

**FACHTAGUNG**

04. OKTOBER 2018

**SCHULGESUNDHEITSFACHKRÄFTE**



DOKUMENTATION



# Inhalt

Vorwort	5	Grußwort	20
<hr/>		<hr/>	
Begrüßung	6	<b>Prof. Dr. Alexander Lorz</b> <i>Kultusminister Hessen</i>	
<b>Angela Schweers</b> <i>Vorstandsvorsitzende</i> <i>AWO Bezirksverband Potsdam e.V.</i>		<hr/>	
<hr/>		Präsentation	22
Grußwort	8	<b>Dr. Antje Tannen</b> <i>Charité Universitätsmedizin Berlin –</i> <i>Institut für Gesundheits-</i> <i>und Pflegewissenschaft</i>	
<b>Susanna Karawanskij</b> <i>Gesundheitsministerin</i> <i>des Landes Brandenburg</i>		<hr/>	
<hr/>		Präsentation	30
Grußwort	11	<b>Prof. Dr. Martin Sauer</b> <i>Gesellschaft zur Förderung</i> <i>sozialer Innovationen (GFSI)</i>	
<b>Britta Ernst</b> <i>Bildungsministerin</i> <i>des Landes Brandenburg</i>		<hr/>	
<hr/>		Präsentation	36
Grußwort	14	<b>Prof. Dr. Peter Paulus</b> <i>Leuphana-Universität Lüneburg</i> <b>Dr. Thomas Petzel</b> <i>Evaluationsforschung Lübeck</i>	
<b>Stefanie Stoff-Ahnis</b> <i>Mitglied der Geschäftsleitung</i> <i>AOK Nordost – Die Gesundheitskasse</i>		<hr/>	
<hr/>		Präsentation	46
Grußwort	17	<b>Gudrun Braksch</b> <i>Projektleitung</i> <i>Modellprojekt Brandenburg</i> <i>AWO Bezirksverband Potsdam e.V.</i>	
<b>Claus Heuberger</b> <i>Vorstandsvorsitzender</i> <i>Unfallkasse Brandenburg</i>		<hr/>	



# Vorwort

## Zwei weitere Jahre für die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen

Die Fachtagung zum „Modellprojekt Schulgesundheitsfachkräfte an öffentlichen Schulen im Land Brandenburg – Bilanz und Ausblick“ fand am 04. Oktober 2018 im Dorint-Hotel Sanssouci in Potsdam statt. Rund zwei Monate später, im Dezember vergangenen Jahres, verabschiedete der Brandenburger Landtag den Doppelhaushalt für die Jahre 2019/2020. Damit war die Finanzierung der Fortsetzung des Modellprojektes gesichert. Die Projektphase IV startete am 1. Januar 2019 und wird zum 31.12.2020 enden.

Die Abgeordneten ermöglichten es dadurch, dass über einen längeren Zeitraum von insgesamt vier Jahren die Auswirkungen und Effekte des Einsatzes von Schulgesundheitsfachkräften beobachtet und evaluiert werden können. Für die Projektphase IV wurden acht weitere examinierte Gesundheits- und Kinder- / Krankenpflegekräfte eingestellt. Sie erhalten jetzt auf Grundlage des evaluierten und überarbeiteten Curriculums eine Weiterbildung zu Schulgesundheitsfachkräften. Die Zertifikate sollen im Februar 2020 im Rahmen einer kleinen Feier übergeben werden.

Außerdem werden sieben zusätzliche Schulen in das Modellprojekt aufgenommen. Die neuen Modellschulen sind die Grundschule „Albert Schweitzer“ in Treuenbrietzen, die Grundschule Fichtenwalde, die Grundschule Unesco in Cottbus, die Grundschule Finsterwalde Nord, die Grundschule Botanischer Garten in Frankfurt (Oder) die Geschwister Scholl-Grundschule in Perleberg und die Karl-Liebnecht-Grundschule in Neuruppin.

Ziel des Projektes ist es zu prüfen, welchen Beitrag die Schulgesundheitsfachkräfte zur Gesundheit und zum Bildungserfolg in öffentlichen Schulen leisten können und unter welchen Voraussetzungen ein zukünftiger regelhafter Einsatz

funktionieren könnte. Dazu wird es auch in Projektphase IV mehrere Evaluationen geben, die von der Charité Universitätsmedizin Berlin – Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, der Leuphana-Universität, dem Delmenhorster Institut für Gesundheitsförderung (DIG) sowie durch die Technische Hochschule Mittelhessen in Gießen durchgeführt werden. Die wissenschaftliche Bewertung des Modellprojektes beinhaltet nun eine Folge-Erhebung zu den möglichen gesundheitlichen Effekten des Einsatzes von Schulgesundheitsfachkräften, die Entwicklung eines in der Praxis erprobten und möglichst standardisierten Dokumentationssystems sowie die Auswirkungen auf die Bildungschancen der Kinder und Jugendlichen. Außerdem soll ein umfassendes Gutachten erstellt werden, wie und unter welchen Voraussetzungen eine Verstetigung im Land Brandenburg und darüber hinaus gelingen kann.

Die vorliegende Dokumentation ermöglicht einen Einblick in die Ergebnisse der Evaluationen und die einzelnen Positionen der beteiligten Ministerien und Institutionen. Wir danken allen UnterstützerInnen unseres Modellprojektes „Schulgesundheitsfachkräfte an öffentlichen Schulen im Land Brandenburg“ und freuen uns auf die gute Zusammenarbeit mit unseren Kooperationspartnern, den Modellschulen, den Gesundheits- und Schulämtern, den Kommunen und allen anderen Akteuren in den Regionen – mit dem Ziel, die Gesundheit und die Chancengleichheit der Kinder und Jugendlichen zu stärken.

└

# Begrüßung

**Angela Schweers**

*Vorstandsvorsitzende  
AWO Bezirksverband  
Potsdam e.V.*

*Sehr geehrte Ministerinnen, Partner, Mitarbeiter\*innen, Vertreter und Vertreterinnen der Krankenkassen, Evaluatoren und Evaluatorinnen, Schulleiterinnen und Schulleiter, Schuldirektoren, Gesundheitsämter.*

Liebe Gäste wir freuen uns sehr, dass wir heute den zweiten Fachtag zum Modellprojekt Schulgesundheitsfachkräfte durchführen können. Gestern war der 3. Oktober, der Tag der Deutschen Einheit und meine Gedanken waren mit viel Vorfreude, aber natürlich auch mit viel Aufregung verbunden auf heute, wie immer. Und dann kam mir der Gedanke nach den ganzen Reden, die wir im Fernsehen zum Tag der Einheit gehört haben, dass es einen Zusammenhang zur heutigen Veranstaltung gibt. Man könnte sagen, wir wollen heute Ideen verbinden.

Es ist schön, dass Vertreterinnen und Vertreter vieler Bundesländer und sogar Gäste aus Österreich heute hier sind. Wir haben ein Projekt begonnen in Brandenburg mit den Schulgesundheitsfachkräften und vielleicht ist es ein kleiner Beitrag, dies jetzt auch in die große Politik zu übertragen – Ideen verbinden.

An dieser Stelle ist es mir wichtig zu betonen, dass wir bereits mit dem Projekt 2009 begonnen haben. Es wird manchmal auf die Politik geschimpft, es wird gesagt, sie sei unzuverlässig oder nicht stetig oder Politiker haben bloß ihre vier Wahljahre im Blick. Wir können sagen, seit 2009 haben sie immer zu uns gehalten und es wäre schön, wenn es auch noch die nächsten neun Jahre so weitergeht.

Ich möchte hier jetzt nur eine kurze Bilanz der Arbeit in den vergangenen zwei Jahren ziehen. Ich mag besonders gerne Zahlen. Die regionalen Arbeitskreise in den neun Modellregionen in Brandenburg haben in der Zeit von 2017 bis 2018 44 mal stattgefunden. Wir hatten neun Reflexionstage vom November 2017 bis September 2018, insgesamt 15 Sitzungen der Steuerungskreise, vier Sitzungen des gemeinsamen


Steuerungskreises Hessen und Brandenburg und wir haben eine Aufnahme in den Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz (NAK) als Strategiepapier erreicht, worauf wir besonders stolz sind. Und dass ist nur mit der Unterstützung aller hier im Raum möglich gewesen. Vielen Dank dafür.

Wir haben in diesen zwei Jahren ganz viel Unterstützung erfahren von den Ministerien, aber auch von den Verwaltungen. Und vor allem danken wir denjenigen Institutionen die es bis zum heutigen Tage finanzieren, das sind besonders die beteiligten Kassen. Beteiligt haben sich die Ministerien und der AWO Bezirksverband Potsdam e.V. hat auch noch etwas dazugegeben. Aber das Vertrauen der Kassen – der AOK Nordost und der Unfallkasse Brandenburg – in diese innovative Idee hat es erst ermöglicht. Weil es eben nicht reicht, eine gute Idee zu haben. Man muss auch viele Unterstützer gewinnen, die mitmachen. Dafür herzlichen Dank. Bleiben Sie uns gewogen.

Wenn man so eine Tagung vorbereitet, dann gibt es natürlich eine lange Planung und Vorbereitung. Und am letzten Tag schubst man manchmal das gesamte Programm um. Das haben wir natürlich auch gemacht. Deswegen werden wir nach den Grußworten den Projektfilm sehen, weil wir der Meinung sind, dass dieser Film den Verlauf der letzten zwei Jahre sehr gut abbildet. Wir werden danach Ergebnisse der Evaluationen hören, die Evaluationen der Berliner Charité, der Leuphana-Universität Lüneburg und der Gesellschaft für soziale Innovationen (GFSI), die die Revision des Curriculums begleitet hat. Das sind spannende Vorträge über die ersten Ergebnisse, über die ersten Ahnungen, über die ersten Daten, zu Bauchgefühlen. Und um das gut verstehen zu können, ist der Film hilfreich.

Ich wünsche uns und Ihnen einen aufregenden, erkenntnisreichen, spannenden und unfallfreien Tag.



A woman with blonde hair, wearing a green patterned jacket over a red top, stands behind a wooden podium. She is speaking into two microphones. The background is a dark red curtain. The podium has a white nameplate with black text.

**Angela Schweers**

Vorstandsvorsitzende  
AWO Bezirksverband Potsdam e.V.

Angela Schweers, Vorstandsvorsitzende  
des AWO Bezirksverbandes Potsdam e.V.

Quelle: AWO Bezirksverband Potsdam e.V.

# Grußwort

**Susanna Karawanskij**  
*Gesundheitsministerin des  
Landes Brandenburg*

*Sehr geehrte Frau Schweers, sehr geehrte Frau Ministerin Ernst, geehrte Damen und Herren.*

Vor fast sechs Jahren, hat sich das Plenum des Bündnisses „Gesund aufwachsen in Brandenburg“ erstmals für den Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften ausgesprochen. Seit nun rund anderthalb Jahren haben wir in Brandenburg modellhaft Schulgesundheitsfachkräfte im Einsatz. Das ist eine beachtliche Leistung, das stimmt mich sehr positiv. Nicht zuletzt ist es ein tolles Ergebnis nach dem unermüdlichen Einsatz, des AWO Bezirksverband Potsdam e.V. Vielen Dank dafür.

Als Mitglied im Vorstand des Deutschen Kinderhilfswerkes, dem ich früher angehörte, habe ich gemeinsam mit anderen engagierten Menschen nicht nur für die Rechte von Kindern gekämpft, sondern vor allen Dingen auch für die Überwindung von Kinderarmut. Als ich gerademal vor zwei Wochen von der heutigen Veranstaltung erfahren habe, habe ich gleich zugesagt. Denn ich denke, dass Schulgesundheitsfachkräfte einen entscheidenden Beitrag leisten für Kinder aus unterschiedlichen sozialen Verhältnissen. Sie tragen dazu bei, dass die gesundheitlichen Voraussetzungen geschaffen werden, um die Bildungszugänge angleichen zu können, Bildungschancen zu ermöglichen, die doch so

unterschiedlich sind und trotzdem das ganze Gesamtsetting an Gesundheit und an Familie und persönlichen Motivationen mit einzubeziehen.

Die Türen der „Krankenzimmer“ der zehn Gesundheitsfachkräfte stehen für kleinere und größere Blessuren offen, aber auch bei Fragen der Schülerinnen und Schüler. Sie sind ja auch Vertrauenspersonen, wenn es um die gesundheitlichen Belange von Kindern und Jugendlichen geht. Die Schulgesundheitsfachkräfte leisten in 20 Modellschulen seit über anderthalb Jahren ihre Hauptarbeit und haben auch schon viel bewegt. Und ich möchte an dieser Stelle auch für den persönlichen Einsatz, für dieses Engagement an den Schülerinnen und Schülern, ein ganz großes Dankeschön sagen. Denn das wichtige, was sie geben, geben sie nicht nur den Schüler\*innen, also den Patientinnen und Patienten von morgen, sondern auch den Lehrerinnen und Lehrern. Die Sicherheit in gesundheitlichen Fragen. Sie sind ein unverzichtbarer Bestandteil des Schulalltags geworden. Das Thema Gesundheit wird durch ihre Anwesenheit auch zunehmend zu einem Bestandteil des Gesamtkonzepts Schule und das finde ich gut und wichtig nicht nur im Sinne der Schülerinnen und Schüler, nicht nur für das Konzept Schule, sondern auch für unsere Zukunft im größeren Maßstab. ┘





**Susanna Karawanskij**

Gesundheitsministerin  
des Landes Brandenburg

Gesundheitsministerin Susanna Karawanskij, Ministerium für Arbeit,  
Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg

Quelle: AWO Bezirksverband Potsdam e.V.

Wie stark ihr Einfluss auf die Gesundheitskompetenz der Schülerinnen und Schüler ist, müssen wir auf Grundlage von Daten noch ermitteln. Um die Daten geht es auch heute. Ich bin sehr gespannt, denn nur auf der Grundlage von Fakten und auch von Analysen können wir weiter über den Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften diskutieren und entsprechend entscheiden. Ich weiß, dass die 20 Modellschulen, vor allem die Schülerinnen und Schüler, aber auch die Lehrkräfte, ihre Schulgesundheitsfachkraft gern über den 31. Oktober 2018 hinaus behalten möchten. Ich weiß auch, dass die zehn Schulgesundheitsfachkräfte weiterhin an den Schulen tätig sein möchten und damit das weiterhin möglich ist, arbeitet der AWO Bezirksverband Potsdam e.V. eng mit meinem Haus, mit dem Bildungsministerium, mit der AOK Nordost und der Unfallkasse zusammen. Fest steht, dass man für Modelle, mit denen man ja auch Neuland betreten möchte und Neuland betritt, Zeit, Geduld und manchmal einen ganz schön langen Atem braucht. Zumal dieses Modell in Deutschland völlig unterschiedliche Systeme zusammenbringt: Einerseits das bundesrechtlich sozialversicherungsrechtlich geregelte Gesundheitssystem und auf der anderen Seite das Schulwesen, was eine ganz klassische Landesaufgabe ist.

Das Plenum des Bündnisses „Gesund aufwachsen“ hat in diesem Jahr erneut einen Beschluss zum Einsatz von Schulgesundheits-

fachkräften gefasst. Die Landesregierung und Sozialversicherungsträger werden gebeten, entsprechend eine Weiterführung und eine weitere Entwicklung des Modellprojektes über den besagten Stichtag 30. Oktober 2018 hinaus zu unterstützen. Mein Haus hat sich im Rahmen der Aufstellung des Landeshaushalts für die Jahre 2019/2020 für die Fortführung des Modellprojektes stark gemacht. Nun liegt es natürlich am Gesetzgeber, am Landtag, diesen Vorschlag und damit auch einer Fortführung über die nächsten zwei Haushaltsjahre entsprechend zuzustimmen.

Ich persönlich würde mich freuen, wenn das Modell Schule macht, sich andere Bundesländer die positiven Effekte anschauen, vielleicht weiterentwickeln, übertragen und wenn vielleicht – ich spinne das jetzt ein bisschen weiter – irgendwann mein Kind oder vielleicht auch kleinere Kinder, die noch nicht schulpflichtig sind, auch auf eine Gesundheitsfachkraft zurückgreifen können. Ob dies tatsächlich gelingen wird, das kann heute tatsächlich noch niemand sagen. Wir haben noch viele Fragen offen, noch viele Fragen zu beantworten, es sind auch noch einige Hürden zu nehmen.

Auf einige Fragen, so hoffe ich, werden wir bereits heute Antworten finden. Einiges wird offen bleiben, einiges wird noch diskutiert werden und einiges muss auch erprobt werden. Und ich meine besonders den AWO

Bezirksverband Potsdam, mein Haus, das Bildungsministerium, die AOK, die Kassen in Brandenburg, dass wir im Sinne unserer Kinder und der Zukunft weiter arbeiten, ausprobieren und auf Fakten und Analysen das Beste für die Zukunft ausloten. Ich wünsche uns allen heute eine aufschlussreiche und erkenntnisbringende Veranstaltung und danke Ihnen für die Aufmerksamkeit.

┌

# Grußwort

**Britta Ernst**

*Bildungsministerin  
des Landes Brandenburg*

Hier sind die wesentlichen Akteure, Projektträger und Projektpartner dieses wichtigen Vorhabens zusammen gekommen, um Erfahrungen dazu austauschen, wie es mit der Schulgesundheit weiter gehen soll. Erfreulicherweise haben die allermeisten Schulkinder keine gesundheitlichen Probleme und meistern gesundheitlich unauffällig den Schulalltag. Dennoch gibt es genügend Kinder mit körperlichen, psychischen oder chronischen Beschwerden. Damit beginnt oft ein Kreislauf mit negativen Wirkungen auf persönliche und gesellschaftliche Entwicklungen.

Uns eint die Erkenntnis, dass wir mehr für die Gesundheit unserer Kinder und Jugendlichen tun müssen und dass wir unsere Ziele besser durch Zusammenarbeit erreichen können. Die Schule ist der Ort, an dem sich Kinder und Jugendliche viele Stunden am Tag aufhalten. Deshalb ist sie ein wichtiger Anknüpfungspunkt für die Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Natürlich wissen wir generell, dass gesundes Aufwachsen und Bildungserfolg untrennbar zusammenhängen; gesunde Kinder lernen besser. Eine entscheidende Rolle dabei spielt auch das Elternhaus. Es ist wichtig, wenn Eltern die Gesundheit ihrer Kinder im Blick haben und wissen, was langfristig dafür getan werden muss. Schlecht ist es jedoch für jene Kinder, deren Eltern dies nicht wissen oder es nicht schaffen, für gesunde Rahmenbedingungen zu sorgen.

Diese unterschiedlichen Voraussetzungen fordern alle beteiligten Akteure in hohem Maße heraus, zu einem gesunden Aufwachsen beizutragen. Bei diesem Thema führt kein Weg an der Schule vorbei. Wir müssen geeignete Wege finden, die Gesundheitsprävention zu einem stabilisierenden und selbstverständlichen Element des Schulalltags machen. Die Schulgesundheitsfachkraft ist nah dran an den Kindern und Jugendlichen. Sie agiert in einem gesellschaftlichen Rahmen, der das gesunde Aufwachsen ermöglicht und sichert.

Deshalb ist das Bildungsministerium in vielerlei Hinsicht eng verzahnt mit gesundheitlichen Aktivitäten. Dazu gehören: Das Landesprogramm „Gesunde Schule“, das mit zwei weiteren Kooperationspartnern bis Ende 2020 verlängert wurde. Dazu gehört das „Netzwerk gesunde Kinder“, das seine Aktivitäten bei den Kleinsten ansetzt. Das in allen Landesregionen agierende Netzwerk ist ein bundesweit einmaliges Projekt, das Ehrenamt und Professionalität verbindet und sehr früh Eltern mit Rat und Tat zur Seite steht. Und mit dem Projekt „Henriettes's activityschool“ fördern wir Bewegungsangebote an Grundschulen. Auch für eine gesunde Ernährung an Schulen gibt es viele Initiativen. Die Vernetzungsstelle Schulverpflegung ist da sehr aktiv. Der Rahmenlehrplan verpflichtet die Schulen, Gesundheitsförderung fächerübergreifend und projektbezogen umzusetzen.

Dennoch wissen wir, dass viele Kinder und Jugendliche gesundheitliche Probleme haben und geben uns daher mit dem Erreichten nicht zufrieden.

Seit Anfang der 2000er Jahre wird an dem Projekt der Schulgesundheitsfachkräfte gearbeitet. Das ist eine lange Zeit. Natürlich ist eine Schulgesundheitsfachkraft etwas Besonderes, denn sie ist viele Stunden vor Ort bei den Kindern. Das ist ein wesentlicher Aspekt der Gesundheitsförderung. Wir wollen etwas auf den Weg bringen, das in vielen anderen Ländern schon Praxis ist und auch von der Weltgesundheitsorganisation empfohlen wird – dass Schulgesundheitsfachkräfte an den Schulen sind.

Heute blicken wir auf einen knapp zweijährigen Einsatz der Schulgesundheitsfachkräfte zurück. Wir können uns jetzt ein genaueres Bild über die Wirkungen machen. Ich glaube, es gibt keine Schule, die die Arbeit der Schulgesundheitsfachkräfte nicht als große Bereicherung empfindet. Vermutlich gibt es auch keine Schulgesundheitsfachkraft, die Zweifel

an der Wichtigkeit ihrer Arbeit hat. Das Modellprojekt wird wissenschaftlich begleitet; inzwischen liegen erste Untersuchungsergebnisse vor.

Wer mit einigem Abstand auf unser Sozial-, Bildungs- und Gesundheitssystem schaut, wundert sich vielleicht, warum dies so kompliziert ist. Wir haben an vielen Stellen gut funktionierende Unterstützungssysteme in Deutschland und wirksame kommunale Angebote. Die große Kunst ist, die Hilfe und Unterstützung so zu organisieren, dass beides ohne große Hürden bei den Kindern und Jugendlichen optimal ankommt. Dass dies mühsam ist, sehen wir an den Debatten über einen guten Ganzttag, an der Kooperation Schule/Jugendhilfe, am Übergang Krippe/Kita/Schule, am Übergang Schule/Beruf, an der Jugendberufshilfe sowie an dem Umgang mit Kindern mit Behinderung. An all diesen Schnittstellen haben wir zu tun.

In dieser Gemengelage stecken wir auch mit diesem Modellprojekt. Letztlich geht es in vielen Bereichen auch darum, die bereits vorhandenen Ressourcen zu bündeln und nicht von vornherein nach zusätzlichen zu suchen. Selbst wenn das mitunter der vermeintlich einfachere Weg zu sein scheint, ist es nicht immer der realistischere. Es gilt, ein gesundes Maß zu finden zwischen dem, was da ist und sich bewährt hat und dem, was zwingend zusätzlich notwendig ist.

Ich finde, dass in dem, was wir haben, bereits ein großer Anteil von Prävention integriert ist. Das ist genau das, was die Schulgesundheitsfachkraft macht. Dennoch geht ihre Tätigkeit weit drüber hinaus. Gerade auch die Kooperation mit anderen außerschulischen Partnern ist noch ein weites Feld. Ebenso fehlen uns noch viele Antworten darauf, wie die ganzheitlichen Bedürfnisse von Kindern und ihren Familien in den Blick zu nehmen sind. Und auch die große Frage ist unbeantwortet, ob sich mit dem Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen

besserer Gesundheit und einem veränderten Bildungsverhalten herstellen lässt.

Dennoch reiht sich das Projekt der Schulgesundheitsfachkräfte natürlich ein in die große Aufgabe, den Bildungserfolg von Kindern und Jugendlichen zu entkoppeln von dem, was die Elternhäuser ihnen mitgeben können. Das ist eigentlich das Versprechen, das der deutsche Bildungsstaat den Kindern gibt. Wir erreichen es an vielen Stellen. Zweifelsohne sind wir inzwischen viel besser geworden; aber wir sind noch nicht da, wo wir sein wollen. Deshalb ist es sinnvoll, eben nicht nur auf eher soziale Kriterien zu schauen – wie z.B. Arbeitsbeteiligung –, sondern die Gesundheit als lern- und entwicklungsfördernde Bedingung mit in den Blick zu nehmen.

Ich danke allen, die auf diesem Gebiet tätig sind, für das langjährige und ausdauernde Engagement. Es stimmt, das braucht einen langen Atem. Aber wir haben schon viel geschafft, denn verglichen mit anderen Bundesländern sind wir in Brandenburg schon sehr, sehr weit. Dafür bedanke ich mich herzlich. Ich hoffe, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus anderen Bundesländern diesen Schwung mitnehmen und in ihre Länder tragen. Daraus wachsen Rückkoppelungseffekte, die uns helfen werden, weitere Schritte zu gehen.



**Britta Ernst**

Bildungsministerin  
des Landes Brandenburg

Bildungsministerin Britta Ernst, Ministerium für Bildung,  
Jugend und Sport des Landes Brandenburg

Quelle: AWO Bezirksverband Potsdam e.V.

# Grußwort

## Stefanie Stoff-Ahnis

*Mitglied der Geschäftsleitung*

*AOK Nordost –*

*Die Gesundheitskasse*

Sehr geehrte Ministerin Karawanskij, sehr geehrte Ministerin Ernst, sehr geehrter Herr Heuberger liebe Frau Schweers, liebe Schulgesundheitsfachkräfte und sehr geehrte Damen und Herren.

Wir haben vor mehr als zwei Jahren unser Modellprojekt im Land Brandenburg gestartet und gerne möchte ich den Tag heute nutzen, Ihnen zu danken für die gute Zusammenarbeit, für die enge Kooperation, auch das Vertrauen, diesen innovativen Schritt zu gehen. Heute wollen wir nun Bilanz ziehen und erfahren welche ersten Effekte die Arbeit in den vergangenen zwei Jahren hatte. Gleichzeitig wollen wir aber auch den Blick nach vorne richten. Ministerin Karawanskij hatte es vorsichtig formuliert. Wir sind uns als Projektpartner einig, dass wir das Modellprojekt an den 20 Modellschulen fortsetzen wollen. Wir brauchen jetzt als Unterstützung den Landtag und es sind Vertreterinnen ja heute hier vor Ort. Insofern hoffe ich sehr stark, dass wir durch die Diskussion, durch die Ergebnisse, die uns heute präsentiert werden, auch den Landtag für uns gewinnen können.

Als AOK Nordost ist es unser maßgebliches Anliegen, den Kindern im Land Brandenburg ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen. Die Voraussetzungen dafür sind ungleich verteilt. Ministerin Ernst hat gerade noch mal sehr deutlich darauf Bezug genommen. Aus unserer Sicht setzt das Modellprojekt genau hier an. Nur in der Schule können wir alle Kinder gleichermaßen erreichen. Zum einen, um sie in ihrem Gesundheitsverhalten zu stärken und zum anderen eben auch, um präventiv auf ihre Gesundheit förderlich Einfluss zu nehmen. Wir erhoffen uns natürlich auch positive Effekte auf die Lernerfolge und nicht zuletzt auch weil Lehrkräfte sich auf den eigentlichen Lehrauftrag konzentrieren können – Darum haben wir zugesichert, dass wir dieses Modellprojekt für eine weitere Zeit gerne unterstützen möchten.

