

Prof. Dr. Peter Paulus / Dr. Thomas Petzel

Evaluation des Modellprojekts Schulgesundheitsfachkräfte in Brandenburg: Effekte im Bereich Bildung

Endbericht

Lüneburg / Lübeck, September 2018

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

Dr. Thomas Petzel
Evaluation und Wissenschaftliche Methodenberatung
Lindenstraße 48
23558 Lübeck
th.petzel@gmx.de

Inhalt

1	Einleitung.....	4
2	Methodisches Vorgehen	6
2.1	Design und Methode	6
2.2	Interviewleitfäden	8
2.3	Durchführung der Befragungen.....	9
3	Ergebnisse	11
3.1	Schulische Startvoraussetzungen	11
3.2	Die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft.....	12
3.3	Einbezug der Schulgesundheitsfachkraft in das Schulleben	21
3.4	Effekte der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft (Schwerpunkt Bildung)	25
3.4.1	Wirkungen auf Schüler*innen.....	26
3.4.2	Wirkungen auf Lehrkräfte	31
3.4.3	Wirkungen auf Eltern	34
3.4.4	Wirkungen auf Schulleitungen	36
3.4.5	Ergebnisse der zweiten Befragung der Schulleitungen und Schulgesundheitsfachkräfte	38
3.5	Außerschulische Kooperationen und Öffentliches Bild der Schule.....	39
3.6	Schulformspezifische Unterschiede	40
3.7	Hindernisse für die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft	40
3.8	Ausblick: Erwartungen der Schulen an die weitere Entwicklung.....	43
3.9	Ein Modell zu Wirkmechanismen im Modellprojekt Schulgesundheitsfachkräfte ...	45
4	Ausblick: Entwicklungsperspektiven des Projekts SGFK	49
4.1	Die Schulgesundheitsfachkraft als neuer Dienst	50
4.2	Die Bildungswirksamkeit der Schulgesundheitsfachkräfte: Eine theoretische Verortung und ein praktischer Ausblick	51
5	Fallstudien	60
5.1	Grundschule Trebbin: „Wir können uns den alten Zustand gar nicht mehr vorstellen“	62
5.1.1	Hintergrund der Schule	62

5.1.2	Befragungen	63
5.1.3	Bewerbung der Schule	64
5.1.4	Persönlicher Hintergrund der Schulgesundheitsfachkraft.....	64
5.1.5	Integration der Schulgesundheitsfachkraft.....	65
5.1.6	Aktivitäten der Schulgesundheitsfachkraft	66
5.1.6.1	Akutversorgung	67
5.1.6.2	Prävention, Projekte und Unterricht.....	68
5.1.7	Wirkungen und Sichtweisen aller Beteiligten	70
5.1.8	Entwicklung während der Projektlaufzeit	75
5.1.9	Perspektiven	78
5.1.10	Quellen (letzte Zugriffe am 21.02.2019)	81
5.2	Oberschule „Ulrich von Hutten“ Frankfurt (Oder) „Bildung ist das höchste Gut und kranke Kinder können nicht gut lernen“	82
5.2.1	Hintergrund der Schule	82
5.2.2	Befragungen	84
5.2.3	Bewerbung der Schule	84
5.2.4	Persönlicher Hintergrund der Schulgesundheitsfachkraft.....	85
5.2.5	Integration der Schulgesundheitsfachkraft.....	85
5.2.6	Aktivitäten der Schulgesundheitsfachkraft	87
5.2.6.1	Akutversorgung	87
5.2.6.2	Prävention, Projekte und Unterricht.....	88
5.2.7	Wirkungen und Sichtweisen aller Beteiligten	89
5.2.8	Entwicklung während der Projektlaufzeit	92
5.2.9	Perspektiven	94
5.2.10	Quellen (letzte Zugriffe am 21.02.2019)	97
6	Quellenverzeichnis	98

1 Einleitung

Im Bundesland Brandenburg¹ wird seit Februar 2017 in Trägerschaft durch die Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Potsdam e.V. in Kooperation mit dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg, dem Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg, der „AOK Nordost – Die Gesundheitskasse“ und der Unfallkasse Brandenburg ein Modellprojekt durchgeführt, in dem Schulen sogenannte Schulgesundheitsfachkräfte (im Folgenden auch SGFK) zur Seite gestellt werden. Sie sollen zu einer besseren gesundheitlichen Versorgung an Schulen und allgemein zum besseren Gelingen von Bildungsprozessen beitragen und werden anhand eines umfangreichen Curriculums weitergebildet und als Schulgesundheitsfachkraft zertifiziert. Die direkteren gesundheitsbezogenen Erfolge durch die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte werden im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts durch die Charité analysiert, die zu diesem Zweck unter anderem umfangreiche und wiederholte standardisierte Befragungen an allen Projektschulen durchführt.

Zusätzlich zu den Erhebungen der Charité wurden die Verfasser des vorliegenden Berichts vom Projektträger, der AWO (Bezirksverband Potsdam) beauftragt, durch ergänzende Datenerhebungen und Analysen mögliche bildungsbezogene Effekte des Projekts zu identifizieren. Ziel der Evaluation war demnach festzustellen, inwiefern die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte über direkte gesundheitsbezogene Auswirkungen hinaus Wirkungen entfaltet, die direkt oder indirekt den Bildungserfolg der Schüler*innen bzw. den Bildungoutput der Schulen fördern.

Eine Leistungsdokumentation im Sinne einer vollständigen Erfassung der Tätigkeit der Schulgesundheitskräfte wird ebenfalls von der Charité vorgenommen und war daher nicht Bestandteil des Evaluationsauftrags. Wenn im Folgenden konkrete Aktivitäten der Schulgesundheitsfachkräfte angesprochen werden, erheben diese Aussagen also keinen Anspruch auf eine vollständige oder repräsentative Darstellung der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte.

Zunächst werden in Abschnitt 2 die methodischen Überlegungen und die Vorgehensweise bei der Datenerhebung dargestellt. In Abschnitt 3 werden dann zentrale Ergebnisse der Befragungen berichtet. Am Ende des Abschnitts wird ein aus den Daten entwickeltes Modell beschrieben, das Zusammenhänge zwischen den Wirkfaktoren im Modellprojekt hinsichtlich der Unterstützung schulischer Bildungsprozesse und -outputs beschreibt. Im abschließenden Abschnitt 4 wird auf Grundlage der Ergebnisse und einer Einordnung in wissenschaftliche Theorien und Befunde ein Ausblick auf die mögliche weitere konzeptionelle Entwicklung

¹ Zeitgleich wird dasselbe Projekt auch im Bundesland Hessen durchgeführt. Der Auftrag zur vorliegenden Evaluationsstudie bezog sich allerdings ausschließlich auf das Land Brandenburg.

vorgenommen, die den Projekterfolg weiter unterstützen und die Funktion einer Schulgesundheitsfachkraft sowie ihren Nutzen für Schulen nachhaltig stärken kann.

2 Methodisches Vorgehen

Im folgenden Abschnitt werden zunächst die methodischen Überlegungen dargestellt, die zu der Wahl qualitativer Datenerhebungen in Form von teilstandardisierten Interviews geführt haben. Daran schließen sich Ausführungen zur Operationalisierung an, d.h. zur Auswahl von Themenbereichen und Fragestellungen, die in die Leitfäden für die Gespräche Eingang gefunden haben. Abschließend wird die Durchführung der Befragungen dokumentiert.

2.1 Design und Methode

Veränderungen im System Schule entfalten in der Regel erst langfristig Wirkungen auf den Bildungserfolg der Schülerinnen und Schüler. Dies trifft umso mehr zu, wenn Interventionen gar nicht primär und direkt auf Bildungserfolge abzielen, sondern nur indirekt, indem sie Voraussetzungen für gelingende Bildungsprozesse schaffen bzw. beeinflussen. Letzteres ist beim Projekt „Schulgesundheitsfachkräfte“ der Fall: Die Arbeit der Schulgesundheitsfachkraft zielt primär auf die Erhaltung bzw. Förderung der Gesundheit der Schülerinnen und Schüler ab. Wissenschaftliche Modelle und Theorien aus dem Bereich der Bildungsforschung sehen wiederum die physische und psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern als eine grundlegende Voraussetzung für das Gelingen schulischer Bildung an. Diese These ist auch empirisch hervorragend belegt (vgl. Dadaczynski, 2012). So ist naheliegend, dass durch eine erfolgreiche Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft zunächst die Teilhabe der Schüler/innen an schulischen Bildungsprozessen unterstützt wird und darüber hinaus gesundheitsbezogene Ressourcen gestärkt werden, die zu einem erfolgreichen Lernen und einer positiven Persönlichkeitsentwicklung beitragen. In diesem Sinne sollten Folgen der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte zunächst bei diesen Grundvoraussetzungen für erfolgreiche Bildung erkennbar und messbar werden. Unter Berücksichtigung zentraler Annahmen und Befunde aus dem Bereich der Evaluation gesundheitsförderlicher Maßnahmen ist davon auszugehen, dass selbst hier von Zeiträumen bis zur Messbarkeit von Wirkungen anhand standardisierter quantitativer Instrumente auszugehen ist, die die bisherige Projektdauer überschreiten. Relativ kurzfristige Veränderungen sind allenfalls im Bereich des gesundheitsbezogenen Wissens und gesundheitsbezogener Einstellungen der Schülerinnen und Schüler zu erwarten. Im günstigen Fall schlagen sich diese Veränderungen dann in entsprechenden Verhaltensweisen und letztlich in einer verbesserten Gesundheit und gestärkten Ressourcen der Schüler*innen aus. Veränderungen im Bildungserfolg sind dem aber nachgelagert und allenfalls mit noch größerer zeitlicher Verzögerung erfassbar. Zudem sind sie sehr komplexer Natur und umfassen neben Schulleistungen auch Einstellungen der Schüler*innen, Werte, Verhaltensweisen etc. (vgl. Ditton, 2007).

