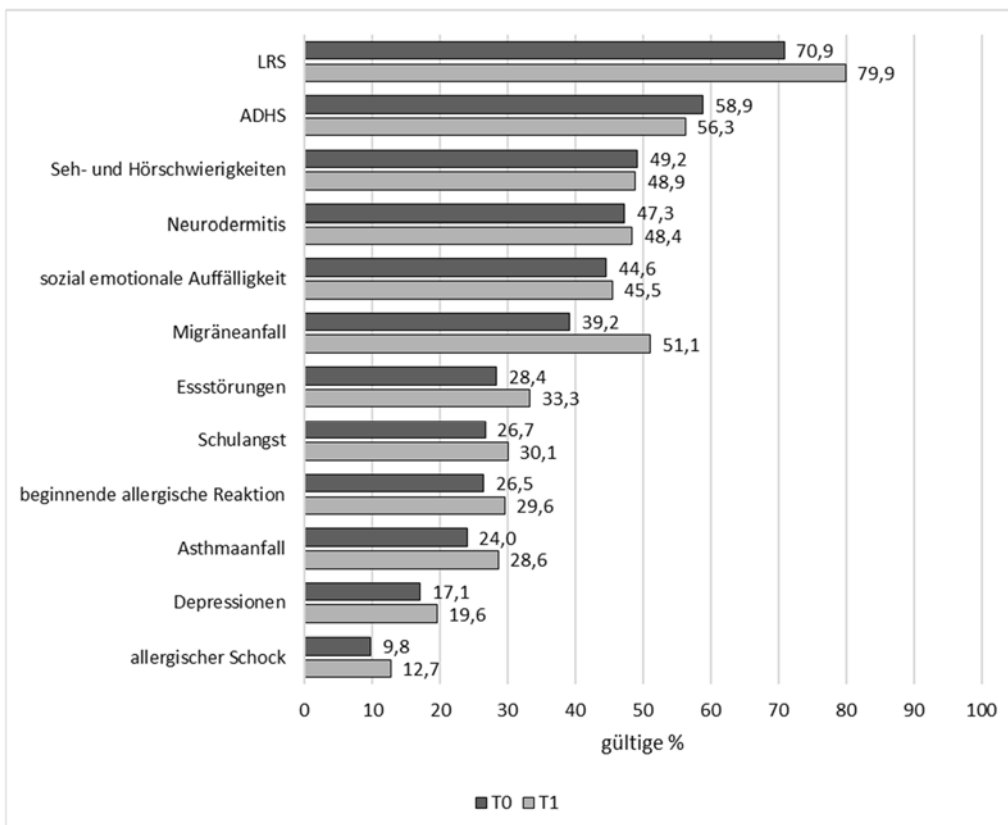


Abb. 101: Sicherheitsempfinden der Lehrer*innen im Umgang mit gesundheitlich beeinträchtigten Schüler*innen in Brandenburg (Antworten: „sehr sicher“ und „eher sicher“; Fallzahl durch fehlende Werte schwankend: N = 210-218; LRS = Lese- und Rechtschreibschwäche; ADHS = Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung)

Bereits während der T0-Befragung wurden die Lehrer*innen gebeten, anzugeben, wie sicher sie sich im Umgang mit Schüler*innen fühlen, die bestimmte gesundheitliche Benachteiligungen haben oder bei denen spezifische Notfallsituationen auftreten können (Abb. 101). Im Follow-up (T1) wurden ihnen die in der T0-Befragung am häufigsten genannten Problembereiche erneut zur Einschätzung ihres Sicherheitsempfindens präsentiert. Sie konnten in einem vierstufigen Antwortformat darüber entscheiden, ob sie sich im Umgang mit den Kindern und Jugendlichen „sehr sicher“, „eher sicher“, „eher unsicher“ oder „sehr unsicher“ fühlen. Die meisten Lehrer*innen fühlen sich nach wie vor im Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit Lern- und Rechtschreibschwäche (80%), Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (56%), Seh- und Hörschwierigkeiten (49%), Neurodermitis (48%) und sozial emotionalen Auffälligkeiten (46%) sicher. Auf 51 Prozent deutlich gestiegen ist der sichere Umgang mit Schülerinnen und Schülern mit Migräneanfällen (vs. 39% bei der T0-Befragung). Auch fühlen sich deutlich mehr Lehrer*innen sicher in Bezug auf Schüler*innen mit Lern- und Rechtschreibschwäche (80% vs. 71% bei der T0-Befragung). Kleinere aber weitere positive Veränderungen lassen sich auch in den Bereichen beobachten, die in der T0-Befragung häufiger als unsicher eingeschätzt wurden (Essstörungen, Schulangst, beginnende allergische Reaktion, Asthmaanfall, Depression, allergischer Schock).

6.2. Hessen

Eltern

Die Eltern wurden gefragt, ob sie sich durch die Arbeit der „Schulgesundheitsfachkraft“ entlastet fühlen. Sie konnten sich hier für die Antwortoptionen „ja“, „eher ja“, „eher nein“, „nein“ und „nicht zutreffend“ entscheiden. Über die Hälfte der Eltern gibt an, dass sie sich durch die Arbeit der „Schulgesundheitsfachkraft“ entlastet fühlt (67%; N=1.116; ohne Abb.). Alleinerziehende Eltern fühlen sich genauso stark entlastet (68%) wie Eltern, die ihr Kind gemeinsam großziehen (87%). Eltern von Kindern mit chronischer Erkrankung oder Behinderung (72%) berichten etwas häufiger ein Entlastungserleben als Eltern von Kindern ohne bekannte gesundheitliche Benachteiligung (66%; ohne Abb.). Jedoch geben Eltern, die bereits selbst in Kontakt zur „Schulgesundheitsfachkraft“ standen deutlich häufiger an, entlastet zu sein (83%) als Eltern ohne Kontakt (61%). Auch Eltern, deren Kind Kontakt zur Pflegenden hatte (75%) fühlen sich häufiger entlastet als andere Eltern (54%; Abb. 102).

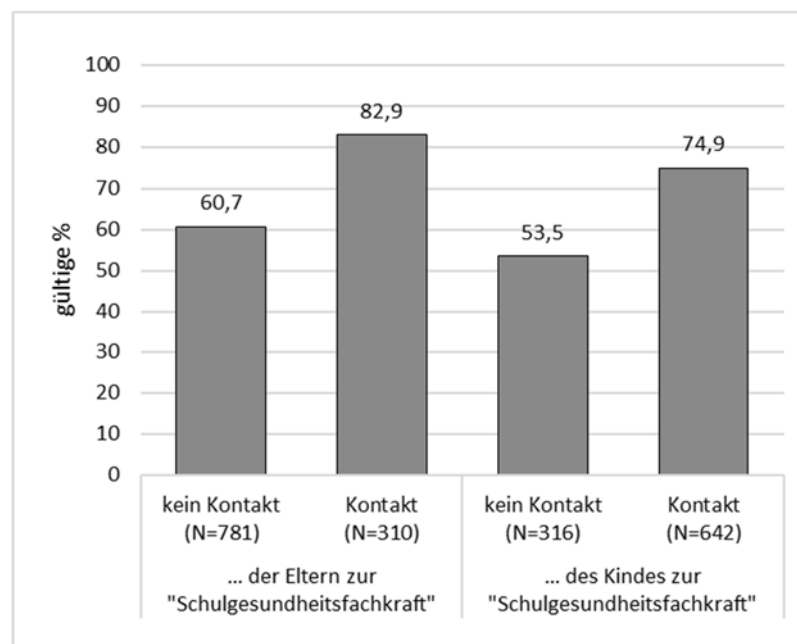


Abb. 102: Erlebte Entlastung der Eltern in Hessen

Lehrer*innen

Auf die Frage, was sich ihrer Meinung nach verändert hat, seit die „Schulgesundheitsfachkraft“ an ihrer Schule arbeitet, antworten zwei Drittel der Lehrer*innen, dass sie sich deutlich entlastet fühlen (68%), weitere 28 Prozent fühlen sich etwas entlastet. 4 Prozent nehmen keine Veränderung wahr (Abb. 103).

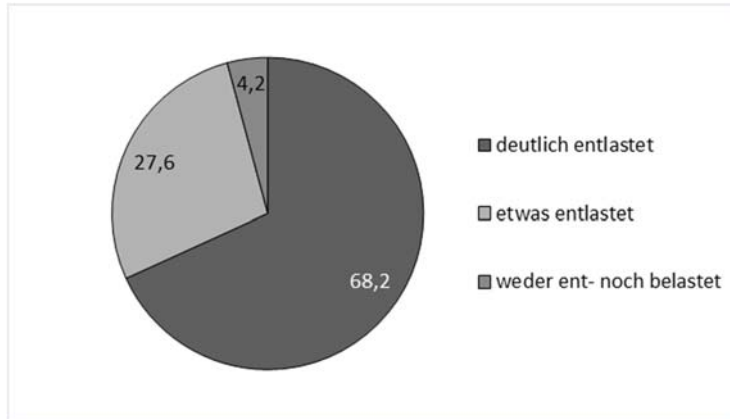


Abb. 103: Entlastungserleben der Lehrer*innen in Hessen (N=286)

Darüber hinaus geben 53 Prozent der Lehrer*innen an, dass ihr persönlicher, wöchentlicher Zeitaufwand für die Übernahme von fachfremden, gesundheitsbezogenen Tätigkeiten seit Beginn des Modellprojektes deutlich abgenommen hat (Abb. 104). Weitere 35 Prozent äußern, dass dieser zumindest etwas abgenommen hat, weitere 13 Prozent geben an, er habe sich nicht verändert. Auch die Schulleiter*innen wurden um ihre Einschätzung gebeten, ob das Lehrpersonal durch den Einsatz der „Schulgesundheitsfachkraft“ von fachfremden, gesundheitsbezogenen Aufgaben entlastet wurde. 7 von 9 stimmen dieser Aussage voll und ganz zu, weitere 2 stimmen eher zu. Niemand lehnt diese Aussage teilweise oder völlig ab (ohne Abb.).

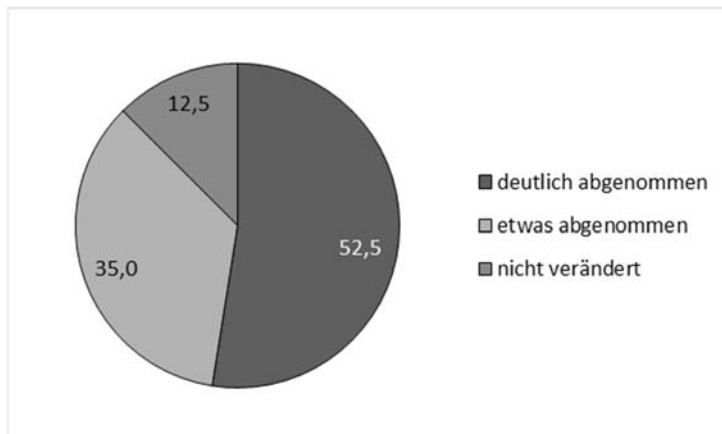


Abb. 104: Veränderung des persönlichen, wöchentlichen Zeitaufwandes für die Übernahme fachfremder, gesundheitsbezogener Maßnahmen der Lehrer*innen in Hessen (N=280)

Bereits während der T0-Befragung wurden die Lehrer*innen gebeten, anzugeben, wie sicher sie sich im Umgang mit Schüler*innen fühlen, die bestimmte gesundheitliche Benachteiligung haben oder bei denen spezifische Notfallsituationen auftreten können. Im Follow-up (T1) wurden ihnen die in der T0-Befragung am häufigsten genannten Problembereiche erneut zur Einschätzung ihres Sicherheitsempfindens präsentiert. Sie konnten in einem vierstufigen Antwortformat darüber entscheiden, ob sie sich im Umgang mit den Kindern und Jugendlichen „sehr sicher“, „eher sicher“, „eher unsicher“ oder „sehr unsicher“ fühlen. Die meisten Lehrer*innen fühlen sich im Umgang mit Schülerinnen und Schülern mit Lern- und Rechtschreibschwäche

(76%), Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (57%), Neurodermitis (49%), Seh- und Hörschwierigkeiten (49%), sozial emotionalen Auffälligkeiten (43%) und Migräneanfällen (42%) am Häufigsten sicher. Kleinere positive Veränderungen im Sicherheitsempfinden lassen sich auch in den Bereichen Lese- und Rechtschreibschwäche, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, sozial emotionale Auffälligkeiten, Schulangst, beginnende allergische Reaktionen und Essstörungen beobachten. Deutlich unsicherer fühlen sich die Lehrer*innen im Vergleich zur T0-Befragung im Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit Asthmaanfällen, Migräneanfällen, Neurodermitis, Seh- und Hörschwierigkeiten, Depressionen und allergischen Schocksituationen (Abb. 105).