Ohne den Evaluationsergebnissen der Partner Charité und auch der Leuphana-Universität vorzugreifen: Ein Punkt ist er-

kennbar aus den Evaluationen. Sie zeigen, dass die Arbeit der Schulgesundheitsfachkräfte in den Schulen von allen Beteiligten, von den Lehrerinnen und Lehrern, von den Eltern aber auch von den Schülerinnen und Schülern gut in Anspruch genommen und auch geschätzt wird. Die Schülerinnen und Schüler haben ihre subjektive Gesundheit zum hohen Anteil gut bis sehr gut eingeordnet. Viel zu tun bleibt aber noch, das werden wir sehen, in den Themen Ernährung, Bewegung, Medienkonsum, Tabakkonsum und gesunder Schlaf. Wir kennen genau diese Belastungen für Kinder im Schulalter auch aus anderen Studien, zum Beispiel aus der AOK-Familienstudie. Und darum ist dieses Projekt so wichtig.

Völlig zu Recht hat Frau Ministerin Ernst gesagt, wir brauchen valide wissenschaftliche Erkenntnisse. Das sehen wir genauso. Wenn wir heute auf die Ergebnisse schauen, müssen wir aber auch ein Stück realistisch bleiben. Denn gesundheitliche Effekte lassen sich nach so kurzer Projektlaufzeit nur schwer nachweisen. Wir alle wissen das, wie etwa der Einfluss auf Verhalten und so weiter auch Zeit beansprucht. Und deswegen scheint es uns umso wichtiger, die Erprobung fortzusetzen. Fazit für uns, liebe Schulgesundheitsfachkräfte: Sie haben an den Modellschulen ihren Platz gefunden und darum sagen wir, wir sind auf einem sehr guten Weg.

Mit Blick auf die Zukunft gibt es aus unserer Sicht noch eine Reihe von Themen, an denen wir weiter arbeiten möchten in den nächsten zwei Jahren. Ich möchte mich auf drei beschränken. Erstens, wir sollten unser Augenmerk darauf richten, wie Schulgesundheitsfachkräfte in den verschiedenen Schulen eingesetzt werden. Denn, das ist auch eine Erfahrung aus dem bisherigen Verlauf, es gibt von Schule zu Schule noch sehr große Unterschiede in der Art und in dem Umfang, also der Anbindung der Schulgesundheitsfachkräfte ganz konkret in den Schulalltag. Und unser Ziel sollte es sein dass wir einen allgemeingültigen Qualitätsstandard finden für die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte.



**Stefanie Stoff-Ahnis**

Mitglied der Geschäftsführung  
AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

Stefanie Stoff-Ahnis, Mitglied der Geschäftsleitung  
AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

Quelle: AWO Bezirksverband Potsdam e.V.

Zweites wichtiges Thema ist die Abgrenzung der Arbeit der Schulgesundheitsfachkräfte zur Schulpsychologie und auch zur Schulsoziologie oder Schulsozialarbeit. Es braucht ein ganz klares Verständnis dafür, wo die Arbeit des einen beginnt und wo die des anderen endet. Dass wir uns keinesfalls im Weg stehen mit unseren Fachkräften, sondern dass sie sich sehr gut ergänzen.

Und ein drittes wichtiges Thema für die kommenden zwei Jahre ist aus Sicht der AOK Nordost die engere Verzahnung mit dem Landesprogramm für die gute gesunde Schule in Brandenburg. Auch dieser Punkt, Frau Ministerin Ernst, den hatten Sie angesprochen, ist für uns ein sehr, sehr relevanter Punkt, da wir einen großen Vorteil darin sehen, vorhandene Dinge miteinander zu koppeln, Dinge miteinander zu bündeln. Und über das Programm „Gute gesunde Schule“ verfügen wir im Land Brandenburg über gut ausgebaute Strukturen.

Wir möchten Schulen auf diese Weise noch mehr dabei unterstützen, einen gesundheitsförderlichen Schulentwicklungsprozess aufzubauen und umzusetzen und darum ist es aus unserer Sicht nutzbringend, wenn Schulgesundheitsfachkräfte hier eine besondere Funktion übernehmen. Wir können uns beispielsweise vorstellen, dass Schulgesundheitsfachkräfte zusammen mit der Schulleitung die Umsetzung des Landesprogrammes „Gute gesunde Schule“ in ihren jeweiligen Modellschulen steuern. Die Schulgesundheitsfachkräfte kennen am besten die Abläufe aus der Perspektive Gesundheit in den Schulen und dadurch können Sie Ihre Expertise sehr gut einbringen, die vorhandenen Angebote, die das Landesprogramm bietet, genau gezielt effizient für die Bedarfe der Schule einsetzen.

Bisher nehmen lediglich acht der 20 Modellschulen am Landesprogramm „Gute gesunde Schule“ in Brandenburg teil. Um letztlich an diesem Programm teilzunehmen, wird von der Schule erwartet, dass das Thema Gesundheit in den Mittel-

punkt des Schulprogramms gestellt wird und dass sich das Thema Gesundheit in dem Leitbild der Schule wiederfindet. Und aus unserer Sicht sollte das eine Selbstverständlichkeit sein für unsere Modellschulen, die mit Schulgesundheitsfachkräften zusammenzuarbeiten. Wir sehen hier eine große Chance, Dinge zu verstärken, wenn wir sie noch enger miteinander verzahnen.

Sehr geehrte Damen und Herren, wir sind gespannt auf die Ergebnisse der zurückliegenden zwei Jahre. Wir werden daraus unsere Schlussfolgerungen ziehen. Wir werden dadurch das Programm noch mehr anreichern, wenn es in die nächste Projektphase geht, es wäre mittlerweile die vierte Modellprojektphase. Vielen Dank nochmals für die Zusammenarbeit und vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.





# Grußwort

**Claus Heuberger**

*Vorstandsvorsitzender  
Unfallkasse Brandenburg*

*Sehr geehrte Frau Ministerin Ernst, sehr geehrte Frau Ministerin Karawanskij, sehr geehrte Frau Schweers, sehr geehrte Frau Stoff-Ahnis.*

Zu wissen, dass mit einer Schulgesundheitsfachkraft eine professionelle Erstbetreuung nach einem Unfall in den Schulen vor Ort ist, könnte die Unfallkasse aufjubeln lassen, sie könnte sich zurücklehnen. Es ist ein so hoher Wert, den man gar nicht hoch genug bewerten kann. Gleichwohl sind wir damit nicht zufrieden, wir wollen vielmehr, dass es gar nicht erst zu einem Unfall kommt. Um das zu erreichen, setzen wir auch große Hoffnungen in die Arbeit der Schulgesundheitsfachkräfte. Weil doch die eine oder andere Fehlentwicklung, die auch meine Vorrednerin mit dem Stichwort Bewegung, Stichwort Ernährung erwähnt hat, korrigiert werden könnte, wenn die Schulgesundheitsfachkraft genau die Beziehung zu den Schülerinnen und Schülern aufbaut, die wir uns erhoffen und wünschen. Und ich habe jedenfalls die Hoffnung, dass dies auch gelingen kann.

Anders als die Lehrkraft ist die Schulgesundheitsfachkraft in einer anderen Position. Die Schulgesundheitsfachkraft hilft mit einer Salbe, die den Insektenstich kühlt und den Juckreiz verhindert, mit dem Pflaster, das einfach gut tut nach der Erstverletzung. Da wird ein Vertrauensverhältnis aufgebaut, das anders aussieht als das Vertrauen zur Lehrkraft, die eigentlich immer Spaßbremse ist. Die Lehrkraft raubt einem Freizeit am Vormittag, gibt Hausaufgaben auf und nimmt einem dann auch noch die Gummibärchen weg und

die Cola und die Chips. Und irgendwann ist dann Schluss, dann mache ich doch was ich will. Das ist bei der Schulgesundheitsfachkraft jedenfalls im Modell anders. Und in dem Zusammenhang hoffen wir sehr, dass diese Themen wie Übergewichtigkeit und die damit einhergehenden Bewegungsmängel bekämpft werden. Und zwar nicht mit Druck, sondern mit Erkenntnis, mit der Einsicht in die Notwendigkeit.

In diesem Zusammenhang ist es mir ganz wichtig darauf hinzuweisen, dass wir natürlich nicht die Welt verbessern, wenn wir Schulgesundheitsfachkräfte in der Schule haben und dass wir dann keine Unfälle und keine Sorgen mehr haben. Aber es wird deutlich besser sein. Nur anhand von solchen Maßnahmen können wir dahin kommen, dass die Kinder lernen, Verantwortung für sich selbst zu übernehmen, Sie erkennen dann, dass sie für ihre Gesundheit eintreten müssen und dass gegebenenfalls die eine oder andere Fehlentwicklung gebremst und korrigiert werden kann. Ein Beispiel ist natürlich der Sportunterricht: Wenn übergewichtige Kinder auf einmal keine Bälle mehr fangen können und sich die Kapseln verletzen und auf dem Schulweg beziehungsweise dem Schulhof Stürze unvermeidlich sind, wenn sie sich nicht mehr so abfangen, wie es eigentlich ein gesunder, ein beweglicher Mensch kann, sich damit Prellungen, Verstauchungen, Zerrungen holen kann. Das belastet natürlich die Kasse und die Kosten, aber es ist vor allem schmerzhaft und führt dann dazu, dass man keine Lust mehr hat, den Ball zu fangen, Sport zu machen, man läuft nicht mehr mit

und setzt damit eine Spirale in Gang, die wir eigentlich durchbrechen wollen.

Meine Damen und Herren, Sie sehen an diesem doch relativ einfachen Beispiel eines. Anderthalb Jahre oder zwei Jahre reichen nicht aus, um jetzt eine Erfolgsbilanz, überhaupt eine Bilanz ziehen zu können. Deswegen hatte ich, als dieses Projekt gestartet wurde, größte Bedenken, als ich erfahren habe, es ist auf anderthalb Jahre angesetzt. Bezogen auf die Unfallzahlen ist es einfach ein Langzeitprojekt. Wir kriegen das in dieser kurzen Zeit nicht hin, hier eine Statistik zu erheben, aus der man dann auch die richtigen Schlüsse ziehen kann. Von daher bin ich heilfroh, dass dieses Projekt fortgesetzt wird und ich möchte auch meinen ganz herzlichen Dank an alle diejenigen richten, die tatkräftig, ideell und materiell an diesem Projekt Schulgesundheitsfachkräfte mitwirken.

Wir als Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand haben gewisse gesetzliche Vorgaben zu beachten und ich bin ein bisschen stolz darauf zu sagen dass wir zumindest zwei ambitionierte Vorhaben, die der Gesetzgeber uns aufgegeben hat, mit diesem Projekt in die Tat umsetzen. Das eine ist das Präventionsgesetz, das uns Sozialversicherungsträger beauftragt, zusammenzuarbeiten, bei der Prävention themenübergreifend Maßnahmen zu ergreifen, damit die Zahl der Krankheiten und Unfälle zurückgeht. Das Projekt ist ein Modell dafür. Und das zweite, was ich hier betonen möchte, ist die Vorgabe des Gesetzgebers, dass wir alle geeigneten Mittel ergreifen sollen, um Unfälle zu vermeiden. Und



**Claus Heuberger**  
Vorstandsvorsitzender  
Unfallkasse Brandenburg

Claus Heuberger, Vorstandsvorsitzender  
Unfallkasse Brandenburg

Quelle: AWO Bezirksverband Potsdam e.V.

was ist besser geeignet als in den Schulen anzufangen, hier Bewusstsein zu schaffen, Bewusstsein für gesunde bewusste Ernährung und gesunde bewusste Lebensweise und Bewegung. Und auch durchaus darauf zu achten, dass man eben Psyche und Physis in Einklang bringt. Von daher bin ich ein absoluter Anhänger dieses Projektes und freue mich sehr, dass wir hier noch nicht am Ende sind, sondern in die Zukunft schauen und weiter fortschreiten können.

Und ich möchte an dieser Stelle auch nicht versäumen, ein weiteres Anliegen von mir zum Besten zu geben, nämlich unser Dachverband, die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, hat – nachdem sie viele Kampagnen gefahren hat, die meistens themenbezogen waren wie Haut, Rücken oder branchenspezifisches Risiko, wie das Transportwesen 2017 – eine Kampagne gestartet, die die Kultur der Prävention zum Thema hat. Mit dieser Kampagne, die auf mindestens zehn Jahre angelegt ist, sollen alle Gesellschaftsschichten erreicht werden, damit Unfälle vermieden werden und das auch im täglichen Bewusstsein verankert wird. Die Kultur der Prävention muss in alle Gesellschaftsschichten hinein verlagert werden und auch dazu dient die Schule.

Ich muss auch sagen, ich habe da eine gewisse Hoffnung, die vielleicht noch gar nicht so richtig gesehen wird. Ich habe die Hoffnung, dass die Schülerinnen und Schüler, wenn sie dann von ihrer Schulgesundheitsfachkraft erzählen, dass es gar nicht so gut ist, Schokolade zu essen und dass es besser ist, wenn Frischobst die Pause versüßt, dass dann auch die Erwachsenen das begreifen. Dass beispielsweise ein Vollkornprodukt die Unterzuckerung in kurzer Zeit verhindert und man gar nicht so schnell etwas Süßes benötigt. Es ist vielleicht ein bisschen utopisch, aber ich habe die Hoffnung, dass genau hier ein Erfolg erzielt wird, den wir vielleicht noch gar nicht erkennen.

Lassen Sie mich deswegen an dieser Stelle auch allen danken, besonders Ihnen, Frau Schweers. Ihr Engagement halte ich wirklich für bewunderungswert. Ich habe es erst vor andert-

halb Jahren gelernt, was es bedeutet, dieses Projekt voranzutreiben, dies überhaupt aus der Taufe zu heben und dann nicht nachzulassen. Und an der Stelle wo wir heute sind, dass wir wirklich Hoffnung haben können, dass es weitergeführt wird, das ist meiner Ansicht nach aller Bewunderung wert und Sie haben jedenfalls meine absolute Dankbarkeit dafür. Damit möchte ich auch schon schließen, es ist alles gesagt, was gesagt werden muss, jedenfalls von meinen Vorrednerinnen und ich konnte nur noch ergänzen. Ich danke herzlich für die Aufmerksamkeit.



# Grußbotschaft per Video

**Prof. Dr. Alexander Lorz**

*Kultusminister Hessen*

Sehr geehrte Damen und Herren, Gesundheit und Bildung sind untrennbar miteinander verbunden. Das wussten schon die alten Römer: Mens Sana in Corpore Sano. Unsere Schulgesundheitsfachkräfte sind vor Ort an unseren Modellschulen, seit 2017 leisten sie hervorragende Arbeit, von der Schülerinnen und Schüler, die Eltern gleichermaßen profitieren. Bei der weiteren Entwicklung des Konzepts werden die jetzt vorliegenden Ergebnisse der Evolution eine große Hilfe sein. Wir haben uns für eine Verlängerung des Modellprojekts eingesetzt, damit wir es noch weiter wissenschaftlich begleiten und noch bessere Erkenntnisse gewinnen. Ihnen allen wünsche ich jetzt eine schöne Fachtagung, gute Gespräche, gute Vorträge und ich sende Ihnen herzliche Grüße aus Wiesbaden. ┌



Prof. Dr. Alexander Lorz, Kultusminister Hessen

Quelle: Manjit Jari/HKM

# Präsentation

**Dr. Antje Tannen**

*Charité – Universitätsmedizin  
Berlin – Institut für  
Gesundheits- und  
Pflegerwissenschaften*

Im eben gezeigten Film konnten schon viele Aspekte des Projekts „Schulgesundheitsfachkräfte“ gezeigt werden. Ich ergänze das nun mit den Ergebnissen unserer wissenschaftlichen Begleitforschung.

Ich beschränke mich im folgenden Vortrag auf einige wesentliche Fakten und möchte auf den Abschlussbericht verweisen, der online auf <https://www-awo-potsdam.de> zur Verfügung steht. Zusätzlich zu den Ergebnissen möchte ich heute auch unsere Empfehlungen erläutern und zur Diskussion stellen. Wir haben uns auf acht Empfehlungen festlegen können, die ich jetzt nach und nach vorstellen werde.

Zunächst einmal ein herzliches Dankeschön an alle Verwaltungsmitarbeiter\*innen, Mentor/innen, Lehrer\*innen und Schulgesundheitsfachkräfte, die für reibungslose Abläufe bei der Datenerhebung gesorgt haben. Ein weiterer Dank gilt allen Schülern und Schülerinnen, Eltern, Lehrern und Lehrerinnen, die sich Zeit genommen haben, um für ein Interview zur Verfügung zu stehen. Es war sehr hilfreich, hier auch noch Originalaussagen zu bekommen.

Mit den Interviewzitatene möchte ich auch anfangen. Viel ist einleitend schon zu der Projektidee gesagt worden. Warum brauchen wir so ein Konzept, wofür ist das wichtig? Ich werde jetzt, passend zum eben gezeigten Film ein paar Stimmen der Beteiligten oder der Zielgruppen zu Wort kommen lassen. Beispielsweise sehen Eltern von Kindern mit Behinderungen es als große Entlastung und sie empfinden große Sicherheit, dass sofort jemand in der Schule da ist, wenn ihrem Kind etwas während der Schulzeit passiert. Auch die Schüler/innen selbst erleben dies als Entlastung. Sie wissen, da ist eine Vertrauensperson, zu der sie gehen können. Und auch die Lehrer/innen – ich habe hier ein Zitat eines Sportlehrers. Denn was macht man im Sportunterricht, wenn sich ein Schüler, eine Schülerin verletzt und die andern Schüler/innen nicht unbeaufsichtigt bleiben dürfen? Diese Zitate zeigen gut die Sinnhaftigkeit und Akzeptanz die Projektidee.

Die Evaluation betrachtet vier verschiedene Dimensionen und aus jeder Dimension ergeben sich die Empfehlungen, die ich hier kurz skizzieren möchte. Zum einen geht es um den Kontext: Welche Bedeutung oder welchen Stellenwert spielt Gesundheit im Setting Schule und was kann Schule für die Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit beitragen? Beim Input geht es darum, wer oder was hinter diesem neuen Dienst, hinter diesem neuen Versorgungskonzept der Schulgesundheitspflege steht. Welches Tätigkeitsprofil wollen wir da vorgeben und welches ist sinnvoll? Drittens geht es um den Prozess. Was wird tatsächlich gemacht, was sind die häufigsten Interventionen? Die letzte Ebene betrachtet die eigentlichen Ergebnisse – das Outcome – also sowohl messbare Kennzahlen, als auch Erfahrungen und Schilderungen, die in den Interviews beschrieben wurden.

Jetzt kurz einige Ausführungen zum methodischen Vorgehen bei der Evaluation. Wir haben in Brandenburg an 18 Schulen und in Hessen an zehn Schulen Daten erhoben. Sie sehen hier bei der schriftlichen Befragung die Anzahl der zurückgesendeten Fragebögen der Schüler/innen, Eltern und Lehrer/innen. Bei den Schüler\*innen gab es eine Unterscheidung von Schüler\*innen unter elf Jahren, da haben die Eltern geantwortet, und älteren Schüler\*innen, welche die gleichen Fragen selbst beantwortet haben. Zusätzlich haben wir Interviews geführt. In Brandenburg konnten wir 18 Schülerinnen interviewen und wir konnten sechs Eltern sowie acht Lehrerinnen und Lehrer für Gruppendiskussionen gewinnen. Außerdem haben die Schulgesundheitsfachkräfte ihre Einzelfallkontakte mit den Schüler\*innen dokumentiert, darunter der jeweilige Anlass für die Konsultation und welche Intervention stattgefunden hat. In Brandenburg wurden in einem Schuljahr 6.500 Leistungsdokumentationen ausgewertet.

Der Zwischenbericht, der im Film auch erwähnt wurde und den wir Februar 2018 vorgestellt haben, hat schon ganz früh zeigen können, dass diese komplexe Modellstruktur nach einer aufwendigen Steuerung und Abstimmung verlangt.



**Dr. Antje Tannen**  
Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Institut für Gesundheits-  
und Pflegewissenschaft

Dr. Antje Tannen, Charité Universitätsmedizin Berlin –  
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Quelle: AWO Bezirksverband Potsdam e.V.

Sie haben anfänglich die Übersicht über die beteiligten Träger\*innen und Projektpartner\*innen gesehen, die für ein derartiges Projekt notwendig sind, jeweils mit eigener Perspektive und eigenen Befugnissen. Diese Vielzahl an Beteiligten bringt das zwar Projekt voran, verlangt aber auch an intensiver Abstimmung und Steuerung. Wir konnten – und das war nicht überraschend – durch die Daten bestätigen, dass es im Setting Schule einen großen gesundheitsbezogenen Handlungsbedarf gibt. Die typischen Probleme in Bezug auf Ernährung, Bewegung, Medienkonsum, Sexualverhalten und mentale Gesundheit wurden auch an den beteiligten Modellschulen sichtbar und deuten auf einen hohen Bedarf an Prävention und Gesundheitsförderung. Wir haben zudem die Lehrer\*innen nach ihrer Gesundheitskompetenz befragt, indem wir ihnen ein gängiges Messinstrument zur Selbsteinschätzung vorgelegt haben. Die Lehrer\*innen konnten somit selbst antworten, wie sicher oder unsicher sie in Bezug auf bestimmte gesundheitsrelevante Entscheidungen oder auf die Verwertung von gesundheitsbezogenen Informationen sind. Es wurde deutlich, dass sich die Lehrer\*innen bei bestimmten Themen unsicher fühlen, insbesondere im Umgang mit psychischen Erkrankungen oder auch bei der Bewertung von Gesundheitsinformationen aus den Medien.

Es zeigte sich auch schon früh im Projektverlauf, dass ein zu sparsamer Einsatz an Pflegekräften pro Schule, also eine zu geringe Präsenz, zu weniger Effekten führt. Sie haben es gehört, manche Fachkräfte in Brandenburg betreuen bis zu drei Schulen, sie sind also nicht jeden Tag da. Das haben auch die Zielgruppen sofort bemerkt oder vermisst. Die geringen Ressourcen erfordern, dass die Schulgesundheitsfachkräfte in der wenigen Zeit, in der sie da sind, noch strenger priorisieren müssen, welches Projekt Vorrang hat, welche Altersgruppe adressiert wird. Das war bereits ganz früh ein Hinweis auf Unterbesetzung, dem aber mittlerweile durch Aufstockung nachgegangen wurde.

Wir haben in den Interviews und Gesprächen mit den Schulgesundheitsfachkräften sehen können, dass sie von Beginn an geschätzt, aufgesucht und gebraucht wurden und Leh-

rer\*innen, Eltern, Schüler\*innen eine hohe Akzeptanz äußern.

Die Auswertung der Leistungsdokumentation konnte zeigen, welche Interventionsschwerpunkte in der täglichen Arbeit dominieren. Insgesamt dominiert die einzelfallbezogene Leistung bei akuten Beschwerden, also die Tätigkeit im Sprechzimmer. Das deckt sich auch mit der Wahrnehmung der Eltern und Schüler/innen. Wurden sie danach gefragt, wofür die Schulgesundheitsfachkraft stehe und was sie mache, dann wurde ganz häufig Erste Hilfe genannt. Das war etwas ganz Zentrales.

Wir könnten auch beobachten, dass gesundheitlich benachteiligte Schüler\*innen, also Schüler\*innen mit chronischer Erkrankung oder andauernder Behinderung, in ihrer Bewertung nicht ganz so enthusiastisch waren wie die gesunden Schüler\*innen. Sie nehmen das Angebot durchaus stärker in Anspruch, also der Anteil von chronisch Kranken, die schon bei der Schulgesundheitsfachkraft waren, ist höher als bei den Gesunden; sie waren in der Bewertung auch überwiegend positiv, aber eben nicht ganz so begeistert wie die gesunden Schüler\*innen. Sie kennen sich vermutlich einfach besser mit Leistungen der Gesundheitsversorgung aus, haben andere Erwartungen, größere oder komplexere Gesundheitsprobleme und mehr Erfahrung mit dem Gesundheitssystem. Das könnte diese etwas skeptischere Bewertung erklären.

Was wir in diesem wirklich kurzen Beobachtungszeitraum nicht sehen konnten – insbesondere, wenn man bedenkt, dass nach der Weiterbildung erst mal das neue Arbeitsfeld erkundet werden musste – waren deutliche gesundheitsbezogene Effekte. Wir konnten zwar bei manchen Parametern eine gute Tendenz entdecken, aber ein wirklicher Präventionserfolg etwa in Bezug auf das Gesundheits- und Risikoverhalten konnte in der kurzen Zeit nicht erwartet werden. Erst recht nicht bei dem beobachteten Tätigkeitsspektrum, also vorrangig Erste-Hilfe-Leistungen und weniger Prävention oder Gesundheitsförderung.



Die qualitativen Erhebungen haben durchaus eine positive Bewertung ergeben, aber auch Herausforderungen gezeigt. Das Tätigkeits- und das Erwartungsspektrum wurden in den Interviews deutlich und es konnte gezeigt werden, welche Kompetenz von den Schulgesundheitsfachkräften erwartet wird. Die Schulgesundheitsfachkräfte brauchen eine sichere Routine im Notfall, sollen aber auch soziale Kompetenzen haben in der Beratung mit kranken Kindern, mit Umgang mit besorgten Eltern, in der Zusammenarbeit mit Lehrer\*innen. Sie sollen in akuten Situationen entscheiden können, ob eine Wunde genäht werden muss oder nicht, ob das Kind nach Hause muss oder in der Schule bleiben kann. Hinzu kommen Fragen im Bereich mentaler Gesundheit und Bewältigung von chronischen Erkrankungen. Es stellen sich wirklich auf vielen Ebenen unterschiedliche Herausforderungen, die sie aber gemeistert haben. Die Eltern und das Schulpersonal, also die Lehrer und Lehrerinnen, aber eben auch die oft zitierten Sekretärinnen und Hausmeister die sonst die Cool-Packs herausgeholt haben, wurden spürbar entlastet. Alle haben gesagt, sie verfügen jetzt wieder über mehr Zeit für ihre eigentliche Arbeit. Sie sind froh, dass sie Schüler/innen im Bedarfsfall weiterschicken können und diese Veränderungen spüre man sofort im Arbeitsalltag.

Wir kommen jetzt zu den Empfehlungen, beginnend mit der Ebene Kontext. Es ist nach wie vor wichtig und richtig, die Gesundheit in den Schulen zu erhalten und zu fördern. Wir konnten sehen, dass im Setting Schule zahlreiche gesundheitliche Herausforderungen bestehen. Exemplarisch habe ich ihnen die Baseline-Daten zum Ernährungsverhalten mitgebracht, die deutlich machen, dass ungesunde Ernährungsgewohnheiten bestehen und mit zunehmendem Alter der Schüler/innen häufiger werden. Ähnliches gilt auch für Sport und Medienkonsum. Für diese Themen gibt es bereits viele, wenn auch eher punktuelle, schulexterne Initiativen, die hier schon genannt worden sind und wir denken, dass das Konzept der Schulgesundheitspflege diese bestehenden Initiativen gut stärken kann. Was zu klären bleibt, ist die institutio-

nelle Anbindung. Wir haben ja in den beiden Bundesländern verschiedene Modelle und es muss im Zuge der Verlängerung und Ausweitung des Programms geklärt werden, ob es eher in den Gesundheitsbereich oder eher in den Bildungsbereich fällt.