Vor diesem Hintergrund erschien ein Vorgehen, Projekterfolge im Bereich Bildung mittels standardisierter Messungen bzw. Fragebogenerhebungen an allen beteiligten Schüler*innen zu prüfen, wenig erfolgversprechend. Da zum Zeitpunkt des Beginns dieser (Teil-)Evaluation

der restliche Projektzeitraum lediglich etwas mehr als 12 Monate betrug, erschienen insbesondere messbare Veränderungen im Schulerfolg wenig realistisch. Dies gilt auch angesichts der Tatsache, dass die Schulgesundheitsfachkräfte an fast allen Projektschulen nicht an fünf, sondern meist an zwei bis drei, in zwei Fällen sogar nur an einem Tag tätig war – was die möglichen Aktivitäten und somit auch die Erwartung messbarer Effekte zusätzlich reduziert.

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass selbst ein statistischer Befund durchschnittlich gesteigerter Schulleistungen, veränderter Wissensbestände, Einstellungen oder Verhaltensweisen keinen zwingenden Rückschluss auf einen Erfolg des Projekts ermöglichen würde. Das Fehlen einer Kontrollgruppe von Schulen bzw. Schüler/innen mit ähnlichen Voraussetzungen, die nicht am Projekt SGFK teilnehmen, ließe viel Raum für andere Interpretation bzw. Erklärungen von Veränderungen.

Vor diesem Hintergrund erschien es sinnvoller, sich den subjektiven Sichtweisen, Erfahrungen und Erfolgseinschätzungen aller Beteiligten mit einem qualitativen Verfahren zu nähern, das gleichzeitig die Chance bietet, im Sinne einer formativen Evaluation Hindernisse und Entwicklungsmöglichkeiten für das Projekt zu identifizieren und so nicht nur Zustände festzustellen, sondern zu einem langfristigen, nachhaltigen Erfolg des Projekts beizutragen.

Die Entscheidung fiel daher zugunsten teilstandardisierter qualitativer Interviews mit den zentralen Beteiligten des Projekts: Schulgesundheitsfachkräfte, Schulleitungen, ggf. Mentor*innen, weitere Lehrkräfte, Schüler*innen sowie Eltern. An allen 20 beteiligten Projektschulen wurden entsprechende Interviews mit diesen Personen bzw. mit Vertreter*innen dieser Gruppen geführt. Teilstandardisierte Befragungen boten im Vergleich zu einem vollstandardisierten Vorgehen auch den Vorteil, dass im Prozess der Datenerhebung inhaltliche Schwerpunkte gesetzt und verändert werden konnten und durch entsprechende Nachfragen Aussagen präzisiert und – z.B. durch die Nennung von Beispielen – weiter erläutert werden konnten.

Eine Schwäche qualitativer Verfahren ist dagegen, dass aufgrund des hohen Zeit- und Auswertungsaufwands häufig nur eine relativ kleine Stichprobe befragt werden kann. Dies führt dazu, dass die Ergebnisse solcher Analysen keine Repräsentativität beanspruchen können. In der vorliegenden Evaluationsstudie konnte allerdings in zentralen Zielgruppen eine Vollerhebung durchgeführt werden: Es wurden sämtliche im Winter 2017/18 tätigen Schulgesundheitsfachkräfte sowie an allen Schulen Vertreter*innen der Schulleitung bzw. Mentor*innen befragt. Für diese Gruppen besitzen die im Folgenden dargestellten Ergebnisse daher eine hohe Validität. Einschränkungen bestehen dagegen hinsichtlich der Interviews mit weiteren Lehrkräften, Schüler*innen und Elternvertreter*innen. Hier wurden vorrangig Personen um Teilnahme an den Interviews gebeten, die bereits intensiveren Kontakt mit den Schulgesundheitsfachkräften hatten: Lehrkräfte, die bereits in Projekten mit den Schulgesundheitsfachkräften zusammengearbeitet hatten, Schüler*innen, die bereits die Unterstützung der Schulgesundheitsfachkräfte in Anspruch genommen hatten, sowie Eltern, die entweder als gewählte schulische Elternvertreter*innen in Berührung mit dem Projekt gekommen oder deren Kinder

bereits mindestens einmal von den Schulgesundheitsfachkräften unterstützt worden waren². Zudem wurde die Auswahl der Gesprächspartner*innen mangels alternativer Zugangsmöglichkeiten an die Schulen delegiert. Es handelt sich in diesen Gruppen also weder um eine repräsentative noch um eine zufällige Auswahl von Personen. Die Angaben dieser Befragten besitzen demnach zwar eine hohe Aussagekraft für diejenigen Personen, die in näheren Kontakt mit Schulgesundheitsfachkräften gekommen sind, sind aber nicht zwangsläufig stellvertretend für die Sichtweise aller Personen aus diesen Gruppen. Ob dies letztlich zu einer positiven Verzerrung der gewonnenen Informationen geführt, ist unklar. Nach dem Eindruck der Verfasser, die sämtliche Interviews persönlich durchgeführt haben, wurden durch diese Auswahl vor allem differenziertere Aussagen ermöglicht als es von einer Befragung zufällig ausgewählter Personen mit wenig Kontakt zum Modellprojekt erwartbar wäre. Zudem wurden in diesen Gruppen durchaus auch kritisch-konstruktive Stimmen laut.

Weiterhin erschien es sinnvoll, nach der ersten Befragungswelle zwischen Herbst 2017 und Frühjahr 2017/18 zum Ende der aktuellen Projektlaufzeit noch einmal Veränderungen der Sichtweisen zentraler Beteiligter zu erfassen. Zu diesem Zweck wurden im Sommer 2018 wiederholte Interviews mit Schulgesundheitsfachkräften und Schulleitungen geführt, um Entwicklungen in den Erfahrungen und Bewertungen erfassen zu können, die sich im Laufe des Projekts ergeben hatten.

2.2 Interviewleitfäden

Als wesentliche Grundlagen für die Erstellung der Interviewleitfäden für Schulgesundheitsfachkräfte, Schulleitungen, Schüler*innen, Lehrkräfte und Eltern dienten den Verfassern theoretische Rahmenmodelle zu Ablauf, Rahmenbedingungen und Gelingensfaktoren von schulischen Bildungsprozessen, aber vor allem der Orientierungsrahmen Bildungsqualität des brandenburgischen Ministeriums für Bildung, Jugend und Sport (Ministerium für Bildung, Jugend und Sport, 2016). Hierbei handelt es sich um eine umfangreiche Sammlung von Qualitätsindikatoren für gelingende Bildungsprozesse, die sich maßgeblich am Modell Dittons (2007) zu Schul- und Unterrichtsqualität orientiert. Dieser Orientierungsrahmen wurde von den Verfassern in Hinblick auf Aspekte analysiert, die mutmaßlich von der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte beeinflusst werden können. Dies führte zu einer Zusammenstellung von Indikatoren für die Wirksamkeit des Handelns der Schulgesundheitsfachkräfte in Form zielgruppenspezifischer Interviewleitfäden, die in der Folge mit Vertreter*innen des Auftraggebers abgestimmt und dem Ministerium gemeinsam mit weiteren erforderlichen Unterlagen zu den geplanten Befragungen zwecks Genehmigung zum Einsatz an den Projektschulen vorgelegt wurde. Diese Genehmigung wurde erteilt am 14.7.2017.

² In wenigen Fällen wurden Schüler/innen und zugehörige Elternteile (getrennt voneinander) befragt.

2.3 Durchführung der Befragungen

Nach der Beauftragung der Verfasser durch die AWO Potsdam Ende Juni 2018, der folgenden Entwicklung der Fragebögen und der Genehmigung ihres Einsatzes an den Modellschulen durch das Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg wurden die Interviews in zwei Befragungswellen geführt (vgl. Tabelle 2.1).

Die überwiegende Zahl der Gespräche der ersten Befragungswelle fand vor Ort, also in den Projektschulen statt. Dies trifft für sämtliche Gespräche mit Schüler*innen, Elternvertreter*innen und Lehrkräften ebenso zu wie für die überwiegende Zahl der Erstgespräche mit Schulleitungsvertreter*innen, Mentor*innen und Schulgesundheitsfachkräften. In wenigen Fällen musste aus terminlichen bzw. organisatorischen Gründen auf Telefoninterviews zurückgegriffen werden. Die Gespräche mit den Schulleitungen, Mentor/innen sowie den Schulgesundheitsfachkräften fanden mit einer Ausnahme³ als Einzelinterviews statt. Die Interviews mit Schüler*innen, Lehrkräften und Eltern fanden – nach Zielgruppen getrennt – als Einzelinterviews oder als Gruppeninterviews mit zwei bis fünf Teilnehmer/innen in den Projektschulen statt. Die Angaben in Tabelle 2.1 beziehen sich auf die Anzahl der Interviews; die Gesamtzahl der insgesamt befragten Personen liegt in den Zielgruppen Schüler*innen, Lehrkräfte und Eltern teils deutlich höher.

Die wiederholte Befragung der Schulleitungsvertreter*innen und Schulgesundheitsfachkräfte zum Ende des laufenden Projektzeitraums wurde teilweise persönlich vor Ort oder telefonisch durchgeführt. Sämtliche Gespräche fanden als Einzelinterviews statt.

An mehreren Projektschulen musste der Ablauf der Erhebungen abweichend vom ursprünglichen Verlaufsplan gestaltet werden. Gründe hierfür waren in erster Linie längerfristige Ausfälle der SGFK aus krankheitsbedingten oder sonstigen Gründen. An zwei Projektschulen nahm nach zwei früheren Anläufen erst im Mai 2018 eine Schulgesundheitsfachkraft die kontinuierliche Tätigkeit auf. An diesen Schulen wurden die Befragungen sämtlicher Zielgruppen (inkl. SGFK) erst im Sommer 2018 durchgeführt, auf eine wiederholte Befragung von Schulleitungen und SGFK wurde dort verzichtet. An zwei weiteren Schulen konnten die ersten Befragungen aufgrund krankheitsbedingter Ausfälle erst im Frühsommer 2018 durchgeführt werden. Auch an diesen Schulen erschien eine zweite Befragung nach einer Zwischenzeit von nur wenigen Wochen nicht sinnvoll. An drei Schulen kamen keine Elterngespräche zustande, weil es entweder zu kurzfristigen Absagen der vorgesehenen Gesprächspartner*innen kam oder keine Elternvertreter*innen für Gespräche gewonnen werden konnten. Nach Einschätzung der Verfasser lagen hierfür stets plausible Gründe vor; das Nichtzustandekommen der Gespräche ist somit kein Indiz für eine negative Bewertung oder ein Desinteresse am Projekt.