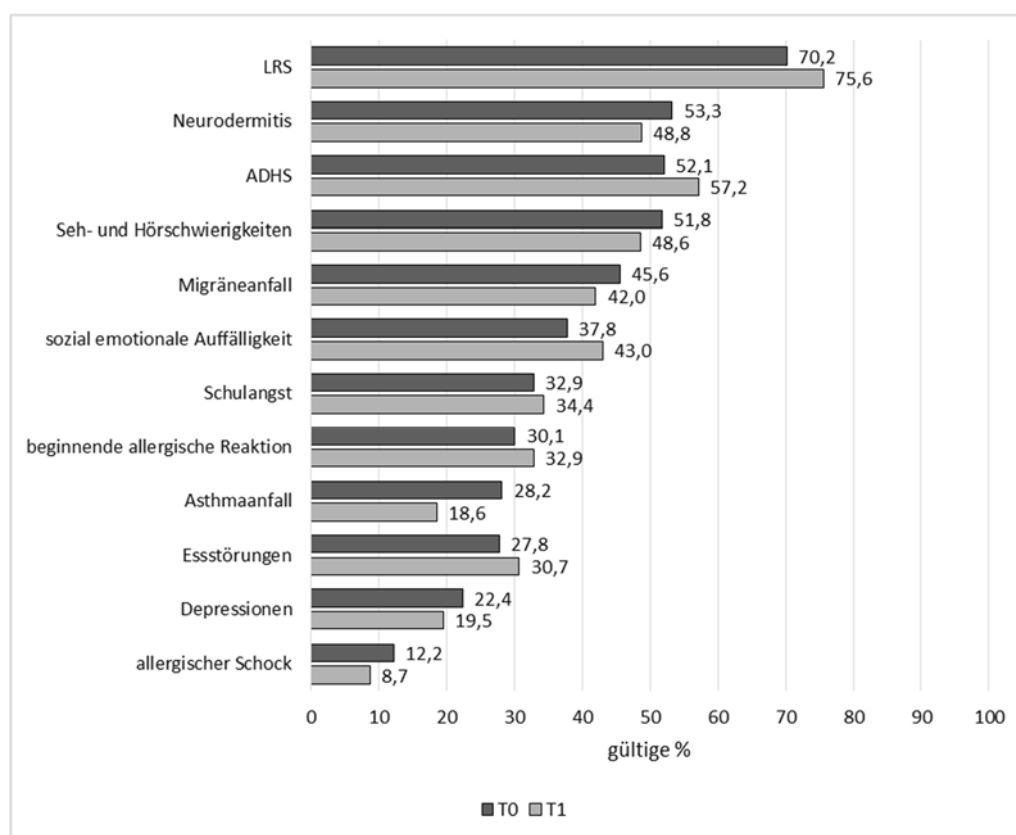


Abb. 105: Sicherheitsempfinden der Lehrer*innen im Umgang mit gesundheitlich beeinträchtigten Schüler*innen in Hessen (Antworten: „sehr sicher“ und „eher sicher“; N=261; LRS = Lese- und Rechtschreibschwäche; ADHS = Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung)

7. Einordnung und Kommentar

Bei der Interpretation der Ergebnisse zur Wirkung der Schulgesundheitspflege muss zunächst beachtet werden, dass Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen in der Stichprobe der Follow-up-Befragung (T1) mit 16 Prozent in Brandenburg und 12 Prozent in Hessen *unterrepräsentiert* sind. Den Ergebnissen der KiGGS-Studie zufolge liegt allein die Prävalenz chronischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen zwischen 7 und 17 Jahren je nach Altersgruppe zwischen 16 und 21 Prozent (Neuhauser, Poethko-Müller 2014). Allerdings konnten in der Follow-up-Befragung (T1) mehr Familien mit chronisch kranken Kindern erreicht werden als in der Baseline-Befragung (T0). Nach eigenen Angaben haben in Brandenburg 29 Prozent der Schüler*innen und 40 Prozent der Eltern sowie in Hessen 22 Prozent der Schüler*innen und 41 Prozent der Eltern bereits an der Baseline-Erhebung (T0) teilgenommen. In der Follow-up-Befragung (T1) handelt es sich also durchaus um andere Familien als in der T0-Befragung. 53 Prozent der Lehrer*innen in Brandenburg und 39 Prozent der Lehrer*innen in Hessen erinnern sich ebenfalls, an der T0-Befragung teilgenommen zu haben.

*Versorgungssituation gesundheitlich benachteiligter Schüler*innen*

Deutlich weniger Eltern gesundheitlich benachteiligter Schüler*innen geben im Vergleich zur T0 an, dass ihr Kind in der Schulzeit nicht ausreichend medizinisch-pflegerisch versorgt ist. Dennoch sind nach Ansicht der Eltern 31 Prozent Schüler*innen in Brandenburg und 22 Prozent Schüler*innen in Hessen nicht bedarfsgerecht versorgt. In Brandenburg liegt dieser Anteil vermutlich deshalb deutlich höher, da viele der Pflegenden aufgrund der hohen Anzahl zu betreuender Schulen nicht an jedem Tag in der Schule präsent sein konnten. Auch hier deuten die Ergebnisse darauf hin, dass der Sicherstellung der Präsenz der „Schulgesundheitsfachkräfte“ im Hinblick auf die Versorgungskontinuität mehr Beachtung geschenkt werden muss.

Der Großteil der Eltern hat den Pflegenden die Erkrankung bzw. Behinderung ihres Kindes noch nicht mitgeteilt. Da die Schwere der Erkrankung und/oder der Behinderung nicht erhoben wurde, lässt sich nicht sagen, ob grundsätzlich ein medizinisch-pflegerischer Bedarf für die Offenlegung besteht. Es wurden ebenfalls keine Gründe für die Nicht-Offenlegung erfragt. Es konnte auch beobachtet werden, dass die Klassenlehrer*innen und Mitschüler*innen häufiger, das gesamte Kollegium jedoch seltener als noch zur T0-Befragung in Kenntnis gesetzt wurden. Ohne tiefergehende Befragungen ist diese Entwicklung nicht zweifelsfrei zu erklären. Deutlich mehr Lehrer*innen fühlen sich im Vergleich zur Baseline-Erhebung (T0) allerdings nicht ausreichend über alle relevanten Aspekte bei Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen informiert. Dem subjektiven Empfinden der Lehrenden zufolge besteht demnach weiterhin Informationsbedarf zum sicheren Umgang mit gesundheitlich benachteiligten Schüler*innen und den Auswirkungen und Anforderungen der Erkrankung oder Behinderung, die die „Schulgesundheitsfachkräfte“ mit ihrer fachlichen Expertise abbauen können. Eltern können von ihr zu einem offenen Umgang mit der Erkrankung ihres Kindes ermutigt und Kontakte zwischen den Lehrer*innen und dem Elternhaus in ihrer Vermittlungsfunktion gestärkt werden, auch um Unsicherheiten zu reduzieren.

Vieles deutet darauf hin, dass das Versorgungsangebot der Pflegenden innerhalb der Schule bereits bekannter ist als noch zu Projektbeginn und sie auf Grund ihrer (klinischen) Pflegeexpertise mehr und mehr als Ansprechpartnerin für Gesundheitsthemen angesehen wird. So tritt inzwischen die Mehrheit der Lehrer*innen an sie heran, wenn Unterstützungsbedarf bezüglich der chronischen Erkrankung, Behinderung oder dem sonderpädagogischen Förderbedarf einer Schülerin oder eines Schülers besteht. Auch der Anteil der Schüler*innen, die sich bei Unwohlsein an sie wenden, hat sich seit Projektbeginn verdoppelt. Jedoch nehmen nur wenige Eltern die „Schulgesundheitsfachkraft“ als schulische Ansprechpartnerin für die Erkrankung oder Behinderung ihres Kindes wahr. Eltern, die die Pflegende selbst über die Erkrankung oder Behinderung ihres Kindes informiert haben, sind häufiger als andere Eltern überzeugt, dass diese auch gut über ihr Kind informiert ist. Wie auch schon aus den qualitativen Interviews deutlich wurde, wirkt sich das Vertrauen in die Expertise der Pflegenden sicherheitsstiftend auf die Eltern aus. Um dieses Vertrauen zu stärken, ist es weiterhin notwendig, dass die Pflegenden ihre Öffentlichkeitsarbeit forcieren und den direkten Kontakt zu den Eltern suchen, um über ihr Angebotsspektrum, Möglichkeiten und Grenzen ihrer Tätigkeit zu informieren.

*Schulischer Alltag gesundheitlich benachteiligter Schüler*innen*

Weniger eindeutig präsentieren sich die Ergebnisse zum Schulalltag der gesundheitlich benachteiligten Schüler*innen. Die meisten Kinder und Jugendlichen nehmen immer an den gemeinsamen Ausflügen und Klassenfahrten, Projekttagen sowie am Sportunterricht teil. Wie aus den Interviews mit den Lehrer*innen deutlich wurde, wird dies durch den punktuellen Einsatz der Pflegenden in Form von Begleitung bei Ausflügen und Klassenfahrten unterstützt. In Brandenburg hat sich allerdings die Teilhabemöglichkeit in Bezug auf den Sportunterricht verschlechtert. Sport wirkt sich jedoch auch bei chronischer Erkrankung oder Behinderung positiv auf die Belastungsfähigkeit der Kinder und Jugendlichen aus und erleichtert integrative und inklusive Prozesse (Durlach et al. 2006). Sportlehrer*innen benötigen daher hinreichende Kenntnisse, um gesundheitlich benachteiligte Kinder und Jugendliche in den Sportunterricht angemessen

zu integrieren und sie dabei weder zu über- noch zu unterfordern. Die „Schulgesundheitsfachkräfte“ können den hierfür nötigen Informationsaustausch zwischen Eltern, Sportlehrer*innen und den behandelnden Ärzt*innen unterstützen und ihre fachliche Expertise sowie ihre Erfahrungen mit den betreffenden Kindern und Jugendlichen in diesen Austausch einbringen.

Mehr als Dreiviertel der Schüler*innen äußern darüber hinaus, dass sie das Maß an Rücksichtnahme als genau richtig wahrnehmen. Es sollte jedoch weiter untersucht werden, welche Rolle Diskriminierungen gesundheitlich benachteiligter Schüler*innen im Schulalltag spielen und wie diese abgebaut werden können. Etwa jede*r Zehnte berichtet von solchen Erlebnissen. Insgesamt konnte jedoch der Anteil der Schüler*innen deutlich reduziert werden, der sich wegen seiner Erkrankung oder Behinderung durch seine Mitschüler*innen gehänselt fühlt.

*Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen der Schüler*innen*

Innerhalb des Interventionszeitraumes konnten keine nennenswerten Veränderungen bezüglich des Gesundheits- und Risikoverhaltens der Schüler*innen beobachtet werden. Es bestehen weiterhin zielgruppenspezifische Präventions- und Gesundheitsförderungsbedarfe im Bereich Mundgesundheit, Ernährung, körperliche Aktivität, Rauch- und Alkoholkonsum sowie Gewalt. Dies ist einerseits sowohl auf die Kürze der Interventionsdauer zwischen beiden Befragungszeitpunkten als auch auf die bisher deutliche Gewichtung auf Leistungen der Akutversorgung zurückzuführen. In Anbetracht der vielschichtigen Bedarfslage, die die Pflegenden an den Schulen vorgefunden haben, mag letzteres ein Ergebnis der notwendig gewordenen Priorisierung sein. Gleichzeitig wird ihnen jedoch ein breites Aufgabenspektrum abverlangt. An dieser Stelle verdient die Konzept- und Interventionsentwicklung deutlich mehr Aufmerksamkeit, um die Pflegenden darin zu unterstützen ihre sowohl sehr unterschiedlichen als auch anspruchsvollen Aufgaben wahrzunehmen. Hierbei sollte nicht nur geklärt werden, ob akuten Versorgungs- oder langfristigen Gesundheitsförderungs- und Präventionsbedarfen primär begegnet wird, sondern auch, welche konkreten Maßnahmen messbare Effekte erwarten lassen. Die Wirksamkeitsevaluation konkreter populationsbezogener Maßnahmen könnte künftig von den Pflegenden selbst angewendet werden, um herauszufinden welche ihrer Aktivitäten den größten Einfluss auf die Schülerschaft haben (NASN 2016). Fernab „harter Kriterien“ (wie Gesundheitsparameter, Prävalenzen gesundheitsschädigender Verhaltensweisen), bieten sich in sozialen Kontexten – wie der Schule – auch „weiche Kriterien“ zur Wirksamkeitsüberprüfung an, die von den Pflegenden aufgrund ihrer Nähe zur Schule und der niedrigen datenschutzrechtlichen Barrieren bevorzugt angewendet werden können (Kowall 2010). Hierzu zählen zum Beispiel die Zufriedenheit der Zielgruppen, Teilnahmequoten, Dauer und Regelmäßigkeit der Maßnahme, Wissenszuwachs durch Wissensquizze, etc.

Im Ländervergleich wird deutlich, dass sich die Schüler*innen in Hessen risikoärmer als in Brandenburg verhalten und sie seltener von gewaltsamen Auseinandersetzungen an ihrer Schule berichten. Hierbei muss beachtet werden, dass Kinder und Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus in Brandenburg deutlich überrepräsentiert sind. Der Anteil derer mit hohem Sozialstatus ist dabei nur halb so groß wie in Hessen. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen hängen eng mit dem sozialen Status der Familie zusammen (Lampert 2016), wie auch die Daten der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS), der Studie Health Behavior in School-aged Children (HBSC) oder der Schuleingangsuntersuchungen belegen. Sie bestätigen, dass Kinder und Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus ein nachteiliges Bewegungs- und Ernährungsverhalten sowie eine schlechtere Zahngesundheit aufweisen (RKI 2010). Im Kindesalter nimmt die Kontrolle durch die Eltern zunächst am stärksten Einfluss auf das gesundheitsrelevante Verhalten. Im späteren Jugendalter werden Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen stärker durch Vorbilder in der sozialen Umgebung, wie Peers und Medien, geprägt und überwiegend in der Freizeit und außerhalb der elterlichen und schulischen Kontrolle ausgeübt (Richter 2005). Daher sollte die Schulgesundheitspflege bereits im Grundschulalter alle Möglichkeiten nutzen, um einen wertvollen Beitrag zur Reduktion sozial

bedingter gesundheitlicher Ungleichheit zu leisten. Die Bandbreite der von den „Schulgesundheitsfachkräften“ bereits umgesetzten Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention lässt erkennen, dass bereits wichtige Schritte in diese Richtung unternommen wurden. Da die Pflegenden bisher jedoch überwiegend situativ und auf individuelle Probleme reagieren, sollte künftig stärker an den Voraussetzungen gearbeitet werden, die den „Schulgesundheitsfachkräften“ ein zielgerichtetes, planvolles Vorgehen und die Priorisierung ihrer Aktivitäten ermöglichen. Hierzu gehört unter anderem, dass die Pflegenden hinreichende Kenntnisse zu Schwerpunkten der Kinder- und Jugendgesundheit haben sowie Möglichkeiten kennen und nutzen, diese zu überprüfen. Nach internationalen Vorbildern sollten sie in der Lage sein, gesundheitsbezogene Daten von Schüler*innen zu sammeln, auszuwerten und zu deuten sowie über die hierfür nötige Infrastruktur verfügen, um auf der Grundlage der identifizierten Bedarfe an ihrer Schule geeignete Maßnahmen planen und umsetzen zu können (NASN 2016). Ein an Regelkreisläufen orientiertes Handeln, Standardisierung von Interventionen und Dokumentation fördern die Qualität ihrer Angebote.

Gesundheitsedukative Wirkung

Deutlich weniger Schüler*innen, Eltern und Lehrer*innen äußern im Vergleich zur T0-Befragung, dass es keine schulischen Veranstaltungen zu Gesundheitsthemen gäbe. Einerseits könnte dies dafürsprechen, dass es an den Schulen deutlich mehr solcher Angebote gibt, andererseits könnte auch die Sensibilität gegenüber solchen Angeboten durch den Einsatz der Pflegenden gestiegen sein. Weitestgehend unverändert niedrig bleibt jedoch der Anteil derjenigen, die angeben, auch an solchen Veranstaltungen teilgenommen zu haben. Dies deutet darauf hin, dass neue Angebote nach wie vor von denselben Personen in Anspruch genommen werden (Präventionsparadox). Die Gründe für die Nichtteilnahme wurden nicht erhoben. Dennoch stellt sich die Frage, wie Angebote künftig konzeptioniert sein müssen, um die Teilnahmebereitschaft aller zu erhöhen und um besonders vulnerable Zielgruppen zu erreichen. In Hessen ist sowohl der Anteil der Schüler*innen als auch der Lehrer*innen, die an gesundheitsbezogenen Veranstaltungen teilgenommen haben, deutlich geringer als in Brandenburg. Dieses Ergebnis wird durch die Auswertung der Leistungsdokumentation gestützt, wonach die Pflegenden in Hessen seltener solche Projekte durchgeführt haben. Hingegen liegt der Anteil an einzelfallbezogenen Akuteleistungen in Hessen um einiges höher als in Brandenburg. Der verhältnismäßig hohe Anteil an Schüler*innen in Hessen begünstigte, dass die „Schulgesundheitsfachkräfte“ überwiegend situativ und auf akute gesundheitliche Probleme reagieren konnten. Der geringere Betreuungsschlüssel in Brandenburg machte eine stärkere Gewichtung auf populationsbezogene Maßnahmen nicht nur möglich, sondern angesichts ihrer geringen Präsenz an den Schulen auch dringend nötig.

Obwohl unter den Schüler*innen und ihren Eltern der Anteil derjenigen geringfügig gestiegen ist, die ein ausreichendes oder hohes Gesundheitskompetenzniveau aufweisen, ist es noch verfrüht, diese Entwicklungstendenz auf den Einsatz der „Schulgesundheitsfachkräfte“ zurückzuführen. Durch weitere Beobachtungen sollten diese Befunde verifiziert werden. Eine deutliche Verbesserung der Gesundheitskompetenz ist zumindest in Zukunft denkbar. Denn insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass die Pflegenden ein neuer Teil der sozialen Umwelt der Schüler*innen sind und sie sich sukzessive zu einer weiteren Sozialisationsinstanz im schulischen Alltag profilieren. Die Ergebnisse der Interviews mit den Kindern und Jugendlichen, den Eltern und den Lehrenden unterstreichen ihre Rolle bei der Stärkung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen und der Entwicklung des Gesundheitsbewusstseins der Schüler*innen durch die Bereitstellung gesundheitsrelevanter und anschlussfähiger Informationen (siehe Kapitel V). Das Thema Gesundheit wird durch ihre Anwesenheit zunehmend integraler Bestandteil des Gesamtkonzeptes der Schule und wird durch den persönlichen Kontakt mit ihr in alle Gruppen zu den Kindern und Jugendlichen, den Eltern und Lehrenden getragen. Ihr Versorgungsangebot

richtet sich an alle Schüler*innen, unabhängig ihrer sozialen Herkunft, ihrer Bildung, ihres Alters oder ihrer Sprache und bildet daher eine ideale Voraussetzung zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Schüler*innen und zum Abbau gesundheitlicher Chancengleichheit.

Verbesserung der Lernvoraussetzungen

Es konnte nicht überprüft werden, ob sich die durchschnittlichen Fehlzeiten der Schüler*innen im Vergleich zur T0-Befragung verändert haben, da darüber von den Schulleiterinnen und Schulleitern sowohl in Brandenburg als auch in Hessen keine Angaben gemacht wurden. Auch bundesweit ist die Datenlage zu den Unterrichtsversäumnissen der Schüler*innen intransparent, da sie zwar schulweise erfasst werden, aber vermutlich aus Datenschutzgründen keine Verpflichtung zur systematischen Bündelung besteht (Sälzer 2010). Stichhaltige Ergebnisse zur Entwicklung der Fehlzeiten können den Daten der Leistungsdokumentation der „Schulgesundheitsfachkräfte“ entnommen werden.

Deutlich wurde jedoch, dass den Schüler*innen unter 11 Jahren nach Angabe ihrer Eltern häufiger möglich war, trotz einer Erkrankung oder eines Unfalls in der Schule zu bleiben. Durch die Sicherstellung der schulischen Anwesenheit der Kinder und Jugendlichen wirken die Pflegenden an der Schaffung wichtiger Lernvoraussetzungen der Schüler*innen mit. Für viele Schüler*innen trug die „Schulgesundheitsfachkraft“ bisher außerdem zu einem besseren Schulklima bei. Die durchweg positiven Stimmen aus den qualitativen Interviews bezüglich des besseren Schulklimas mögen widersprüchlich gegenüber der dennoch hohen Zahl von Schüler*innen sein, für die sich das Schulklima nicht verändert hat oder die sich unsicher sind. Jedoch hatten fast alle Schüler*innen aus den Interviews bereits Kontakt zu den Pflegenden und sind sich der Veränderungen an ihrer Schule auf Grund ihrer eigenen Erfahrungen und der ihrer Mitschüler*innen mehr bewusst, als andere Schüler*innen.

*Entlastung der Eltern und der Lehrer*innen*

Ein Großteil der Eltern fühlt sich durch die Arbeit der Pflegenden entlastet, besonders Eltern, die selbst oder deren Kind bereits Kontakt zur Pflegenden hatten. Auch die Mehrheit der Lehrenden fühlt sich entlastet und berichtet, dass ihr wöchentlicher Zeitaufwand für die Übernahme fachfremder gesundheitsbezogener Maßnahmen gesunken ist (siehe hierzu die Ergebnisse aus den Gruppendiskussionen, Kapitel V). In Brandenburg fällt auf, dass sich die Lehrer*innen im Umgang mit Schüler*innen mit Lese- und Rechtschreibschwäche und Migräneanfällen deutlich sicherer fühlen als noch zu Projektbeginn. Kleinere aber weitere positive Veränderungen lassen sich auch in den Bereichen beobachten, die in der T0-Befragung häufiger als unsicher eingeschätzt wurden, wie Essstörungen, Schulangst, beginnende allergische Reaktion, Asthmaanfall, Depression, allergischer Schock. Dies könnte einerseits darauf hindeuten, dass sie sich durch die Entlastung stärker auf die Arbeit mit Schüler*innen mit erhöhtem Förderbedarf konzentrieren können, aber auch spezifische störungsbildbezogene Informationsvermittlungen durch die Pflegenden stattgefunden haben. In Hessen lassen sich allein im Bereich der Förderbedarfe ähnliche Entwicklungen beobachten.

Im Vergleich zwischen den Befragten in Brandenburg und Hessen zeigt sich, dass die hessischen Eltern und vor allem Lehrer*innen noch häufiger davon berichten, dass sie sich entlastet fühlen. Auch dies kann ein Hinweis auf die geringe Präsenz der Pflegenden in Brandenburg sein. An den Schulen, an denen sie nicht an jedem Tag präsent sein kann, muss in ihrer Abwesenheit auf alte Versorgungsstrukturen zurückgegriffen werden. Das Lehrpersonal und die Sekretariate waren hier vor allem betroffen. Dauerhafte Präsenz an den Schulen, Festlegung verbindlicher Kontaktzeiten und Vertretungsregelungen sollten als Möglichkeiten zur Sicherung kontinuierlicher Angebote erwogen und gegebenenfalls umgesetzt werden.