Das Tätigkeitsspektrum und das Inanspruchnahmeverhalten der Schüler\*innen wird von aktuellen Beschwerden, Unfällen und tätlichen Auseinandersetzungen beherrscht. Diese Kontaktnähe bieten aber gleichzeitig eine Möglichkeit, andere Probleme anzusprechen, die nicht akut sind, die irgendwie tabuisiert und versteckt sind.

Was wurde bei den einzelfallbezogenen Leistungen getan? Das waren in der überwiegenden Mehrzahl direkte gesundheitliche Versorgungen oft auch noch mit anschließender Verlaufsbeobachtung. An zweiter Stelle, mit 66 Prozent, wurde eine Ansprechpartnerin zu gesundheitlichen Fragen gesucht. Die Empfehlung geht daher noch ein Schritt weiter. Ja, wir brauchen jemanden, der sich um die Gesundheit kümmert und an den Schulen die Angebote ergänzt, die schon auf den Weg gebracht sind. Aber wir brauchen dabei auch dringend klinische Pflegeexpertise an den Schulen, weil wir gesehen haben, dass es durchaus ernsthafte chronische Erkrankungen gibt, die betreut werden müssen. Es gibt Notfälle, die eine fundierte Entscheidung verlangen, es geht um die Bewältigung von chronischen Erkrankungen. Wir haben in der Brandenburger Stichprobe eine Prävalenz von knapp 16 % chronischer Erkrankungen oder andauernder Behinderung. All das braucht eine klinische Pflegeexpertise, zumal wir gleichzeitig auch gesehen haben, dass die Lehrer bei ihrer Selbstauskunft durchaus Unsicherheiten zugegeben haben im Umgang mit kritischen Akutsituationen, im Umgang mit psychischen Erkrankungen, aber auch im Umgang mit chronisch somatischen Erkrankungen. Das ist ja auch nicht ihr Kerngebiet.

Nun komme ich zu der zweiten Dimension, dem Input. Wie wurde das Konzept in der Praxis ausgestaltet? Dazu gab es natürlich eine Planung sowie ein Curriculum. Wir wollten

schauen, was davon umgesetzt wurde und nach dieser ersten Implementierungsphase dazu anregen, dass nochmal intensiv über das Konzept und die Interventionsschwerpunkte nachgedacht wird und diese noch weiter ausdifferenziert werden. Wir konnten nämlich sehen, dass die Schulgesundheitsfachkräfte auf sehr unterschiedliche Anforderungen reagieren müssen. Die Auflistung des Aufgabenspektrums macht das deutlich. Die Schulgesundheitsfachkräfte adressieren verschiedene Zielgruppen von der Grundschule bis zur Sekundarstufe. Sie stoßen dabei auf komplexe individuelle Problemlagen, sie sollen Routine in Erster-Hilfe-Versorgung haben, aber auch Beratungskompetenz mit verschiedenen Zielgruppen demonstrieren, sie sollen möglichst auch noch Netzwerke in die Schulumgebung knüpfen, dort Ressourcen aufdecken und Partner finden. Sie sollen stellenweise auch zur internen Schulentwicklung beitragen und sie brauchen dazu ein gewisses Organisationsverständnis. Das ist schon sehr viel und gleichzeitig muss man sich auf konzeptioneller Ebene auch entscheiden, was Priorität haben soll. Also soll beispielsweise lieber die akute Notfallversorgung stärker ausgebaut werden oder eher die Förderung der Gesundheitskompetenz? Wir wissen aus anderen Ländern, dass viele Schulgesundheitspflegende gar nicht unbedingt für Erste Hilfe zuständig sind und sich viel stärker um Prävention und Gesundheitsförderung kümmern. Wir haben andererseits auch gesehen, dass gerade die Erste Hilfe für sehr viel Entlastung bei den anderen Berufsgruppen sorgt und stark von den Zielgruppen nachgefragt wird. Diese Ziele konkurrieren miteinander und es muss festgelegt werden, wo die Schwerpunkte liegen sollen.

Wichtig ist auch die Frage, welche Effekte gemessen werden sollen. Wir haben in Vorbereitung der Evaluation zentrale Kennzahlen bestimmt, wussten aber zu dem Zeitpunkt noch nicht, welche Interventionen umgesetzt werden würden. Es war also nicht deutlich, welche konkreten Interventionen hinsichtlich ihrer Effektivität evaluiert werden können. Wenn wir beispielsweise nach Effekten von Gesundheitsprävention und Gesundheitsförderung fragen, aber überwiegend Maß-

nahmen der Erste Hilfe stattgefunden haben, ist klar, dass die Kennzahlen nicht zur Intervention passen. Das bedeutet, man müsste bei der Fortsetzung noch mal festlegen, wie das Kompetenz- und Tätigkeitsspektrum aussehen soll und welche Kennzahlen für die Evaluation dabei sinnvoll sind.

Daran anschließend können wir uns auch über die Qualifikation von Schulgesundheitspflegenden Gedanken machen und noch mal fragen, welcher Qualifikationsweg jetzt zukunftsweisend wäre. Es sei hier nur kurz daran erinnert, dass immer mehr hochschulisch qualifizierte Gesundheitsfachkräfte auf den Markt drängen und das Berufsbild der Schulgesundheitspflege möglicherweise ein gutes Arbeitsfeld auch für diese Abgänger anbietet.

Die zweite Empfehlung aus dem Bereich Input fordert, dass die Schulgesundheitsfachkraft täglich an den Schulen verfügbar ist. Es haben alle beteiligten Akteure gesagt, dass diese Aufteilung auf bis zu drei Schulen zu spürbaren Problemen geführt hat. Es sollte also über Abwesenheitsregelungen nachgedacht werden, also lässt sich die Expertise und Entscheidungsbefugnis innerhalb der Schule übertragen? Oder noch wichtiger: es sollte dringend der Personalschlüssel an die Anzahl der Schüler\*innen und an die Anzahl der Einzelfall-Kontakte angepasst werden. Wichtig wäre auch eine Festlegung verbindlicher Kontaktzeiten, also wann und wo die Schulgesundheitsfachkraft erreichbar ist und eine Vertretungsregelung etwa im Krankheitsfall, im Urlaub, während der Weiterbildung, eingeführt wird. Diese ganzen Personalmanagement-Fragen müssen angegangen werden.

Hier zur Erinnerung noch mal der reale Betreuungsschlüssel in diesem Projekt. Es liegt im Minimum bei 500 Schülern pro Person und reicht bis zu 1200 Schülern. Das zeigt die Bandbreite und die Variationsbreite der Umsetzung. Die Empfehlung liegt bei 350-750 Schüler\*innen pro Schulgesundheitsfachkraft.

Nun komme ich zu den Empfehlungen im Bereich Prozess. Spürbar war, im Film wurde es kurz angerissen, dass wir es hier mit einem neuen Konzept zu tun haben. Da gibt es noch keine administrativen Routinen, im Gegenteil. Es gibt viele Regeln vom Datenschutz, vom Schulrecht, vom Berufsrecht, die berücksichtigt werden müssen. Stichwort „umfangreiches Informationsschreiben“ zum Projektstart. Jede Familie musste entscheiden, ob das Kind zur Schulgesundheitsfachkraft darf. Dafür musste man viele Seiten Text lesen. Wenn die Einwilligung nicht da ist, wissen die Lehrer/innen nicht, ob sie das Kind ins Krankenzimmer schicken können, die Schulgesundheitsfachkraft weiß nicht, ob sie das Kind behandeln darf, Notfälle ausgenommen. Natürlich muss ein Höchstmaß an Datenschutz gewährleistet sein, gleichzeitig sollte man in Zukunft vielleicht darüber nachdenken, wie man das alles noch glatter hinkriegt. Wir befürchten, dass zu hohe bürokratische Auflagen möglicherweise vulnerable Teilpopulationen, die jetzt nicht so flüssig durch die Texte kommen oder einfach unsicher sind, möglicherweise systematisch davon ferngehalten werden, die Intervention in Anspruch zu nehmen.

Die zweite Empfehlung zu der Kategorie Prozess fordert eine Systematisierung und Standardisierung. Ich weiß, dass das umstritten ist. Auch in der stationären Pflege im Krankenhaus gibt es immer wieder Debatten zwischen einerseits sehr individueller Betreuung, aber andererseits auch standardisierter Prozesse. Das wäre ein Thema für die vierte Projektphase. Es sollte man noch mal überlegt werden, wo das Pflegehandeln noch stärker an einen Regelkreislauf ausgerichtet werden kann. Wie wird vorgegangen im schulweiten Assessment, bei der Strategie- und Zielformulierung, bei der Umsetzung und Evaluation der Maßnahmen. Diese Regelkreise kennt man auch aus anderen Arbeitsabläufen. Wir haben gesehen, dass die Tätigkeit im Sprechzimmer sehr stark dominiert, dass dadurch möglicherweise auch viel reagiert wird. Von Beginn an bestand ein hoher Anpassungsdruck an das, was die Schule oder die Schüler\*innen von den Schulgesundheitsfachkräf-

ten abverlangen. Da stellt sich die Frage, ob die Schulgesundheitsfachkraft überhaupt die Chance hat, proaktiv zu planen und nicht nur zu reagieren, wobei das bei Unfällen natürlich auch nicht anders geht.

Wir haben auch gesehen, dass sehr viele Projekte durchgeführt wurden. Es waren um die 500 in Brandenburg in einem Jahr. Also deutlich mehr als sonst. Bei den Projekten gibt es ein sehr breites Themenspektrum von Erster Hilfe bis hin zu psychischer Gesundheit und so weiter. Hier müsste künftig überlegt werden, ob eine Agenda festgelegt wird, etwa in Abstimmung mit dem Team in der Schule oder mit den regionalen Arbeitskreisen. Günstig wäre, wenn sich diese Projekt- und Themenplanung noch stärker auf ein schulweites Assessment stützt? Auch dies ein Punkt, an dem man noch arbeiten könnte.

Gleiches gilt für die Netzwerkpartner. Auch hier gab es sehr viel Aktivität. Es sind Verbindungen geknüpft worden, sowohl innerhalb der Schule, aber auch in das Schulumfeld, zu niedergelassenen Pädiatern, Institutsambulanzen, aber auch zu Hilfsmittelherstellern und so weiter. Hier wäre die Frage, ob das noch systematischer aufgebaut werden kann, ob festgelegt wird, welche Partner gebraucht werden und ob es gelingt, hier ein stabiles Netzwerk zu knüpfen. Die Frage ist auch hier wieder nach einem schulweiten Assessment. Fraglich ist, ob in der Implementierungsphase überhaupt Gelegenheit war, populationsbezogen zu schauen, wo die Bedarfe sind, um eben aus diesem Assessment eine Zielformulierung und ein planvolles Handeln anzuschließen. Vielleicht ist es aber auch gut so, wie es ist. Es gibt Stimmen die sagen, man muss individuell bleiben und schauen, mit welchen Anliegen die Schüler/innen kommen. Aber das ist eben ein Spannungsfeld, das wir benennen wollen. Darüber sollte man sich zukünftig austauschen.

Gleiches gilt für die Frage nach leitliniengetreuen Interventionen oder danach ob es schon Verfahrensregeln für den

Umgang mit bestimmten Situationen und mit bestimmten Erkrankungen gibt. Auch da gibt es international einige Vorarbeiten, die man sich anschauen kann, um dann über eine Übertragbarkeit an die eigene Schule und die eigenen Zielgruppen zu entscheiden. Klare Verfahrensregeln können außerdem den Berufseinstieg erleichtern und das Aufrechterhalten von Qualitätsniveaus sichern. Und schließlich auch die Leistungsdokumentation: Da würden wir dringend empfehlen diese zukünftig noch zu verschlanken, also weniger Daten dafür in besserer Datenqualität. Und zweitens die Dokumente noch stärker zu standardisieren. Weniger Freitext also mehr zielführende Datenerfassung, nach der man dann auch direkt das Handeln ableiten kann.

Jetzt komme ich schon zu der vierten und letzten Ebene. Zu den Wirkungen, zu den gesundheitsbezogenen Outcomes. Auch hier nur ein paar Highlights aus dem Bericht. Insgesamt konnten wir sehen, dass im Projektzeitraum die Themen Gesundheit und Umgang mit Gesundheitsbewältigung wirklich stärker in den Mittelpunkt gerückt sind und starke Aufmerksamkeit erhalten. Die Zahl der Eltern mit chronisch kranken Schüler\*innen, die sagen, dass die medizinisch-pflegerische Versorgung in der Schule gänzlich sichergestellt ist, hat sich verdoppelt. Weitere 50 Prozent sahen die Versorgung als eher sichergestellt. Weiterhin konnten wir sehen, dass Schüler\*innen mit chronischer Erkrankung sich weniger gehänselt fühlen als zu Beginn. Weiterhin konnten wir sehen, dass die Schüler\*innen nach der Behandlung bei der Schulgesundheitsfachkraft zu einem Großteil in der Schule bleiben konnten. Und ähnlich war das auch bei den verunfallten Schülern. Die befragten Eltern, die schon einmal Kontakt zur Schulgesundheitsfachkraft hatten, bewerteten ihre Aktivitäten durchgehend als entlastend, als sicherheitsstiftend, als vertrauensbildend. Und genauso sehen das auch die Lehrerinnen und Lehrer. Ein Großteil von über 80 Prozent sieht sich durch die fachfremden gesundheitsbezogenen Tätigkeiten entlastet, die sie nicht mehr wahrnehmen müssen.

Eine Erkenntnis, die wir trotz aller Vorsicht schon sehen können, ist, dass sich die Gesundheitskompetenz erhöht hat, also die selbst eingeschätzte Kompetenz, wie sicher ich im Umgang mit Informationen über die Gesundheit bin. Hier konnten wir einen moderaten Effekt beobachten, sowohl bei den Schülerinnen und Schülern als auch bei den Eltern und Lehrer\*innen. Wir sehen, dass der Anteil derer, die eine hohe Gesundheitskompetenz haben, gestiegen ist und das halten wir für einen ganz wichtigen Hinweis. Schließlich ist Gesundheitskompetenz eine wichtige moderierende Variable, welche Einfluss auf mein Gesundheitsverhalten und auch auf meinen Gesundheitszustand hat. Je besser ich „Fake News“ von Fakten unterscheiden kann, je besser ich die Instruktion von meinem Hausarzt verstehe oder Tipps zur Prävention und meinem Gesundheitsverhalten, desto besser verhalte ich mich auch und desto gesünder bleibe ich. Wir denken, das ist ein Punkt, den man ausbauen kann.

Wir haben in diesem Projekt schon viel Gutes gesehen. Wir glauben, man würde noch mehr Erfolge sehen, wenn man noch länger beobachten würde, weil sich die Wirkung dann noch stärker entfaltet. Die Routine, die bereits bestehende gute Qualität, wird von Jahr zu Jahr besser. Wir sind sicher, dass sich das volle Potenzial in dieser kurzen Beobachtungszeit noch nicht voll entfalten konnte, da es noch ein junges Angebot und ein neues Arbeitsfeld ist. Aber wenn man es weiter beobachtet, sind wir sicher, dass es sich als noch wirkungsvoller erweisen kann, dass man sicherlich noch mehr Effekte erwarten kann. Die qualitativen Daten waren hier sehr eindeutig. Es haben sich auch gewisse Herausforderungen gezeigt, aber um noch mehr messbare Effekte mit sinnvollen Kennzahlen zu haben, wäre es sinnvoll, das Projekt über einen längeren Zeitraum zu beobachten.

So bin ich auch schon beim Fazit vom heutigen Vortrag. Wir konnten sehen, dass es an den beteiligten allgemeinbildenden Schulen deutlich erkennbare gesundheitliche Herausforderungen gibt, die bereits adressiert werden, unter anderem

mit den Landesprogrammen. Hier könnte man aber noch mehr machen. Wir wissen aus diesem Projekt und aus internationalen Projekten, dass das Angebot einer Schulgesundheitspflege gute Möglichkeiten bietet, diese gesundheitlichen Herausforderungen anzunehmen. Man hat unmittelbaren Zugang auf die Schüler\*innen und zwar jahrgangsübergreifend, schichtübergreifend. Es können Beziehungen aufgebaut werden, Vertrauensverhältnisse entwickelt werden. Das sind alles gute Voraussetzungen, um weiter zu machen. Wir konnten auch sehen, dass das niederschwellige Angebot der Schulgesundheitsfachkräfte sofort in Anspruch genommen wird und eine hohe Akzeptanz erfährt.

Wir möchten anregen, darüber nachzudenken, wie präsent und wie kontinuierlich die Schulgesundheitsfachkraft verfügbar ist. Um messbare Effekte erzielen zu können, empfehlen wir, nochmal stärker über das Konzept nachzudenken und die Leistungen möglicherweise noch stärker zu priorisieren, zu systematisieren, zu standardisieren. Dann sind wir sicher, dass man noch stärkere Effekte erzielen kann.

Somit schließe ich mit der Aussage, dass wir die gesammelten positiven Erfahrungen dazu nutzen sollten, mit dem Programm weiter zu machen, das Programm weiter auszubauen, um damit eine noch höhere Wirkung zu erzielen. Vielen Dank!

└

# Präsentation

**Prof. Dr. Martin Sauer**

*Gesellschaft zur Förderung  
sozialer Innovationen (GFSI)*

Meine Damen und Herren, liebe Schulkran-  
kenschwestern.

Was habe ich ihnen heute zu bieten? Eine  
kurze Gliederung: Zur Methode der Evaluati-  
on des Curriculums, allgemeine Erkenntnisse,  
organisatorische Veränderungen, inhaltliche  
Veränderung bei den Modulen. die bildungs-  
politische Einordnung, die auch schon ange-  
sprochen wurde und ein kurzer Ausblick.

## **1. Zur Methodik der Curriculums-Evaluation:**

Während Frau Tannen eben eher über die  
Wirkungen gesprochen hat und viele sinn-  
volle Empfehlungen abgegeben hat, haben  
wir uns mit dem Curriculum beschäftigt. Es  
ging darum, die Qualifizierungsmaßnah-  
me als solche zu bewerten. Das geschah auf  
zwei Ebenen, sowohl hinsichtlich der Quali-  
tät und ihrer Praxistauglichkeit auf der Ebene  
der Lehre bzw. des Unterrichtes und auf der  
Ebene der Nützlichkeit für die praktische Tä-  
tigkeit. Das war der Auftrag, der uns erteilt  
worden war. Um diesen Fragen nachzugehen,  
haben wir sowohl in Brandenburg als auch  
in Hessen zu jeweils zwei Zeitpunkten Be-  
fragungen durchgeführt. Zuerst etwa einen  
Monat, nachdem die Schulgesundheitsfach-  
kräfte in die Praxis gegangen sind, also schon  
erste Erfahrung gemacht hatten. Und dann  
um die Abschlussprüfung herum. Wir haben  
dabei die Teilnehmerinnen jeweils etwa 90  
Minuten in strukturierten Gruppeninterviews  
befragt. Außerdem haben wir die Mentoren  
an den Schulen telefonisch interviewt, auch  
die Lehrgangsführung und die Praxis-  
begleiterinnen in Brandenburg. Im Ergebnis

haben wir so vier Gruppeninterviews sowie  
28 Einzelinterviews durchgeführt.

Diese wurden elektronisch aufgezeichnet,  
verschriftlicht und ausgewertet. Es entstan-  
den daraus je zwei Zwischenberichte, zwei  
Abschlussberichte sowie eine Zusammen-  
fassung der Ergebnisse. Zusammen mit den  
Lehr-Evaluationen, die die Bildungsträger  
erhoben haben und natürlich mit den ganzen  
praktischen Erfahrungen der Projektleitun-  
gen in Brandenburg und Hessen war dies das  
Material, das uns für die Überarbeitung des  
Curriculums zur Verfügung stand. Die Über-  
legung, die eine kleine Arbeitsgruppe dazu  
angestellt hat, wurde dann von Frau Braksch  
mit ihrem Team in Form gebracht und in drei  
Korrekturschleifen noch mal mit den Betei-  
ligten in Brandenburg und Hessen weiterbe-  
arbeitet, sodass in Kürze die Endfassung in  
Druck gehen kann.

## **2. Wir kommen zu den allgemeinen Erkennt- nissen aus der Evaluation.**

Im Grunde haben  
sie schon alles Wichtige gehört, nämlich in  
dem Film. Also die Sache ist gut gelaufen, das  
kann man schon mal sagen. Das passt auch  
zu unseren Evaluationsergebnissen bezüglich  
des Curriculums. Insgesamt kann man sagen,  
das Curriculum ist sehr gelungen und hat sich  
in der Praxis bewährt. Sowohl auf der Ebene  
des Unterrichtes als auch auf der Ebene der  
Praxistauglichkeit. Im Detail gab es natür-  
lich eine ganze Reihe von Verbesserungsvor-  
schlägen, die dann auch in die Revision ein-  
geflossen sind. Die Teilnehmer\*innen fühlten  
sich bereits durch die Vollzeitphase auf ihre



Prof. Dr. Martin Sauer, Gesellschaft zur Förderung sozialer Innovationen (GFSI)

Quelle: AWO Bezirksverband Potsdam e.V.

neue Aufgabe gut vorbereitet und in der Praxis ganz überwiegend auch gut begleitet und durch die weiteren Seminare weitergebildet. Auch die Lehrkräfte an den Schulen, die den Schulgesundheitsfachkräften zur Seite standen, bestätigten, dass sie gut vorbereitet in die Praxis kamen.

Allerdings wiesen einige darauf hin, dass sie nicht beurteilen könnten, ob das eine Konsequenz der guten Weiterbildung war oder ob sie Fähigkeiten aus der Erstausbildung oder aus ihrer Berufs- und Lebenserfahrung mitgebracht haben. Aber wie soll man das auch beurteilen, wenn man als Mentor\*in den Schulgesundheitsfachkräften zur Seite steht. Aber sie waren zufrieden mit dem was sie mitgebracht haben das ist ein wichtiges Ergebnis.

Interessant war für uns als Evaluatoren allerdings die Beobachtung, dass die Teilnehmer\*innen, nachdem sie in der schulischen Praxis waren, von der Alltagsarbeit so in Beschlag genommen waren, dass sie an weiteren eher theoretisch ausgerichteten Seminaren nicht mehr so viel Interesse hatten. Erfahrungsaustausch und methodisch-praktische Themen wurden aber weiter gewünscht und auch durchweg positiv bewertet. In der Überarbeitung des Curriculums wurde diese Beobachtung berücksichtigt, indem die Kursorganisation doch ziemlich stark verändert wurde. Bei der Evaluation zeigten sich unter anderem die folgenden Kritikpunkte:

Kritisiert wurde die zu häufige Abwesenheit wegen der praxisbegleitenden Seminartage

(bes. in Hessen) bzw. zu seltene Anwesenheit in den Schulen wegen des Einsatzes an mehreren Schulen (in Brandenburg). Diese Kritik kam ziemlich massiv sowohl von den Teilnehmerinnen als auch von Lehrer\*innen und Lehrern, die als Mentoren eingesetzt waren.

Die Teilnehmerinnen hätten gerne ihren zukünftigen Einsatzort und die jeweiligen schulischen Spezifika früher kennengelernt, um so den Unterrichtsstoff in der Weiterbildung gezielter darauf beziehen zu können.

Kritisiert wurde auch, dass es insgesamt zu viele Prüfungen und Leistungsnachweise gegeben habe, besonders auch eine Ballung von Prüfungen in der Praxisphase, die dann natürlich in der Konkurrenz stand zu dem, was sie in den Schulen ständig leisten mussten. Schon im Verlauf der Qualifizierungsmaßnahme war die Zahl der Hospitationen durch die Praxisbegleitung der Weiterbildungsstätte von zehn auf drei reduziert worden, ebenso die Anzahl der verpflichtenden und zu protokollierenden Gespräche mit den Mentoren. Auch das wurde dann entsprechend bei der Revision eingearbeitet.

Darüber hinaus bezogen sich zahlreiche Vorschläge auf Ergänzungen, Kürzungen oder Streichungen von Modulinhalten bzw. auf eine zeitliche Ausweitung für Vertiefung und praktische Übung. Dabei wurden besonders folgende Themenbereiche genannt: Schulrecht, Schulstrukturen, medizinische einschließlich psychiatrische und psychosomatische Grundlagen, Kommunikation und

Konfliktbearbeitung sowie die methodische Gestaltung von Projekten und Gruppenarbeiten.

Ausführlich haben wir in der Arbeitsgruppe, die das Curriculum überarbeitete, die Frage diskutiert, ob dem Vorschlag gefolgt werden soll, auf Noten für die Prüfung und Leistungsverweise zu verzichten. Die Teilnehmer\*innen hatten darauf hingewiesen, dass Zensuren im Rahmen von Erwachsenenbildung unangemessen und unüblich seien. Die Arbeitsgruppe verständigte sich darauf, dass es bei den Noten für die Modulprüfung bleiben soll, nicht aber für die sonstigen Leistungsnachweise wie Protokolle und Reflexionen. Denn einerseits zeigt die Erfahrung, dass auch erwachsene Kursteilnehmer\*innen meist gerne eine differenzierte Rückmeldung zu ihren Hausarbeiten, Referaten und Klausuren haben möchten. Zum anderen soll mit den Noten eine Anrechnung auf ein späteres Studium erleichtert werden. Damit die Benotung aber transparent und auch inhaltlich differenziert ausfällt, wurden dem revidierten Curriculum Bewertungsvorschläge für Hausarbeiten und Referate angefügt.

### **3. Damit komme ich jetzt zu dem überarbeiteten Curriculum. Zunächst zu den organisatorischen Veränderungen:**

Der Starttermin scheint nebensächlich zu sein, ist aber ganz wichtig. Denn das hat was mit der Einpassung in das Schuljahr zu tun. Zukünftig soll die Weiterbildung jeweils im April eines Jahres beginnen, sodass die



Schulkrankenschwestern nach einer verlängerten Vollzeitphase direkt zum Schuljahresbeginn an ihren neuen Schulen anfangen können, sinnvollerweise in der letzten Woche der Ferien, wo sie schon mal ihren Raum einrichten können, ihre Dokumentation auf dem PC einrichten können und ähnliches. Das erleichtert auch die Planung für das Schuljahr, wenn es um Projekte im Unterricht und ähnliches geht.

Nun zu den Änderungen für die Vollzeitphase und den praxisbegleitenden Unterricht. Alle Module außer den Modulen, in denen es um Kommunikation, pädagogische Methodik und Didaktik sowie Qualitätssicherung geht, werden in der Vollzeitphase abgeschlossen. Die drei genannten Module werden praxisbegleitend jeweils freitags weitergeführt. Das bedeutet für die Schulen Sicherheit. An einem Tag ist die Schulkrankenschwester nicht da, darauf kann man sich dann einstellen. An diesen Freitagen besteht die Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch, zur Reflexionen, zur Fallarbeit und zur Arbeit an Unterrichts- und Präventivprojekten. Die Gesamtstundenzahl für den theoretischen Unterricht wird leicht auf 720 Stunden reduziert und damit dem Umfang vergleichbarer staatlich geregelter Weiterbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege angepasst. Diese Reduktion geht vorwiegend zulasten der sogenannten Selbstlernstunden, d.h. es wird nicht der organisierten Unterricht reduziert, sondern das selbstorganisierte Lernen.