³ In einem Fall wurden Schulleiterin und Mentorin gemeinsam befragt.

Zielgruppe	Anzahl Gespräche
Erste Befragung (Herbst 2017 bis Frühjahr 2018 ⁴)	
Schulleitungen/Mentor*innen	N > 20
Schulgesundheitsfachkräfte	N = 10 (+1) ⁵
Lehrkräfte	N = 20
Schüler*innen	N = 20
Eltern	N = 18
Zweite Befragung (Sommer 2018)	
Schulleitungen/Mentor*innen	N = 16
Schulgesundheitsfachkräfte	N = 7

Tab. 2.1: Gesprächsübersicht

⁴ An drei Schulen konnten die Befragungen der Schulleitungen aus projektverlaufs- oder schulischen krankheitsbedingten Gründen erst im Sommer 2018 durchgeführt werden. An sechs Schulen (darunter die drei erstgenannten) konnten aus den entsprechenden Gründen die Befragungen der Lehrkräfte, Schüler/innen und Eltern erst im Sommer 2018 durchgeführt werden.

⁵ Ein zusätzliches „Erstgespräch“ wurde im Juli 2018 mit einer Schulgesundheitsfachkraft geführt, die später in das Projekt eingetreten war. Zwei weitere später hinzugekommen SGFK wurden aufgrund ihrer kurzen Tätigkeitszeit im Projekt lediglich informell befragt.

3 Ergebnisse

In den folgenden Abschnitten werden die zentralen Aussagen der Befragten zusammengefasst, die sich aus der Auswertung der Interviews ergeben haben. Es werden in erster Linie Erfahrungen und Wahrnehmungen dargestellt, die von allen oder zumindest einem überwiegenden Teil der Befragten in ähnlicher Form angeführt wurden. Sichtweisen, die nur für wenige oder einzelne Gesprächspartner*innen zutreffen, sind jeweils erkennbar gekennzeichnet. Sämtliche Zitate sind anonymisiert wiedergegeben, Rückschlüsse auf einzelne Gesprächspartner*innen oder Schulen sollen so im Sinne der Vertraulichkeit der Informationen unmöglich gemacht werden; dies wurde den Befragten in allen Gesprächen auch explizit zugesichert⁶. Die Zitate wurden zudem gegebenenfalls sprachlich geglättet und kondensiert, ohne den Sinn zu verfälschen. Inhaltlich geben sie typische und/oder besonders prägnante Aussagen der Befragten wieder. Die Interviewleitfäden, die im Anhang komplett wiedergegeben sind, haben zusätzlich zu den im Folgenden angesprochenen Themen weitere mögliche Aspekte angesprochen, wie sich gegebenenfalls die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft in der Schule auswirken kann. Wenn diese Aspekte in den untenstehenden Ergebnissen nicht angesprochen werden, haben sich in den Gesprächen an diesen Stellen keine berichtenswerten Informationen ergeben.

3.1 Schulische Startvoraussetzungen

Die Schulen berichten von einer hohen Motivation, sich mit Gesundheitsfragen auseinanderzusetzen und einem entsprechend großen Interesse, sich an dem Modellprojekt zu beteiligen. Dabei herrscht auch ein gewisses Unverständnis, dass eine Tätigkeit medizinischen Fachpersonals im Gegensatz zu anderen Arbeitsbereichen an Schulen nicht längst üblich ist:

„Ich finde es nach wie vor ein Unding: Jeder Betrieb in unserer Größe hätte nicht nur ein Krankenzimmer, sondern einen Betriebsarzt. Bei unseren Kindern meinen wir, ist das alles nicht so wichtig. Warum sind Erwachsene wichtiger als Kinder? Das erkläre mir einer“ (Schulleitung)

Da die meisten interessierten Schulen die Vorgabe eines Betreuungsschlüssels von 1 zu 700, der für die SGFK erreicht werden sollte, nicht allein erfüllen konnten, haben sie weitere Schulen zwecks Teilnahme am Projekt angesprochen. In den meisten Fällen ist die Idee auf offene Ohren gestoßen.

„Wir wurden angesprochen, ob wir uns an dem Projekt beteiligen würden, das haben wir gerne in Anspruch genommen“ (Schulleitung).

⁶ Die Genehmigung des Vorhabens durch das Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg machte ebenfalls zur Auflage, in den vorliegenden Datenauswertungen - auch durch Kombinationen von Einzelinformationen wie Schulstandort, Schulform etc. - keine Rückschlüsse auf einzelne Befragte oder Schulen zu ermöglichen.

Einhellig wird das Thema Gesundheit von den Befragten (insbesondere Schulleitungen, Mentor*innen und Lehrkräfte) als eine wesentliche Herausforderung für Schulen angesehen, deren Bedeutung über die letzten Jahre weiter gestiegen ist.

„Es war für uns eigentlich eine Selbstverständlichkeit uns zu bewerben, weil wir vermehrt chronisch kranke Kinder in der Schule haben, oder Kinder, die psychisch krank sind ... Wie soll man als Sekretärin oder als Schulleiter entscheiden, ist das Kind wirklich krank oder nicht? Das fällt einer Fachkraft vielleicht auch schwer, aber nicht ganz so wie uns. Und zumindest kann den Kindern schnell geholfen werden“ (Schulleitung)

Die Förderung der Gesundheit der Schüler*innen ist bereits vor der Projektteilnahme ein Ziel an den Projektschulen gewesen. Sie unterscheiden sich dabei dahingehend, ob sie diese Thematik ausschließlich aus eigenen Ressourcen oder mit zusätzlicher organisatorischer bzw. inhaltlicher Unterstützung im Rahmen schulübergreifender Projekte (z.B. „Gute gesunde Schule“) bearbeiten. In beiden Fällen wird die Schulgesundheitsfachkraft als willkommene zusätzliche Unterstützung in diesem Arbeitsbereich wahrgenommen.

In den meisten Schulen war es für die Initiator*innen – in der Regel Schulleitungen - nicht schwierig, ihrem Kollegium den Wert einer Schulgesundheitsfachkraft für die schulische Arbeit näher zu bringen.

„Die Etablierung des Gedankens im Kollegium, eine Schulgesundheitsfachkraft an der Schule zu haben, war nicht schwer. Die Vorstellungskraft hat da ausgereicht, an wie vielen Stellen im Schulalltag man eine Schulgesundheitsfachkraft gebrauchen kann“ (Schulleitung).

In den Kollegien gab es zu Beginn auch kritische Stimmen, die z. B. keinen Mehrwert durch die Tätigkeit einer Schulgesundheitsfachkraft erkennen konnten. In vielen Fällen haben anfangs kritische Lehrkräfte aber im Verlauf des Projekts ihre Meinung geändert, nachdem der für die Schulen entstehende Nutzen mehr und mehr deutlich geworden ist.

3.2 Die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft

-
- ✓ Beschreibung der Tätigkeit der SGFK aus Schulleitungssicht
 - ✓ Einschätzung des prozentualen Anteils der vorgesehenen Tätigkeitsbereiche an der Arbeit der SGFK:
 - (1) Gesundheitliche Versorgung
 - (2) Gesundheitsförderung und Prävention
 - (3) Früherkennung
 - (4) Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen/Behinderungen bzw. nach längerer krankheitsbedingter Abwesenheit von der Schule
 - (5) Ansprechpartner und Vertrauensperson für Schülerinnen und Schüler mit gesundheitlichen Auffälligkeiten
 - (6) Interdisziplinäre außerschulische Kooperation
-

Auszug Interviewleitfaden (Version Schulleitung, erste Befragung)

In der Projektbeschreibung sind für die Arbeit einer Schulgesundheitsfachkraft sechs Tätigkeitsbereiche definiert, die im Idealfall in den Schulen abgedeckt werden sollen. Diese Tätigkeitsbeschreibung basiert auf einer vorhergegangenen Machbarkeitsstudie (AWO Potsdam, o.J.), die die Möglichkeit der Implementation von Schulgesundheitsfachkräften an brandenburgischen Schulen analysierte, und wurde um einen weiteren Punkt (interdisziplinäre Kooperation mit externen Partnern) ergänzt. Im Folgenden werden die Einschätzungen der Interviewpartner*innen wiedergegeben, wie die tatsächliche schulische Tätigkeit der in den Schulen beschrieben werden kann und wie sie sich auf diese Bereiche verteilt. Hierzu genaue prozentuale Angaben zu machen fiel den Befragten eher schwer.

(1) Gesundheitliche Versorgung

Die akute gesundheitliche Versorgung von Kindern mit gesundheitlichen Beschwerden nimmt in der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft an allen Projektschulen den größten Raum ein. Versorgt werden bspw. Kinder mit Verletzungen nach Unfällen auf dem Schulhof, im Rahmen des Sportunterrichts oder im Zusammenhang mit schulischen Veranstaltungen (z.B. Sportfest).

(2) Gesundheitsförderung und Prävention

Neben der Akutversorgung bestimmt der Präventionsbereich einen größeren Teil der Arbeit der Schulgesundheitsfachkraft. Hierunter fallen verschiedenste Aktivitäten, einige Beispiele sind Projekte in den Bereichen Handhygiene, Zähneputzen, gesunde Ernährung (auch Brotboxencheck), Einrichtung einer Wassertankstelle, Heilpflanzen, Betreuung von Schüler*innen als Schulsanitäter (Pflasterbande), Arbeitsgemeinschaften und Mitarbeit im Bereich der „individuellen Lernzeit“, Teilnahme an Arbeitsschutzbegehungen.