VIII Bündelung der Ergebnisse und Empfehlungen

Schulgesundheitspflege (School Health Nursing) steht für Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung im Setting Schule. Sie setzt da an, wo Kinder und Jugendliche viel Zeit verbringen, lernen, spielen, arbeiten und lieben, also genau dort, wo Gesundheit entsteht und erhalten werden muss (WHO Ottawa Charta 1986). Die jüngsten Ergebnisse der KIGGS Welle 2, vom März diesen Jahres, bestätigten erneut einen guten subjektiven Gesundheitszustand bei der Mehrheit der befragten Kinder und Jugendlichen (95,7%), aber auch einen konstant hohen Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Übergewicht (15,4%) und Adipositas (5,9%), einen zu geringen Anteil an Mädchen (22,4%) und Jungen (29,4%), die ausreichend körperlich aktiv sind, einen hohen Anteil an Mädchen (13,7%) und Jungen (17,6%), die täglich zuckerhaltige Getränke konsumieren (Poethko-Müller 2018, Schienkiewitz 2018, Finger 2018, Mensink 2018). Diese und weitere epidemiologische Befunde zum Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen geben Anlass, die Bemühungen um Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten zu intensivieren – darunter auch in den Schulen.

Schulgesundheitspflege steht aber auch für eine fachgerechte Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen. Der niederschwellige Zugang zu medizinisch-pflegerischen und psychosozialen Leistungen außerhalb des Gesundheitssystems bietet Begleitung und Beratung bei anfallenden Anpassungs- und Bewältigungsanforderungen von Familien mit chronisch kranken oder behinderten Kindern und Jugendlichen. Diese erfahren eine zielgerichtete alltagsnahe Unterstützung und damit letztlich auch mehr Chancen auf Bildungsbeteiligung. Als eine innerhalb von Bildungseinrichtungen angesiedelte Instanz kann die Schulgesundheitspflege *von innen* heraus mittels gesundheitsbezogener und klinischer Pflegeexpertise sowie kommunikativen und edukativen Fähigkeiten unmittelbar auf die Gesundheitskompetenz der Schüler*innen, aber auch der Lehrer*innen reagieren und diese möglicherweise positiv beeinflussen, so wie es aktuellen gesundheitspolitischen Forderungen entspricht (Schaeffer et al. 2018). Schließlich kann die Schulgesundheitspflege dazu beitragen, das Setting Schule mit der diese Institution umgebenden Umwelt zu verknüpfen und möglichst stabile Brücken in das Quartier, relevante soziale Gemeinschaften aber auch die Institutionen des Gesundheits- und Sozialsystems aufzubauen. In internationalen Konzepten zur School Health Nurse oder Public Health Nurse ist die gemeindenahe Vernetzung eine zentrale und relevante Aufgabe (Birch 2015, NASN 2015, WHO 2014).

In vielen Ländern mit deutlichem Erfahrungsvorsprung in der Pflege ist das Angebot von schuleigenen Pflegenden in öffentlichen Schulen bereits seit Langem etabliert. Es wirkt dort nachweislich auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Schüler*innen und ist als ein wichtiges Element zum Ausbau einer gesunden Schule anerkannt (NASN 2015, Piana Ito & Wall 2016). Die Effekte von Pflegeinterventionen innerhalb der Schulen sind vielfältig, darunter positive Einflüsse sowohl auf gesundheitliche Outcomes als auch auf Bildungsergebnisse (wie Schulverbleib/ Beteiligung am Unterricht, Lerneinsatz, Bildungserfolge). Schüler*innen mit chronischen Gesundheitsproblemen hatten dank der bedürfnisgerechten Versorgung durch die Schulgesundheitspflege geringere Langzeitprobleme (Best 2017). Nicht zuletzt konnte eine Kosten-Nutzen-Analyse aus den USA dort auch einen ökonomischen Benefit von School Health Nurse Programmen nachweisen (Wang 2014).

In Deutschland besteht ein drängender Nachholbedarf bei dieser Form der öffentlichen Gesundheitsversorgung. Gerade im Setting Schule – also der alltäglichen Lebenswelt einer wichtigen und gleichzeitig vulnerablen Bevölkerungsgruppe – beschränken sich die Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) zumeist auf Maßnahmen nach dem Infektionsschutzgesetz sowie schul-(zahn-)ärztliche Reihenuntersuchungen, meist nur zu Schulbeginn oder vor dem Schulaustritt (vgl. Schulgesetz von Brandenburg §45 BbgSchulG und Hessen §149 HSchG). Zentrale gesundheitspolitische Forderungen, wie etwa nach dem Gesundheitsziel „gesund aufwachsen“, mit den Schwerpunktbereichen Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung (BMG

2010) oder den Zielen des Nationalen Aktionsplans, die Gesundheitskompetenz in Deutschland zu stärken (Schaeffer 2018) werden kaum aufgegriffen oder in der gebotenen Form systematisch, regelmäßig und flächendeckend umgesetzt.

1. Das Modellprojekt

Die beschriebenen Versorgungsdefizite an der Schnittstelle zwischen Bildungs- und Gesundheitssystem und die Bedarfe und Rechte gesunder, gefährdeter sowie kranker Kinder und Jugendlicher waren Anlass für ein länderübergreifendes Modellprojekt in Brandenburg und Hessen. Aufbauend auf einer Machbarkeitsstudie (AWO 2015a) und nach der Entwicklung eines Weiterbildungscurriculums für „Schulgesundheitsfachkräfte“ (AWO 2016) wurde in einem Zeitraum von zwei Jahren der Einsatz von jeweils 10 „Schulgesundheitsfachkräften“ pro Bundesland an 20 (in Brandenburg) und 10 (in Hessen) Grund- und weiterführenden Schulen erprobt sowie einer mehrphasigen wissenschaftlichen Begleitforschung und Evaluation durch das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin unterzogen. Im Rahmen der Evaluation wurde zunächst eine umfangreiche Ausgangsanalyse durchgeführt. Dafür wurden Dokumente, Protokolle, Memos etc. gesichtet und ausgewertet. Zudem wurden in einer Baseline-Erhebung (T0) standardisierte schriftliche Befragungen von Schüler*innen, Eltern, Lehrer*innen und Schulleiter*innen sowie qualitative Einzelinterviews mit Schüler*innen, Gruppendiskussionen mit Eltern und Lehrer*innen sowie partizipativ angelegte Workshops mit den „Schulgesundheitsfachkräften“ realisiert. Die Datenauswertung erfolgte inhaltsanalytisch (Dokumente, qualitative Daten) und deskriptiv statistisch (quantitative Daten). Nach 12 Monaten in Brandenburg und 9 Monaten in Hessen wurde eine Follow-up-Befragung (T1) durchgeführt. Die Leistungsdokumentation der Schulgesundheitsfachkräfte wurde nach einem Zeitraum von 11 Monaten in Brandenburg und 10 Monaten in Hessen ausgewertet. Anhand dieser Daten sollten erste Wirkungen der Schulgesundheitspflege im Modellzeitraum abgeschätzt und das neue pflegerische Berufsbild beschrieben und bewertet werden. Übergeordnetes Ziel der wissenschaftlichen Begleitforschung waren eine Beschreibung der Gelingensfaktoren und der Herausforderungen dieses Projekts sowie die Formulierung von Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Berufsbildes und zur Fortführung der Implementation.

2. Die Ausgangssituation

Seit Beginn der wissenschaftlichen Begleitforschung, und retrospektiv betrachtet auch schon davor, war das Modellprojekt durch sehr komplexe Netzwerkstrukturen mit hohem Abstimmungs- und Konsentierungsbedarf unter vielfältigen Akteur*innen geprägt. Zu nennen wären, neben den Projektträgern, die zuständigen Sozialministerien¹⁴ für die Bereiche Gesundheit und Bildung auf Landesebene, die Kranken- und Unfallkassen, die das Projekt finanzieren, die Ausbildungsträger für die Umsetzung der Qualifikation, Vertretungen von Landkreisen, Schulämtern und weitere Interessenvertretungen von assoziierten Berufsgruppen. Aus dieser breiten Zusammensetzung von Institutionen und Personen resultieren zum einen heterogene Interessen und Erwartungen an das Projekt, zum anderen aber auch eine umfassende Expertise und bereichernde Perspektivenvielfalt. Zudem galt es, diverse länderspezifische rechtliche Grundlagen zu beachten, an deren praktikabler Umsetzung immer noch gearbeitet werden muss.

Die föderalistischen Organisationsbedingungen führten von Beginn an zu unterschiedlichen Ausprägungen des Modellprojekts. Angestellt wurden die „Schulgesundheitsfachkräfte“ beispielsweise bei unterschiedlichen Trägern (Brandenburg: Wohlfahrtsverband AWO Bezirksverband Potsdam e.V.; Hessen: staatliche Schulämter), woraus verschiedene Dienst- und Fachaufsichten resultierten (Brandenburg: Dienst und Fachaufsicht durch den AWO Bezirksverband

¹⁴ Brandenburg: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MASGF) und Ministerium für Bildung, Jugend und Sport (MBJS).

Hessen: Hessisches Ministerium für Soziales und Integration und das Hessische Kultusministerium

Potsdam e.V.; Hessen: Dienstaufsicht durch Schulträger und fachliche Beratung durch Gesundheitsdienste). Zu berücksichtigen sind zudem unterschiedliche Schultypen und ein heterogener Betreuungsschlüssel (Anzahl der Schulen pro „Schulgesundheitsfachkraft“ und die Anzahl betreuter Schüler*innen pro „Schulgesundheitsfachkraft“). Daraus ergeben sich erkennbare Varianzen in den gesundheitlichen, altersabhängigen Problemlagen der Schüler*innen und der Präsenz und Sichtbarkeit der Pflegenden in den Schulen.

Die Ausgangsanalyse, die sich vorrangig auf die standardisierte schriftliche Befragung von Kindern und Jugendlichen, Eltern, Lehrenden und Schulleitungen stützte, zeigte bereits einen deutlich erkennbaren gesundheitsbezogenen Handlungsbedarf im Setting Schule. Erkennbar war ein ausgeprägter Bedarf an Gesundheitsförderung und Prävention bei „typischen“ gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, wie Ernährung, Bewegung, Mundhygiene, Kariesprophylaxe, Medien- und Suchtmittelkonsum. Gleichzeitig zeigen Lehrer*innen und Eltern eine problematische (selbst eingeschätzte) Gesundheitskompetenz, so gibt es beispielsweise Unsicherheiten in der Bewertung von Medien oder beim Umgang mit psychischen Problemen. Aber auch auf institutioneller Ebene zeigte sich Handlungsbedarf, etwa beim Schulklima, in den Bereichen Sauberkeit und Hygiene, räumliche Ausstattung und Qualität der Essensversorgung (vgl. Tannen et al. 2018). Zwar berichtete die Mehrheit der Schüler*innen prinzipiell einen guten bis sehr guten subjektiven Gesundheitszustand zu haben, doch sollten die Zahlen zu den Schüler*innen mit Übergewicht (Brandenburg: 15%; Hessen: 10%), (anhaltenden) Schlafstörungen (Brandenburg 20-30%, Hessen: 30-40%) oder anderen Symptomen ernstgenommen werden. Besonderes Augenmerk müsste basierend auf der Ausgangsanalyse auch auf Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen (Brandenburg 14%; Hessen: 9%) oder Behinderungen (Brandenburg: 10%; Hessen 3%) gelegt werden. Sie werden in den Schulen nicht oder allenfalls punktuell durch die gesundheitliche Regelversorgung erreicht und bedürfen einer alltagsnahen Unterstützung, um eine bessere Teilhabe am Unterricht und anderen schulischen Aktivitäten zu ermöglichen.

3. Interventionen der Schulgesundheitspflege

Bereits nach wenigen Wochen an den Schulen, war es für die „Schulgesundheitsfachkräfte“ notwendig, zielgruppenspezifische Aufgaben und Themenbereiche in Abhängigkeit von ihren Ressourcen und Netzwerken zu priorisieren und konkrete Ziele zu verfolgen. Dies hatte gleichwohl eine sehr heterogene und nur bedingt standardisierte Vorgehensweise der Pflegenden zur Folge. Zudem ist bei der Betrachtung der eingeleiteten Interventionen zu berücksichtigen, dass die Präsenz der Pflegenden an den Schulen anfänglich durch die mit dem Modellprojekt verschränkte Qualifizierungsmaßnahme deutlich eingeschränkt war.