Stichwort Hospitation: Nach dem Einführungsmodul folgt jetzt ein einwöchiges Kennenlernen der Schule, an der der Einsatz geplant ist. Nach dem Modul zwei, wo es um die Rahmenbedingungen des neuen Tätigkeitsfeldes geht, ist eine einwöchige Hospitation beim jeweils zuständigen Gesundheitsamt oder dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst eingeplant. Damit soll von vornherein die Vernetzung mit dem Gesundheitsnetzwerk in der Region deutlich verbessert werden und ein wichtiges Tätigkeitsfeld für die Schulgesundheitsfachkräfte deutlich gemacht werden.

Zum Stichwort Praxisanleitung und Praxisbegleitung: Die Anleitung geschieht durch die Schulen. Begleitet werden die Schulgesundheitsfachkräfte durch die Weiterbildungsstätte. Die Zahl der Praxisbesuche und der verpflichtenden Reflexionsgespräche wird auf jeweils zwei reduziert. Die Besuche der praxisbegleitenden Dozenten, die sich sehr bewährt haben, haben jetzt zukünftig eindeutig einen beratenden und keinen kontrollierenden oder bewertenden Charakter. Statt Hospitationen heißen sie künftig Ausbildungsbegleitung. Die Mentoren\*innen werden nun Paten genannt. Da gab es ganz viel Kritik an der Benennung „Mentorentätigkeit“, weil die Mentorentätigkeit nur mit Fachwissen möglich ist. Die Mentoren sind aber Lehrkräfte und keine Gesundheitsfachkräfte. Die Beurteilung der Weiterbildungs-Teilnehmer zum Abschluss der Weiterbildung nimmt die Schulleitung vor und nicht die Patin.

**4. Neben diesen eher organisatorischen Veränderungen gibt es im revidierten Curriculum auch eine Reihe inhaltlicher Änderungen.** Ohne zu sehr ins Detail zu gehen und sie damit zu langweilen, möchte ich die neue Modulstruktur mit den wichtigsten Änderungen kurz nennen. Das Einführungsmodul sowie das Modul 2 wurden neu konzipiert und stellen jetzt, neben der Adaption der bisherigen Berufserfahrung auf das Tätigkeitsfeld Schule, die Rahmenbedingungen im Tätigkeitsfeld Schule und dem öffentlichen Gesundheitsdienst einschließlich der rechtlichen Rahmenbedingungen in den Mittelpunkt, verbunden mit den schon erwähnten Hospitationswochen.

Im Modul 3 wurden nun alle medizinisch-pflegerischen Themen zusammengefasst, soweit sie für die Tätigkeit an Schulen relevant sind: Von Erster Hilfe und Akutversorgung über Mundgesundheit und Handhygiene bis hin zu chronischen Erkrankungen und Behinderungen sowie Methoden der Anamnese und pflegerischen Diagnostik. Für psychische und somatische Erkrankungen wurde ein zusätzliches Modul eingefügt, weil hier ein ganz besonderer Bedarf bestand, wie die Evaluation gezeigt hat. Modul 4 konzentriert sich auf die Entwicklungspsychologie im Kindes und Jugendalter einschließlich der gesundheitlichen Risikofaktoren und Methoden der Entwicklungsbeobachtung sowie auch für anamnestiche Zwecke. Das Modul 5 wurde gänzlich neu gestaltet. Es hat die psychische Gesundheit zum Thema, befasst sich mit den Aspekten psychische Störung, psychosoma-

tische Erkrankung und die Folgen von Traumatisierung und von Verlust und Trauer sowie die Möglichkeiten der Unterstützung im regionalen Hilfesystem. Thematisiert wird in diesem Modul außerdem Schule als „sicherer Ort“.

Das Modul 6 wurde zeitlich ausgeweitet – auch auf Wunsch der involvierten Personen – und vermittelt Methoden der Kommunikation und Beratung im Kontext Schule. Während der Praxisphase besteht hier die Möglichkeit, konkrete Beratungs- und Konfliktsituationen durchzuspielen und methodisch einzuüben. Ebenfalls leicht ausgeweitet wurde das Modul 7, in dem es um das breite Feld der Gesundheitsförderung und Prävention einschließlich einer Beschäftigung mit diesbezüglichen Aktivitäten des öffentlichen Gesundheitsdienstes und entsprechender Landesprogramme geht. Und in diesem Modul wird auch deutlich werden, wie viele Materialien es schon gibt, die man natürlich kennen muss, bevor man sie einsetzt.

Eng verbunden mit dem Modul 7 ist das Modul 9, in dem es um gesundheitsfördernde Projektarbeit geht einschließlich der Methodik und Didaktik in der Arbeit mit Gruppen. Mit dieser Zuspitzung des Themas Pädagogik auf Projekt- und Gruppenarbeit soll zugleich verdeutlicht werden, dass die Schulkrankenschwestern nicht für eine klassisch unterrichtende Tätigkeit vorgesehen sind, sondern im Unterricht nur zusammen mit den Lehrkräften arbeiten oder selbstständig Arbeitsgemeinschaften und Projekte planen und

durchführen sollen. Auch hier liegt ein Teil der Stunden in der Praxisphase, sodass beispielhaft Projekte geplant, ausprobiert und reflektiert werden können.

Das Modul 8 befasst sich mit ausgewählten Grundlagen der sozialen Arbeit: Wie ist die Abgrenzung, aber auch die Zusammenarbeit mit den Schulsozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern? Hier sollen zum einen die Zusammenhänge von sozio-ökonomischem Status, Bildung und Gesundheit vermittelt werden, zum anderen geht es um die Themen Inklusion und Diversität und deren Bezüge zur Tätigkeit als Schulkrankenschwester. Ein drittes Teilmodul vermittelt die Methode der Fallarbeit. Verdeutlicht werden soll in diesem Modul auch sowohl die Abgrenzung zur Schulsozialarbeit als auch die Chancen, die eine fallbezogene Zusammenarbeit bietet. Aber dazu muss man auch über die gleiche fallbezogene Kompetenzmethodik verfügen wie die Schulsozialarbeiter\*innen. Im Modul 10 schließlich geht es um Grundkenntnisse der Qualitätssicherung und der Evolution: In diesem Zusammenhang wird auch die gesamte Ausbildung reflektiert und ausgewertet.

Damit habe ich ihn jetzt schon mal in aller Kürze das revidierte Curriculum vorgestellt und ich hoffe, Sie haben einen kurzen Einblick gewonnen, was in dieser sehr anspruchsvollen Weiterbildung so geschieht. Es wird einiges von den Schulgesundheitsfachkräften an inhaltlicher Kompetenz abverlangt und sie sehen, wie groß das Tätigkeitsfeld ist, in dem sie eingesetzt werden.

## **5. Ich komme damit zum vorletzten Kapitel, der bildungspolitischen Einordnung der Weiterbildung zur Schulgesundheitsfachkraft und schließe damit direkt an das an, was Frau Tannen eben ausgeführt hat.**

Wenn man an die Weiterbildung die Kriterien des Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) anlegt, kommt man deutlich zu der Einordnung in die Niveaustufe 6, dem zum Beispiel auch Handwerksmeister wie , Tischlermeister und Dachdeckermeister, aber auch Erzieherinnen, Heilpädagogen sowie Absolventen eines Bachelorstudiums zugeordnet sind. Das scheint mir insofern plausibel zu sein, weil auch die Schulsozialarbeiter\*innen, die doch eine ähnliche Arbeit zu tun haben, auf diesem Niveau 6 eingestuft sind. Auch das hat Frau Tannen eben schon kurz angesprochen, die Pflegeberufe befinden sich ja bekanntlich seit den 1990er Jahren in einer Phase der weiteren Spezialisierung oder Akademisierung. Aufbauend auf einem Bachelorstudium in Pflege müsste ein Studium zur Schulgesundheitsfachkraft als Masterstudium ausgebildet werden. Das würde allerdings zum gegenwärtigen Zeitpunkt den Großteil der berufserfahrenen Pflegefachkräfte für diese Aufgabe ausschließen, weil sie eine Ausbildung, aber kein Studium absolviert und daher keinen Bachelorabschluss haben. Das wäre aus meiner Sicht ausgesprochen schade und hätte einen Großteil der sehr erfolgreichen Schulgesundheitsfachkräfte aus diesem Projekt ausgeschlossen. Auch wenn mein beruflicher Hintergrund die Hochschule ist und

ich den Nutzen eines akademischen Studiums hochschätze, halte ich unter den gegenwärtigen Bedingungen die Form der Weiterbildung zur Schulgesundheitsfachkraft für angemessen und zielführend. Diese Einordnung war kein direktes Thema der Evaluation, lief aber immer wieder mit und ich fühle mich in dieser meiner Einschätzung durch viele Aussagen und Interviews bestätigt.

Formal entspricht die Qualifizierung vom Umfang und Niveau her den staatlich geregelten Fach-Weiterbildungen in der Pflege, zum Beispiel Psychiatrische Pflege, Operationsdienst, Intensivpflege und Anästhesie. Entsprechend sollte meines Erachtens auch bei der Eingruppierung der Schulkrankenschwestern das Vergütungssystem des TVöDs vorgenommen werden. Es gibt eine ganz eindeutige Eingruppierung und bei einer vergleichbare Qualifikation sollte auch entsprechend vergütet werden.

**6. Damit komme ich schon zum Abschluss und Ausblick. Ich möchte diesen Ausblick mit zwei Bemerkungen abschließen. Einer eher sachlichen und einer persönlichen. Zunächst die sachliche.**

Ich denke, mit dieser überarbeiteten Version des Curriculums sind wirklich gute Voraussetzungen für eine zielgerichtete, effektive und motivierende Qualifizierung zukünftiger Schulgesundheitsfachkräfte geschaffen worden. Den Trägern der Maßnahme und insbesondere dem AWO-Bezirksverband Potsdam e.V. ist dafür wirklich sehr zu danken und das sage ich als jemand, der über 40 Jahre im Bil-

dungsbereich tätig ist, nicht ohne Grund. Es kommt nämlich im Bereich der Erwachsenenbildung und auch an den Hochschulen nicht sehr häufig vor, dass Curricula so gründlich evaluiert werden, wie es die AWO Potsdam in Auftrag gegeben hat. Auch wenn es im föderalen Deutschland üblich ist, dass jedes Bundesland sein eigenes Bildungssüppchen kocht und meint, alles selbst entwickeln zu müssen – hier liegt ein Ausbildungsmodell vor, von dem man nur wünschen kann, dass es in vielen Bundesländern zum Einsatz kommt. Ich freue mich, dass Vertreter\*innen mehrerer Bundesländer heute hier sind. Ich kann ihnen das wirklich nur empfehlen. Und wenn es zum Einsatz kommt und in Gebrauch ist, wird es sicher noch an vielen Stellen immer wieder verbessert werden.

Jetzt komme ich zu meiner zweiten, eher persönlichen Anmerkung. Durch die zweijährige Beschäftigung mit dem Modellprojekt Schulgesundheitsfachkräfte und durch die vielen Gespräche mit höchst unterschiedlichen Beteiligten bin ich zu einem echten Fan geworden und ich sage das nicht durch die wissenschaftliche Beschäftigung mit der Evaluation, sondern auch weil ich selbst Lehrer war, weil ich zwei Töchter habe, die Lehrerinnen sind, auch selbst ein Kind auf der Schule habe, also ich kenne den Schulalltag einigermaßen. Ich bin zu einem Fan geworden und habe bereits durch Gespräche bei Familiengeburtstagen dafür gesorgt, dass unsere Nachbarkommune eine Stelle für eine Schulgesundheitsfachkraft einrichtet. Da freue ich mich ganz besonders darüber, dass

das im Land Nordrhein-Westfalen geschieht, das heute hier leider nicht vertreten ist. Ich wünsche jeder Schule, besonders aber denen in sozial problematischen Gebieten oder mit einem schwierigen Schülerklientel, dass sie eine Schulgesundheitsfachkraft bekommen. Ich bin fest überzeugt davon, dass der Nutzen für Schülerinnen und Schüler und Eltern groß ist, dass hier endlich eine wirkliche Entlastung der Lehrkräfte geschieht, dass das Thema Gesundheit, das in vielen Familien kaum eine Rolle spielt, hier endlich einen angemessenen Ort findet, dass dadurch Gesundheitsnetzwerke gebildet und gepflegt werden können und schließlich, dass die Schulen sich damit deutlich profilieren und auf dem Weg zur „gesunden Schule“ davon profitieren können.

Ich wünsche mir dringend, dass in Hessen und Brandenburg das Projekt nicht nur wie beschlossen über das Projektende hinaus noch etwas fortgesetzt, sondern stark ausgeweitet wird. Und ich wünsche mir, dass es in 14 weiteren Bundesländern bald Nachahmer gibt. In diesem Sinne, vielen Dank für Ihr Interesse, für ihr Zuhören.

┌

# Präsentation

**Prof. Dr. Peter Paulus**

*Leuphana-Universität Lüneburg*

**Dr. Thomas Petzel**

*Evaluationsforschung Lübeck*

**PAULUS:**

Meine Damen und Herren,

zunächst die Gliederung des Beitrages von Thomas Petzel und mir: Zuerst schildern wir den Hintergrund unseres Evaluationsauftrags, dann stellen wir die methodischen Überlegungen, die Datenbasis und die zentralen Ergebnisse unserer Evaluation vor. Wir gelangen dann zu einem Wirkmodell zur Bildungswirksamkeit der Tätigkeit von Schulgesundheitsfachkräften und schließlich zu grundsätzlichen Überlegungen und der konzeptionellen Einbettung der Schulgesundheitsfachkräfte.

Worum geht es eigentlich bei den Schulgesundheitsfachkräften? Wenn es um Bildung geht, was sind dann die Aktivitäten, die von den Schulgesundheitsfachkräften im Kern vollzogen werden? Da geht es um direkte Beiträge und indirekte Beiträge. Und zwar geht es einmal darum, dass Gesundheitsförderung durch Bildung vollzogen wird, dass also eine Gesundheitsfachkraft Bildungsmaßnahmen ergreift, um Gesundheit zu fördern. Und zum anderen geht es darum, dass Gesundheit eine Voraussetzung von Bildung ist, dass die Gesundheit Grundlage von Bildung ist und Bildungsförderung durch die Förderung der Gesundheit betrieben wird. Das ist ein interessanter neuer Aspekt und ich glaube, der ist viel weitreichender als wir uns das im Moment noch vorstellen können. Hier liegt eine Perspektive für die Bildungswirksamkeit von Schulgesundheitsfachkräften. Hier können

sie einen Beitrag leisten für die Schule, die ja nun eine Einrichtung des Bildungswesens ist, die Bildungsziele verfolgt, Qualität von Schule entwickeln will. Und wie können wir mit Gesundheit dazu beitragen?

Thomas Petzel wird jetzt etwas zur Methode und zur Datenbasis sagen und ich werde gleich wieder auf die grundlegende Ausrichtung zurückkommen.

**PETZEL:**

Ich möchte auch erst einmal alle Anwesenden herzlich begrüßen. Was haben wir gemacht? Wir waren relativ lange an den Schulen unterwegs, wir haben die wesentlichen Akteure an den Schulen befragt, in der Regel vor Ort und haben natürlich ganz viele wertvolle Informationen gewonnen und sehr viele tolle Zitate erhalten. Wir haben für diesen Vortrag keine mitgebracht, weil wir schon gehant haben, dass die in den anderen Vorträgen heute schon angesprochen worden sind. Und dann haben wir noch den Film gesehen, wo die Arbeit der Schulgesundheitsfachkräfte ja sehr illustrativ dargestellt ist.

Daher wird es jetzt etwas abstrakter. Wir haben versucht, aus den Gesprächen, die wir geführt haben zu extrahieren, wie man sich eigentlich die Zusammenhänge vorstellen kann zwischen verschiedenen Faktoren, die irgendwie alle etwas mit Bildung zu tun haben. Sie sehen hier noch mal die Anzahl der Gespräche, die wir geführt haben, das ist also eine relativ große Datenbasis. Wir hat-



Dr. Thomas Petzel (l.) und Prof. Dr. Peter Paulus (r.),  
Leuphana-Universität Lüneburg

Quelle: AWO Bezirksverband Potsdam e.V.

ten Interview-Leitfäden entwickelt, wo ganz viele Punkte angesprochen wurden und wir glauben, dass es für viele Beteiligte noch unklar geblieben ist, was diese Punkte eigentlich mit Bildung zu tun haben.

Wenn wir an Schulen herangetreten sind und gefragt haben, ob wir mit Lehrkräften ein Gespräch zum Bildungsbereich in der Evaluation führen können, da wurde uns oft gesagt, dass man zum Thema Bildung eigentlich gar nichts sagen könne. Das gilt auch für die Schulgesundheitsfachkräfte, die natürlich im Wesentlichen ihre Tätigkeit in der Förderung der Gesundheit sehen. Wir wissen alle, dass die Akutversorgung sehr stark im Vordergrund der Tätigkeit gestanden hat. Und was nun der Bildungsbereich damit zu tun haben könnte, das ist in den Schulen nicht so richtig deutlich geworden. Deswegen haben wir uns gedacht, es ist sinnvoll, wenn wir aus unserer umfangreichen Datenbasis, also aus dem, was wir an den Schulen erfahren haben, einfach mal zu extrahieren versuchen, wie man sich die komplexen Wirkzusammenhänge vorstellen kann. Und wir sind dann zu diesem Modell gelangt, dessen einzelne Bestandteile ich gleich erklären werde.

Ganz wichtig dabei ist also zum Verständnis dieses Modells, dass es kein theoretisches Modell ist, mit dem wir an die Schulen herangegangen sind und von dem wir glaubten, dass so die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte funktioniert und auf diesem Wege zu Bildungseffekten führt. Stattdessen ist es ein Modell, dass wir aus den Daten, aus den

Gesprächen, aus der Erfahrung der Schulen entwickelt haben, um zu verdeutlichen, inwieweit die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte am Ende zum Bildungoutput führt. Bildungoutput in diesem Sinne kann Wissen von Schülerinnen sein, können Einstellungen sein, können Wertvorstellungen sein, Verhaltensweisen etc.

Am Anfang des Modells stehen einige Dinge, die heute auch schon angesprochen worden sind. Wir haben oben rechts zwei Felder, wo gestrichelte Linien zum Bildungoutput führen. Das sind Zusammenhänge, von denen wir das Gefühl haben, dass sie so indirekt sind, dass sie sich im Rahmen des Modells nicht richtig darstellen lassen. Es könnte sein, dass die Entlastung, die die Schulleitungen an gewissen Stellen erfahren, am Ende auch den Schüler\*innen und dem Bildungoutput zugutekommt. Dann, wenn Schulleitungen selbst noch stärker in den Unterricht involviert sind. Und das gilt natürlich auch für die Lehrkräfte selbst, dass sie durch die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte entlastet sind und sich auf den Unterricht konzentrieren können. Aber es könnten auch organisatorische Dinge sein, etwa dass sich die Schulgesundheitsfachkräfte um externe Kooperationen kümmern. Das entlastet dann auch wiederum die Schulleitung, so dass sie sich mit anderen schulorganisatorischen Fragen beschäftigen kann.

Und die Eltern wurden vorhin auch schon einmal angesprochen, und die Frage, ob man den entstehenden Nutzen irgendwie volks-

wirtschaftlich beziffern kann. Es entsteht doch mittlerweile ein großer volkswirtschaftlicher Nutzen dadurch, dass zum Beispiel Eltern eben nicht mehr tageweise oder halbtagesweise von der Arbeit wegmüssen, um ihre vielleicht gar nicht so kranken Kinder von der Schule abzuholen. Das ist natürlich ein Effekt, der wahrscheinlich für politische Entscheidungsträger auch sehr relevant sein dürfte, der mit Bildung nicht unmittelbar etwas zu tun hat. Aber vielleicht gehen die Eltern dann zum Beispiel entspannter mit ihren Kindern um.

Hier im unteren Teil der Graphik (siehe Anhang Seite 112) sehen sie direkte beobachtbare Effekte der Schulgesundheitsfachkraft auf den Bildungoutput. Das sind zum Beispiel eben die Entlastung der Lehrerinnen und Lehrer, die sich eben nicht um die Akutversorgung kümmern müssen und daraufhin mehr Zeit haben, sich auf den Unterricht und auf die Schülerinnen und Schüler zu konzentrieren. Im Film ist es vorhin auch sehr schön dargestellt worden, dass zum Beispiel eine Lehrkraft gesagt hat, dass sie sich ja auch um die anderen kümmern muss. Das geht in dem Moment nicht, wo irgendetwas passiert. Wir haben die Teilhabe der Schüler\*innen an Unterricht und Schulleben, die gestärkt wird durch die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte, indem Schüler\*innen eben nicht vorzeitig oder vielleicht ohne triftigen Grund nach Hause geschickt werden, sondern in fachkompetenten Händen sind. Und es ist offensichtlich relativ häufig der Fall, dass man dann zu dem Schluss kommt, nach

einer gewissen Phase der Beruhigung, nach der genauen Begutachtung, was genau passiert ist, dass der Zustand der Schülerin oder des Schülers so ist, dass das Kind dann in der Schule verbleiben und auch wieder in den Unterricht zurück kann. Das ist hier mit Teilhabe gemeint.

Die Schüler\*innen selbst sagen, dass die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte zu ihrem Wohlbefinden beiträgt. Das haben sie natürlich nicht unbedingt mit diesem Wort bezeichnet aber sie fühlen sich sicherer, wenn sie wissen, dass eine Schulgesundheitsfachkraft da ist und im Zweifelsfall etwas für sie tun kann. Hier fehlt bei genauer Betrachtung noch ein bisschen der Transmissionsmechanismus, also über welchen Mechanismus wird das eigentlich wirksam in Bezug auf Bildung, wenn Schüler\*innen sich wohl fühlen? Herr Paulus hat das ja eben schon angesprochen, es geht um Lernemotionen. Wenn Schüler\*innen sich an der Schule sicherer fühlen, sind sie eben auch in der Lage, besser zu lernen, weil sich die Lernemotionen positiv auswirken auf die Motivation.

Und dann haben wir am Ende dieser Auflistung den fachlichen Input, den die Schulgesundheitsfachkräfte geben. Da gibt es auch einen direkten und einen indirekten Einfluss. Der direkte Einfluss entsteht dann, wenn die Schulgesundheitsfachkräfte selbst in Projekten im Unterricht inhaltlichen Input geben. Es gibt außerdem noch einen indirekten Einfluss, der hier nicht so gut sichtbar wird, der sich zusätzlich über die Tätigkeit der exter-

nen Kooperationspartner ergibt, die gegebenenfalls durch die Schulgesundheitsfachkraft gewonnen bzw. gepflegt werden. Das führt dann wiederum dazu, dass es einen weiteren kompetenten gesundheitsbezogenen Input für die Schüler\*innen gibt und die beteiligten angesprochenen Gruppen, insbesondere die Schulleitung, organisatorisch auf eine Art und Weise entlastet werden, dass positive Effekte entstehen.

Der Punkt Akutversorgung, der hier im Zentrum steht, ist ein ganz wesentlicher Aspekt, der dazu führt, dass all diese positiven Effekte erreicht werden. Akutversorgung bezeichnet die Situationen, wenn Schülerinnen und Schüler in wirklichen Notlagen sind, erkrankt sind, beziehungsweise Unfälle haben. Die Akutversorgung durch die Schulgesundheitsfachkräfte entlastet die Lehrkräfte, die Schulleitung und die Eltern, stärkt das Sicherheitsgefühl der Schüler\*innen und fördert ihre Teilhabe am Unterricht

Wenn man dann in der Analyse noch ein Schritt weiter geht, dann fragt man sich wie die verschiedenen Tätigkeitsbereiche der Schulgesundheitsfachkräfte zusammenkommen und stößt darauf, dass das ganz viel mit interner Kommunikation in der Schule zu tun hat. Wir haben an den Schulen erfahren, dass trotz standardisierter Vorgaben, was die Schule bzw. die Schulgesundheitsfachkraft konkret machen soll, sehr viel nach persönlicher Absprache funktioniert, teilweise auch über ein Flurgespräch, in dem mehr informelle Dinge besprochen werden. Aber es gibt

auch die formalen Wege über schulische Gremien. Kommunikation ist auf jeden Fall ein ganz wichtiger Punkt, der dazu führt, welche Prioritäten diese verschiedenen Tätigkeitsaspekte der Schulgesundheitsfachkraft genießen.

Und diese Kommunikation wiederum ist abhängig von externen Gegebenheiten, und da sind wir in den Daten auf ein paar wichtige Punkte gestoßen. Dass die Größe der Schule für die interne Kommunikation eine Rolle spielt, das kann man sich noch relativ leicht vorstellen. Je größer die Schule ist, desto unübersichtlicher wird die Schule auch sein und desto schwieriger wird die Kommunikation mit der Schulgesundheitsfachkraft sein, da sie auf dem Schulgelände eher untergeht. Möglicherweise ist sie auch gar nicht so nah zu den anderen in der Schule Tätigen platziert. Es gibt Fälle, da ist das Krankenzimmer der Schulgesundheitsfachkraft direkt neben der Schulleitung. Das erleichtert natürlich die interne Kommunikation. Aber es gibt eben auch den Fall, dass die Wege ziemlich weit sind. Das erschwert die interne Kommunikation. Das heißt, die räumliche Anordnung erschwert oder erleichtert die Kommunikation genauso wie die Größe der Schule und logischerweise die Anwesenheitszeit der Schulgesundheitsfachkraft. Je mehr sie da ist, desto mehr kann sie natürlich tun. Ich sage das auch deswegen, weil sich dadurch eine unmittelbare Empfehlung, eine Schlussfolgerung ergibt. Es folgt daraus, dass man sehr viel mehr Wert darauf legen muss, diese interne Kommunikation stärker zu strukturieren.



Bildungseffekte im Blick.  
Prof. Dr. Paulus bei der Präsentation der Evaluationsergebnisse

Quelle: AWO Bezirksverband Potsdam e.V.



ren, je größer eine Schule ist und je schwieriger vielleicht die räumliche Anordnung. Das liegt ja nicht unbedingt in der Kontrolle der Schule, dass beliebig viele und optimal geeignete Räume für eine Schulgesundheitsfachkraft zur Verfügung stehen. Das ist so eine Erfahrung, die wir aus den Schulen mitgenommen haben. Wenn die Schulen klein sind und alle dicht beieinander sitzen, dann ist es mit der Kommunikation relativ einfach, wenn die Schulen aber groß sind und die Schulgesundheitsfachkraft ein dezentrales Büro hat, dann mögen die Schüler\*innen das wissen, aber die Kommunikation mit den Lehrkräften der Schule wird erschwert und man muss viel mehr darauf achten, dass man das ein bisschen systematisiert und nicht aus den Augen verliert.

Und letzten Endes ist das alles natürlich auch sehr stark abhängig von den konzeptionellen Vorgaben und Herr Paulus wird jetzt im weiteren Verlauf auch noch weiter darauf eingehen. Einige konzeptionelle Vorgaben sind auch schon im Wandel begriffen, zum Beispiel die Frage der Anwesenheitszeit der Schulgesundheitsfachkraft, das ist ja eine gute Nachricht.