Im Selbstverständnis der Schulgesundheitsfachkräfte sowie in den Erwartungen an den Schulen ist dieser Tätigkeitsbereich klar verankert. An allen Schulen hat Präventionsarbeit bereits stattgefunden, wenngleich teilweise angemerkt wird, dass die bisherige relativ kurze Projektlaufzeit eine den Erwartungen entsprechende Entfaltung von Aktivitäten noch nicht in angezieltem Umfang zugelassen hat. Der Ausbau der Präventionsarbeit wird dabei auch kritisch gesehen, solange die Schulgesundheitsfachkraft nicht an jedem Tag in der Schule anwesend ist. Für einen erweiterten Projektzeitraum (und gegebenenfalls eine häufigere Anwesenheit der Schulgesundheitsfachkraft) bestehen an vielen Schulen Pläne für eine Intensivierung präventiver Aktivitäten.

„Ich würde mir noch mehr präventive Arbeit wünschen, dass sie noch das ein oder andere Projekt mehr anbieten kann, dass wir in den naturwissenschaftlichen und den Biologieunterricht mit einbauen können oder dass wir dann doch Kooperationen mit Leuten von außen eingehen können, sei es die AIDS-Hilfe, ein Drogenpräventionsprojekt, eine Ernährungsberatung. Das sind Dinge, die noch fehlen, in der Präventionsarbeit kann man wirklich noch viel machen“ (Schulleitung)

Unterschiedliche Sichtweisen an den Schulen bestehen hinsichtlich der Frage, inwiefern diese Aktivitäten auch ohne Schulgesundheitsfachkraft möglich wären bzw. in Angriff genommen würden. Es überwiegt die Meinung, dass solche Aktivitäten ohne Schulgesundheitsfachkraft

nicht in demselben Ausmaß möglich wären, da es den Lehrkräften hierfür an Zeit mangelt und sie sich zudem viele Fachkenntnisse, die die Schulgesundheitsfachkraft mitbringt, erst aneignen müssten.

Einige Eltern sehen allerdings die Gefahr, dass die Schulgesundheitsfachkraft von den Schüler*innen häufig wegen unnötiger Kleinigkeiten in Anspruch genommen wird und so wertvolle Zeit für die wichtige Präventionsarbeit verloren geht:

„Aber ich weiß auch von Lehrkräften, die sagen, die Kinder gehen teilweise schon aus Jux und Dollerei zu ihr, weil sie es lustig finden, sich von ihr ein Pflaster aufkleben zu lassen ... Dafür ist sie ja nicht da, die muss viel wichtigere Dinge machen. ... Da muss man den Kindern Einhalt gebieten. ... Die Kinder müssen sehen, die Schulgesundheitsfachkraft sitzt ja nicht da und wartet bis ich ein Pflaster brauche. ... Da müsste öfter einfach mal ein Schild hängen: Ich bin in der und der Klasse und mache einen Vortrag, und bei wichtigen Sachen findet Ihr mich, ein Pflaster kann auch Euer Lehrer kleben“. Ich als Elternteil habe wirklich den Eindruck, sie ist nur da um mal einen Kamillentee zu kochen und die Bauchschmerzen vor einer Prüfung zu bereden, und das reicht lange nicht“ (Eltern)

(3) Früherkennung

Aktivitäten im Bereich der Früherkennung sind sehr unterschiedlich ausgeprägt. Die Spannweite reicht von einem sehr geringen Anteil bis hin zu organisierten unterstützenden Maßnahmen in Kooperation mit externen Partnern wie ärztlichen Diensten und Gesundheitsämtern.

„Ich bin sehr froh darüber, dass unsere Schulgesundheitsfachkraft schon bei der Einschulungsuntersuchung mit anwesend ist, und natürlich dann mit der untersuchenden Kinderärztin in Kontakt tritt, ob es Hinweise gibt, die die Schule berücksichtigen muss. Da ist eine Kooperation mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst“ (Schulleitung)

Die Möglichkeiten der Zusammenarbeit sind aus Sicht mancher Schulen aber aufgrund der nicht durchgehenden Anwesenheit der Schulgesundheitsfachkraft beschränkt:

„Die Zusammenarbeit mit dem jugendärztlichen oder zahnärztlichen Dienst – da wäre mehr Verzahnung möglich, wenn eine Schulgesundheitsfachkraft voll umfänglich an der Schule wäre, ansonsten ist das zeitlich gar nicht zu schaffen“ (Schulleitung)

Einschränkend wird von den Befragten darauf hingewiesen, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen im Bereich der Früherkennung einige Tätigkeiten nicht zulassen, die theoretisch möglich wären. Weiterhin wird als Problem angesehen, dass im Rahmen der Früherkennung in der Zusammenarbeit mit den Kollegien gegebenenfalls Informationen über Schüler*innen ausgetauscht werden müssten, die den rechtlich zulässigen Rahmen überschreiten.

(4) Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen/Behinderungen bzw. nach längerer krankheitsbedingter Abwesenheit von der Schule

Die Betreuung bzw. Unterstützung von Kindern mit chronischen Erkrankungen wird unter den gegebenen Umständen an vielen Schulen eher kritisch gesehen und nimmt einen kleineren Teil an der Gesamttätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft ein. Dabei wird durchaus gesehen,

dass die SGFK an dieser Stelle Leistungen erbringen kann, die vor dem Modellprojekt nicht möglich gewesen wären:

„Wir dürfen z. B. keine Medikamente ausgeben, weder die Lehrkräfte noch die Sekretär*innen, das kann jetzt die Schulgesundheitsfachkraft mit Einverständnis der Eltern machen. Die Schulgesundheitsfachkraft hat auch einen viel besseren Überblick darüber, welches Kind hat was, weil die Eltern mit ihr Kontakt aufnehmen, und sie kann sich um diese Kinder ganz anders kümmern, wenn sie zu ihr kommen. [Ohne Schulgesundheitsfachkraft] kann es sich nur um eine Aufbewahrung handeln, bis das Kind abgeholt wird“ (Schulleitung)

Haupthinderungsgrund für eine stärkere Unterstützung ist die Tatsache, dass die Schulgesundheitsfachkraft an den meisten Schulen nur für zwei bis drei Tage zur Verfügung steht. Einige Unterstützungsmaßnahmen werden trotz dieser Einschränkung realisiert, andere erscheinen nur schwer zu verwirklichen. Die Schulgesundheitsfachkraft kann eine gegebenenfalls erforderliche tägliche Unterstützung durch externe Dienstleister nicht übernehmen.

„Wenn die Schulgesundheitsfachkraft nicht jeden Tag da ist, können sich Eltern nicht vollständig darauf verlassen, dass [die Versorgung] an der Schule gesichert ist. Darum kommt immer ein ambulanter Dienst und kümmert sich um das Kind, egal ob die Schulgesundheitsfachkraft da ist oder nicht“ (Schulleitung)

Für die Schulen erscheint es auch aus organisatorischer Sicht wenig sinnvoll, die Unterstützung chronisch kranker Schüler*innen an ihren Anwesenheitstagen durch die Schulgesundheitsfachkraft leisten zu lassen, wenn an den restlichen Tagen trotzdem auf externe Unterstützung zurückgegriffen werden muss. Der organisatorische Aufwand, um eine reibungslose Zusammenarbeit zwischen Schulgesundheitsfachkraft und externen Dienstleistern zu gewährleisten, wird als zu hoch und als zusätzliche Belastung angesehen. Nur in den Fällen, in denen keine tägliche Betreuung gewährleistet sein muss, sondern nur in bestimmten Situationen bzw. Notfällen Bedarf entsteht, ist die Übernahme durch die SGFK denkbar und wird an manchen Schulen auch geleistet.

Als ein positiver Effekt im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen wird außerdem einzeln angeführt, dass die Schulgesundheitsfachkraft gegebenenfalls von Eltern als fachkompetente Vertrauensperson angesehen und angesprochen wird und so manchmal Informationen erhält, die die Schule sonst nicht hat:

„Wir Lehrer haben es enorm schwierig, wenn Eltern nicht genau sagen, was für Erkrankungen ihre Kinder haben. Das erfährt man manchmal erst sehr viel später. Da ist nun die Situation, dass die Schulgesundheitsfachkraft anders angesprochen werden kann, und dort die Anfragen der Eltern anonym behandelt“ (Schulleitung)

(5) Die Schulgesundheitsfachkraft als Ansprechpartnerin und Vertrauensperson für Schülerinnen und Schüler mit gesundheitlichen Auffälligkeiten

Fast ohne Einschränkung lässt sich sagen, dass die Schulgesundheitsfachkräfte wie vorgesehen für die Schüler*innen den Status einer Vertrauensperson erlangen. Sie werden nicht ausschließlich im Falle körperlicher Beschwerden zu Rate gezogen, sondern auch bei Vorliegen sozialer bzw. emotionaler Problemlagen, sei es im schulischen oder familiären Umfeld oder

im Freundeskreis. An allen Schulen wird berichtet, dass Schüler*innen die Schulgesundheitsfachkraft als Vertrauensperson betrachten (vgl. Abschnitt 3.4.1).

Einem modernen Gesundheitsverständnis entsprechend umfasst der Tätigkeitsbereich der Schulgesundheitsfachkraft nicht nur körperliche, sondern auch psychische Problemlagen von Schüler*innen, die ihren Ursprung wiederum häufig in Faktoren des familiären oder sonstigen sozialen Umfelds haben. Die Schulgesundheitsfachkraft dient dabei Schüler*innen als Ansprechpartnerin für Fragen, die anderenfalls nicht zwingend mit Lehrkräften besprochen würden, selbst wenn zwischen ihnen und den Schüler*innen ein positives Vertrauensverhältnis gegeben ist:

Nur in der theoretischen Betrachtung ergibt sich hier ein Spannungsfeld zwischen der Arbeit der Schulgesundheitsfachkraft und dem Verantwortungsbereich der an den meisten Projektschulen ebenfalls tätigen Schulsozialarbeiter*innen. Eine gewisse Überschneidung der Aufgaben bzw. Erwartungen ist nicht von der Hand zu weisen, allerdings werden an den Schulen die beiden Professionen bzw. die jeweiligen Personen eher als gegenseitige Ergänzung denn als Konkurrenz verstanden.