Aus den Leistungsdokumentationen geht hervor, dass die Pflegenden im Modellzeitraum ein breites Spektrum an Tätigkeiten umgesetzt haben. Hohe Priorität hatte dabei offensichtlich die Reaktion auf akute Gesundheitsbeschwerden und mehr oder weniger stark ausgeprägte Notfälle bzw. Erste-Hilfe-Einsätze im Schulalltag und damit im engeren Sinne klinische Aufgaben. Die Analyse der Leistungsdokumentation zeigt ein vielfältiges Behandlungsspektrum, das den Pflegenden abverlangt wird, wobei die akuten Beschwerden und Unfälle unter den Kontaktfällen klar dominieren. Bei der Behandlung einzelner Schüler*innen steht also der „Verrichtungsbezug“ im Vordergrund (Brandenburg:78%; Hessen: 85%), doch kommt es dabei auch zu Beratung und zur Beantwortung von gesundheitsbezogenen Fragen der Schüler*innen (Brandenburg: 71%; Hessen: 40%). Diese niederschweligen kommunikations- und interaktionsintensiven Tätigkeiten in vertrauensvoller Atmosphäre werden von den Zielgruppen besonders geschätzt, so die Resultate der Interviews.

Neben der individuenbezogenen Tätigkeit im Sprechzimmer wurden von den „Schulgesundheitsfachkräften“ aber auch zahlreiche zielgruppen- oder themenbezogene Projekte durchgeführt (Brandenburg: 510 Projekte; Hessen: 372 Projekte). Dabei wurde eine große Spanne an

Themen abgedeckt und zum Teil auch bereits mit Akteur*innen außerhalb der Schulen zusammengearbeitet. Inwieweit dabei bereits stabile Netzwerkstrukturen aufgebaut werden konnten, ließ sich im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung nicht zuverlässig eruieren. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass insbesondere die Vernetzung der Schulgesundheitspflege mit der Primärversorgung künftig mehr Aufmerksamkeit verdient. Zudem wird auf Nachhaltigkeit der Vernetzungsaktivitäten hinzuwirken sein, was jedoch eine zuverlässige Positionierung der „Schulgesundheitsfachkräfte“ an den Schulen bedingen würde. Schließlich wäre zu fragen, inwieweit die Interventionen der Schulgesundheitspflege eher reaktiven Charakter hatten – also vornehmlich auf den offensichtlichsten Bedarf (etwa im Bereich der Notfallversorgung) reagiert wurde. Ein regelkreislaufbasiertes Handeln (etwa orientiert am Public-Health-Action-Cycle), das auf einer sorgfältigen regionalen Bedarfsanalyse, Ziel- und Interventionsplanung und auch Priorisierung basiert und damit auch proaktiv handeln kann, dürfte künftig in jedem Fall mehr Aufmerksamkeit verdienen.

4. Wahrnehmung der Schulgesundheitspflege

Die Auswertung der vom Team der wissenschaftlichen Begleitforschung durchgeführten qualitativen Erhebungen mit Schüler*innen, Eltern und Lehrenden lässt durchgängig eine hohe Akzeptanz der Pflegenden und ihrer Leistungen auf Seiten der Zielgruppen erkennen. Ihr werden breit gefächerte Aufgabenbereiche zugeschrieben, die – basierend auf den vorliegenden Daten – zu fünf Kernaufgaben der Schulgesundheitspflege verdichtet werden konnten. Daran wird einerseits der breite und anspruchsvolle Erwartungshorizont deutlich, mit dem die verschiedenen Nutzergruppen diesem neuen Angebot an den allgemeinbildenden Schulen begegnen, andererseits zeigt sich aber auch die Wertschätzung, die den Schulgesundheitspflegenden von Schüler*innen, Eltern und Lehrenden entgegengebracht wurde.

So zeigt sich beispielsweise, dass viele Aufgaben der Erstversorgung bei Gesundheitsproblemen und in Notfällen vom Sekretariat oder den Lehrenden auf die „Schulgesundheitsfachkraft“ übergingen, von ihr allerdings deutlich qualifizierter wahrgenommen wurden – so die Sichtweise der Schüler*innen. Als Voraussetzung für die Wahrnehmung der mit der *Erste-Hilfe-Instanz* verbundenen Aufgaben wird allerdings die Präsenz und Kontinuität der Pflegenden an den Schulen angesehen – sie soll halt auch da sein, falls etwas passiert. Auch die Eltern wünschen sich eine kontinuierliche und kompetente Notfallversorgung in der Schule. Aus ihrer Sicht wird dadurch emotionaler Stress verhindert. Zudem schätzen sie, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ das Unfallgeschehen qualifiziert koordiniert und nachbereitet. Auch die Lehrenden wissen zu würdigen, dass mit den Pflegenden kompetente Ansprechpartner*innen vor Ort sind und sie durch deren Handeln von fachfremden Aufgaben entlastet werden.

Darüber hinaus wird die „Schulgesundheitsfachkraft“ von den Schüler*innen als *Beratungsinstanz* wahrgenommen, die bei diffusen oder konkreten körperlichen oder emotional-sozialen Problemlagen niederschwellig ansprechbar ist, unter Verschwiegenheit berät, Informationen bereithält, weiterhilft und gesundheitsbezogene Entscheidungen unterstützt. Die Eltern haben beobachtet, dass die Schulgesundheitspflege ihren Kindern bei einer großen Spannweite an altersgemäßen gesundheitlichen oder emotional-sozialen Problemlagen zur Seite steht. Sie gibt aber auch ihnen Informationen zu alltäglichem Gesundheitsverhalten, bindet sie in schulische Aktivitäten ein und unterstützt sie insbesondere bei der Begleitung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. Die „Schulgesundheitsfachkraft“ ist für die Eltern damit zu einer wichtigen Kontaktperson innerhalb der Schule geworden, die das umfassende Wohlbefinden ihrer Kinder im Auge hat. Die Lehrenden schätzen die fachlichen und sozial-kommunikativen Kompetenzen der Pflegenden. Durch ihre Neutralität in Sachen schulischer Leistungsermittlung und -bewertung und ihre medizinisch-pflegerische Expertise können sie „anwaltschaftlich“ für die Kinder und Jugendlichen eintreten und neue oder zusätzliche Perspektiven einbringen, auch und gerade, wenn es um intime und ethisch herausfordernde Gesundheitsthemen geht.

Als *Sorgeinstanz* bietet die „Schulgesundheitsfachkraft“ den Kindern und Jugendlichen in der Schule einen Rückzugsort, wo sie sich frei von schulischen Leistungsanforderungen ausruhen und zu sich kommen können. Hier finden sie aktive Hilfe bei kleineren Verletzungen, bei Erkrankungen oder einfach bei einem Unwohlsein, ebenso Unterstützung in der Frage, ob sie nach Hause gehen müssen oder weiterhin am Unterricht teilnehmen können. Die Schüler*innen schätzen die Zuwendung und Aufmerksamkeit der „Schulgesundheitsfachkraft“, für die im Sekretariat oder von Lehrenden oft keine Zeit aufgebracht werden kann. Auch die Eltern profitieren davon, zumal sie beruhigt sein können, dass sich jemand mit Sachverstand und Einfühlungsvermögen um die gesundheitlichen Belange ihrer Kinder kümmert. Aus Sicht der Lehrenden beobachtet die Pflegende die Schüler*innen sorgfältig und kann dadurch – etwa im Fall von Absentismus – auch frühzeitig gegensteuern. Zugleich würdigen sie deren Eintreten für das allgemeine Wohlbefinden an der Schule – darunter auch für ihr eigenes Wohlsein.

Die Schulgesundheitspflege ist in gesundheitlichen Fragen eine Sicherheitsinstanz: Schüler*innen sind nicht alleine mit ihren Sorgen. Die „Schulgesundheitsfachkraft“ kann die Ernsthaftigkeit der gesundheitlichen Beeinträchtigungen qualifiziert und objektiv einschätzen und ist in der Lage, kleinere Beeinträchtigungen einzuordnen und unmittelbar zu behandeln oder zu beheben. Die Eltern sind beruhigt, ihr Kind im Falle einer Verletzung oder bei Unwohlsein und Erkrankung in kompetenten Händen zu wissen. Sie verlassen sich darauf, dass es wichtige Gründe geben muss, wenn sie von der Arbeit gerufen werden, um ihr Kind von der Schule abzuholen. Auch die Lehrer*innen fühlen sich durch die Pflegenden sicherer im Umgang mit (fachfremden) gesundheitsbezogenen Aufgaben. Emotional-soziale Krisen oder Verhaltensauffälligkeiten können gemeinsam besprochen und Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen angemessener betreut und durch den Schulalltag begleitet werden.

Schließlich schätzen alle Befragten an der „Schulgesundheitsfachkraft“ ihre Möglichkeiten, an Gesundheitseinrichtungen mit ihren vielfältigen präventiven und kurativen Angeboten weiterzuvermitteln. Als *Vermittlungsinstanz* kennen Pflegende die verschiedenen Pfade, die in Gesundheitsfragen beschritten werden müssen und gelegentlich können sie auch zwischen Schüler*innen, Eltern und den Instanzen des Gesundheits- und Sozialsystems vermitteln. Zudem können sie als kompetente Gesundheitsexpert*innen Präventionsangebote initiieren, begleiten und in Kooperation mit außerschulischen Partnern durchführen. Dabei adressieren sie nicht nur einzelne Schüler*innen (Verhalten), sondern wirken auch auf die Schulumwelt ein (Verhältnisse), um so ein Mehr an Gesundheit in diesem Setting zu ermöglichen. Aus Sicht von Schüler*innen, Eltern und Lehrenden gestalten die Pflegenden gemeinsam mit ihrem Netzwerk innerhalb und außerhalb der Schule ein gesundheitsförderliches Schulumfeld und -klima.

5. Messbare Wirkungen der Schulgesundheitspflege

Die subjektiven Sichtweisen auf das Angebot der Schulgesundheitspflege sind eine wichtige Informationsquelle über die Wirkungen dieses neuen Angebots. Darüber hinaus sollten – trotz des vergleichsweise kurzen Interventionszeitraums – auch bereits messbare Wirkungen der Schulgesundheitspflege ermittelt werden. Zur Beurteilung von etwaigen Veränderungen gesundheitsbezogener Parameter und zur Bewertung der Intervention wurde daher nach 12 (Brandenburg) bzw. 9 Monaten (Hessen) eine erneute schriftliche Befragung der Schüler*innen, Eltern, Lehrer*innen und Schulleiter*innen durchgeführt.

Demnach ist die Mehrheit der befragten Schüler*innen mit dem neuen Versorgungsangebot der „Schulgesundheitsfachkräfte“ sehr zufrieden. Prinzipiell bewerten gesundheitlich benachteiligte Schüler*innen das Angebot jedoch etwas zurückhaltender optimistisch, obgleich sie es anteilig mehr in Anspruch genommen haben. Zwar sieht die Mehrheit der Eltern chronisch kranker Kinder deren medizinisch-pflegerische Versorgung in der Schule sichergestellt und ist der Meinung, dass die „Schulgesundheitsfachkraft“ gut über die Erkrankung ihrer Kinder informiert sei, dennoch sind nach Ansicht der Eltern 31 Prozent (Brandenburg) bzw. 22 Prozent (Hes-

sen) der chronisch kranken Schüler*innen nicht bedarfsgerecht versorgt. Noch scheint das Angebot der Schulgesundheitspflege also nicht alle Schüler*innen zu erreichen, dennoch hat sich im Beobachtungszeitraum der Anteil der Schüler*innen, die sich bei Unwohlsein an die Pflegenden in der Schule wenden, verdoppelt (Brandenburg 26%; Hessen: 31%). Ebenfalls verdoppelt hat sich der Anteil der jüngeren Kinder (unter 11 Jahren), die trotz einer Erkrankung zunächst in der Schule verbleiben konnten (Brandenburg: 13%; Hessen 20%).