#### **PAULUS**

Vielen Dank, Thomas Petzel, ich fahre jetzt fort mit konzeptionellen und grundsätzlichen Überlegungen. Es geht bei der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte nicht nur um Gesundheit, sondern eben auch um Bildung. Wir haben auf der einen Seite Bildung, auf

der anderen Seite Gesundheit und dann haben wir die soziale Lage, aus der die Kinder kommen. Aufgaben der Krankenkassen und der Sozialversicherungsträger sind es, die soziale Ungleichheit zu beseitigen und wir versuchen, das über Bildung zu erreichen. Denn Bildung ist der einzige mögliche Weg, den jemand beschreiten kann, der aus sozial benachteiligten Schichten kommt, es sei denn er macht einen Lottogewinn. Aber sonst kann er sich nur über Bildung gesellschaftlich entwickeln. Aufstieg durch Bildung, heißt es ja.

Also müssen wir schauen, dass wir Bildung befördern können. Die soziale Lage können wir durch Sozialpolitik verändern, das ist klar. Aber wenn man uns fragen würde, was man tun kann, Bildung zu befördern, bessere Bildung zu machen, dann ist ein wesentlicher Hebel die Gesundheit. Gesundheitliche Voraussetzungen, gesunde Schüler\*innen, gesunde Lehrkräfte, gesunde Systeme sind eine gute Voraussetzung dafür, dass Bildung vorankommen kann. Dass denjenigen, die sozial benachteiligt sind, aber auch denjenigen, die nicht sozial benachteiligt sind, aber trotzdem ein Anrecht auf gute Gesundheit haben, die Möglichkeit geboten wird, mit sehr guter Bildung einen Abschluss zu erreichen. Das ist ja der Grundgedanke, der dahinter steht: Mit Gesundheit Bildung befördern, mit Gesundheit gute Schule machen. Deshalb es so wichtig, dass über Gesundheit ein Weg gebahnt wird, dass Bildung, und zwar nicht nur Gesundheitsbildung befördert wird – also auch Mathematik, Latein, Englisch, all diese Dinge, die in der Schule passieren.

Was ist denn Bildung eigentlich? Bildung ist mehr als Information. Bildung ist ein co-konstruktiver Prozess. Denn jene, mit denen ich es zu tun habe, die Schüler\*innen, das sind aktive Lerner. Subjekte ihrer Existenz, wie die Pädagog\*innen sagen würden und die muss man entsprechend einbinden. Man muss gemeinsam mit ihnen entwickeln, dass sie sich bilden können. Bilden kann man nur sich selbst, ausbilden können einen andere, aber Bildung muss man selber machen. Das heißt, ich muss in einen Prozess hineinkommen, der in der Co-Konstruktion passiert, gemeinsam zur Einsicht, zur Reflexion über das was ich tue. Ein aktiver Prozess, es ist nicht nur der Schüler als leere Flasche, die gefüllt werden muss, sondern es ist ein aktiver Prozess desjenigen, mit dem ich es zu tun habe. Sei es die Schulgesundheitsfachkraft, der Lehrer, sei es die Sekretärin, alle die im Bildungsbereich arbeiten, müssen diese Haltung haben. Das Kind ist ein Subjekt seiner Existenz und nicht ein Objekt, das zu bespaßen oder zu belehren wäre. Sondern das ist ein aktiver Prozess.

Bildung ist der Erwerb von Bildungskompetenz und zwar indem sich Schüler\*innen auseinandersetzen mit ihrer kulturellen, materiellen, dinglichen Welt, mit den sozialen und subjektiven Bildungsdimensionen. Dass sie sich darin entwickeln und sich bilden. Gesundheitskompetenz ist ein Bereich, der bedeutet, mehr Kenntnisse zu haben, mit sich selbst umgehen zu können, aber auch mit der Gesundheit der anderen und mit Gesundheit insgesamt. Das ist die Gesundheitsbildungs-

kompetenz, aber das ist nur ein kleiner Bereich der Bildung, der in der Schule häufig sehr unterrepräsentiert und nicht ernst genommen wird. Und Bildungskompetenz ist etwas anderes als was man so gemeinhin unter Gesundheitskompetenz versteht. Frau Tannen von der Charité hat es ja gesagt, die Allianz für Gesundheitskompetenz, die sich entwickelt, der Begriff, der in der Pädagogik genutzt wird. Und Kompetenz ist nicht ohne Fähigkeit zu haben. Etwas zu tun, eben kompetent zu sein, dazu zählen auch motivationale Bereitschaften, etwas zu tun. Nicht nur, dass ich das kann, sondern auch dass ich die Bereitschaft habe, das zu tun. Nicht nur, dass ich weiß, wie man eine Möhre isst, sondern es auch tue, die Motivation habe, es zu tun. Wo ich motivational auch den Willen dazu habe und auch die sozialen Bereitschaften, mit anderen gemeinsam etwas zu entwickeln und zu gestalten, sodass das mehr ist als Kompetenz im üblichen Sinne. Und auch im Gesundheitsbereich, wenn es da heißt, das seien eigentlich Gesundheitsskills oder Gesundheitskompetenzen, das ist jetzt ein bisschen was anderes. Und die Diskussion in der Allianz für Gesundheitskompetenz geht genau da hin, dass wir klären müssen, wie der Kompetenzbegriff in der Bildung verstanden wird, der üblicherweise im Medizinbereich oder im pflegerischen Bereich oder sonst wo verwendet wird. Das muss geklärt werden. Wenn man nämlich mit Konzepten aus einem anderen Bereich in den Bildungsbereich kommt, dann ist da manchmal die Gefahr groß, dass man dieselben Worte verwendet, aber etwas anderes darunter versteht. Thomas Petzel hat schon gesagt, die direk-

ten bildungswirksamen Beiträge leisten die Schulgesundheitsfachkräfte im Fachunterricht, wenn sie tatsächlich etwas zu Gesundheitsbildung beitragen, zu diesem kleineren Aspekt sozusagen. Hier lernen Schüler\*innen etwas über Gesundheit in der Biologie, Sachkunde. Diese Beiträge unterstützen allerdings nur punktuell, weil unsere Erfahrung war, dass die Schulgesundheitsfachkraft zu bestimmten Themen in den Unterricht kommt, mal Hände waschen, Hygiene, dann geht es um Stress usw. Das sind punktuell Dinge, wo die Schulgesundheitsfachkraft Beiträge leistet, aber das sind keine systematischen Interventionen. Das ist ja im Curriculum auch nicht richtig eingeplant, dass man hier eine Kompetenz aufbaut und dass eher punktuelle Interventionen stattfinden. Indirekte Interventionen unter der Bildungsperspektive sind die Interventionen, die viel weitreichender sind, wenn man es denn richtig macht. Also einem Kind zu helfen, das sich verletzt hat oder chronisch kranke Kinder betreuen, damit sie wieder am Unterricht teilnehmen können. Das ist so etwas wie Inklusion, ein wichtiger Punkt. Der Beitrag, den sie dazu leisten, dass die Inklusion verwirklicht wird, dass eben alle am Unterricht teilnehmen können, egal welche Voraussetzung sie haben. Oder Kinder haben Nöte, Sorgen und so weiter und können sie im Krankenzimmer ansprechen, sie werden dort ernst genommen. Wir wissen ja, dass vielfach solche Beschwerden und solche Nöte von Kindern häufig von Erwachsenen nicht ernst genommen werden, bagatellisiert werden. All dies sind Dinge, wo Kindern abgewöhnt

wird, sensibel für sich zu sein. Das kann aufgebrochen werden, weil sie ernst genommen werden.

Was ist nun die Bildungswirksamkeit? Wenn man das richtig macht, mit einem Kind zusammen in der Co-Konstruktion, in der Beziehung mit dem Kind arbeitet, dann kann ein Kind dabei lernen. Wenn es die Schulgesundheitsfachkraft beobachtet, was sie jetzt gerade mit ihm macht, dann ist das eine Hilfe zur Selbsthilfe. Die Schulgesundheitsfachkraft könnte das Kind auffordern zuzuschauen, damit es die Sache nachher selbst machen kann. Wir haben ja oft die Erfahrung im Medizinsystem, dass man als unmündig behandelt wird, einem nicht gesagt wird, was man selber tun kann, sondern der Arzt das für einen macht. Da wird keine Hilfe zur Selbsthilfe geleistet. Das wäre ein wichtiges pädagogisches Moment, dass ein Kind für sich durch Beobachtungslernen lernt und selbst Verantwortung übernimmt, Selbststeuerungs-, Selbstführungskompetenz erwirbt.

Und das ist ja ein ganz generelles, grundlegendes Ziel schulischer Bildung, dass jemand, der am Ende die Schule verlässt, in der Lage ist sein Leben selbst zu führen, selbst Verantwortung zu übernehmen. Und jetzt auch im Bereich der Gesundheit, und über Gesundheit lernt er generell die Selbstführungskompetenz für sein Leben. Wichtig dabei ist, dass die Schulgesundheitsfachkraft das verbalisiert, was sie macht und warum das jetzt wichtig ist. Das Pflaster, das ich aufklebe, ist

nicht, dass ich an einem Objekt eine Dienstleistung vollziehe, sondern wir machen es gemeinsam und du siehst ein, warum das wichtig ist und morgen kannst du das selbst. Diese Art Arbeit mit demjenigen Schüler, und dann auch mit Lehrkräften.

Emotional ein weiteres wichtiges Moment: Der Beitrag der Schulgesundheitsfachkräfte kann dazu führen, dass das Kind sich in der Schule heimisch fühlt, sich sicher fühlt, dass es Verbundenheit zur Schule erlebt, dass es gerne in der Schule ist, weil da ja die Schulgesundheitsfachkraft ist, dass sie positive Lernemotionen mit unterstützen kann, Lernfreude anregen kann. Also, dass die Schulgesundheitsfachkraft doch immer in dieser Perspektive der Bildung die Kommunikation betreibt, sodass der Schüler merkt, dass es nicht nur darum geht, dass er wieder gesund werden soll, sondern dass er wieder Freude an der Schule hat und wieder lernen kann. Er kann einen Zusammenhang herstellen, warum das alles so bedeutsam ist, was man da in der Schule macht. Es ist wichtig, auch negative Emotionen anzusprechen, die ihm widerfahren, Missachtung, ausgeschlossen sein, Verzweiflung, Trauer, Langeweile. Dass all die Dinge angesprochen und aufgenommen werden können, damit Schüler frei und bereit sind zum Lernen.

Das sind ganz subtile Dinge, die man nur erleben kann, wenn man die Schulgesundheitsfachkräfte selber dabei beobachtet und sieht, wie sie arbeiten. Deshalb machen wir in der Schule oder in der Ausbildung von Lehr-

kräften Supervision. Wichtig ist die Kommunikation in Bezug zu denjenigen, mit denen ich arbeite. Das ist kein Objekt, das ist ein Subjekt, das ist ein Mensch, mit dem ich auf Augenhöhe arbeiten muss. Es muss bei den Schulgesundheitsfachkräften eine Haltung entstehen, an sich selbst zu arbeiten, selbst Verantwortung zu übernehmen, um sich dann an der Schule aktiver zu beteiligen. Wenn das vom Kollegium mit unterstützt wird, dann ist das natürlich wunderbar. Dann können sie sich als Schulgesundheitsfachkraft voll entfalten. Beide Aspekte zusammengenommen stärkt es das Kohärenzgefühl der Schülerinnen und Schüler. Sie verstehen warum das mit ihnen passiert, sie haben ein Gefühl der Machbarkeit und es macht einen Sinn, was die Schulgesundheitsfachkraft gerade mit mir macht. Das hilft mir für mein Leben, das stärkt das Kohärenzgefühl, das stärkt wiederum die psychische Gesundheit der Schüler. Das wissen wir und das führt natürlich wieder zur Voraussetzung für gelingende Bildungsprozesse. Diesen Weg in ganz kleinen Schritten zu beschreiten mit den Lehrkräften zusammen, mit den Eltern zusammen, dass das Kind in eine Haltung hineinkommt, dass Lernen möglich ist und Spaß macht.

Im Moment ist es ja so, dass das Wesentliche im Bereich des Unterrichts stattfindet. Die Schulgesundheitsfachkraft bringt ihre bildungswirksamen Leistungen dort. Es ist aber so, die Evaluation hat das gezeigt, dass die Schnittstellen dann nicht klar sind in der Schule. Wo ist die Arbeit der Schulgesundheitsfachkraft und der Schule insgesamt als

System, passt das miteinander zusammen? Und je nachdem, wie das vor Ort gestaltet ist, ist das unterschiedlich. Es hängt sehr stark von der eigenen Kreativität der Schulgesundheitsfachkraft ab, von der Kreativität der Schulleitung, des Kollegiums, wie das alles zusammenpasst. Im Moment scheint es ein „Learning by Doing“ zu sein. Man macht dies, probiert das aus, an der einen Schule klappt es so und an der anderen so, das ist alles ein bisschen unterschiedlich, aber es passiert eben auch in einer pragmatischen Weise. Das ist natürlich kein Dauerzustand, so kann es nicht sein, dass mal jeder für sich ausprobiert und dann untereinander durch Supervision oder Austausch von anderen lernt.

Die Realität ist, dass die Schulgesundheitsfachkraft auf gesundheitliche Problemlagen ausgerichtet ist. Die Schulgesundheitsfachkräfte sind eigentlich Gesundheitsfachleute. Sie haben ein Verständnis, dass sie aus einer schulgesundheitsfachlichen Perspektive die Dinge betreiben und nicht aus einer bildungsfachlichen Perspektive. Sie sind mehr einer Versorgungsperspektive verpflichtet als dem Bildungsgedanken. Das ist wichtig auch für die zukünftige Ausrichtung des Curriculums. Wenn ich im Bildungssystem arbeite, dann muss ich auch ernst nehmen, was die da machen und muss deren Agenda folgen und muss zusehen, dass ich deren Bedürfnisse und Ziele befriedige. Und das ist natürlich ganz klar eine Bildungsperspektive. Lehrkräfte sind dazu da, gute Lehrkräfte zu sein, Schule ist dazu da, eine gute Schule zu sein. Dazu brauche ich alle Kräfte und deshalb

muss ich sehen, dass jeder, der an die Schule kommt, bereit ist, sich auf den Bildungsge- danken einzulassen. Ich habe den Eindruck, da ist noch Luft nach oben.

Wie sollte es sein? Die Schulgesundheits- fachkräfte sollten ein ganz deutliches ge- sundheitspädagogisches Selbstverständnis haben, ganz stark aus der Gesundheitspäd- agogik herkommen und damit die Anbindung an die Pädagogik haben. Sie leisten dann eine berufsbezogene gesundheitliche Arbeit, immer auf die Bildungsinhalte bezogen, auf die Anliegen von Schule in dem System, in dem sie arbeiten. Sonst können sie da nicht nachhaltig wirksam sein.

Und zur Arbeit der Schulgesundheitsfach- kraft: Sie ist eine Schulgesundheitsfachkraft und keine Schülerinnen- und Schüler- Ge- sundheitsfachkraft, die sich nur um die Schülerinnen und Schüler kümmert, das sagt ja schon der Name. Sie ist für die Schule zu- ständig, School Nurse für alle in der Schule. Wenn man das ernst nimmt, dann kommt da auch wesentlich mehr ins Spiel als nur der Unterricht. Dann würde man schauen, in welchen anderen Qualitätsbereichen man noch tätig werden kann. Dann würde man sich den Brandenburgischen Orientierungs- rahmen für Schulen mal vornehmen und prü- fen, welche Beiträge man hier zur Schulqua- lität leisten könnte. Wenn ich aber sage, ich bin nur Schülerinnen- und Schüler-Gesund- heitsfachkraft, dann ist das was anderes. Die Einbindung der Schulgesundheitsfachkräfte müsste stärker in den Struktur- und Prozess-

dimensionen erfolgen, der pädagogischen Institution Schule.

Ich glaube, dass dadurch ein wesentlich hö- herer Beitrag für die Entlastung der Lehr- kräfte und auch der Schülerinnen und Schü- ler in der Klasse erfolgen kann, denn so ein kranker Schüler, der aus der Klasse rausge- nommen wird, der führt ja auch zur Beun- ruhigung in der Klasse. Die restlichen Schüler fragen sich, was los ist, was passiert ist und ob ihm geholfen wird. Der Lehrer kann sich weitgehend wieder um die Klasse kümmern und die sogenannte Nettolernzeit bleibt er- halten. Bruttolernzeit ist ja zunächst immer die Schulstunde. Im Notfall ist die Lehrkraft zwar da, kümmert sich aber um den verletz- ten Schüler, die anderen turnen da irgendwie rum. Die Nettolernzeit ist dagegen die Zeit, die alle Schüler gemeinsam lernen könnten, die wird durch die Schulgesundheitsfachkraft dann ja ansteigen oder erhalten bleiben. Da sehe ich große Chancen.

Und jetzt zeige ich Ihnen noch einmal die Ab- bildung mit dem Qualitätsrahmen. Da sehen Sie die Schulgesundheitsfachkraft. Wo leistet sie Beiträge? Sie kennen das ja, die Zielorien- tierung und die Prozess- und Ergebnisorien- tierung. Sie arbeiten ja eher in den Prozes- sen, dass sie Prozesse von Schule, Unterricht und Kultur, Klima usw. verbessern und sie sehen hier im Bereich Schulkultur, dass schon recht viel unterwegs ist. Die Schulgesund- heitsfachkräfte kümmern sich um Schule als Lebensraum. Das Schulklima ist Thema der Schülerberatung, die Arbeit mit den Schülern,

Beteiligung von Schülerinnen und Schülern und Eltern und auch in der Kooperation mit außerschulischen Partnern.

Dann kann man hier sehen, dass die Schul- gesundheitsfachkräfte in der Kommunika- tion und Kooperation mit dem Kollegium zum Teil beteiligt sind. Bildungsplanung und Fortbildungsplanung betreiben sie ja, sie qualifizieren Lehrkräfte zum Beispiel zu be- stimmten Krankheitsbildern. Man sieht aber, die Schulgesundheitsfachkraft arbeitet so ein bisschen von außen hinein. Anders wäre es, wenn sie drin wäre und drinnen im System arbeiten würde. Das geht dann in die Rich- tung pädagogischer Mitarbeiter in der Schule zu sein, pädagogische Verantwortung zu ha- ben, so dass man dann auch mit den Rechts- fragen besser zurechtkommt.

Die Idee wäre, dass man zu so etwas wie zu einem schulgesundheitsfachlichen Dienst kommt, dass man wegkommt von den einzel- nen Personen, die da unterwegs sind, son- dern dass das eine Struktur bekommt in der sie arbeiten. Und diese Struktur könnte sein, dass sie in der Schule angestellt und veran- kert ist, das wurde ja heute schon mehrfach gesagt. Ich hatte gestern ein Gespräch mit Herrn Ulrich Striegel vom hessischen Kultus- ministerium, der sagte, dass der Dienst immer von außen kommt, und das dürfe nicht sein. Das muss sich von innen heraus entwickeln, es muss Teil der Schule selbst sein. Sonst hat man so einen Dienst, der von außen kommt, den man vielleicht aber auch mal wieder weglassen kann. Wenn das aber mittendrin

ist im System selbst, dann ist das eine wirk-  
same Kraft, die auch nachhaltig wirksam sein  
kann. Es sollte auch nicht ein Projekt oder  
Programm sein, sondern Bestandteil des all-  
täglichen Schullebens von innen heraus sein.  
Und „Gute gesunde Schule“, das haben sie  
ja hier als Landesprogramm in Brandenburg,  
Frau Ministerin Ernst hat es heute ja auch  
schon erwähnt, das kann man doch sehr  
gut nutzen, das Programm ist doch ein su-  
per Konstrukt, mit dem man arbeiten kann.  
So dass Schulen Gesundheitsinterventionen  
nutzen um Bildung voranzubringen. Das wäre  
ja ideal auch für Schulgesundheitsfachkräf-  
te, daran mitzuwirken. Wenn das Land das  
schon unterstützt, wäre es ja blöd, wenn  
man das jetzt noch parallel aufbauen würde.  
Dafür müsste allerdings das Kompetenzpro-  
fil der Schulgesundheitsfachkraft erweitert  
und verändert werden, dann arbeiten sie  
ein bisschen anders und würden berufsbe-  
zogenes Gesundheitsmanagement machen.  
Sie sind dann zuständig für die Qualität der  
Schule aus gesundheitlicher Perspektive. Sie  
würden an vielen Punkten mitarbeiten, un-  
terstützen, ergänzen. Das können die Schul-  
gesundheitsfachkräfte natürlich nicht alles  
persönlich machen, sie wären dann aber eine  
Person die sozusagen Koordinierungsstelle  
ist, die die Dienste einer Kommune verbindet  
mit Schule, verstärkt und so weiter. Die den  
Überblick behält über das Thema Gesundheit,  
die auch Personal- und Unterrichtsentwick-  
lung mit begleitet und unterstützt. Das wäre  
eine Chance, wodurch wesentlich mehr Wirk-  
samkeit entfaltet werden könnte auf diesem  
indirekten Weg, weil Schulgesundheitsfach-

kräfte dann die ganze Schule, die ganze Bil-  
dung und nicht nur die Gesundheitsbildung  
befördern würden.

Gesundheitsförderung und Arbeitsbedingun-  
gen, da kämen jetzt die Lehrer ins Spiel. Die  
Schulgesundheitsfachkräfte würden auch je-  
mand sein, der auch systematisch mit Lehr-  
kräften an deren gesundheitlichen Belastun-  
gen arbeitet. Das ist auch sehr wichtig. Lehrer  
können ja nicht nur für die Schülerinnen und  
Schüler da sein und erkranken zunehmend,  
melden sich ab, weil sie frühpensioniert oder  
krank sind. Die Schulgesundheitsfachkräfte  
sind auch dafür da, dass den Lehrkräften die  
Arbeit und Kommunikation mit den Schü-  
lerinnen und Schülern möglich ist, dass der  
Lehrer in der Lage ist die Beziehungen aufzu-  
nehmen zu den Schüler\*innen, dass er nicht  
so erschöpft ist und einen Burnout hat, so-  
dass er das gar nicht mehr leisten kann. Also  
ihn dazu zu befähigen, dass er weiterhin  
guter Lehrer sein kann. Hier sind die Schul-  
gesundheitsfachkräfte zum Teil bereits aktiv,  
einige machen das schon. Einige Lehrkräfte  
wenden sich an die Schulgesundheitsfach-  
kraft und wollen etwas von ihr. Das wäre  
eine weitere Möglichkeit, das noch im großen  
Rahmen weiter auszubauen.

Zum Ende möchte ich Ihnen noch ein Zitat  
von Jean Monnet zeigen, das macht so eini-  
ges deutlich. „Nichts ist möglich ohne den  
Menschen. Nichts ist von Dauer ohne Institu-  
tionen“. Wir müssen das institutionalisieren,  
sonst laufen die Schulgesundheitsfachkräf-  
te sich wund, erschöpfen sich selbst in der

ganzen Arbeit, die jeden Tag über sie herein-  
bricht. Das drückt das Zitat aus. Ich finde, es  
passt gut. So das war es, was Thomas Petzel  
und ich Ihnen zu sagen hatten. Vielen Dank  
für Ihre Aufmerksamkeit. ┌

# Präsentation

## **Gudrun Braksch**

*Projektleitung*

*Modellprojekt Brandenburg*

*AWO Bezirksverband Potsdam e.V.*

Krankenpflegefachkraft als Voraussetzung, um als Schulgesundheitsfachkraft zu arbeiten. Weiterhin ist die Teilnahme an einer Weiterbildungsmaßnahme wichtig. Grundlage dafür sollte unser evaluiertes und überarbeitetes Curriculum des AWO Bezirksverbandes Potsdam sein, das jetzt in der 2. Auflage erscheinen wird.

Ganz entscheidend ist natürlich die Einrichtung eines Krankenzimmers an der Schule. Wir hatten zu Beginn des Projektes Standards entwickelt, nach denen die Krankenzimmer eingerichtet wurden. Dies hat sich bewährt. Sehr wichtig war uns die Lage des Krankenzimmers, das nahe am Schulsekretariat oder am Lehrerzimmer liegen sollte. Wegen der räumlichen Situation an manchen Schulen mussten wir auch Abstriche machen. So sollte ein Fluchtweg vorhanden, ein Waschbecken im Zimmer und eine Toilette in der Nähe sein. Das Krankenzimmer sollte mindestens 15 Quadratmeter groß sein und ein Fenster haben. Es muss ausreichend beheizbar sein.

Auch zur Ausstattung haben wir Standards erarbeitet. So sollten es in allen Krankenzimmern Krankenliegen, einen Külschrank, einen abschließbaren Medikamentenschrank sowie einen Aktenschrank geben.

Weiterhin haben wir an der Schule einen Paten oder eine Patin. Die neuen „Schulkrankenschwestern“ müssen jemanden aus dem Lehrerkollegium vor Ort haben, der mit unterstützen kann und bei Fragen mit Rat und Tat zur Seite steht. Wichtig ist auch die enge Zusammenarbeit mit den regionalen Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten (KJGD) und den zahnärztlichen Diensten, da hier auch die Fachkompetenz ist. Außerdem sind die Bildung und der Ausbau von regionalen Arbeitskreisen sowie die Zusammenarbeit mit den regionalen Netzwerken wie beispielsweise das Netzwerk „Gesunde Kinder“ wichtige Punkte. Und schließlich ist es für einen Erfolg der Arbeit von großer Bedeutung, dass sich die Schulgesundheitsfachkräfte unterei-


inander austauschen können, da sie ja vor Ort Einzelkämpfer sind. Auch müssen Fortbildungsmaßnahmen stattfinden. So tauchen immer mal wieder berufsbezogene Themen auf, die aufgegriffen und vertieft werden müssen. Außerdem ist die Teilnahme der Schulgesundheitsfachkräfte an Supervisionen und an Reflexionstagen aus unserer Sicht unverzichtbar.

Jetzt komme ich schon zum Ausblick. Wir hoffen und sind auch zuversichtlich, dass es nahtlos weitergeht. Zunächst muss natürlich die Verabschiedung des Haushalts für das Land Brandenburg abgewartet werden.

Nur so viel zum jetzigen Stand: Die Kooperation, die jetzt schon besteht zwischen MASGF; MBS, der AOK Nordost, der Unfallkasse Brandenburg und uns als AWO Bezirksverband Potsdam e.V. wird fortgeführt.

Bei einer Verlängerung des Modellprojektes werden wir uns weiter orientieren an dem Schlüssel eine Schulgesundheitsfachkraft zu 700 Schülerinnen und Schüler. Ein ganz wichtiger Punkt, der ja auch in den Evaluationsergebnissen schon benannt wurde, ist die Konkretisierung des Tätigkeit- und Kompetenzprofils. Und wir sollten den weiteren Aufbau von Netzwerken in den Regionen zur Schulgesundheit vorantreiben.