„Vertrauensperson – da bin ich praktisch eine Ergänzung zur Schulsozialarbeit. Viele Schüler kommen zu mir mit körperlichen Beschwerden, die sich aber aufgrund von seelischen Erkrankungen ereignen. Da bin ich dann auch Vermittler für andere Hilfsangebote. ... Ich kooperiere eng mit dem Schulsozialarbeiter. An beiden Schulen arbeiten wir eng miteinander, können uns gut ergänzen“ (SGFK)

Die Interviews mit den Schüler*innen haben an diesem Punkt gezeigt, dass diese relativ deutlich trennen, mit welchen Fragen und Bedürfnissen sie entweder den/die jeweilige/n Schulsozialarbeiter/in oder die Schulgesundheitsfachkraft herantreten.

Allenfalls in seltenen Fällen stellen demzufolge der/die Schulsozialarbeiter*in und die Schulgesundheitsfachkraft konkurrierende Ansprechpartner/innen für Fragestellungen dar. Dies bestätigen alle Gesprächspartner an den Schulen, auch zusätzliche informelle Gespräche mit Schulsozialarbeiter*innen einiger Schulen lassen auf keine andere Sichtweise schließen. Wenn sowohl Schulsozialarbeiter*innen als auch Schulgesundheitsfachkraft von den Schüler*innen als zuständige Ansprechpartner*innen angesehen werden, entscheiden Sympathie und/oder Vertrautheit durch vorherige Kontakte und/oder aktuelle Anwesenheit darüber, an wen sich Schüler*innen gegebenenfalls wenden.

„Es kommt auch darauf, bei wem man sich wohlfühlt, es kommt darauf an, welche Verbindung man hat ... Und zu wem man mehr Vertrauen hat“ (Schüler*innen)

Obwohl nicht auszuschließen ist, dass es zu dieser Frage hier in den konkreten Gesprächssituationen zu Effekten sozialer Erwünschtheit gekommen sein könnte, ergeben sich insgesamt also keine stichhaltigen Anhaltspunkte für eine ungünstige Konkurrenzsituation zwischen den Vertreter*innen der beiden Professionen. Auf keinen Fall erscheint die Perspektive realistisch, Schulsozialarbeiter*innen könnten die Aufgabenbereiche der Schulgesundheitsfachkraft abdecken, da keine entsprechende fachliche Ausbildung gegeben ist. Dies gilt auch umgekehrt.

(6) Interdisziplinäre außerschulische Kooperation

Eine weitere Aufgabe der Schulgesundheitsfachkraft ist laut Projektkonzeption die Herstellung, Nutzung und Pflege außerschulischer Kontakte. Im günstigen Fall entsteht ein interdisziplinäres Netzwerk von Akteuren im Gesundheitsbereich, das zur Gesundheitsförderung in den Schulen beiträgt.

„Durch die Ausbildung der Schulgesundheitsfachkraft sind auch Netzwerke entstanden, darauf können wir als Schule nun auch zurückgreifen. Unsere Schulgesundheitsfachkraft weiß immer auch gleich, wer der entsprechende Ansprechpartner woanders sein könnte“ (Schulleitung)

Die Gesamtanlage des Modellprojekts (z.B. Einbezug von Ansprechpartner*innen örtlicher Gesundheitsämter im Rahmen von Regionaltreffen) bringt es mit sich, dass in gewissem Ausmaß an allen Standorten solche Kontakte bestehen. In welcher Intensität diese Kontakte durch die Schulgesundheitsfachkraft aktiv genutzt und erweitert werden, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Hier spielen schulische bzw. regionale Rahmenbedingungen eine Rolle, indem sie den Schulgesundheitsfachkräften mehr oder weniger Zeit und Raum lassen, solche Netzwerke herzustellen und zu nutzen. An den Schulen, an denen die Schulgesundheitsfachkraft mit Aufgaben der Akutversorgung stark ausgelastet ist, ist für den Aufbau außerschulischer Kontakte naturgemäß weniger Zeit vorhanden. Dies gilt ebenso für die Schulen, an denen die Schulgesundheitsfachkraft nur wenig anwesend ist. Und auch die eigene Prioritätensetzung der SGFK ist ein wichtiger Faktor.

Außerdem ist zu berücksichtigen, dass in der bisherigen Projektlaufzeit zunächst die Integration der Schulgesundheitsfachkräfte in die Schulen sowie die Organisation und Strukturierung ihrer Tätigkeit Vorrang hatten. Und relativ einhellig wird von den Befragten darauf hingewiesen, dass gerade der Einbezug von externen Kooperationspartnern und der Aufbau von Netzwerken Zeit erfordert, die bisher kaum gegeben war. Eine längere Projektlaufzeit wird an vielen Schulen mit der Erwartung verknüpft, dass dieser Tätigkeitsbereich noch an Bedeutung gewinnen wird - sofern die Auslastung der Schulgesundheitsfachkraft im „Tagesgeschäft“ es zulässt und entsprechende Freiräume bestehen oder gezielt geschaffen werden.

Sonstige Tätigkeitsbereiche

In der Tätigkeitsbeschreibung weitgehend unberücksichtigt sind Verwaltungstätigkeiten, die für die Schulgesundheitsfachkraft im Zusammenhang mit der Versorgung der Schüler/innen entstehen. Diese nehmen jedoch einen durchaus substantiellen Teil der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft ein. Diese Belastung durch Verwaltungstätigkeiten wird im Rahmen des Modellprojekts teilweise auch durch die geforderte Leistungsdokumentation zu Evaluationszwecken verursacht und würde bei einer späteren Verstetigung der Tätigkeit voraussichtlich erheblich reduziert, wenn auch nicht ganz wegfallen. Die Schulleitungen und Lehrkräfte nehmen diese zusätzliche Belastung der Schulgesundheitsfachkraft wahr, auch wenn sie zum Teil wenig sichtbar ist, da die SGFK z. B. unterrichtsfreie Zeiten nutzen um diese Arbeiten außerhalb des Tagesgeschäfts zu erledigen. Übereinstimmend wird an den Schulen dennoch

beklagt, dass diese Arbeit einen zu großen Anteil an der Tätigkeit der SGFK ausmacht und letztlich zu Lasten anderer Tätigkeitsbereiche geht.

Wiederholungsbefragung der Schulleitungen und der Schulgesundheitsfachkräfte

In der zweiten Befragung der Schulleitungen und der Schulgesundheitsfachkräfte im Sommer 2018 wurde die Verteilung der Arbeit der SGFK auf die verschiedenen Tätigkeitsbereiche nochmals thematisiert, um etwaige Veränderungen hinsichtlich ihrer Zeitanteile und Priorisierung feststellen zu können. Diese zweite Befragung wurde an allen Schulen durchgeführt, an denen eine Kontinuität hinsichtlich der Tätigkeit einer Schulgesundheitsfachkraft gegeben war. Die folgenden Aussagen beziehen sich daher ausschließlich auf diese Schulen. Einschränkend muss weiterhin hinzugefügt werden, dass auch an einigen dieser Schulen aus verschiedenen Gründen ein personeller Wechsel der Schulgesundheitsfachkraft notwendig wurde. Dort hat sich die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft langsamer entwickelt, da geplante Maßnahmen/Projekte zeitlich verschoben und neu organisiert werden mussten und darüber hinaus der Eintritt einer neuen Schulgesundheitsfachkraft einen erneuten - wenngleich im Vergleich zum ersten Anlauf meist reduzierten – organisatorischen Aufwand in der Integration der Schulgesundheitsfachkraft in den Schulalltag bedeutete.

Insgesamt zeigt sich, dass sich die Einschätzungen der Schulleitungen und Schulgesundheitsfachkräfte über einen Zeitraum von etwa einem halben Jahr zwischen den Befragungen nicht substantiell verändert haben. Nach wie vor nimmt die Akutversorgung von Schüler*innen mit gesundheitlichen und/oder sozio-emotionalen Problemen den größten Anteil an der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft ein. Da die Schulgesundheitsfachkraft mittlerweile eine längere Zeit an den Schulen tätig gewesen sind, sind sie den Schüler*innen vertrauter. Diese Vertrautheit und die positive Wahrnehmung der Schulgesundheitsfachkraft und ihrer Tätigkeit führt an vielen Schulen zu einer noch höheren Auslastung im Tagesgeschäft, also in der Akutversorgung.

Auch wenn dies grundsätzlich als positiver Effekt angesehen wird, bedeutet dies im Umkehrschluss oft, dass für die anderen Tätigkeitsbereiche weniger Zeit zur Verfügung steht. Dies wird wiederum teilweise dadurch kompensiert, dass an den Schulen, an denen eine kontinuierliche Arbeit der Schulgesundheitsfachkraft stattgefunden hat, für organisatorische Aspekte (Absprachen, Feedback etc.) Routinen entwickelt worden sind.

Die Schulgesundheitsfachkräfte sind zunehmend besser in das Schulleben integriert. Dies führt auch dazu, dass ihre Funktion als Vertrauensperson für Schüler*innen weiter an Bedeutung gewonnen hat. Auch der Bereich der „Gesundheitsförderung und Prävention“ hat sich an allen Schulen positiv entwickelt, an denen eine Schulgesundheitsfachkraft kontinuierlich tätig war. Nur an wenigen Schulen ist die Entwicklung dabei – aus Sicht der Schulleitungen - hinter den früheren Erwartungen zurückgeblieben. Zu der insgesamt positiven Entwicklung tragen vor allem zwei Faktoren bei: Die längere Projektlaufzeit hat es ermöglicht, weitere Maßnahmen zu planen und durchzuführen. Die erstmalige Durchführung und positive Bewertung von Projekten im Rahmen der Gesundheitsförderung hat außerdem das Interesse weiterer

Lehrkräfte geweckt, die die Angebote zukünftig auch für sich bzw. ihre Schüler*innen nutzen möchten.