Die „Schulgesundheitsfachkräfte“ übernehmen viele Aufgaben, die vorher durch das Schulpersonal wahrgenommen worden sind. Wie schon in den Gruppendiskussionen deutlich wurde, fühlt sich ein Großteil der Lehrer*innen durch das neue Angebot spürbar entlastet (Brandenburg: 82%; Hessen: 96%) und verwendet deutlich weniger Zeit für fachfremde, gesundheitsbezogenen Tätigkeiten (Brandenburg: 78%; Hessen: 88%). Ein Großteil der Lehrer*innen wendet sich außerdem bei Fragen zum Thema chronische Erkrankung und Behinderung an die „Schulgesundheitsfachkraft“ (Brandenburg: 81%; Hessen: 82%). Ähnlich erleichtert sind auch die Eltern, die sich durch die Arbeit der „Schulgesundheitsfachkraft“ entlastet fühlen (Brandenburg: 73%; Hessen: 83%). Dem subjektiven Empfinden der Lehrenden und der Eltern zufolge besteht dennoch weiterhin Informationsbedarf zum sicheren Umgang mit gesundheitlich benachteiligten Schüler*innen und den Auswirkungen und Anforderungen ihrer Erkrankung oder Behinderung in der Schule.

Schließlich zeigen sich auch erste gesundheitsedukative Effekte der Schulgesundheitspflege. So wenden sich am Ende des Beobachtungszeitraums deutlich mehr Eltern und Schüler*innen an die Pflegenden, um sich über Möglichkeiten einer gesunden Lebensführung zu informieren. Die Wirkung wird außerdem an einem Anstieg der Gesundheitskompetenz bei Schüler*innen und Eltern erkennbar. Auf das in der ersten Befragung beobachtete riskante Gesundheitsverhalten der Schüler*innen konnte – trotz durchaus erkennbarer Anstrengungen auf individueller und kollektiver Ebene (z. B. in Form von Projekten) durch die „Schulgesundheitsfachkräfte“ – innerhalb des kurzen Interventionszeitraums kein Einfluss beobachtet werden. Noch immer gibt es Handlungsbedarf hinsichtlich der Ernährungsgewohnheiten, der körperlichen Aktivität und des Zigaretten- und Alkoholkonsums. Dabei wird aber zu berücksichtigen sein, dass derartige gesundheitsbezogene Verhaltensweisen nur langfristig beeinflussbar sind und konstanter lebensweltlicher Interventionen sowie stützender Umweltbedingungen bedürfen.

6. Empfehlungen

Aus den vorliegenden Erkenntnissen der wissenschaftlichen Begleitforschung lassen sich unter Berücksichtigung der bereits mehrfach angesprochenen Limitationen (insbesondere des kurzen Interventionszeitraums) abschließend acht Empfehlungen ableiten. Sie sind an den einleitend definierten Evaluationsdimensionen *Kontext* (Schule als gesundheitsrelevantes Setting), *Input* (Schulgesundheitspflege als neues Element), *Prozess* (Interventionen der Schulgesundheitspflege) und *Outcome* (beobachtbare Effekte im Modellzeitraum) ausgerichtet und ineinandergreifend angelegt, sollten somit im Zusammenhang betrachtet werden. Sie sind dazu gedacht, den Projektverantwortlichen, den an diesem Projekt beteiligten Interessengruppen wie auch dem interessierten Leser Orientierung für die weitere Auseinandersetzung mit dem Thema Schulgesundheitspflege in Deutschland zu bieten.

1. Gesundheit in Schulen erhalten und fördern

Im Setting Schule sind heute zahlreiche gesundheitliche Herausforderungen zu bewältigen. Einige von ihnen werden von den Schulen selbst oder auch von schulexternen Initiativen bereits bearbeitet. Die Schulgesundheitspflege ergänzt und erweitert diese Initiativen.

Schulen sind ein gesundheitsrelevantes Setting. Sie sind für das Wohlbefinden und die Gesunderhaltung wie auch die Gesundheitsförderung und die Entwicklung von Gesundheitskompetenz

von Schüler*innen, Eltern, Lehrenden und anderen Personen von zentraler Bedeutung. Zugleich sind sie Orte, an denen Unwohlsein, Krankheit und auch akute Krisen erlebt und bewältigt werden. Die im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung erarbeiteten Erkenntnisse stützen diese Sichtweise. Insbesondere mit Hilfe der umfangreichen Baseline-Erhebung konnte erneut gezeigt werden, dass in diesem Setting ein drängender Bedarf sowohl an individueller als auch populationsbezogener Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch die Notwendigkeit der Förderung eines gesunden Schulklimas und Qualitätsentwicklung hin zu einer guten gesunden Schule bestehen. Die schriftliche Befragung der Schüler*innen ergab ernst zu nehmende Hinweise auf einen ungesunden Lebensstil und gesundheitsriskantes Verhalten. Zudem waren die Mehrheit der Kontaktpunkte der Schüler*innen akute Beschwerden oder Unfälle, die eine pflegerische Versorgung und Verlaufsbeobachtung, aber auch eine fachkundige Beratung erforderten. Dem Thema Gesundheit sollte demnach in den Schulen (weiterhin) mit erhöhter Aufmerksamkeit begegnet werden. Tatsächlich sind die Schulen bereits zu einem relevanten Setting für Maßnahmen der (un-)spezifischen Gesundheitsförderung und Prävention geworden, mit denen auf die aufgezeigten Herausforderungen reagiert werden soll. Oft kommen diese Initiativen jedoch von außen und meist sind sie auf punktuelle Interventionen begrenzt. Wichtig wäre einerseits, dass alle Berufsgruppen im Setting Schule für gesundheitsbezogene Themen sensibilisiert werden und Strukturen und Abläufe im Sinne von gesundheitsförderlichen Verhältnissen gestaltet werden. Wichtig wäre andererseits aber auch – und das zeigt die Schulgesundheitspflege eindrücklich – an den Schulen selbst konkrete Ansprechpartner*innen für Fragen der Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung zu verankern. Sie können von innen heraus und konstant als Kontaktstelle in Gesundheitsfragen zur Verfügung stehen, Brücken in das Gesundheitssystem bauen und im Verbund mit anderen an den Schulen daran mitwirken, notwendige Bedingungen für eine gute gesunde Schule zu schaffen.

2. Klinische Pflegeexpertise an Schulen nutzen

Gesundheitliche Krisen und Notfälle wie auch der Alltag mit chronischer Krankheit und Behinderung stellen Schulen tagtäglich vor Herausforderungen. Die Schulgesundheitspflege mit ihrer klinischen Expertise kann den Umgang damit erleichtern und Sicherheit stiften.

Die steigende Prävalenz chronischer Erkrankungen und Behinderungen, die Zunahme psychischer Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten im Schulalter, krankheitsbedingte Abwesenheit vom Unterricht, häufig auftretende akute Beschwerden und Verletzungen – all dies stellt Schulen heute vor große Herausforderungen. Die in der Ausgangsanalyse und bei der Implementationsbegleitung erarbeiteten Erkenntnisse unterstützen die Forderung nach (mehr) klinischer Pflegeexpertise innerhalb des Settings Schule. Dabei wird die Verlässlichkeit und Niederschwelligkeit dieses Angebots besondere Aufmerksamkeit erfahren müssen. Die vielfältige Inanspruchnahme seit Beginn des praktischen Einsatzes der „Schulgesundheitsfachkräfte“ unterstreichen diesen Bedarf. Gleichzeitig wurde berichtet, dass Lehrer*innen im Umgang mit chronischen Erkrankungen und mentaler Gesundheit unsicher seien und die Versorgung von akuten Beschwerden sehr viel Arbeitszeit binde. Die Schulgesundheitspflege bietet das notwendige Fachwissen und die praktische Routine durch ihre klinischen Erfahrungen in der Erkennung, Bewertung und Behandlung von gesundheitlichen Problemlagen. Die Pflege hat international und nun auch in diesem Modellversuch überzeugend unter Beweis gestellt, dass sie diese Kompetenzen innerhalb der Schule gezielt nutzen kann. Zudem kann sie die Handlungssicherheit anderer Akteur*innen im Umgang mit gesundheitlichen Krisen fördern, beispielsweise durch den Ausbau eines Schulsanitätsdienstes. Die klinische Expertise ist insbesondere im Umgang mit chronischer Krankheit und Behinderung und damit als Reaktion auf eine inklusive Schulpolitik von Bedeutung. Pflegenden können chronisch kranke und behinderte Schüler*innen auf vielfältige Weise unterstützen, z. B. indem sie bei der Medikamentengabe behilflich sind. Damit die Schulgesundheitspflege diesen Auftrag abgesichert und mit einem klaren Mandat wahrneh-

men kann, wird unter anderem über die Frage der Verortung der Schulgesundheitspflege nachzudenken sein. Denkbar wäre einerseits eine Anbindung als Public-Health-Aufgabe im Kontext des öffentlichen Gesundheitsdienstes oder andererseits mit dem primären Ziel der Förderung der Gesundheitskompetenz und der Inklusion als Zukunftsaufgabe des Bildungssystems bei den Schulträgern. Wie die Entscheidung ausfällt hätte nicht nur weitreichende Konsequenzen für die Fachaufsicht und berufsrechtliche Rahmung, sondern auch für das Selbstverständnis der Schulgesundheitspflege und die in diesem Bereich tätigen Akteur*innen.

3. Konzept- und Interventionsentwicklung fördern

Die Schulgesundheitspflege soll vielfältige, durchweg aber anspruchsvolle Aufgaben auf unterschiedlichen Ebenen wahrnehmen. Um das Profil dieses Angebots an allgemeinbildenden Schulen schärfen zu können, verdient die Konzept- und Interventionsentwicklung künftig mehr Aufmerksamkeit.

Die „Schulgesundheitsfachkräfte“ sahen sich von Beginn an mit anspruchsvollen Erwartungen und Herausforderungen konfrontiert. Sie sind für Schüler*innen mit unterschiedlichen altersspezifischen Bedarfen und Risiken zuständig. Sie müssen in komplexen Situationen auf somatische, psychische und soziale Problemlagen reagieren können. Sie benötigen zum einen ein generalistisches klinisches Fachwissen (etwa um im Sinne einer Triage die anfallenden Anzeichen und Beschwerden einschätzen zu können) und zum anderen ein spezialisiertes klinisches Fachwissen (etwa im Umgang mit seltenen Erkrankungen oder Therapien). In Notfallsituationen brauchen sie sichere, praktische Routine und Handlungssouveränität. Ferner sollen sie auch kommunikative/edukative Kompetenzen gegenüber diversen Zielgruppen vorweisen (beispielsweise Kindern und Jugendlichen mit akuten oder chronischen gesundheitlichen Problemen, besorgte oder unwissende Eltern; Lehrer*innen, mit denen kollegial zusammengearbeitet werden soll usw.). Zudem wäre es wünschenswert, wenn die Pflegenden ihre Expertise auch für die Schulentwicklung und die Verhältnisprävention einbringen, was ein Verständnis für Programm- und Organisationsentwicklung voraussetzt. Schließlich sollen sie auch lokale Ressourcen und Strukturen im Schulumfeld erkennen und Netzwerke aufbauen, was gesundheitswissenschaftliche Systemkenntnisse erfordert. Um diesen vielfältigen Anforderungen gerecht werden zu können, ist für die Weiterentwicklung des Konzepts „Schulgesundheitspflege“ eine stärkere (möglichst gesundheits- und pflegewissenschaftlich fundierte) Systematisierung und Priorisierung der Aufgaben und Befugnisse notwendig. Internationale Konzepte des School Health Nursing können dafür als Vorbild dienen, müssen aber auf hiesige Verhältnisse angepasst werden (nicht zuletzt mit Blick auf die qualifikatorischen Voraussetzungen). Es sollte in diesem Zusammenhang auch geprüft werden, ob die Schulgesundheitspflege künftig ein geeignetes Berufsfeld für die auch in Deutschland immer häufiger zur Verfügung stehenden hochschulisch qualifizierten Pflegenden sein könnte (darunter etwa auch solche mit gesundheitswissenschaftlicher Qualifikation). In jedem Fall werden die Konzepte und Interventionen der Schulgesundheitspflege mit den zur Verfügung stehenden Qualifikationen harmonisiert und gegenüber den Nutzern – den Schüler*innen, Lehrer*innen und Eltern – kommuniziert werden müssen.