Wir wollen auch die Umsetzung von gesetzlichen Grundlagen für das neue Berufsbild der Schulgesundheitsfachkräfte initiieren. Zu prüfen ist, wer ein zukünftiger Anstellungsträger sein könnte. Und unsere Schulkrankenschwestern werden im bundesweiten Netzwerk Schulgesundheitspflege mitarbeiten, was sich vor knapp einem Jahr gegründet hatte.

Das nun in aller Kürze zum Ausblick des Modellprojektes „Schulgesundheitsfachkräfte an öffentlichen Schulen im Land Brandenburg“. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit. 

Auch ich begrüße Sie noch einmal recht herzlich. Die Zeit ist weit fortgeschritten, wir haben schon vieles gehört, ich versuche mich daher kurz zu fassen. Wie geht es also weiter im Modellprojekt? Wir, die Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (Hage) und der AWO Bezirksverband Potsdam e.V. wollen einen Ausblick wagen und den Bundesländern, die sich ebenfalls auf den Weg begeben wollen und hoffentlich auch Österreich, eine Abschlussempfehlung mitgeben.

Zunächst zu unseren Empfehlungen: Ganz wichtig ist uns eine Ausbildung zur examinierten Gesundheits- und Kinde-

Gudrun Braksch, Projektleiterin des  
Modellprojektes Schulgesundheitsfachkräfte

Quelle: AWO Bezirksverband Potsdam e.V.





Teilnehmer\*innen der Fachtagung beim fachlichen Austausch

Quelle: AWO Bezirksverband Potsdam e.V.







Im Detail: Zu den Präsentationen der Evaluationsergebnisse konnten die Zuhörer im Anschluss Fragen stellen.

Quelle: AWO Bezirksverband Potsdam e.V.



Anregende Diskussionen und Austausch: AWO-Vorstandsvorsitzende Angela Schweers (unten) bei der Beantwortung einer Frage.

Quelle: AWO Bezirksverband Potsdam e.V.



Großes Medieninteresse: Ministerin Susanna Karawanskij auf der Pressekonferenz.

Quelle: AWO Bezirksverband Potsdam e.V.



Die Fachtagung fand im Dorint Hotel Sanssouci in Potsdam statt  
Quelle: AWO Bezirksverband Potsdam e.V.



Gespanntes Warten vor Beginn der Tagung: Ministerin Britta Ernst, Ministerin Susanna Karawanskij und Angela Schweers

Quelle: AWO Bezirksverband Potsdam e.V.



Fragen der Journalisten zum Modellprojekt beantworteten unter anderem Ministerin Karawanskij (r.), Herr Heuberger und Frau Stoff-Ahnis (l.)

Quelle: AWO Bezirksverband Potsdam e.V.



Stärkung in der Pause. Es gab auch Gelegenheit, sich auszutauschen.

Quelle: AWO Bezirksverband Potsdam e.V.



Gefragte Expertinnen: Das Interesse an der Arbeit der Schulgesundheitsfachkräfte, hier rechts im Bild Sabrina Bethke aus Eberswalde, war enorm.

Links ist Monika Krapf aus Brandenburg an der Havel im Gespräch vertieft zu sehen.

Quelle: AWO Bezirksverband Potsdam e.V.



An der Fachtagung nahmen zahlreiche Gäste aus anderen Bundesländern und aus Österreich teil.

Quelle: AWO Bezirksverband Potsdam e.V.





Ministerin Britta Ernst (l.) und Stefanie Stoff-Ahnis,  
Mitglied der Geschäftsleitung der AOK Nordost

Quelle: AWO Bezirksverband Potsdam e.V.



Gespräche am Rande

Quelle: AWO Bezirksverband Potsdam e.V.

ANHANG

# Schulgesundheitspflege Ein Modellprojekt in Brandenburg und Hessen

## Ergebnisse der Implementationsbegleitung

Antje Tannen, Yvonne Adam, Jennifer Ebert, Michael Ewers

Fachtag zum „Modellprojekt Schulgesundheitsfachkräfte an öffentlichen Schulen  
im Land Brandenburg – Bilanz und Ausblick“ in Potsdam am 04. Oktober 2018

# Warum brauchen wir Schulgesundheitspflege?

Stimmen aus den beteiligten Schulen ...

## **Schüler P (11 Jahre):**

„Einfach, dass die Krankenschwestern sehr gut zu den Schulen passen auch (...), weil, wenn du dich verletzt, dann ist es halt echt blöd, wenn du zum Sekretariat gehen und deine Mutter dich sofort abholen muss.“ (IP: 64)

## **Schüler W (14 Jahre):**

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

## **Mutter eines Kindes mit Behinderung:**

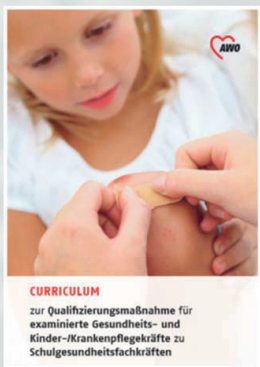
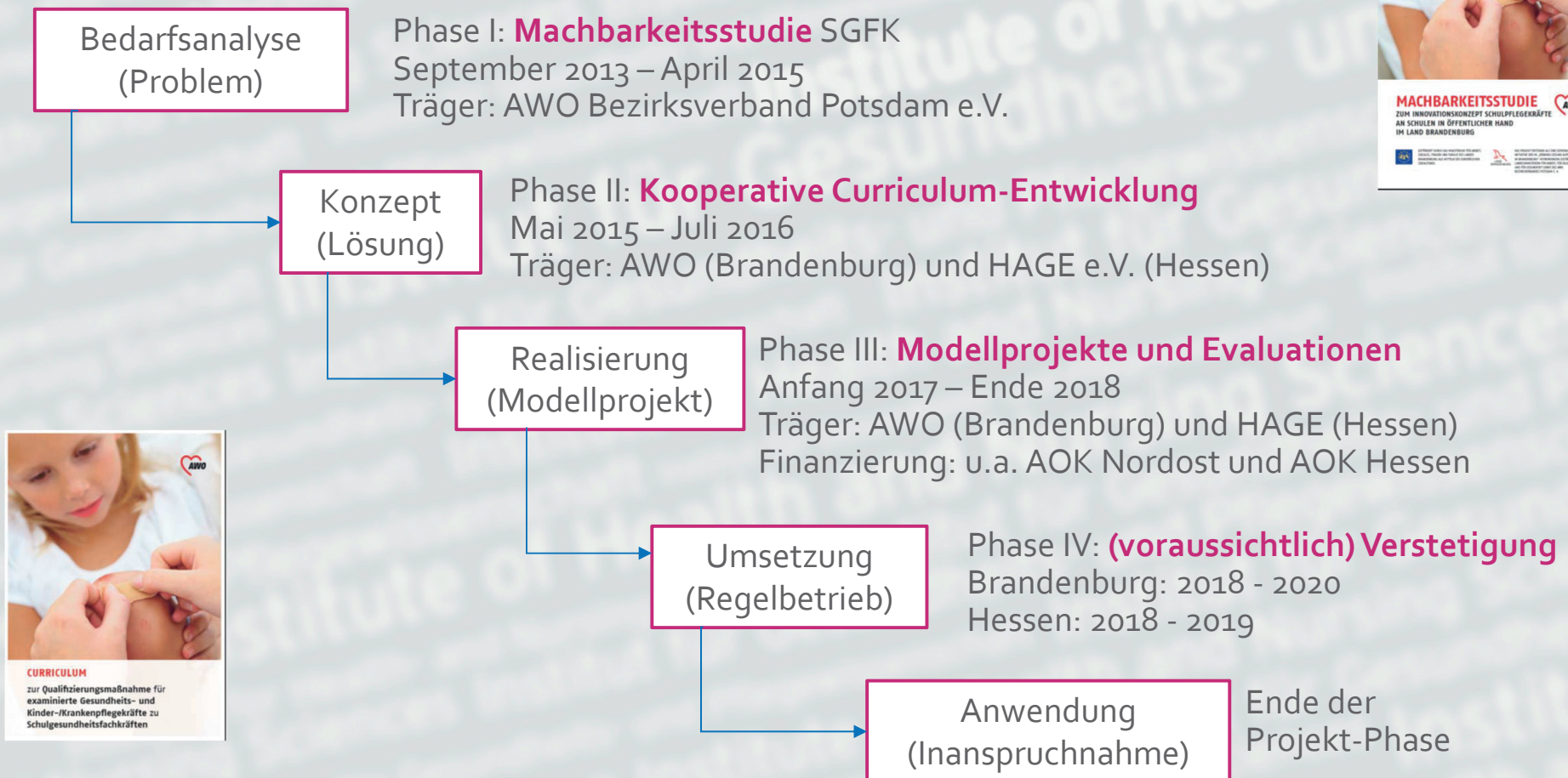
"(...) aber dass ich eben jetzt nicht mit Blitzer-Foto zur Schule gerast kommen muss. Ja und deswegen ist mir die Frau [Nachname "Schulgesundheitsfachkraft"] sehr wichtig. Weil, Lehrer können mit dem Problem einfach nicht umgehen. Und wir sind ja auch eine Schule mit anderen Handicaps." (E\_BA: 19)

## **Sportlehrer:**

"Und sollte denn dann dort etwas passieren, ist natürlich die Aufsichtspflicht schwer einzuhalten. Einfach dahingehend, dass wenn man jetzt mit dem einen Kind, was sich verletzt hat, zurück ins Schulhaus muss. (...) Und da bietet halt die Schulgesundheitsfachkraft natürlich die Möglichkeit auch, dass sie (...) in die Turnhalle kommt.(...) Und von daher ist das schon persönlich eine sehr große Entlastung." (L\_HI: 7)

# Überblick über die Projektphasen




2012: „Schulkrankenschwester“ auf der Agenda des Bündnis Gesund Aufwachsen in Brandenburg; AG Frühe Hilfen und Pädiatrische Versorgung



# Dimensionen der Evaluation

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

# Datengrundlagen für die Evaluation

Erhebungsmethode	Zielgruppe	Brandenburg	Hessen
	Schüler*innen <11Jahre	1.056 (53,0%)	179 (16,8%)
	Schüler*innen >11Jahre	908 (37,7%)	1.836 (22,0%)
	Eltern	1.320 (29,7%)	1.390 (14,8%)
	Lehrer*innen	192 (40,4%)	293 (35,0%)
	Einzelinterviews mit Schüler*innen	20	15
	Eltern in Gruppendiskussion	6	11
	Lehrer*innen in Gruppendiskussion	8	10
	Fälle Leistungsdokumentation	6.449	14.854

## Ausgangsanalyse (Teil 1)

- Komplexe Modellstruktur verlangt nach aufwändiger Steuerung und Abstimmung untereinander.
- Deutlich erkennbarer gesundheitsbezogener Handlungsbedarf im Setting Schule.
- Problematische Gesundheitskompetenz der Lehrer\*innen verlangt nach Interventionen.
- „Homöopathisch“ dosierter Einsatz der Pflegenden zwingt zu einer strenger Priorisierung der Tätigkeiten.
- Deutliche Hinweise auf hohe Akzeptanz der Pflegenden auf Seiten der Schüler\*innen.



Frei verfügbar (open access) unter URL:  
<https://igpw.charite.de/forschung/publikationen>



## Implementations- und Wirkungsanalyse (Teil 2)




- In der Tätigkeit der „Schulgesundheitsfachkraft“ dominieren einzelfallbezogene Akutleistungen.
- Gesundheitlich benachteiligte Schüler\*innen und deren Eltern bewerten das neue Versorgungsangebot zurückhaltender optimistisch.
- Das Gesundheits- und Risikoverhalten der Schüler\*innen konnte im Beobachtungszeitraum nicht beeinflusst werden.
- Die qualitativen Erhebungen haben durchweg eine positive Bewertung gezeigt, aber auch Herausforderungen aufgedeckt.
- Eltern und das Schulpersonal konnten im Beobachtungszeitraum spürbar entlastet werden.
- Im Rahmen der wiederholten schriftlichen Befragung zeigen sich in einzelnen Bereichen moderate Effekte der Schulgesundheitspflege.



In Kürze frei verfügbar (open access) unter URL:  
<https://igpw.charite.de/forschung/publikationen>

# 1. Empfehlung – 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.**

Schüler*innen in Brandenburg (N=2.376)		
Täglicher Verzehr von...	Primarstufe	Sekundarstufe
Obst	55 %	 27 %
Gemüse	36 %	 20 %
Süßigkeiten	22 %	15 %
Knabberien	3 %	5 %
Zuckerhaltige Getränke	5 %	 13 %

## Schülerin C (11 Jahre):

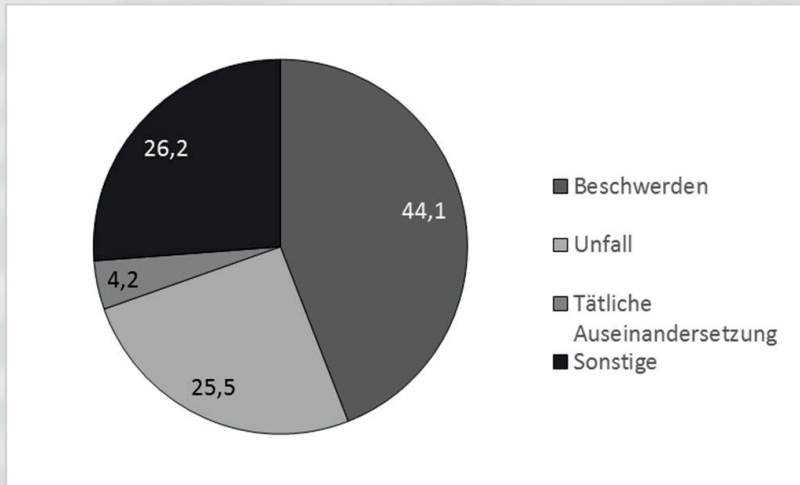
„(...) es gibt Kinder, die lutschen Lollys zum Frühstück und eine Stulle mit Nutella oder Pudding“ (IC: 92)

Angebot zur Gesunderhaltung, Prävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitsbildung  
**innerhalb allgemeinbildender Schulen**

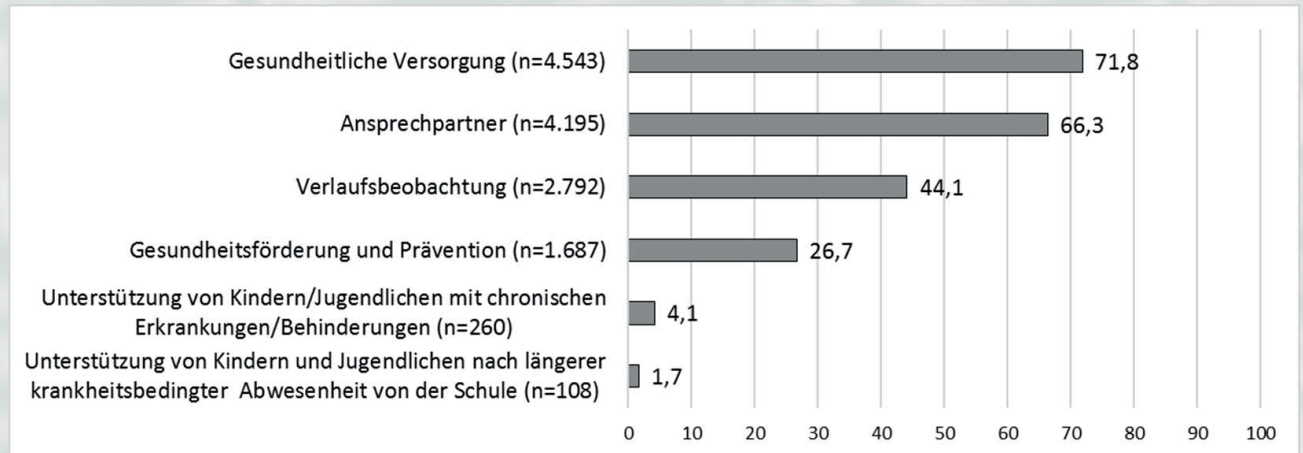
Institutionelle Anbindung noch klärungsbedürftig  
(Gesundheit / ÖGD vs. Bildung / Schulträger)

# Tätigkeitsspektrum der Schulgesundheitspflege

Kontakthilfen der Schüler\*innen in Brandenburg



Schüler\*innenbezogene Versorgungsbereiche in Brandenburg



## 2. Empfehlung – 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.**

Unsicherheit besteht auf Seiten von Lehrer\*innen vor allem im Umgang mit

- **Akutsituationen**
- **psychische Erkrankungen**
- **chronisch somatische Erkrankungen**

### **Lehrerin:**

*„Mich beruhigt es, Fachpersonal in diesem Sinne an der Schule zu haben. Zu wissen, da ist jemand, der im Notfall kompetent handelt, fachgerecht handelt. (L\_BF: 6)*

### **Schülerin I (11 Jahre):**

*„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.“ (II: 82)*

**15,7%** der Befragten in **Brandenburg** haben angegeben, dass in ihrem Fall eine **chronische bzw. andauernde Erkrankung oder Behinderung** vorliegt.

(N=1.681, Angabe der gültigen %)

### 3. Empfehlung – Konzept- und Interventionsentwicklung fördern

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

#### Breites Aufgabenspektrum

- Zielgruppen zwischen 6 und 18 Jahre
- komplexe individuelle Problemlagen
- Erste-Hilfe und Routineversorgung
- Informations- und Beratungsbedarf
- Edukation / Gesundheitskompetenz
- Projektarbeit / Gesundheitsförderung
- Arbeit mit Eltern / Lehrenden
- Beteiligung an Schulentwicklung
- Vernetzung mit Schulumfeld
- etc.

#### Welcher Bedarf soll prioritär beantwortet werden?

Notfall-/ Akutversorgung vs.  
Gesundheitsförderung / HL

#### Welche konkreten Maßnahmen lassen messbare Effekte erwarten?

Komplexe Interventionen vs.  
abgrenzbare Einzelmaßnahmen

#### Welche Qualifikationen und Ressourcen sind notwendig?

Berufliche Weiterbildung vs.  
hochschulische Qualifikation

## 4. Empfehlung – 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.**

### Auswahlverfahren für Schulen

- Größe, Lage, Umfeld der Schulen
- Problemdichte an den Schulen










### Ermittlung von bedarfsgerechten Verhältniszahlen

- Anzahl der Pflegenden (VK) je Schule
- Anzahl der Schüler\*innen je Pflegende (VK)

### Sicherung kontinuierlicher Angebote

- Festlegung verbindlicher Kontaktzeiten
- Vertretungsregelung (Krankheit / Urlaub / Fortbildung)

#### BRANDENBURG

2x  :   
6x  :    
2x  :   

#### HESSEN

10x  : 

#### Maximum:

1.200 Schüler\*innen je Pflegende  
(Brandenburg)

#### Minium:

512 Schüler\*innen je Pflegende  
(Brandenburg)

## 5. Empfehlung – Überregulierung meiden, Flexibilität ermöglichen

Die Modellphase hat gezeigt, dass die Schulgesundheitspflege zahlreiche Regeln des Datenschutzes, des Schul- und Berufsrechts berücksichtigen muss. **Im Interesse der Arbeitsfähigkeit ist aber unnötige Überregulierung zu vermeiden und flexibles Handeln zu ermöglichen.**

- umfangreiche Informationsschreiben
- hoher administrativer Aufwand für das Einholen der Einwilligung der Eltern
- fehlende Einwilligung verhindert Interventionen (außer bei Notfällen)

### **Lehrerin:**

*"Also, das war bei uns auch ein ganz großes Problem: Dass viele Eltern da nicht einwilligen wollen wegen Datenschutzsachen. Und das ist dann aber auch das Problem: Welches Kind darf zur Krankenschwester, welches nicht? (...) Und dann musst du im Klassenbuch gucken: Dürfen sie oder dürfen sie nicht?" (L\_ES: 52)*

Ausgerechnet vulnerable Teilpopulationen drohen durch bürokratische Hürden und wenig flexible Vorgehensweisen von der Schulgesundheitspflege ferngehalten zu werden.

## 6. Empfehlung – Systematisierung und Standardisierung fördern

Noch wird in der Schulgesundheitspflege überwiegend auf akute Probleme situativ reagiert und wenig zielgerichtet und einheitlich gehandelt. **Ein an Regelkreisläufen orientiertes Handeln, Standardisierung von Interventionen und Dokumentation fördern die Qualität des Angebots.**

- viele Tätigkeiten im Sprechzimmer (mehr Reagieren als Agieren?)
- breites Themenspektrum bei den Projekten (wie wurde Agenda festgelegt?)
- breites Spektrum bei den Netzwerkpartnern (wie wurden diese bestimmt?)
- kaum strukturiertes Assessment (wie wurden Bedarfe erfasst?)
- kaum Verfahrensregeln / Leitlinien (worin begründet sich das Handeln?)
- uneinheitliches Dokumentationsverhalten (was und wie festhalten?)





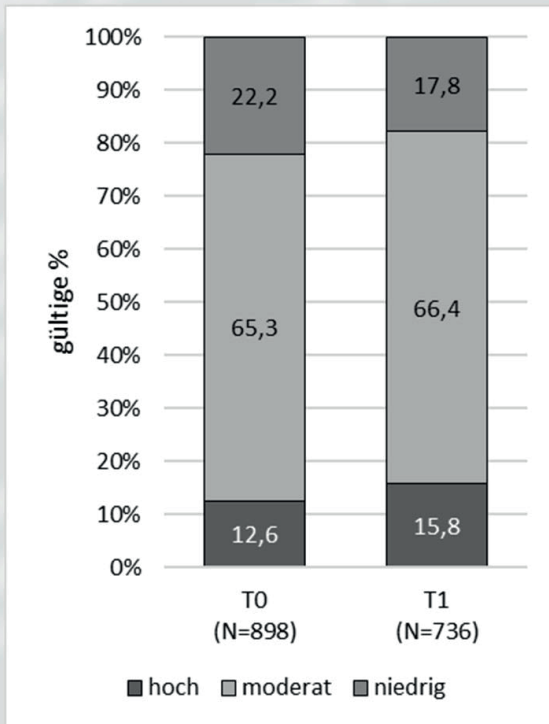
## Einige Wirkungen im Beobachtungszeitraum

- Die Sicherstellung der medizinisch-pflegerischen Versorgung der Schüler\*innen mit chronischen Erkrankungen stieg von 8 auf 18 Prozent (nach Angabe der Eltern).
- Der Anteil der Schüler\*innen, der sich durch Mitschüler\*innen wegen ihrer Erkrankung oder Behinderung gehänselt fühlt, sank von 32 Prozent auf 21 Prozent.
- Der Anteil der unter Schüler\*innen (unter 11 Jahre), die trotz Erkrankung in der Schule bleiben konnten, stieg von 6 auf 13 % (ähnliche Effekte auch bei verunfallten Schüler\*innen).
- 73 Prozent der befragten Eltern, die schon einmal Kontakt zur Schulgesundheitspflege hatten, fühlen sich durch deren Aktivitäten entlastet.
- 82 Prozent der befragten Lehrer\*innen fühlen sich durch die Arbeit der Schulgesundheitspflege von fachfremden, gesundheitsbezogenen Tätigkeiten entlastet.
- 78 Prozent der Lehrer\*innen geben an, dass sie seit Beginn des Modellprojektes weniger Zeit für fachfremde, gesundheitsbezogene Tätigkeiten aufwenden müssen.

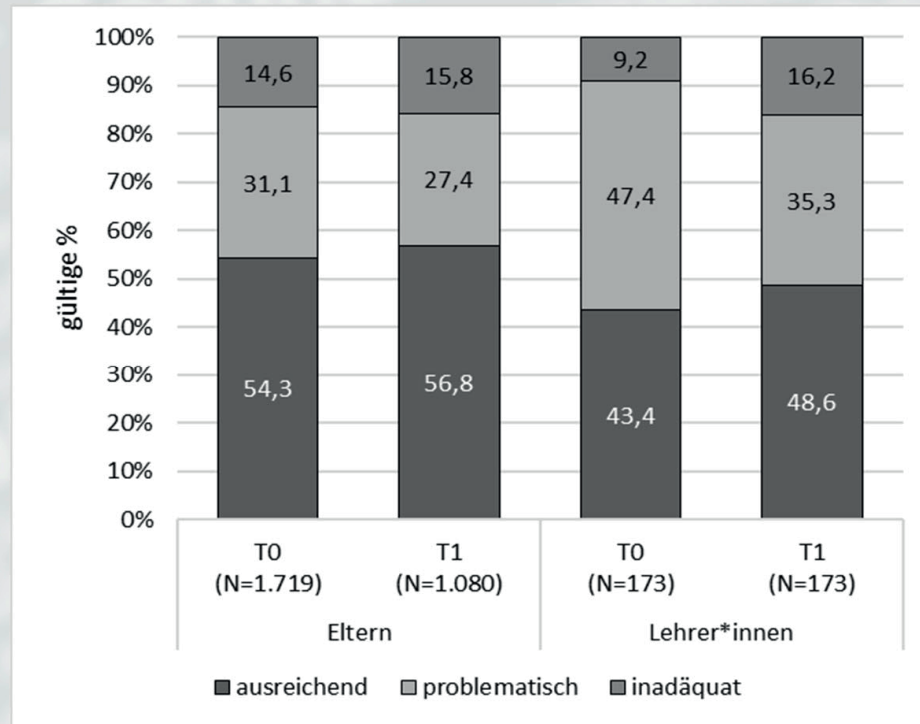
# 7. Empfehlung – Förderung von Gesundheitskompetenz ausbauen

Die vorliegenden Daten aus der Modellphase 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 ausgebaut werden.**

Gesundheitskompetenzniveau der Schüler\*innen in Brandenburg



Gesundheitskompetenzniveau der Eltern und Lehrer\*innen in Brandenburg



## 8. Empfehlung – Weitere Erprobung und Beobachtung von Effekten

Das Modellvorhaben 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.**

### Limitationen

- sehr kurzer Interventionszeitraum
- wenig abgrenzbare Interventionen
- geringer Grad an Standardisierung

### **Lehrerin:**

*"Es geht nicht nur um das Pflaster, um die Seelenbetreuung und um die Prävention, Eltern, das ganze Paket. Sondern darum, dort eine Nachhaltigkeit in den Unterricht bei den Kindern, bei den Eltern zu verankern. (...) Also das kann ich nur sagen: Das ist sehr, sehr positiv, was wir beobachten. Und, ja (...), wir wünschen uns alle, dass es weitergeht. Wenn es nur für die Modellprojektschulen sind. Aber Ziel soll ja ein ganz anderes sein." (L\_CT: 23)*

## Fazit der Begleitforschung

- An allgemeinbildenden Schulen gibt es deutlich erkennbare gesundheitliche Herausforderungen, denen mit bisherigen Angeboten allein nicht begegnet werden kann
- Das international weit verbreitete Angebot der Schulgesundheitspflege bietet hierbei – *aus der Schule heraus* – interessante Optionen zur Beantwortung dieser Herausforderungen
- Die vorliegenden Befunde bestätigen die Niederschwelligkeit der Schulgesundheitspflege, sowie deren hohe Akzeptanz auf Seiten der Schüler\*innen, Eltern, Lehrer\*innen
- Eine offensichtlich uneinheitliche Ausstattung, geringe Präsenz und Kontinuität sowie unterschiedliche Arbeitsbedingungen an den verschiedenen Schulen bergen Risiken
- Um messbare Effekte erzielen zu können, sind künftig eine konzeptionelle Fundierung, Priorisierung von Aufgaben sowie Systematisierung und Standardisierung gefordert

Die mit der Erprobung der Schulgesundheitspflege gesammelten positiven Erfahrungen sollten dazu ermutigen, dieses Angebot weiter auszubauen und die damit verbundenen Potentiale für die Schulgesundheit nutzbar zu machen.