Die Versorgung von Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen leidet dagegen nach wie vor unter dem Problem, dass die Schulgesundheitsfachkraft an den meisten Schulen nur eingeschränkt anwesend ist. Auch hinsichtlich des Einbezugs der SGFK in Früherkennungsmaßnahmen hat sich die Situation eher wenig verändert: Einschränkungen hinsichtlich rechtlicher Rahmenbedingungen sind nach wie vor gegeben:

Im Bereich außerschulischer Kooperationen wird an einigen Schulen von einer stärkeren Aktivität und Ausbau bzw. Nutzung entsprechender Netzwerke berichtet. An manchen Schulen wird in diesem Zusammenhang allerdings auch angemerkt, dass das Tagesgeschäft weiterhin nur wenig Raum für solche Aktivitäten lasse und die Akutversorgung immer Priorität habe:

Fazit: Tätigkeitsbereiche der SGFK und Projekterfolge im Bereich Bildung

Sämtliche vorgesehenen Tätigkeitsbereiche der SGFK Einflussfaktoren für das Gelingen schulischer Bildungsprozesse dar (vgl. Abschnitt 3.9). Die Auswertungen der Interviews haben gezeigt, dass einige Vorstellungen zur Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft nach der bisher relativ kurzen Projektlaufzeit bereits erfüllt werden. Dazu zählen insbesondere die gesundheitliche Akutversorgung sowie die Funktion der Schulgesundheitsfachkraft als Vertrauensperson für Schüler*innen. Die SGFK trägt so u.a. zu einem stärkeren Sicherheitsgefühl und Wohlbefinden der Schüler*innen in der Schule bei, das als günstige Voraussetzung für ein erfolgreiches Lernen gilt (vgl. Abschnitt 3.9). Gleichzeitig tragen die Schulgesundheitsfachkräfte dazu bei, dass Gesundheitsförderung und Prävention eine noch größere Rolle an den Schulen spielen und bringen eine spezifische Fachkompetenz ein, die an den Schulen sonst nur bedingt vorhanden ist. Dabei werden auch Kontakte zu außerschulischen Akteuren aus dem Gesundheitsbereich hergestellt und genutzt, die ebenfalls zu einer stärkeren und fundierteren Gesundheitsförderung beitragen. In diesen Bereichen besteht allerdings noch weiteres Entwicklungspotential in mehrerer Hinsicht:

- ✓ Schulen können mit längerer Projektlaufzeit Routinen in der Nutzung der Angebote der Schulgesundheitsfachkraft entwickeln. Dies betrifft zum einen eine dauerhafte Nutzung von Angeboten (z.B. in Form von Arbeitsgemeinschaften), die die Schulgesundheitsfachkraft einbringt und eigenständig durchführt. Zum anderen können Unterrichtsprojekte und -einheiten, die die Fachkompetenz der Schulgesundheitsfachkraft nutzen, durch ein gutes Gelingen die Aufmerksamkeit weiterer Lehrkräfte wecken, die zukünftig die Schulgesundheitsfachkraft in ähnlicher Weise einbeziehen. Erste Anzeichen für eine solche positive Entwicklung sind in der zweiten Befragung der Schulleitungen und der Schulgesundheitsfachkräfte bereits deutlich geworden.
- ✓ Schulen können sich über die Fachkompetenz der Schulgesundheitsfachkraft weitere Inhaltsbereiche für Projekte etc. erschließen.

- ✓ Die Vernetzung mit außerschulischen Kooperationspartnern kann weiter ausgebaut und intensiviert werden. Auch eine Vernetzung zwischen den Projektschulen über die regionalen Treffen hinaus könnte zu einer steigenden Qualität der Aktivitäten beitragen. Schulen können sich durch einen Austausch gegenseitig anregen und voneinander lernen, dies betrifft gelungene Aktivitäten und Entwicklungen ebenso wie Fehlschläge und Hindernisse.
- ✓ Die Schulgesundheitsfachkraft kann zu einem Knotenpunkt der schulischen Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung werden. Dieser Wunsch ist an einigen Schulen explizit geäußert worden. Klarere konzeptionelle Vorgaben und Erwartungen – und ggf. Kompetenzerweiterungen für die Schulgesundheitsfachkraft in rechtlicher Hinsicht - könnten dazu beitragen, dass der Tätigkeitsrahmen der Schulgesundheitsfachkraft nicht jeweils schulspezifisch verhandelt werden muss (vgl. Abschnitt 4). Explizit sei darauf hingewiesen, dass mit solchen Vorgaben keine unangemessene und wenig sinnvolle Gleichschaltung von Aktivitäten der Schulgesundheitsfachkräfte gemeint ist. Die Berücksichtigung schulspezifischer Gegebenheiten wird immer ein integraler Faktor in der konkreten Arbeit der Schulgesundheitsfachkraft bleiben müssen. Vielmehr sollte den Schulen ein Rahmen geboten werden, der die gegebenen Möglichkeiten verdeutlicht, die durch die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft gegeben ist.

Die Ausfüllung der verschiedenen Tätigkeitsbereiche hängt nach Ansicht der Befragten auch von den persönlichen Eigenschaften und Zielen der Schulgesundheitsfachkräfte ab. Ein unterschiedliches Ausmaß an Eigeninitiative und eine unterschiedliche Rolleninterpretation beeinflusst, welche Tätigkeitsaspekte mehr oder weniger breit realisiert werden. Von den meisten Befragten werden die Schulgesundheitsfachkräfte als ebenso engagiert wie kompetent wahrgenommen; es werden allerdings an einigen Schulen auch Stimmen laut, die sich ein aktiveres Einbringen eigener Ideen der Schulgesundheitsfachkraft wünschen:

„Ich glaube, dass das auch eine persönliche Sache ist. Wenn ich die Schulgesundheitsfachkraft wäre, ... ich würde Ideen haben, ich hätte schon eine Liste, was kann man in der ersten Klasse machen, was in der zweiten, ... ich hätte da pro Klasse Listen mit Dingen, die man durchführen könnte ... Die Lehrkräfte haben so viel zu tun, die brauchen jemanden, der Ihnen mal kurz in den Weg fährt und sagt: Ich bin auch noch da, und ich habe eine Idee, die würde ich jetzt gerne bei Ihnen anbringen. Die Schulgesundheitsfachkraft müsste den Lehrkräften permanent auf die Füße steigen. Da fehlt einfach die Motivation oder der Mut“ (Eltern)

3.3 Einbezug der Schulgesundheitsfachkraft in das Schulleben

-
- ✓ *Allgemeine Wahrnehmung:* Wird die SGFK allgemein als eine Erweiterung und Bereicherung des Schullebens wahrgenommen? Was kann die SGFK leisten, was andere nicht können?
 - ✓ *Einbindung:* Einbindung der SGFK in schulische Aktivitäten und Projekte, Einfluss auf Ziele/Inhalte des Curriculums bzw. schulischer Exkursionen/Projekte, Ganztagsangebote?
 - ✓ *Systematisierter Austausch und Feedback zur Arbeit der SGFK:* Existiert ein systematisierter Austausch über die Tätigkeit der SGFK; erhält die SGFK ein Feedback der Schule; gibt die SGFK der Schule ein Feedback?
 - ✓ *Gremien:* Nimmt die SGFK an Sitzungen schulischer Gremien teil (Klassenkonferenzen, Schulkonferenzen, Fachkonferenzen)? Rolle der SGFK in den Gremien: Beratend oder auch mitentscheidend?
 - ✓ *Schulprogramm und Entwicklungsarbeit:* Besitzt die Tätigkeit der SGFK Auswirkungen auf Schulprogramm und Schulentwicklung; sind Rolle und Tätigkeit der SGFK Ziel bzw. Inhalt von Entwicklungsmaßnahmen (Perspektive der SGFK)?
-

Auszug Interviewleitfaden (Version Schulleitung, erste Befragung)

Ein weiterer Fragebereich in den Interviews bezog sich auf den Einbezug der Schulgesundheitsfachkräfte in das Schulleben. Hier wurden zusätzliche Informationen zur konkreten Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft abseits von den konzeptionellen Tätigkeitsbeschreibungen erhoben. Ziel war es, ein möglichst genaues und illustratives Bild zu erhalten, wie die konkrete Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft in den Schulen aussieht und wie sie in das allgemeine Schulleben einbezogen wird.

Allgemeine Wahrnehmung

Die Schulgesundheitsfachkraft wird an allen Schulen als eine große Bereicherung des Schullebens wahrgenommen. Aus Sicht der befragten schulischen Akteure (Schulleitungen, Mentor*innen, weitere Lehrkräfte, Schüler*innen) trägt sie zu einer höheren Qualität des Schullebens bei, indem sie mit ihren gesundheitsbezogenen Aktivitäten Tätigkeitsbereiche abdeckt, die zuvor entweder von schlecht oder gar nicht qualifizierten Personen übernommen oder gar nicht abgedeckt wurden. Die Fachkompetenz der Schulgesundheitsfachkraft, die an den Schulen in dieser Form sonst nicht vorhanden wäre, wird hoch geschätzt.

„Einfach die Sicherheit für die Lehrkräfte, wenn es Schüler*innen schlecht geht, sie hat die Ausbildung, sie erkennt vielleicht eher, wann muss jetzt wirklich der Krankenwagen gerufen werden und wann nicht“ (Lehrkräfte)

Diese Wertschätzung betrifft nicht nur die akute medizinische Notfallversorgung, sondern erstreckt sich auch auf Aspekte wie die Beratung von Schulleitung/Lehrkräften zu gesundheitlichen Fragen, das Einbringen von Projekten aus dem breiten Bereich der Gesundheitsförderung und eine allgemeine förderliche Auswirkung auf das Schulklima. Einschränkend ist darauf

hinzuweisen, dass diese Bewertungen nicht an allen Projektschulen in einheitlicher Form bestehen, sondern von schulspezifischen Absprachen, Erwartungen und Besonderheiten in den Rahmenbedingungen beeinflusst werden. So ist beispielsweise eine fallunabhängige Beratung von Lehrkräften zu Gesundheitsthemen nicht an allen Schulen üblich.