4. Präsenz und Kontinuität gewährleisten.

Die vorliegenden Daten zeigen, dass die unterschiedliche Ausstattung der Schulen mit dem Angebot Schulgesundheitspflege Probleme aufwirft. Eine gleichmäßige und ausreichende Präsenz und Kontinuität der Pflegenden an den Schulen zu gewährleisten, hat hohe Priorität.

Eine mangelnde Präsenz und Kontinuität der „Schulgesundheitsfachkräfte“ an den Schulen erwiesen sich im Projektverlauf als nachteilige Bedingungsfaktoren für den Erfolg des Modellprojekts. Eine verlässliche Verfügbarkeit an jedem Wochentag und während der gesamten Schul-

zeit (günstig wäre bereits eine Anwesenheit morgens vor Schulbeginn) ist aus Sicht der Befragten wie auch aus wissenschaftlicher Perspektive erforderlich, um eine (nicht aufschiebbare) Versorgung von akut auftretenden Beschwerden durch eine qualifizierte Fachperson gewährleisten und eine Über- oder Fehlversorgung durch externe Helfer*innen (z. B. einen Notarztwagen) vermeiden zu können. Diesem Bedarf wird mit einer angemessenen Personalplanung begegnet werden müssen, was die Festlegung von verbindlichen Kontaktzeiten und Vertretungsregelungen im Falle von Urlaub, Krankheit, Fortbildung einschließt. Für die Personalbemessung müssen die Anzahl der „Schulgesundheitsfachkräfte“ (Vollzeit) je Schule und die Anzahl der Schüler*innen je „Schulgesundheitsfachkraft“ (Vollzeit) berücksichtigt werden. Entscheidend ist außerdem die Größe, Lage, das Umfeld sowie die Problemdichte an den jeweiligen Schulen. Dabei wird darauf zu achten sein, dass dieses neue Angebot nicht von vornherein zu knapp kalkuliert und lediglich auf die Beantwortung von gesundheitlichen Krisen oder der von den Schüler*innen, Eltern oder Lehrer*innen selbst an die Pflegenden herangetragene Anliegen begrenzt wird. Die Schulgesundheitspflege muss vielmehr so gestaltet sein, dass sie auch proaktiv handeln und z. B. besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen in den Blick nehmen kann, die von sich aus nicht auf die Pflegenden zugehen würden. Dabei wird der personellen Kontinuität der Pflegenden an den Schulen große Bedeutung beizumessen sein. Sie erlaubt es, Vertrauen zu Schüler*innen, Eltern und Lehrer*innen aufzubauen und sich in die Schulen und deren Umwelt hinein zu vernetzen. Dabei ist sich die wissenschaftliche Begleitforschung durchaus im Klaren darüber, dass bei der Frage der Ausstattung der Schulen mit Pflegenden stets auch schwierige Ressourcenfragen zu berücksichtigen sind. Orientierung in der Frage der Ausstattung der Schulen mit Pflegenden können ggf. Kennziffern aus dem Ausland (z. B. zum Betreuungsschlüssel, zur Caseload) oder auch Erfahrungen mit der Schulsozialarbeit in den deutschen Bundesländern bieten. In jedem Fall wird darauf zu achten sein, die Intervention Schulgesundheitspflege nicht von vornherein so zu begrenzen oder auf verschiedene Schulen zu verteilen, dass sie allenfalls homöopathische Wirkungen entfalten kann. Stattdessen wird datengestützt zu prüfen sein, welche Schulen am ehesten von einem solchen Zusatzangebot profitieren könnten und die vorhandenen Ressourcen auf diese Schulen zu konzentrieren. Nur so dürften sich auch überprüfbare gesundheitliche Effekte dieses neuen Angebots einstellen.

5. Überregulierung meiden, Flexibilität ermöglichen

Die modellhafte Erprobung hat gezeigt, dass die Schulgesundheitspflege im Alltag zahlreiche Regeln des Datenschutzes sowie des Schul- und Berufsrechts berücksichtigen muss. Im Interesse der Arbeitsfähigkeit der Pflegenden sollte aber Überregulierung vermieden und flexibles Handeln ermöglicht werden.

Das Thema Gesundheit ist untrennbar mit sensiblen Informationen und Persönlichkeitsrechten verbunden und der Umgang damit im Schulalltag ist für die Pflegenden und die anderen Beteiligten oftmals kein ganz einfaches Unterfangen. Die Vorgaben des Schul- und Berufsrechts sowie die aktuellen Vorschriften des Datenschutzes (darunter die DSGVO¹⁵ und das neue BDSG¹⁶) bieten den Pflegenden, Eltern, Lehrenden und anderen Beteiligten hierbei eine wichtige Orientierung. Im Rahmen des Modellprojekts wurde daher sorgsam auf die Einhaltung sämtlicher einschlägiger Bestimmungen geachtet und auch darüber hinaus sind sie als obligatorisch für die Praxis der Schulgesundheitspflege anzusehen. Allerdings hat das Modellprojekt auch gezeigt, dass sich der damit verbundene bürokratische Aufwand nachteilig auf dieses neue Angebot auswirken kann. Die derzeitige Praxis sieht unter anderem umfangreiche Informationsschreiben, hohen administrativen Aufwand für das Einholen der Einwilligung der Eltern und keine Versorgung ohne Einwilligung der Sorgeberechtigten vor. Den Befragungen der Eltern und Lehrenden war zu entnehmen, dass hierfür nicht immer Verständnis aufgebracht werden konnte.

¹⁵ DSGVO = Datenschutzgrundverordnung

¹⁶ BDSG = Bundesdatenschutzgesetz

Zudem drohen dadurch u. a. diejenigen Teilpopulationen von dem neuen Angebot ferngehalten zu werden, die womöglich am ehesten davon profitieren könnten (z. B. Migrant*innen). Einerseits wird es also künftig darauf ankommen, das Angebot der Schulgesundheitspflege offensiver bei den Eltern und Sorgeberechtigten bekannt zu machen und um deren Einwilligung zur Teilnahme zu werben. Auch in der fachlichen und allgemeinen Öffentlichkeit und bei den beteiligten Behörden sollten die damit verbundenen Vorteile deutlicher herausgestellt werden, um ggf. noch vorhandene Vorbehalte abzubauen. Andererseits sollten aber auch bürokratische Hürden abgebaut werden. Gemeinsam mit den am Modellprojekt beteiligten Akteuren und Interessengruppen sowie weiteren Experten sollten tragfähige Lösungen gesucht werden, die für die Schulgesundheitspflege künftig ein Höchstmaß an juristischer Sicherheit bieten und zugleich im Schulalltag praktikabel und umsetzbar sind.

6. Systematisierung und Standardisierung fördern

Noch wird in der Schulgesundheitspflege überwiegend auf akute Probleme situativ reagiert und wenig zielgerichtet und einheitlich gehandelt. Künftig sollte ein an Regelkreisläufen orientiertes Handeln und die Standardisierung von Interventionen und Dokumentationen die Qualität des Angebots fördern.

Bei der Implementationsbegleitung entstand der Eindruck, dass weder während der Qualifizierungsmaßnahme noch nach Aufnahme der praktischen Tätigkeit für die „Schulgesundheitsfachkräfte“ ausreichend Möglichkeiten bestanden, ihre Interventionen systematisch zu planen und zu konkretisieren. Vielmehr waren die tatsächlichen Bedarfe an den beteiligten Schulen anfänglich nur vage bekannt und die „Schulgesundheitsfachkräfte“ standen unter einem hohen Anpassungsdruck an die realen Begebenheiten. Sie reagierten vornehmlich auf die Anliegen, die an sie herangetragen wurden und damit auf einen vermeintlich vordringlichen Bedarf auf Seiten der verschiedenen Nutzergruppen. Raum und Zeit für ein systematisches Assessment, eine datengestützte Zielfindung und eine partizipative Maßnahmenplanung im Sinne des Public-Health-Action-Cycles (Kolip 2006), die eine Priorisierung und Gewichtung ihrer verschiedenen Aufgaben ermöglicht hätte, hatten sie kaum. Somit ist nur schwer beurteilbar, in wie weit relevante Bedarfe gedeckt (z. B. Präventionsbedarfe) und alle Zielgruppen erreicht wurden (z. B. auch vulnerable Gruppen, Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen). Um einer mitunter hohen Inanspruchnahme aufgrund akuter Problemlagen (z. B. im Bereich der Notfallversorgung) begegnen und den vielfältigen Herausforderungen (von Verletzungen bis zu mentaler Gesundheit) zukünftig besser gerecht werden zu können, bedarf es weiterer systematisierender Praxisentwicklung. So könnten Standardisierungsprozesse (z. B. Entwicklung einer vereinfachten und handlungsleitenden Dokumentation, inkl. Anamnesebogen und Verknüpfung mit vorliegenden Stammdaten) und die partizipative Entwicklung von Verfahrensregeln/Leitlinien zum Ausbau einer qualitätsgesicherten Routineversorgung beitragen. Auf diese Weise könnte einer Überforderung der Pflegenden vorgebeugt und ein geplantes, vorausschauendes Handeln unterstützt werden. Gleichzeitig könnten solche Bemühungen um Systematisierung und Standardisierung des Pflegehandelns dazu beitragen, die gewonnenen Erfahrungen und praktische Expertise der „Schulgesundheitsfachkräfte“ zu sichern und im Interesse der Übertragbarkeit dieser Intervention diese Erfahrungen an andere weiterzugeben.

7. Förderung von Gesundheitskompetenz ausbauen.

Die vorliegenden Daten der wissenschaftlichen Begleitforschung deuten an, dass die Gesundheitskompetenz von Schüler*innen, Eltern und Lehrer*innen durch Schulgesundheitspflege positiv beeinflusst werden kann. Die Förderung von Gesundheitskompetenz sollte daher künftig im Kontext der Schulgesundheitspflege mehr Aufmerksamkeit erfahren.

Verschiedenste Befunde der wissenschaftlichen Begleitforschung deuten darauf hin, dass sich der Umgang mit gesundheitlichen Problemen im Schulalltag durch die Schulgesundheitspflege insgesamt positiv verändert hat. Eltern und Lehrer*innen fühlen sich seit Einführung der Schulgesundheitspflege entlastet und die Situation von chronisch kranken Schüler*innen scheint sich verbessert zu haben. Ein Effekt von dem alle Zielgruppen gleichermaßen profitieren könnten, sofern die Interventionsphase weiter andauert, ist die Stärkung der Gesundheitskompetenz. Darunter versteht man den sicheren Umgang mit Gesundheitsinformationen und eine bessere Entscheidungsfindung bei Gesundheitsfragen. Bereits in dem kurzen Beobachtungszeitraum von 12 (Brandenburg) bzw. 9 Monaten (Hessen) schätzten sowohl die befragten Schüler*innen, Eltern als auch Lehrer*innen ihre Gesundheitskompetenz besser ein als zu Projektbeginn. Nach derzeitiger Diskussion nimmt die Gesundheitskompetenz eine Schlüsselfunktion in der Erklärung gesundheitsbezogener Ungleichheit ein und ist eine Determinante des Gesundheitsverhaltens und des Gesundheitszustands. Die aktuellen gesundheitspolitischen Forderungen unterstützen nachdrücklich die „Förderung der Gesundheitskompetenz im Erziehungs- und Bildungssystem“ (Hurrelmann et al. 2018). Gelingt es der Schulgesundheitspflege die Gesundheitskompetenz der Zielgruppen innerhalb der Schule weiter zu steigern, können daraus viele weitere positive Effekte entstehen. Es ist daher anzuraten, der Förderung der Gesundheitskompetenz der unterschiedlichen, an den Schulen erreichbaren Zielgruppen im Rahmen der Schulgesundheitspflege mehr Aufmerksamkeit zu widmen und dafür auch gezielt international verfügbare Interventionskonzepte auf verhaltens- und verhältnisbezogener Ebene zu nutzen. Die Schulen insgesamt zu gesundheitskompetenten Organisationen weiterzuentwickeln, könnte ein gemeinsames Anliegen sein, das zu verfolgen sich für alle Beteiligten lohnen dürfte.