# Kontakt

## Charité – Universitätsmedizin Berlin

CC1 – Human- und Gesundheitswissenschaften  
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft  
Campus Virchow Klinikum  
Augustenburger Platz 1  
13353 Berlin

Tel. +49 (0)30 450 529 092

Fax +49 (0)30 450 529 900

## Projektleitung:

Prof. Dr. Michael Ewers MPH

## Projektkoordination:

PD Dr. Antje Tannen MPH

## Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen:

Yvonne Adam M.A.

Jennifer Ebert MPH

[splash@charite.de](mailto:splash@charite.de)

[www.igpw.charite.de](http://www.igpw.charite.de)



ANHANG

# Das Modellprojekt „Schulgesundheitsfachkräfte“ in Brandenburg und Hessen

## Gut vorbereitet - Die Revision des Curriculums

im Auftrag von



Bezirksverband  
Potsdam e.V.



PROF. DR. MARTIN SAUER

DIPL.PÄD. JOHANNA LOJEWSKI

GESELLSCHAFT ZUR FÖRDERUNG SOZIALER INNOVATIONEN, BERLIN (GFSI)



# Gliederung

---

1. Zur Methodik der Curriculums-Evaluation
2. Allgemeine Erkenntnisse aus der Evaluation
3. Organisatorische Veränderungen
4. Das revidierte Curriculum im Überblick
5. Bildungspolitische Einordnung der Weiterbildung zur Schulgesundheitsfachkraft
6. Ausblick



# Gliederung

---

- 1. Zur Methodik der Curriculums-Evaluation**
2. Allgemeine Erkenntnisse aus der Evaluation
3. Organisatorische Veränderungen
4. Das revidierte Curriculum im Überblick
5. Bildungspolitische Einordnung der Weiterbildung zur Schulgesundheitsfachkraft
6. Ausblick

# Auftrag an die Evaluation

---

Im Rahmen des Modellprojektes ist geplant, nicht nur eine Lehrevaluation durchzuführen, sondern auch das Curriculum auf seine **Praxistauglichkeit** hin zu überprüfen. Dies umfasst einerseits die **Überprüfung der Curriculum-Vorgaben hinsichtlich seiner Umsetzbarkeit** in einzelne Lehrveranstaltungen. Andererseits soll auch evaluiert werden, inwieweit die vermittelten Inhalte und Methoden in der Praxis angewendet werden können und **wie passgenau die Modulinhalte den Handlungsanforderungen in der Praxis entsprechen.**“ (AWO Bezirksverband Potsdam e.V., 2016, S. 25)

# Drei Perspektiven

---

*Perspektive der Teilnehmer/innen:* Anwendbarkeit der Inhalte und Methoden in der Praxis sowie ihre Passung zu den realen Handlungsanforderungen – **2 x 2 strukturierte Gruppeninterviews**

*Perspektive der ausbildungsbegleitenden Dozent/innen:* Umsetzbarkeit der Vorgaben in der Lehre und Erreichung der Lernziele in Form von Handlungskompetenzen in der Praxis – **5 Personen; je 2 Interviews**

*Perspektive der Mentor/innen:* Passung der erlernten Inhalte und Methoden zu den realen Handlungsanforderungen – **2 x 9 Interviews**

**2 Zwischenberichte, 2 Abschlussberichte, 1 Zusammenfassung**

# Gliederung

---

1. Zur Methodik der Curriculums-Evaluation
2. **Allgemeine Erkenntnisse aus der Evaluation**
3. Organisatorische Veränderungen
4. Das revidierte Curriculum im Überblick
5. Bildungspolitische Einordnung der Weiterbildung zur Schulgesundheitsfachkraft
6. Ausblick

# Einige allgemeine Erkenntnisse

---

- Das vorliegende Curriculum hat sich grundsätzlich bewährt.
- *„Die Schulkrankenschwestern sind gut auf ihre neue Aufgabe vorbereitet.“*
- Die schulische Praxis hat die Schulgesundheitsfachkräfte von vornherein so „in Beschlag“ genommen, dass die praxisbegleitenden Weiterbildungstage z.T. als Belastung erlebt wurden – besonders dann, wenn sie als eher „theorielastig“ erlebt wurden.
- Ganz wichtig war die Gelegenheit zum Austausch, zur Reflexion, zur gegenseitigen Beratung und zur Fallarbeit während der praxisbegleitenden Weiterbildungstage.

# Einige allgemeine Erkenntnisse

---

- Gut wäre es, den zukünftigen Einsatzort und die Spezifika der Schule frühzeitig kennen zu lernen.
- Module sollten „kompakter“ gestaltet werden; Prüfungen direkt nach Abschluss der Module (nicht so viele in der Praxisphase).
- Reduktion der Praxisbesuche, der (verpflichtenden) Reflexionsgespräche und der Entwicklungsberichte
- Ausweitung der Themenbereiche
  - Schulrecht / Schulstrukturen,
  - medizinische (einschl. psychiatrische und psychosomatische) Grundlagen,
  - Kommunikation und Konfliktbearbeitung
  - methodische Gestaltung von Projekt- und Gruppenarbeit.
- Wunsch vieler Teilnehmerinnen: Verzicht auf die Zensuren bei den Prüfungen und Leistungsnachweisen

# Gliederung

---

1. Zur Methodik der Curriculums-Evaluation
2. Allgemeine Erkenntnisse aus der Evaluation
- 3. Organisatorische Veränderungen**
4. Das revidierte Curriculum im Überblick
5. Bildungspolitische Einordnung der Weiterbildung zur Schulgesundheitsfachkraft
6. Ausblick

# Veränderungen in der Organisation

---

- Start jeweils im April
- Weiterbildung – einschl. Prüfungsphase - bis kurz vor den Sommerferien
- Praxiseinstieg ca. 2 Wochen vor Ferienende (Sprechzimmer einrichten, EDV installieren, Netzwerke knüpfen...)
- → Erleichtert das „Ankommen“ und die Planung des Schuljahres
- Während der Praxisphase nur noch die Module:
  - Kommunikation und Konfliktbearbeitung
  - Projekt- und Gruppenarbeit
  - Qualitätssicherung



# Zeitliche Orientierung am Schuljahr

---

**Sollte das Projekt verstetigt werden,**

*„dann muss es auch mit dem Schuljahr kompatibel sein und dann anfangen, wo das Schuljahr anfängt und zwischendurch kann man sich tatsächlich an den Schulferien orientieren. Die Schulen haben immer in der letzten Woche der Schulferien Vorbereitungswoche und da sollten sie [die SGFK] auch vor Ort sein [...] Das sollte man tatsächlich mit dem Schuljahr in Einklang bringen [...] Man kann schon sagen „für sieben Wochen gehst du in die Praxis, dann gibt's Hospitationen und dann kommen Ferien, da machen wir das nächste Modul“. (Dozentin in Brandenburg)*

# Zum Umfang der Weiterbildung

---

Eine Dozentin:

*„Der Gesamtumfang ist gut. Es wird ja immer gesagt, es sei zu viel, aber das sehe ich gar nicht so. In der Feinarbeit bei der Überarbeitung des Curriculums kann man sicher einiges rausnehmen, aber dafür muss anderes reinkommen. Insgesamt ist das schon ein sehr anspruchsvolles Handlungsfeld. Inhaltlich-fachlich würde ich nicht abspecken.“*

Dennoch: Anpassung an die Standards vergleichbarer staatlich geregelter Weiterbildungen in der Gesundheits- und Krankenpflege;  
→ leichte Reduktion des Stundenumfangs der Weiterbildung auf 720 Theorie- und 930 Praxisstunden.

# Hospitationen, Ausbildungsbegleitung, Praxisanleitung

---

- Nach dem Einführungsmodul: 1-wöchige Hospitation am zukünftigen Einsatzort
- Nach dem 2. Modul: Hospitationswoche im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
- 2 Praxisbesuche durch die Praxisdozentin der Weiterbildungsstätte
- 2 (dokumentierte) Reflexionsgespräche mit dem „Paten“ / der „Patin“ (= Lehrkraft oder Schulleitung)

# Gliederung

---

1. Zur Methodik der Curriculums-Evaluation
2. Allgemeine Erkenntnisse aus der Evaluation
3. Organisatorische Veränderungen
- 4. Das revidierte Curriculum im Überblick**
5. Bildungspolitische Einordnung der Weiterbildung zur Schulgesundheitsfachkraft
6. Ausblick

# Modul 1: Einführung in die Weiterbildung und Reflexion über die Anwendung von Fertigkeiten und Kompetenzen aus der Primärqualifikation im Handlungsfeld Schule

---

**Gesamtumfang: 48 Unterrichtseinheiten (UE)**

*Schwerpunkte:*

- (1.1) Einstieg in die Lerngruppe (8 UE)
- (1.2) Das Tätigkeitsprofil der Schulgesundheitsfachkräfte: (8 UE)
- (1.3) Reflexion der eigenen Kompetenzen aus der Primärqualifikation bezogen auf das Tätigkeitsprofil (8 UE)
- (1.4) Struktur und rechtliche Grundlagen des Schulsystems (8 UE)
- (1.5) Struktur und rechtliche Grundlagen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (8 UE)

## Modul 2: Rahmenbedingungen des Tätigkeitsfeldes der Schulgesundheitsfachkräfte

---

**Gesamtumfang: 104 UE**

### *Schwerpunkte*

- (2.1) Planung und Organisation des Arbeitsplatzes (16 UE)
- (2.2) Organisation der Arbeitsabläufe (8 UE)
- (2.3) Datenschutz und Dokumentation (16 UE)
- (2.4) Grundlagen zu sozialrechtlichen Fragen (16 UE)
- (2.5) Kindeswohlgefährdung und rechtliche Grundlagen der Kinder- und Jugendhilfe (24 UE)
- (2.6) Struktur des Hilfesystems und Kooperation der Schulgesundheitsfachkräfte in multidisziplinären Netzwerken (8 UE)

# Modul 3: Pflegerisch-medizinische Aspekte der Tätigkeit von Schulgesundheitsfachkräften

---

**Gesamtumfang: 80 UE**

*Schwerpunkte:*

- (3.1) Erste Hilfe am Kind und Akutversorgung (8 UE)
- (3.2) Mundgesundheit (16 UE)
- (3.3) Chronische Erkrankungen und Behinderungen im Schulkind- und Jugendalter (32 UE)
- (3.4) Verlauf der Untersuchung bei akuten Beschwerden und Testverfahren (16 UE)

# Modul 4: Entwicklung von Kindern und Jugendlichen

---

**Gesamtumfang: 88 UE**

*Schwerpunkte:*

- (4.1) Ausgewählte Aspekte der Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter (40 UE)
- (4.2) Gesundheitsrelevante Risikofaktoren im Entwicklungsverlauf von Kindern und Jugendlichen (32 UE)
- (4.3) Entwicklungsbeobachtung (8 UE)



# Modul 5: Psychische Gesundheit als Schwerpunkt in der Arbeit der Schulgesundheitsfachkräfte

---

**Gesamtumfang: 80 UE**

*Schwerpunkte:*

- (5.1) Übersicht über psychosomatische Erkrankungen (24 UE)
- (5.2) Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen und psychosomatischen Problemen (16 UE)
- (5.3) Schule als sicherer Ort für Kinder und Jugendliche (8 UE)
- (5.4) Umgang mit Verlust und Trauer (8 UE)
- (5.5) Traumatisierung und Trauma-Folgestörungen im Kindes- und Jugendalter (16 UE)

# Modul 6: Kommunikation und Beratung im Lebensumfeld Schule

---

**Gesamtumfang: 72 UE**

*Schwerpunkte:*

(6.1) Kommunikation in kontextbezogenen Situationen (32 UE)

(6.2) Beratung in kontextbezogenen Situationen (32 UE)

# Modul 7: Gesundheitsförderung und Prävention im Lebensumfeld Schule

---

**Gesamtumfang: 72 UE**

*Schwerpunkte:*

- (7.1) Schulische Gesundheitsförderung und Prävention (8 UE)
- (7.2) Landesprogramme zur Gesundheitsförderung in der Schule (8 UE)
- (7.3) Präventionsmaßnahmen in der Schule durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst und den Zahnärztlichen Dienst (8 UE)
- (7.4) Themenbereiche und Methoden der schulischen Gesundheitsförderung und Prävention (32 UE)

# Modul 9: Gesundheitsfördernde Projektarbeit an Schulen

---

**Gesamtumfang: 64 UE**

*Schwerpunkte:*

(9.1) Grundlagen der Projektarbeit an Schulen (32 UE)

(9.2) Methodische und didaktische Aspekte der Projekt- und Gruppenarbeit mit Kindern und Jugendlichen (16 UE)

# Modul 8: Grundlagen der sozialen Arbeit im Lebensumfeld Schule

---

**Gesamtumfang: 56 UE**

*Schwerpunkte:*

- (8.1) Gesundheitliche und bildungsbezogene Chancengleichheit (8 UE)
- (8.2) Inklusion und Diversität als Themen der Schule (16 UE)
- (8.3) Ausgewählte Aspekte der fallbezogenen Arbeit in multiprofessionellen Teams und Hilfesystemen (24UE)

# Modul 10: Qualitätssicherung

---

**Gesamtumfang: 44 UE**

*Schwerpunkte:*

(10.1) Grundkenntnisse der Qualitätssicherung und Evaluation (16 UE)

(10.2) Reflexion der Qualifizierungsmaßnahme (8 UE)

# Gliederung

---

1. Zur Methodik der Curriculums-Evaluation
2. Allgemeine Erkenntnisse aus der Evaluation
3. Organisatorische Veränderungen
4. Das revidierte Curriculum im Überblick
5. **Bildungspolitische Einordnung der Weiterbildung zur Schulgesundheitsfachkraft**
6. Ausblick

# Deutscher Qualifikationsrahmen (DQR); Niveaustufe 6:

---

## Beschreibung Niveau 6:

„Über Kompetenzen zur Bearbeitung von umfassenden fachlichen Aufgaben- und Problemstellungen sowie zur eigenverantwortlichen Steuerung von Prozessen in Teilbereichen eines wissenschaftlichen Faches oder in einem beruflichen Tätigkeitsfeld verfügen. Die Anforderungsstruktur ist durch Komplexität und häufige Veränderungen gekennzeichnet.“



# Gliederung

---

1. Zur Methodik der Curriculums-Evaluation
2. Allgemeine Erkenntnisse aus der Evaluation
3. Organisatorische Veränderungen
4. Das revidierte Curriculum im Überblick
5. Bildungspolitische Einordnung der Weiterbildung zur Schulgesundheitsfachkraft
6. **Ausblick**

# Ein Modell-Curriculum zum Anwenden

---

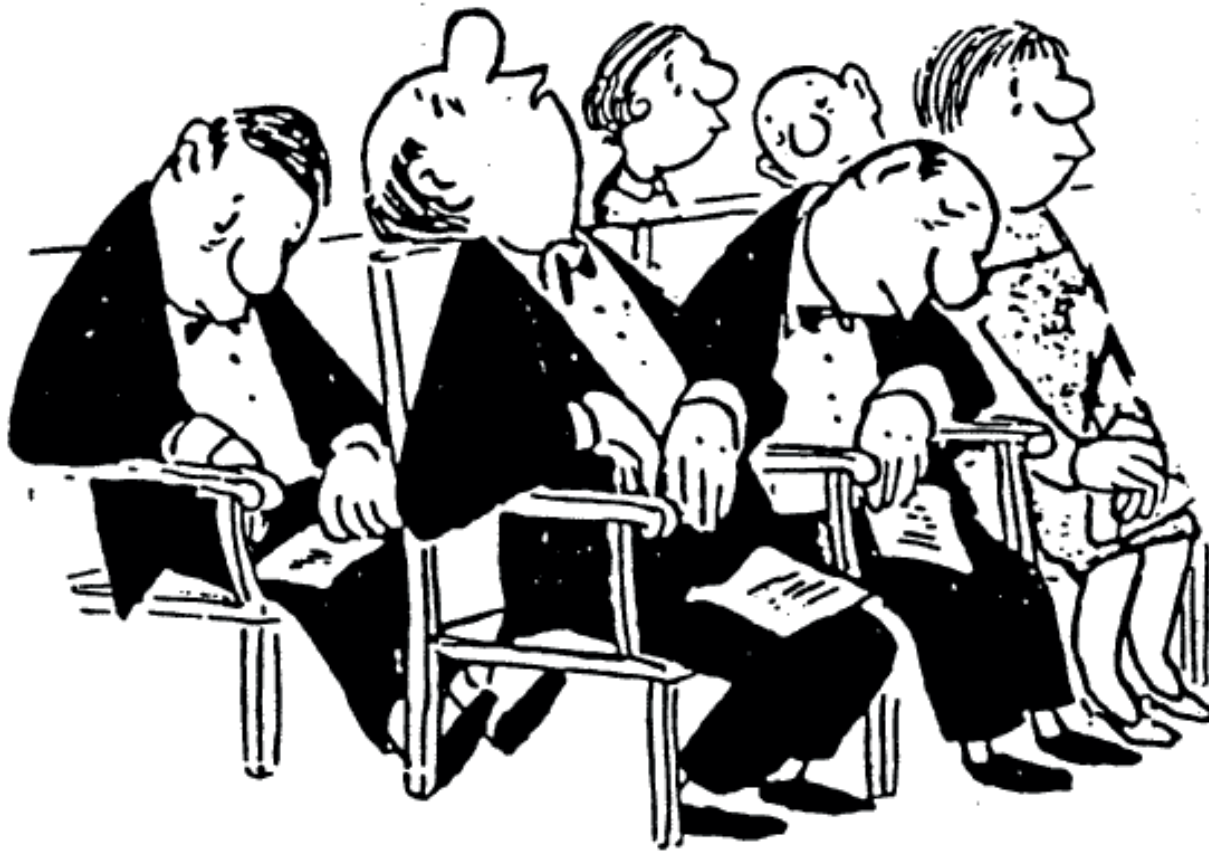
- Mit dieser überarbeiteten Version des Curriculums sind wirklich gute Voraussetzungen für eine zielgerichtete, effektive und motivierende Qualifizierung zukünftiger SGFK geschaffen worden.
- Den Trägern der Maßnahme – und insbesondere der AWO Potsdam – ist dafür sehr zu danken!
- Hier liegt ein Ausbildungsmodell vor, dem man nur wünschen kann, dass es in vielen Bundesländern zum Einsatz kommt – und dabei dann sicher noch weiter verbessert wird.

# Das muss Schule machen – bundesweit!!

Ich bin fest überzeugt davon, dass der Nutzen für Schüler/innen, Lehrer/innen und Eltern groß ist:

- endlich eine echte Entlastung für die Lehrkräfte
- Thema „Gesundheit“ – das in vielen Familien kaum eine Rolle spielt – findet hier einen angemessenen Ort
- Schüler/innen finden fachkundige Ansprechpartnerinnen für ihre Sorgen und Fragen
- Schulen können sich damit deutlich profilieren und auf dem Weg zur „gesunden Schule“ davon profitieren

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit  
und Ihr Interesse!



Loriot



ANHANG



Modellprojekt Schulgesundheitsfachkräfte Brandenburg  
Evaluation (Bereich Bildung)

Prof. Dr. Peter Paulus, Dr. Thomas Petzel  
Potsdam, 04.10.2018

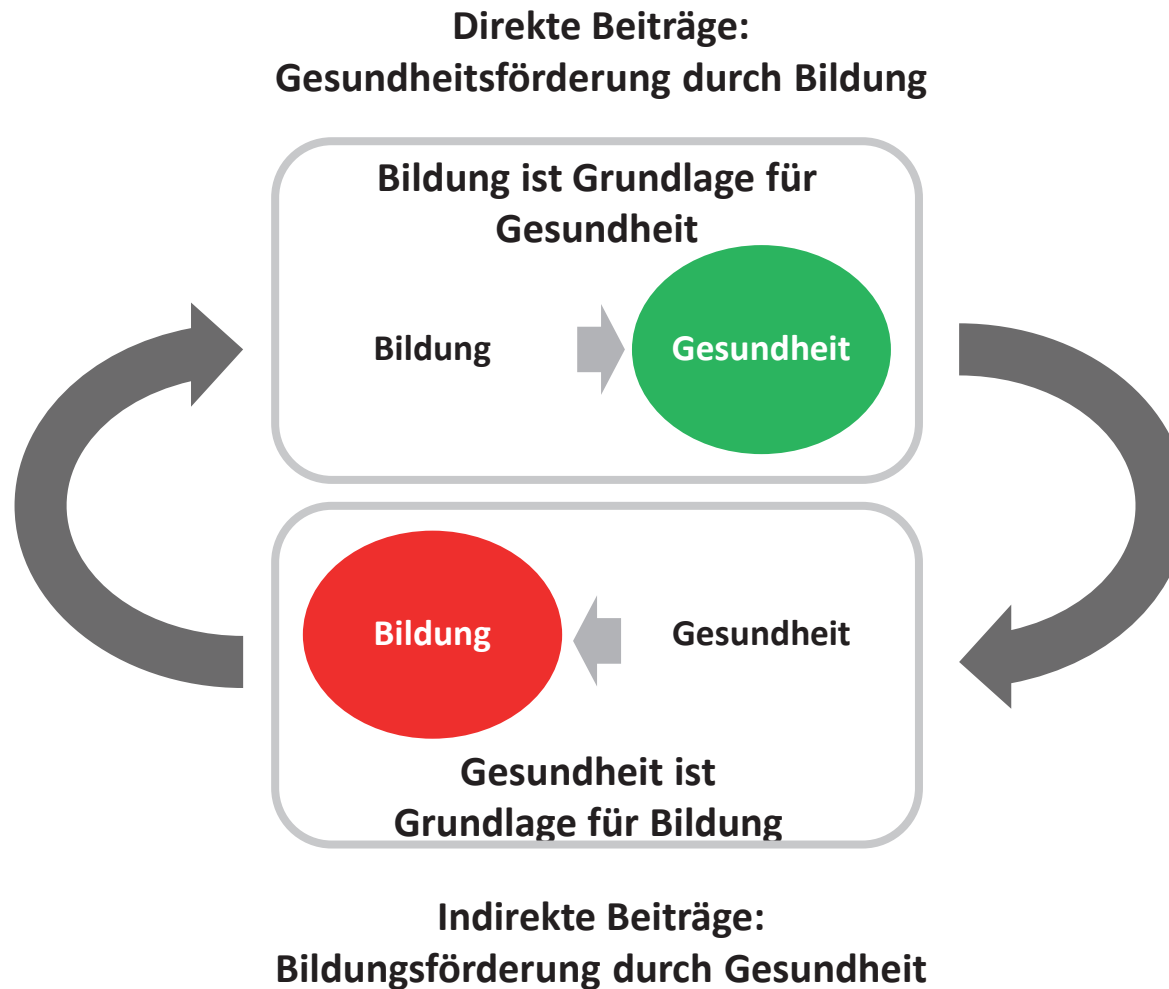
# Agenda

- Hintergrund und Evaluationsauftrag
- Methode und Datenbasis
- Zentrale Ergebnisse: Wirkmodell
- Konzeptionelle Einbettung der SGFK



Hintergrund und Evaluationsauftrag:  
Gesundheit und Bildung – Bildung und Gesundheit

Die Bildungswirksamkeit der Schulgesundheitsfachkraft



### Leitfadengestützte Interviews mit relevanten Akteuren an allen Projektschulen

Schulgesundheitsfachkräfte  
Schulleitungen (Mentor/innen)



Phase 1

Mentor/innen

Lehrkräfte

Schüler/innen

Eltern

(...)