Weiterhin stehen das Einbringen von Projektideen ebenso wie der Einfluss der Schulgesundheitsfachkraft auf das allgemeine Schulklima in Abhängigkeit ihres Zeitbudgets an der jeweiligen Schule: Je höher die Zahl der Tage ist, die die Schulgesundheitsfachkraft an einer Schule anwesend sind, desto umfangreicher sind diese Möglichkeiten. Im Umkehrschluss gilt allerdings nicht zwingend, dass an den beiden Projektschulen, an denen die Schulgesundheitsfachkraft aufgrund der hohen Schülerzahl an jedem Tag anwesend ist, diese Möglichkeiten optimal ausgeschöpft werden. Die Größe dieser Schulen führt zu einer hohen Auslastung im Aufgabenbereich der gesundheitlichen Versorgung von Schüler*innen. Darüber hinaus bringt die Größe auch eine räumliche Unübersichtlichkeit mit sich, die eine konstante Interaktion zwischen der Schulgesundheitsfachkraft und sowohl den Kollegien als auch den Schüler*innen erschwert. Die Schulgesundheitsfachkraft wird sozusagen in der Schule weniger „sichtbar“.

Einbindung

Die Schulgesundheitsfachkräfte werden in den Schulen durchweg über die tägliche gesundheitliche Versorgung hinaus in schulische Aktivitäten eingebunden. An vielen Schulen wird die Schulgesundheitsfachkraft als integraler und selbstverständlicher Bestandteil des Kollegiums bzw. Schulpersonals gesehen. Insbesondere an den größeren Schulen ist die Einbindung schwieriger und bedarf einer stärkeren Strukturierung.

In vielen Schulen ist die Schulgesundheitsfachkraft bei Schulfeiern, Tagen der offenen Tür und Informationsveranstaltungen für Eltern zukünftiger Schüler*innen präsent. Sie steht bei diesen Anlässen auch als Ansprechpartnerin für Eltern und Schüler*innen zur Verfügung. Die Schulgesundheitsfachkräfte bringen sich mit ihrem Fachwissen in bestehende gesundheitsbezogene Projekte ein, tragen aber auch neue Projektideen an die Schule bzw. die Lehrkräfte heran. Sie beteiligen sich gegebenenfalls auch an Ganztagsangeboten, soweit diese an den Schulen erforderlich sind und es die zeitlichen Möglichkeiten neben der Akutversorgung zulassen. Sie leiten in diesem Zusammenhang z.B. Arbeitsgemeinschaften für Schüler*innen zu gesundheitsbezogenen Themen.

Austausch, Feedback und Gremien

Eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg des Modellprojekts ist ein gelingender Austausch zwischen den schulischen Akteuren (Schulleitung, Mentor*in, Lehrkräfte, ggf. weiteres pädagogisches Personal und Schulsozialarbeiter*in) über Arbeitsfelder, mögliche Kooperationen, organisatorische Fragen sowie gegenseitige Erwartungen. An allen Schulen bestehen Gemeinsamkeiten, wie die Kommunikation organisiert und gefördert wird, es sind aber auch einige Unterschiede zu verzeichnen.

Grundsätzlich gilt für alle Schulen, dass ein Austausch mit der Schulgesundheitsfachkraft auf zwei Arten gewährleistet ist: Einerseits werden spezielle Termine oder Gremiensitzungen genutzt, um mit der Schulgesundheitsfachkraft Absprachen zu treffen, andererseits kommt es zu zahlreichen informellen, teils gezielt hergestellten, teils eher zufällig zustande kommenden Kontakten und Gesprächen.

„Wir haben feste Termine gemacht für größere Absprachen. Wenn man einen solchen Termin hat, und den nicht wahrnehmen kann, dann wird der verschoben. Wenn man nur sagt, wir machen das irgendwann mal in dieser Woche, dann wird das meistens nichts. Aber wir haben auch an vielen Stellen die kurzen Wege genutzt, wenn die Schulgesundheitsfachkraft oder ich eine [spontane] Idee hatten, dann haben wir geguckt, ob der andere gerade verfügbar ist“ (Schulleitung)

Beide Arten des Kontakts gewährleisten grundsätzlich einen zufriedenstellenden Austausch. Allerdings sind hierbei schulspezifische Besonderheiten zu beachten.

Die Größe der Schule stellt eine wichtige Rahmenbedingung dar: Je größer die Projektschule ist, desto unübersichtlicher sind in der Regel auch die Räumlichkeiten. Insbesondere dann, wenn Schulräume sogar auf mehrere Gebäude verteilt sind, ist die Kommunikation zwischen Lehrkräften und der Schulgesundheitsfachkraft deutlich erschwert.

„So ein richtiges Feedback kommt selten zurück. ... Das ist vielleicht auch dem geschuldet, dass das hier so eine große Schule ist, das ist etwas anderes als an einer Grundschule mit [wenigen] Schülern, da hat man ein ganz anderes Verhältnis zueinander. Einzelne Lehrer kommen schon zu mir, aber das sind noch wenige“ (SGFK)

Die Anwesenheit und die Arbeit der Schulgesundheitsfachkraft bleiben hier für einen Teil des Kollegiums eher unsichtbar. In kleineren Schulen bzw. Schulgebäuden besteht dieses Problem naturgemäß in geringerem Ausmaß – hier kann man sich nur schwer aus dem Weg gehen.

Ein zweiter entscheidender Faktor ist die räumliche Zuordnung des Arbeitsplatzes der Schulgesundheitsfachkraft. Befindet sich dieser in der Nähe des Lehrerzimmers oder der Büros der Schulleitung, erleichtert dies die Kommunikation, weil es auch ohne förmliche Verabredung regelmäßig zu Kontakten kommt. An einigen Schulen wurde dies auch bewusst so arrangiert, um die Schulgesundheitsfachkraft von Beginn an bestmöglich in das Schulleben zu integrieren. Je weiter entfernt sich dagegen der Arbeitsplatz der Schulgesundheitsfachkraft von den Schulleitungsräumen und dem Lehrerzimmer befindet, desto geringer werden die Möglichkeiten einer zufälligen und informellen Kommunikation, da es weniger zu entsprechenden zufälligen Begegnungen kommt.

Schließlich spielt auch für diesen Punkt die Häufigkeit der Anwesenheit der Schulgesundheitsfachkraft an der Schule eine Rolle. Naturgemäß wird die Kommunikation bei häufigerer Anwesenheit erleichtert. Insgesamt ist es allerdings eine Interaktion aus Anwesenheitshäufigkeit und Schulgröße, die die kommunikativen Optionen bestimmt: Optimal hierfür ist eine Kombination aus geringer Schulgröße und häufiger Anwesenheit. An großen Schulen und bei seltener Anwesenheit spielen organisierte Möglichkeiten zum Austausch eine vergleichsweise wichtigere Rolle.

Der Einbezug der Schulgesundheitsfachkraft in die schulische Gremienarbeit stellt grundsätzlich eine solche Möglichkeit dar. In fast allen Projektschulen findet dieser Einbezug statt, die Intensität und Häufigkeit differiert allerdings zwischen den Schulen. Der Regelfall ist, dass Schulgesundheitsfachkräfte zu Gremien (z.B. Lehrerkonferenzen, Dienstbesprechungen) hinzugezogen werden, wenn gesundheitsbezogene Themen auf der Tagesordnung stehen, zu denen die Schulgesundheitsfachkraft mit ihrer besonderen Fachkompetenz signifikant beitragen kann. An einigen Schulen wird sie routinemäßig zu Dienstbesprechungen eingeladen, um sie bestmöglich in die schulische Arbeit zu integrieren.

„Ich bin 14tägig in der Dienstberatung der Schulleitung, ... da kann man viele Sachen regeln und viele Leute erreichen. Da spreche ich z.B. Fortschritte an mit der Projektplanung oder auch Probleme“ (SGFK)

Andere Schulen halten dies mit Verweis auf das ohnehin geringe Zeitbudget der Schulgesundheitsfachkraft für ihre Kernaufgaben nicht für sinnvoll.

„Wir denken, dass sie an bestimmten Stellen präsent sein muss, damit sie sich auch in Erinnerung bringen kann. Andere Sachen passieren auf Abruf. Zu Lehrerkonferenzen oder Elternversammlungen kommt sie dann, wenn es um Themen geht, die die Schulgesundheitsfachkraft tangieren. Sie kann z.B. nicht in alle Elternversammlungen gehen am Anfang des Schuljahrs“ (Schulleitung)

Hier findet also jede Schule ihren eigenen Weg. Erwähnenswert ist - nicht nur - an dieser Stelle das hohe Engagement vieler Schulgesundheitsfachkräfte: Da schulische Gremiensitzungen oder auch Elternversammlungen etc. häufig in Randzeiten bzw. außerhalb einer normalen Arbeitszeit stattfinden, gegebenenfalls sogar an Tagen, an denen die Schulgesundheitsfachkraft eigentlich gar nicht an der Schule tätig wäre, investieren viele Schulgesundheitsfachkräfte bereitwillig zusätzliche Zeit und Fahrten, um dennoch an relevanten Terminen teilnehmen zu können. Teilweise lässt sich dies allerdings auch schlecht arrangieren:

„An den Tagen, an denen unsere Gremien stattfinden, ist sie an der anderen Schule. Da sind Termine, die sich überschneiden, da muss man Kompromisse eingehen“ (Schulleitung)

Dort, wo die Schulgesundheitsfachkraft in Besprechungen und Gremien zu gesundheitsbezogenen Themen hinzugezogen wird, wird sie als gleichwertiger Gesprächspartner anerkannt. An einzelnen Schulen wird die Schulgesundheitsfachkraft auch maßgeblich in bereits bestehende Aktivitäten zur Gesundheitsförderung einbezogen.