8. Weitere Erprobung und Beobachtung von Effekten

Die dritte Phase des Modellprojektes und insbesondere die Interventionsphase waren eng begrenzt. Tragfähigere Aussagen über dieses innovative Angebot machen eine weitere Erprobung und systematische Beobachtung von Effekten der Schulgesundheitspflege notwendig.

Für die Beobachtung objektivierbarer gesundheitlicher Effekte war der verfügbare Zeitraum, in dem die Schulgesundheitspflege an den Schulen erprobt wurde, deutlich zu kurz. Da auch die Interventionen in den beteiligten Schulen unzureichend standardisiert und schwer abgrenzbar waren, lassen sich keine adäquaten Kennzahlen zuordnen und messen. Dabei stimmen die ersten beobachteten Trends zuversichtlich, dass dieses neue Angebot die in es gesetzten Erwartungen durchaus zu erfüllen vermag. Auch die qualitativen Befragungsergebnisse und die hohe Akzeptanz des neuen Angebots deuten an, dass mit dem Modellprojekt ein innovativer Weg zur Beantwortung von gesundheitlichen Herausforderungen in allgemeinbildenden Schulen beschritten wurde. Die bisherigen Anstrengungen zur Einführung der Schulgesundheitspflege sollten also weitergeführt und nach Möglichkeit noch intensiviert werden. Besonders das Angebot für Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen sowie deren Eltern bedarf einer hohen Sensibilität und deren Partizipation, so dass eine Weiterentwicklung zeitintensiv sein dürfte. Bereits in der Analyse der Ausgangslage wurde ein dringender Bedarf an Schulgesundheitspflege deutlich. Die Potentiale dieses international bereits weit verbreiteten Versorgungsangebots liegen in den niederschweligen Zugangswegen innerhalb der Lebenswelt Schule und der hohen Akzeptanz durch die Zielgruppen. Um auf komplexe Anforderungen angemessen reagieren zu können, sollte das Angebot also weiter systematisch erprobt, konzeptionell stärker fundiert, systematisiert und praktisch weiterentwickelt werden. Wenn die aus der Evaluation hervorgehenden Empfehlungen berücksichtigt werden, kann die Schulgesundheitspflege ein stabiles gesundheitsförderndes Element innerhalb der Schule und auf der Schnittfläche zwischen Bildungs- und Gesundheitssystem werden. Zugleich – auch das hat die wissenschaftliche Begleitforschung gezeigt – bieten sich der Pflege damit gute Perspektiven für die weitere Professionalisierung und Profilierung als einer bedeutenden Gesundheitsprofession.

Die Potentiale der Pflege sollten künftig noch offensiver aufgegriffen und für die Beantwortung drängender gesellschaftlicher Herausforderungen genutzt werden.

IX Literatur

- AWO Bezirksverband Potsdam e. V. (Hrsg.) (2015a): Machbarkeitsstudie zum Innovationskonzept Schulpflegerkräfte an Schulen in öffentlicher Hand im Land Brandenburg. <https://www.awo-potsdam.de/files/data/pdf/Machbarkeitsstudie-Schulpflegerkraft.pdf>, letzter Zugriff am 12.09.2018.
- AWO Bezirksverband Potsdam e.V. (Hrsg.) (2015b) Zur Auftaktveranstaltung. „Curriculum-Entwicklung* für Gesundheitspersonal an öffentlichen Schulen in Brandenburg und Hessen“.
- Banfield M, McGorm K, Sargent G (2015): Health promotion in schools: a multi-method evaluation of an Australian School Youth Health Nurse Program. *BMC Nursing*, 14(21).
- Best NC, Oppewal S, Travers D (2017): Exploring School Nurse Interventions and Health and Education Outcomes: An Integrative Review. *The Journal of School Nursing*, 34(1): 14-27.
- BMELV/ BMG (Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz/ Bundesministerium für Gesundheit) (2008): Der nationale Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten. http://www.vdoe.de/fileadmin/redaktion/download/allgemeine_downloads/NationalerAktionsplan2008.pdf, letzter Zugriff am 17.10.2018.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2006): Ein Kinder- und Jugendreport zum Nationalen Aktionsplan (NAP) Für ein kindgerechtes Deutschland 2005-2010. <https://www.bmfsfj.de/blob/94406/9d8935dd8b9a186b595f831d5408c41c/nap-report-data.pdf>, letzter Zugriff am 17.10.2018.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2008): Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/BMG-G-07051-Strategie-Kindergesundheit.pdf, letzter Zugriff am 17.10.2018.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2010): Nationales Gesundheitsziel. Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. http://gesundheitsziele.de//cms/medium/1010/Nationales_Gesundheitsziel_Gesund_aufwachsen_2010.pdf, letzter Zugriff am 02.10.2018.
- BMI (Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat) (2018): Erste Hilfe. <https://www.bmi.bund.de/DE/themen/bevoelkerungsschutz/zivil-und-katastrophenschutz/erste-hilfe/erste-hilfe-artikel.html>, letzter Zugriff am 03.09.2018.
- Birch D A, Videto D N (2015): Promoting health and academic success. *Human Kinetics Campaign USA*.
- Community Health Nurses Initiative Group (2013): Healthy School, Healthy Children: Maximizing the Contribution of Public Health Nursing in School Settings. <http://www.ontariohealthyschools.com/uploads/2/1/7/6/21766954/school-nursing-paper-2.pdf> letzter Zugriff am 10.10.2018.
- DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung) (2017): Schülerunfälle nach Art der Einrichtung 2016. <http://www.dguv.de/de/zahlen-fakten/schuelerunfallgeschehen/art-der-einrichtung/index.jsp>, letzter Zugriff am 03.09.2018.
- Dresing T und Pehl, T (2018): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 8. Auflage. Marburg.

- DRK (Deutsches Rotes Kreuz) (2018): Notfall. <https://www.drk.de/hilfe-in-deutschland/ersthilfe/erste-hilfe-online/allgemeines/notfall/>, letzter Zugriff am 03.09.2018.
- Durlach F-J, Kauth T, Lang H (2006): Das chronisch kranke Kind im Schulsport. Stuttgart: Ministerium für Kultur, Jugend und Sport Baden-Württemberg.
- Ewers M (2002): „Stationär läuft vieles anders...“ – Focus Groups mit Pflegenden in der technikintensiven häuslichen Versorgung. In: Schaeffer D und Müller-Mundt G. (Hrsg.): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Bern: Huber, 327-350.
- Finger JD, Varnaccia G, Borrmann A, Lange C, Mensink GBM (2018): Körperliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Querschnittsergebnisse aus KIGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*. DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-6.
- Flick U (2009): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Hamburg: Rowohlt Verlag.
- Hascher T und Winkler-Ebner C (2010): Gesundheit und Bildung von Kindern und Jugendlichen. In: Paulus P (Hrsg.): Bildungsförderung durch Gesundheit. Bestandsaufnahme und Perspektiven für eine gute gesunde Schule. Weinheim, München: Juventa, 31-56.
- Helfferich C (2004): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- HKM (Hessisches Kultusministerium) (2018): Schulsanitätsdienst – Erste Hilfe. <https://kultusministerium.hessen.de/foerderangebote/schule-gesundheit/weitere-schwerpunkte/schulsanitaetsdienst-erste-hilfe>, letzter Zugriff am 03.09.2018
- Huber M (2011): Health: how should we define it? *British Medical Journal*, 343(7817):235-237.
- Hurrelmann K, Bauer U, Schaeffer D (2018): Strategiepapier #1. Gesundheitskompetenz im Erziehungs- und Bildungssystem fördern. Berlin: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz.
- Jordan S, Hoebel J (2015): Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell" (GEDA). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 58(9): 942-950.
- Kolip P (2006): Evaluation, Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung. Zentrale Herausforderungen für Prävention und Gesundheitsförderung. In: *Prävention und Gesundheitsförderung* 4/2006: 234-239.
- Kowall B (2010): Integrierte evidenzgestützte Bewertung von Public-Health-Maßnahmen. In: Gerhardus A, Breckenkamp J, Razum O, Schmacke N, Wenzel H (Hrsg.): *Evidence-based Public Health*. Bern: Verlag Hans Huber, 119-127.
- Kruse J (2015): Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz. 2. überarbeitete und ergänzte Weinheim: Beltz Juventa.
- Kuckartz U (2012): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim: Beltz Juventa.
- Lampert T (2016): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg.): *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 121-137.
- Lange M, Kamtsiuris P, Lange C, Schaffrath Rosario A, Stolzenberg H, und Lampert T (2007): Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 50: 578-89.

- Mensink GBM, Schienkiewitz A, Rabenberg M, Borrmann A, Richter A, Haftenberger M (2018): Konsum zuckerhaltiger Erfrischungsgetränke bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Querschnittsergebnisse aus KIGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*. DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-5.
- Naidoo J, Wills J (2010): *Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage*. Köln: BZgA.
- NASN (National Association of School Nurses) (2016): *Framework for 21st Century School Nursing Practice: National Association of School Nurses*. *NASN School Nurse*, 31(1): 45-53.
- Paakkari O, Torppa M, Kannas L, Paakkari L (2016): Subjective health literacy: Development of a brief instrument for school-aged children. *Scand J Public Health*.
- Paulus P, Schumacher L, Sieland B (2014): *Evaluationsbericht der DAK-Initiative „Gemeinsam gesunde Schule entwickeln“ 2007 – 2013. Reihe ZAG Forschungs- und Arbeitsberichte*. Lüneburg: Leuphana Universität, Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften (ZAG), Band 30.
- Pianalto AM and Wall M (2016): *The Effect of School Based Nursing on Health Related Outcomes in Children: A Review of Literature*. Honors Research Projects. 301. http://ideaexchange.uakron.edu/honors_research_projects/301, letzter Zugriff am 10.10.2018.
- Pinquart M, Silbereisen RK (2002): *Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter*. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 45(11): 873-878.
- Poethko-Müller C, Kuntz B, Lampert T, Neuhauser H (2018): *Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittsergebnisse aus KIGGS Welle 2 und Trends*. *Journal of Health Monitoring*. DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-007.
- Richter M (2005): *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter*. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2010): *Gesundheit in Deutschland – Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit? Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. Berlin, RKI.
- Sälzer C (2010): *Schule und Absentismus*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer U und Kolpatzik K (Hrsg.) (2018): *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken*. Berlin: KomPart 2018. http://www.nap-gesundheitskompetenz.de/media/com_form2content/documents/c10/a1203/f41/Nationaler%20Aktionsplan%20Gesundheitskompetenz.pdf, letzter Zugriff am 10.10.2018.
- Tannen A, Adam Y, Ebert J, Ewers M (2018): *Schulgesundheitspflege an allgemeinbildenden Schulen - SPLASH. Teil 1: Analyse der Ausgangslage*. Workingpaper No. 18-02 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik. Berlin: Charité - Universitätsmedizin Berlin.
- Unger von H (2014): *Partizipative Forschung. Einführung in die Forschungspraxis*. Wiesbaden: Springer VS.
- Vogl S (2015): *Interviews mit Kindern führen*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Wang L, Vernon-Smiley M, Gapinski M, Desisto M, Maughan E, Sheetz A (2014): *Cost-benefit study of school nursing services*. *JAMA Pediatrics*, 168(7): 642-648.
- WHO (World Health Organization) (2014): *European framework for quality standards in school health services and competences for school health professionals*. WHO Kopenhagen.

WHO (World Health Organization) (2010): Global Recommendations on physical Activity for Health.

WHO (World Health Organization) (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1, letzter Zugriff am 10.10.2018.

**Working Paper der Unit
Gesundheitswissenschaften
und ihre Didaktik**

ISSN 2193-0902

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
CVK – Augustenburger Platz 1
13353 Berlin | Deutschland