Phase 2

Schulgesundheitsfachkräfte

Schulleitungen, Mentor/innen



Phase 3

## Methode und Datenbasis

Zielgruppe	Anzahl Gespräche
Erste Befragung (Herbst 2017 bis Frühjahr 2018)	
Schulleitungen/Mentor*innen	N > 20
Schulgesundheitsfachkräfte	N = 10 (+1)
Lehrkräfte	N = 20
Schüler*innen	N = 20
Eltern	N = 18
Zweite Befragung (Sommer 2018)	
Schulleitungen/Mentor*innen	N = 16
Schulgesundheitsfachkräfte	N = 7

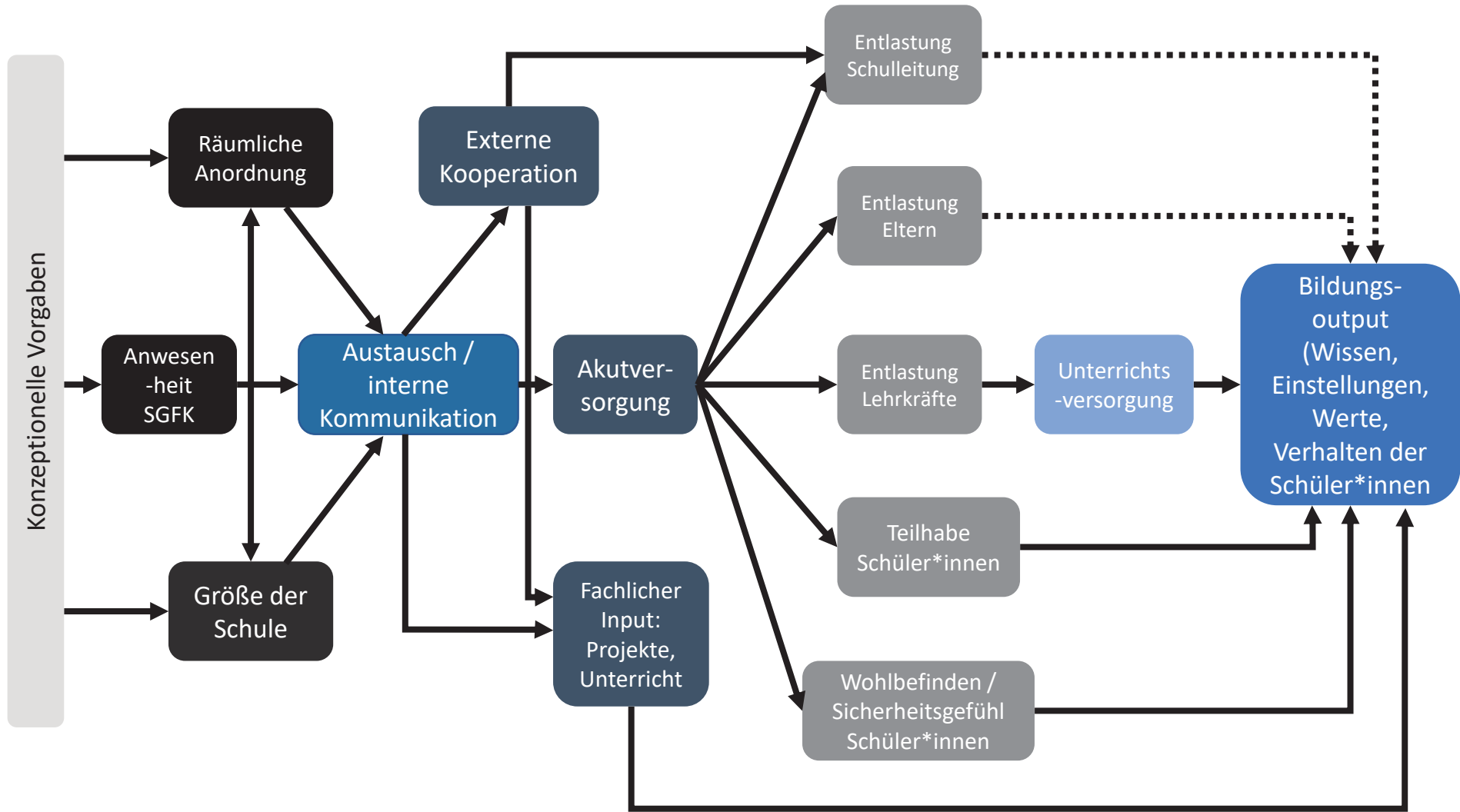
# Methode und Datenbasis

## Auszug Interviewleitfäden

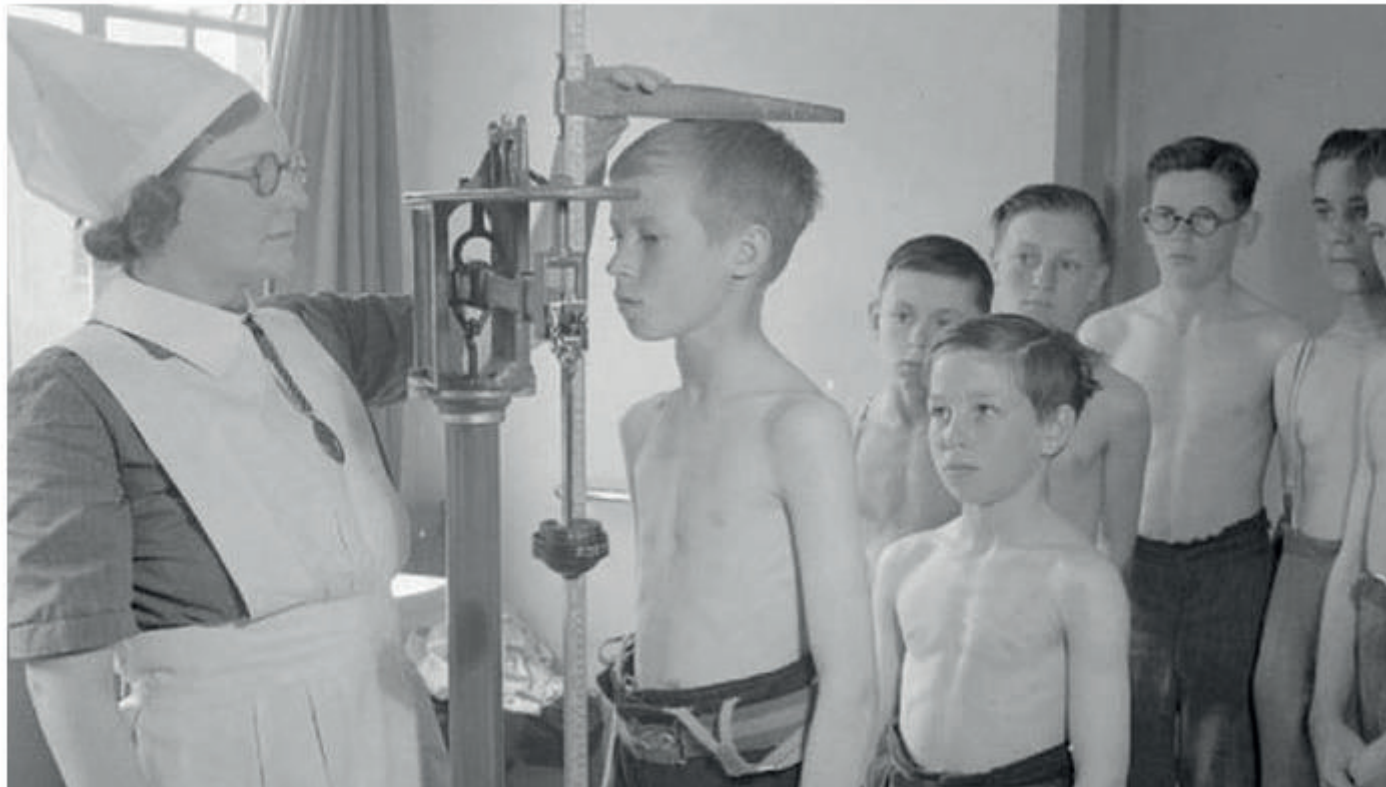
- Tätigkeitsbeschreibung SGFK
- Einbezug in Schulleben
- Kommunikation und Feedback
- Effekte auf Schüler/innen
- Effekte auf Eltern, Lehrkräfte, Schulleitung...
- Außerschulische Kooperationen
- Hindernisse, Ausblick, Wünsche



# Wirkmodell: SGFK und Bildung



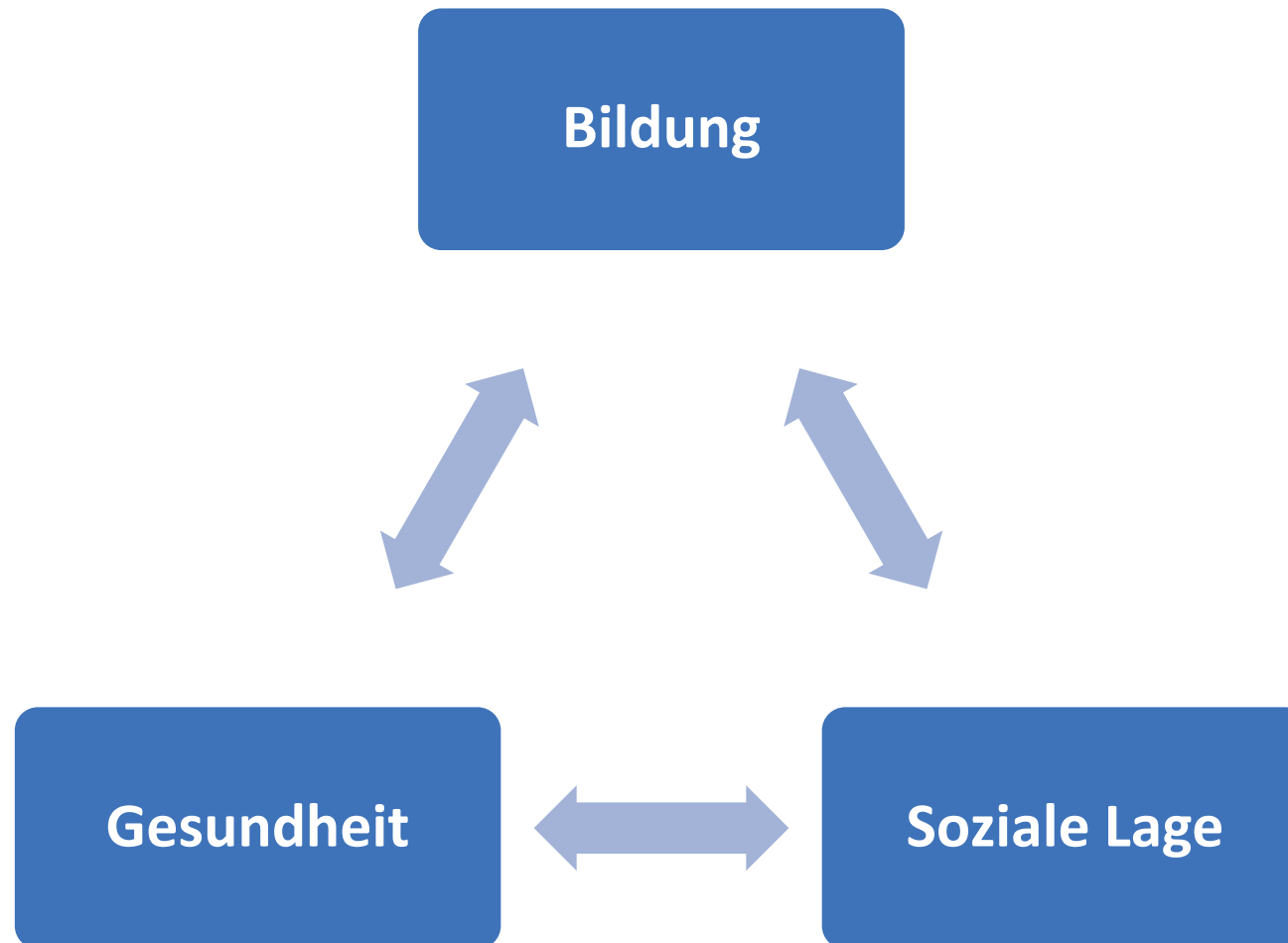
# Konzeptionelles



*In anderen Ländern – wie hier auf dem Foto aus Großbritannien von 1944 – gehören Schulschwwestern seit Jahrzehnten zum Personal an Schulen. Foto: Imperial War Museum / Wikimedia Commons*

## Konzeptionelles

Gesundheit als wichtiger Hebel, um Bildungserfolge zu erreichen



## Bildung

„**Bildung** ist ein **aktiver Prozess**, in dem sich das Subjekt eigenständig und selbsttätig in der Auseinandersetzung mit der sozialen, kulturellen und natürlichen Umwelt bildet. Bildung des Subjekts in diesem Sinne braucht folglich **Bildungsgelegenheiten** durch eine bildungsstimulierende **Umwelt** und durch die Auseinandersetzung mit **Personen**. Bildung erfolgt dabei in einem Ko-Konstruktionsprozess zwischen einem lernwilligen Subjekt und seiner sozialen Umwelt. In diesem Sinne sind, wie dies bereits in der Einleitung formuliert wurde, Kinder und Jugendliche als Ko-Produzenten ihres eigenen Bildungsprozesses zu begreifen“.

(12. Kinder- und Jugendbericht 2015, S. 83)



## Bildung ist Erwerb von Bildungskompetenz

- Schulische Bildung schafft durch den **Aufbau von Kompetenzen** in den kulturellen, materiell-dinglichen, sozialen und subjektiven Bildungsdimensionen die Voraussetzungen für eine soziale und gesellschaftliche Teilhabe.
- **Gesundheitsbildungskompetenz:** Begriff/Verständnis von Gesundheit; Umgang mit Gesundheit, Gesundsein mit Anderen, sich selbst gesund erhalten und entwickeln.
- Diese Kompetenzen sind als bei Individuen verfügbare oder von ihnen erlernbare kognitive **Fähigkeiten und Fertigkeiten** zu verstehen, bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen **motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften** und Fähigkeiten, die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können.  
(vgl. Weinert, 2002, S. 27f)

## Direkte bildungswirksame Beiträge der SGFK Gesundheitsförderung durch Bildung

- Direkte Beiträge leisten die SGFK, wenn sie im Fachunterricht / in Projekten zu gesundheitsbezogenen Themen eigene Beiträge liefern (z.B. Biologie, Sachkunde, Sport).
- Hier lernen die Schüler\*innen etwas über Gesundheit, entwickeln ihre Gesundheitskompetenzen und können sie ggfls. auch direkt einüben und in ihr alltagspraktisches Handeln übernehmen.
- Diese Beiträge unterstützen dann punktuell oder phasenweise die Lehrkräfte in der Bearbeitung von Themen, die im Lehrplan vorgesehen sind.
- Es sind aber keine systematischen Interventionen.

## Indirekte bildungswirksame Beiträge der SGFK: Bildungsförderung durch Gesundheit

Indirekte bildungsbezogene Beiträge leistet die SGFK, indem sie die psychischen, physischen und auch die sozialen Lernvoraussetzungen schaffen bzw. wiederherstellen, zumindest aber mit dazu beitragen:

- Wenn sie Kindern hilft, die sich verletzt haben, oder wenn sie chronisch kranke Kinder betreut, sodass sie (wieder) am Unterricht teilnehmen können.
- Kinder, die psychische Sorgen und Nöte haben, können sie bei ihr an- und aussprechen; psychosomatische Beschwerden, die im Kindes – und Jugendalter in vielfältigen Formen vorkommen und häufig von Erwachsenen oder den Peers bagatellisiert werden, werden von ihr ernst genommen.

## Bildungswirksamkeit der SGFK

### ▪ **Kognitiv-motivational:**

Hilfe zur Selbsthilfe, Beobachtungslernen; Selbstverantwortung und Selbststeuerung: Selbstführungskompetenzen, die als ein generelles und grundlegendes Ziel schulischer Bildung unterstellt werden können.

### ▪ **Emotional:**

Entfaltet sich in wertschätzend-achtsamer Interaktion zwischen SGFK und Schüler\*innen:

- ✓ Heimisch sein in der Schule; sich sicher in der Schule fühlen ; Verbundenheit zur Schule erleben
- ✓ Positive Lernemotionen verspüren (Lernfreude, Bedeutsamkeit des Lernens empfinden)
- ✓ Negative Emotionen aussprechen, bearbeiten können (z.B. Schulängste, Schüchternheit, Missachtung, Enttäuschung, Ausgeschlossenensein, Verzweiflung, Trauer, Lernlangeweile)

**Beide Aspekte der Arbeit** stärken mit dem *Kohärenzgefühl* der Schüler\*innen eine wichtige Determinante der psychischen Gesundheit, die wiederum Voraussetzung für gelingende Bildungsprozesse ist.

## Bildungswirksamkeit der Schulgesundheitsfachkraft: Realität

- Vor allem im Kontext des Unterrichts erbringen die SGFK ihre möglichen bildungswirksamen Leistungen.
- Da aber die Schnittstellen zur Bildungsinstitution Schule in den relevanten Prozessen und Strukturen nicht klar benannt sind, bilden sie ein noch ein zu gestaltendes Feld.
- Es wird vor Ort in den Schulen je nach schulkulturellen und –strukturellen Gegebenheiten durch das individuelle Engagement der beteiligten Personen (Schulgesundheitsfachkräfte, Schulleitungen, Lehrkräfte, Schulsozialarbeiter\*innen) in der Schule und zu den außerschulischen Partnern entwickelt.
- Es bleibt bei einem „learning by doing“ auf pragmatisch strukturierter Ebene.

### Bildungswirksamkeit der Schulgesundheitsfachkraft: Realität

- Das Tätigkeitsprofil der SGFK ist auf gesundheitliche Problemlagen der Schüler\*innen ausgerichtet und lässt den Bezug zur pädagogischen Arbeit der Schule und damit zusammenhängend zur Bildungswirksamkeit nicht unmittelbar erkennen.
- Derselbe Eindruck entsteht auch bei einem Blick ins Qualifikationsprofil und in die Inhalte des Curriculums der Qualifikation der Schulgesundheitsfachkräfte. Es umfasst pädagogische Inhalte; die Tätigkeit wird aber aus einer schulgesundheitsfachlichen und nicht aus einer bildungsfachlichen Perspektive angeleitet.
- Die SGFK ist mehr dem Versorgungs- als dem Bildungsgedanken verpflichtet

### Anforderung an die Bildungswirksamkeit der Schulgesundheitsfachkraft

- Eine Schulgesundheitsfachkraft sollte ein umfassendes gesundheitspädagogisches Selbstverständnis der eigenen Tätigkeit besitzen, verbunden mit der Überzeugung, dass gesundheitsbezogene Arbeit in der Schule im Sinne des „Setting- bzw. Lebensweltansatzes“ eine bildungsbezogene gesundheitliche Arbeit der Schule sein muss, um nachhaltig wirksam sein zu können.

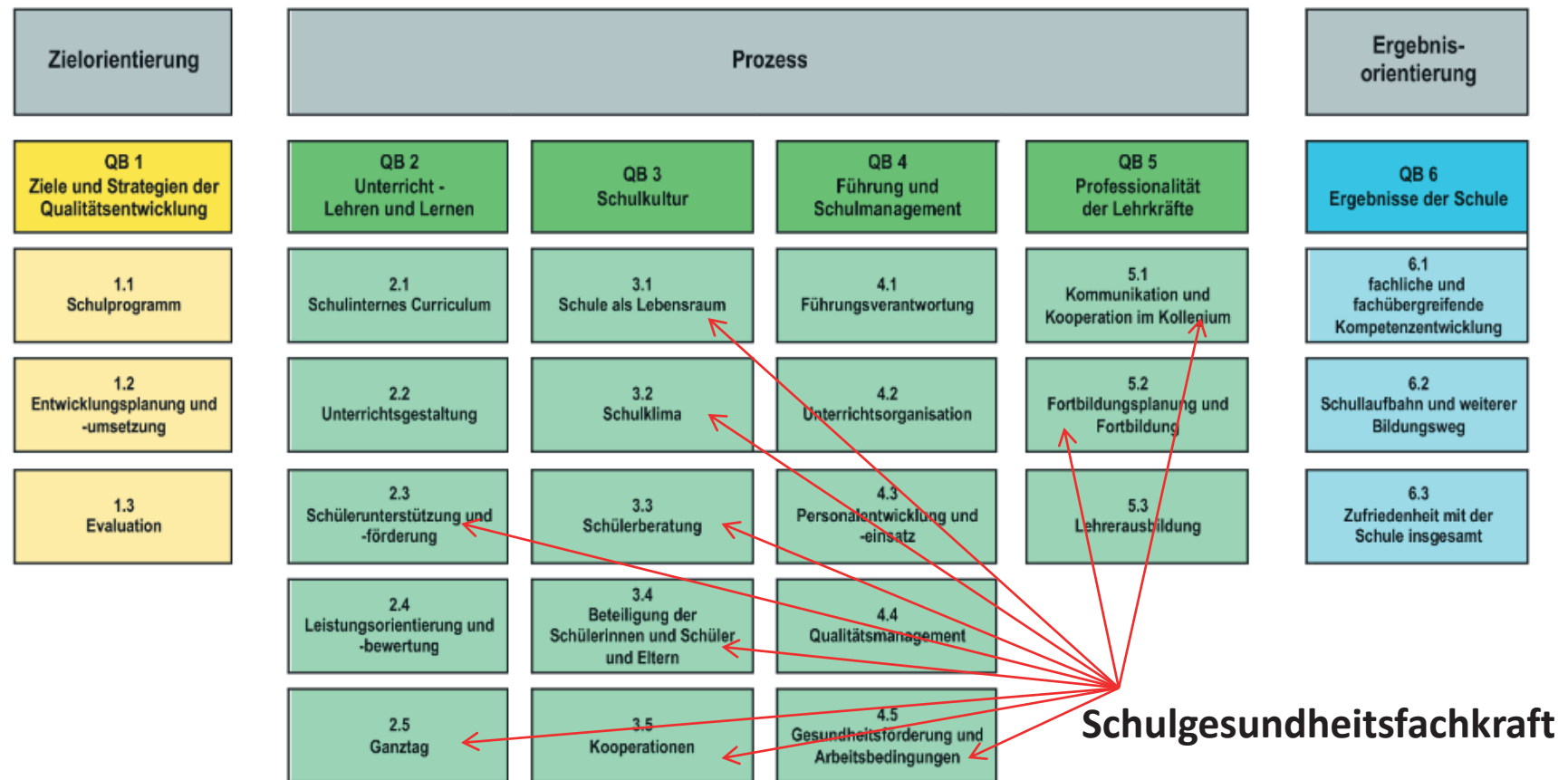
### Nachhaltigkeit der bildungsbezogenen Arbeit der Schulgesundheitsfachkraft

- Die Schulgesundheitsfachkraft ist von ihrer Bezeichnung her eine Fachkraft für die Schule. In dieser Perspektive lassen sich gesundheitliche Aspekte in allen Qualitätsbereichen des brandenburgischen Orientierungsrahmens Schulqualität identifizieren.
- Einbindung der Schulgesundheitsfachkraft in die Struktur- und Prozessdimensionen der pädagogischen Institution und Organisation Schule: Orientierungsrahmen Schulqualität.



# Konzeptionelles

## Arbeit der Schulgesundheitsfachkraft im Orientierungsrahmen Schulqualität „Gute Schule in Brandenburg“



## Von der Schulgesundheitsfachkraft zum schulgesundheitsfachlichen Dienst

- Schulgesundheitsfachkraft als Dienst und nicht als Projekt oder Programm
- Gute gesunde Schule als konzeptioneller Rahmen
  - „Die gute, gesunde Schule ist eine Schule, die sich in ihrer Entwicklung klar den Qualitätsdimensionen der guten Schule verpflichtet hat und die bei der Verwirklichung ihres sich daraus ergebenden Erziehungs- und Bildungsauftrages gezielt Gesundheitsinterventionen einsetzt. Ziel ist die nachhaltig wirksame Steigerung der Erziehungs- und Bildungsqualität der Schule.“ (Paulus 2003)
- Kompetenzprofil der Schulgesundheitsfachkraft müsste erweitert und verändert werden
- Ausrichtung auf bildungsbezogenes Gesundheitsmanagement (Organisations-, Personal-, Unterrichtsentwicklung)

## Bildungswirksamkeit von Schulgesundheitsfachkräften

**„Nichts ist möglich ohne den Menschen. Nichts ist von Dauer ohne Institutionen“**

(Jean Monnet, 1888-1979, einer der Gründerväter der Europäischen Gemeinschaft)

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**



## Kontakt

Prof. Dr. Peter Paulus  
Leuphana Universität Lüneburg  
Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften (ZAG)  
Wilschenbrucher Weg 84a  
21335 Lüneburg  
[paulus@leuphana.de](mailto:paulus@leuphana.de)

Dr. Thomas Petzel  
Evaluation und Wissenschaftliche Methodenberatung  
Lindenstraße 48  
23558 Lübeck  
[th.petzel@gmx.de](mailto:th.petzel@gmx.de)



ANHANG

**Das Modellprojekt „Schulgesundheitsfachkräfte“**

**Fachtagung am 04.10.2018**

**Wie weiter? – Abschlussempfehlungen und Ausblick auf die  
kommenden zwei Jahre**



Bezirksverband  
Potsdam e.V.

# Abschlussempfehlungen

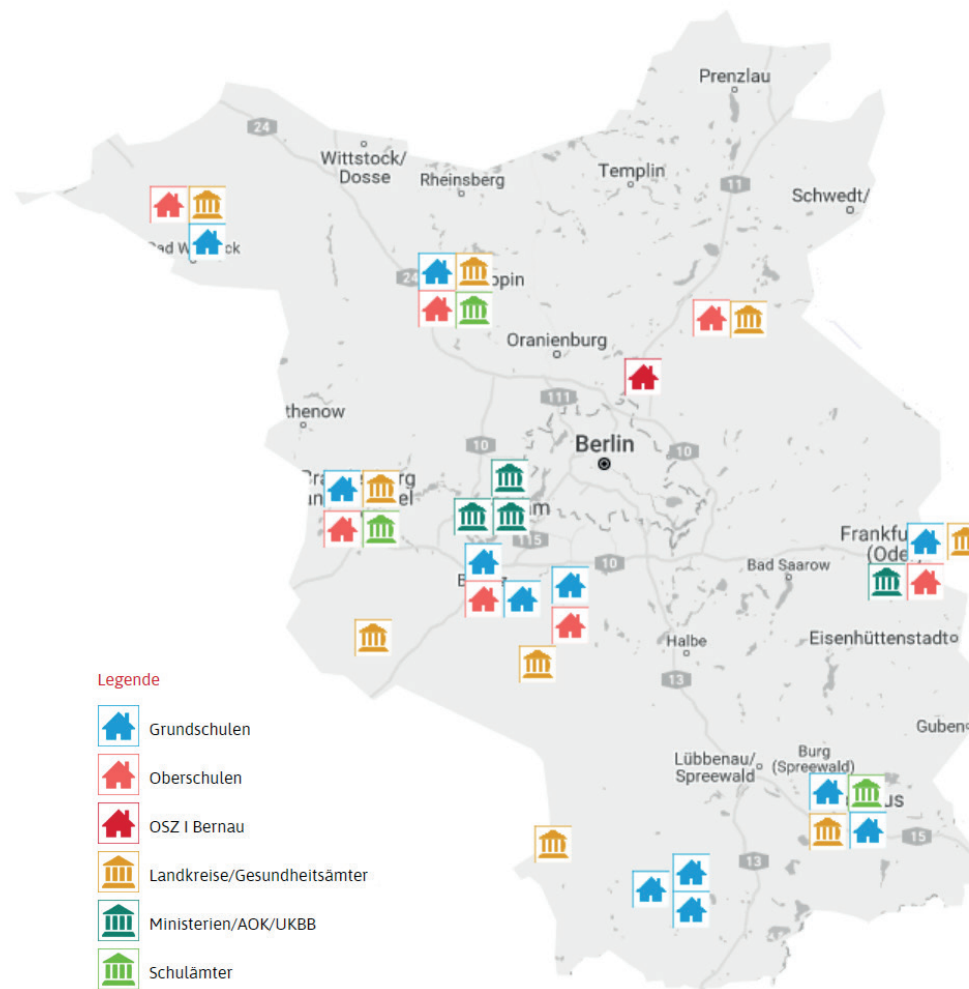
- Voraussetzung für die Tätigkeit als Schulgesundheitsfachkraft ist die Ausbildung als examinierte Gesundheits- und Kinder-/Krankenpflegefachkraft
- Teilnahme an einer Weiterbildungsmaßnahme – Grundlage ist das evaluierte und überarbeitete Curriculum des AWO Bezirksverbandes Potsdam e.V., 2. Auflage 2018
- Einrichtung eines Krankenzimmers an der Schule nach vorgegebenen Standards



# Abschlussempfehlungen

- Festlegung - „Paten/Patin“ an der Schule
- eine enge Zusammenarbeit mit den regionalen Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten und den zahnärztlichen Diensten
- Bildung bzw. Ausbau von regionalen Arbeitskreisen/Netzwerken
- Sicherstellung des fachlichen Austausches der Schulgesundheitsfachkräfte
- Angebot von Fortbildungsmaßnahmen
- Supervision für die Schulgesundheitsfachkräfte

# Ausblick- Die Modellschulen im Land Brandenburg



# Ausblick

**Vorbehaltlich der Verabschiedung des Haushalts für das Land Brandenburg im Dezember 2018**

➤ Fortführung des Modellprojektes bis zum 31.12.2020

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



[www.awo-potsdam.de](http://www.awo-potsdam.de)

[gudrun.braksch@awo-potsdam.de](mailto:gudrun.braksch@awo-potsdam.de)



#### **Herausgeber**

Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Potsdam e.V.  
Neuendorfer Straße 39 A  
14480 Potsdam  
TEL 0331 73041770  
*info@awo-potsdam.de*  
*www.awo-potsdam.de*

#### **V.i.S.d.P.**

Angela Schweers

#### **Redaktion**

Gudrun Braksch, Stefan Engelbrecht

#### **Fotos**

Frenkelson Werbeagentur,  
Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Potsdam e.V.

#### **Gestaltung**

Frenkelson Werbeagentur

© AWO Bezirksverband Potsdam e. V.  
Dieses Werk einschließlich aller seiner  
Teile ist urheberrechtlich geschützt.