„Unsere Schule nimmt am Projekt „Gute gesunde Schule“ teil. ... Das hat sich die Schulgesundheitsfachkraft mit eingeklinkt, sitzt im Steuerkreis und bringt ihre Ideen da ein“ (Schulleitung)

Schulprogramm und Entwicklungsarbeit

Eine Einbindung der Schulgesundheitsfachkraft in grundlegende Schulentwicklungsmaßnahmen ist bisher weniger zu beobachten. Ein Grund hierfür ist in der zeitlichen Beschränkung des Projekts zu sehen, die eine längerfristige Perspektive bisher nicht zugelassen hat. Schulentwicklung ist ein kontinuierlicher Prozess, der auch von einer gewissen personellen

Kontinuität lebt und nicht sinnvoll von ständig wechselnden Personen betrieben werden kann. Dazu kommt erschwerend, dass die Schulgesundheitsfachkräfte nicht zum pädagogischen Personal der Schulen gehören. Die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte erfolgt in einem umgrenzten Inhaltsbereich, innerhalb dessen ihre Fachkompetenz sehr geschätzt wird. Eine Einbindung der Schulgesundheitsfachkraft in weitergehende schulische Planungen und Entscheidungen über den Gesundheitsbereich hinaus ist an den Schulen derzeit aber kein ernsthaftes Thema.

Fazit

In einem Modell der Wirksamkeit der Schulgesundheitsfachkraft in Bezug auf Bildungseffekte stellen ihre Eingliederung in das Schulleben sowie die Organisation der internen Kommunikation einen indirekten, aber sehr bedeutsamen Einfluss auf den Bildungserfolg der Schüler*innen dar (vgl. Abschnitt 3.9). Zufällige Kommunikationsmöglichkeiten mögen an kleineren Schulen ausreichend sein, an denen sich Schulgesundheitsfachkraft sowie Schulleitung und Kollegium automatisch begegnen. An größeren, unübersichtlichen Schulen sollten dagegen (zusätzliche) offizielle Kommunikationsmöglichkeiten geschaffen werden, um die Interaktion nicht zu einem Zufallsgeschehen zu machen. Sofern es die räumlichen Gegebenheiten zulassen, sollte der Arbeitsplatz der Schulgesundheitsfachkraft zudem möglichst nah zu den Büros der Schulleitung bzw. -verwaltung und/oder zum Lehrerzimmer platziert sein.

3.4 Effekte der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft (Schwerpunkt Bildung)

Die zentrale Fragestellung der vorliegenden Evaluationsstudie war, inwieweit die Arbeit der Schulgesundheitsfachkräfte über die direkten Effekte in der gesundheitlichen Versorgung hinaus positive Wirkungen auf den Bildungserfolg der Schüler*innen hat. Dieser Punkt bildete demzufolge auch einen Schwerpunkt in allen Interviews. Es kristallisiert sich heraus, dass direkte und indirekte Wirkungen auf den Bildungserfolg identifiziert werden können. Inwieweit sich diese Wirkungen in der relativ kurzen Projektlaufzeit messbar niederschlagen, ist Gegenstand der parallelen Evaluationsstudie der Charité. In der subjektiven Einschätzung der hier befragten Interviewpartner finden sich immerhin Hinweise auf solche Erfolge und mögliche Wirkfaktoren, die vor allem auf den Ebenen der Schüler*innen und Lehrkräfte, aber auch der Schulleitungen und Eltern zu finden sind.

3.4.1 Wirkungen auf Schüler*innen

-
- ✓ *Wichtigste Effekte aus Sicht der Schulleitung in Bezug auf Schüler/innen:* Welche Effekte der Tätigkeit der SGFK nimmt die Schulleitung vorrangig wahr?
 - ✓ *Teilhabe der Schüler/innen:* Führt die Tätigkeit der SGFK zu einer besseren Teilhabe von Schüler/innen am Unterricht/Schulleben (insb., aber nicht nur Schüler/innen mit besonderem Bedarf: chronisch kranke Schüler/inne, Inklusionsschüler/innen etc.), macht sich die SGFK zum Anwalt/Sprachrohr der Schülerinnen und Schüler?
 - ✓ *Sozialer Zusammenhalt der Schüler/innen:* Hat die Tätigkeit der SGFK einen Einfluss auf das allgemeine soziale Gefüge der Schule; lassen sich Veränderungen im Zusammenhalt bzw. in der gegenseitigen Unterstützung und Hilfeleistung der Schüler/innen beobachten? Führt die Tätigkeit der SGFK zu einer besseren Integration von Schüler/innen mit besonderem Bedarf?
 - ✓ *Dispositionen der Schüler/innen:* Trägt die Tätigkeit der SGFK direkt oder indirekt zu einer Verbesserung erwünschter Dispositionen bei den Schüler/innen bei (z.B. Selbständigkeit, Selbstvertrauen, Verantwortungsbereitschaft, soziales Engagement, Schul- und Lernfreude, Toleranz der Schüler/innen, Verbundenheit mit der Schule)?
 - ✓ *Berufsorientierung (primär für älter Schüler/innen):* Trägt die Tätigkeit der SGFK zur Berufsorientierung von Schüler/innen bei; wird die SGFK gezielt in Aktivitäten zur Berufs- und Studienorientierung einbezogen; weckt ihre Tätigkeit ein Interesse an gesundheitsbezogenen Berufen?
 - ✓ *Negative Effekte:* Welche negativen Auswirkungen der Tätigkeit der SGFK sind ggf. beobachtbar?
-

Auszug Interviewleitfaden (Version Schulleitung, erste Befragung)

Die Befragten identifizieren zwei zentrale Wirkungen der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft auf die Schüler*innen:

Die gesundheitliche Akutversorgung gewährleistet eine fachkompetente Beurteilung und Behandlung der Schüler*innen. Ohne das Fachwissen einer Schulgesundheitsfachkraft herrscht im Falle gesundheitlicher Beschwerden bzw. Unfallverletzungen oft eine erhebliche Unsicherheit an den Schulen, wie mit der Situation umzugehen ist.

„Wir hatten schon Fälle, wo Schüler betrunken oder mit anderen illegalen Drogen in die Schule gekommen sind, und da ist es auch super, wenn sie darüber schauen kann und beurteilen kann, wie ernst ist es jetzt, geht es dem Schüler noch gut oder müssen wir einen Krankenwagen holen, hat er Rauschmittel genommen, das kann sie ja besser beurteilen als wir“ (Lehrkräfte)

Im günstigen Fall erfolgt eine Betreuung durch eine halbqualifizierte Person, z.B. mit einer Ersthelferausbildung. In vielen Fällen müssen aber Lehrkräfte oder andere Angehörige des Schulpersonals eine Bewertung vornehmen, die hierfür keine Qualifikation besitzen und -

zumindest subjektiv - entsprechend unsicher hinsichtlich gesundheitlicher Fragen und Maßnahmen agieren. Diese Unsicherheit und die mangelnde Zeit, sich im laufenden Schulbetrieb angemessen intensiv um Schüler*innen kümmern zu können, führt häufig dazu, dass Eltern während der Schulzeit mit der Bitte kontaktiert werden, ihre Kinder aus der Schule abzuholen. Den Schulen ist bewusst, dass dies vermutlich in manchen Fällen eine übertriebene Maßnahme ist, da die Gesundheitsprobleme tatsächlich nicht so gravierend sind um mehr als eine Auszeit vom Unterricht zu rechtfertigen. Da genau dies aber nicht fachgerecht beurteilt werden kann, greifen die Schulen mit der Bitte um Abholung zu einer sicher erscheinenden Maßnahme, da die Verantwortung nun nicht mehr bei der Schule liegt.

„Früher hätten die Lehrer ja sofort reagieren müssen, wenn jemand zum Beispiel umkippt. Jetzt können wir sagen, wir haben die Fachahnung dazu, wir können die Schulgesundheitsfachkraft fragen, sie hilft dann. Das wäre ja früher alles auf den Lehrer abgedrückt worden, oder man ruft sofort den Krankenwagen“ (Schüler*innen)

Die Anwesenheit einer Schulgesundheitsfachkraft führt nun zu einer anderen Vorgehensweise. Die Schulgesundheitsfachkraft hat einerseits die Qualifikation, um gesundheitliche Probleme verschiedenster Art fachgerecht bewerten zu können. In vielen Fällen erweisen sich relativ einfache Maßnahmen als ausreichend um Schüler*innen angemessen zu versorgen.⁷ Die Schüler*innen können dann häufig nach einer Auszeit wieder in den Unterricht zurückkehren; die Anwesenheitszeiten bzw. die Teilhabe am Unterricht werden so erhöht.

„Ich finde, bei gewissen Dingen ist es schon sinnvoll, den Rettungsdienst zu rufen. Aber manchmal sind es auch Lappalien, wo man nach fünf Minuten sagt, okay, sie ist wieder so fit, es war totaler Blödsinn, den Rettungsdienst zu rufen“ (Schüler*innen)

„Wenn es Schülern mal nicht gut geht, denen tut es einfach mal gut, wenn sie zehn Minuten angehört werden, ... dann freuen die sich, wenn sie einen Verband haben und danach zurückgeführt werden in den Unterricht und nicht abgeholt werden. Rückführung in den Unterricht, da ist der Bildungseffekt gewährleistet. Sie haben dann Sicherheit, da ist nichts Schlimmes. Dann können sie sich wieder auf den Unterricht konzentrieren“ (Lehrkräfte)

Dieser Effekt besteht allerdings nur an den Tagen, an denen die Schulgesundheitsfachkraft in der Schule anwesend ist. An den anderen Tagen fällt die Versorgung meist auf das frühere Niveau zurück: Die Schulen gehen dann auf Nummer sicher und lassen Schüler*innen lieber von ihren Eltern abholen als unkalkulierbare Risiken einzugehen.

Ein anderer zentraler Effekt der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft ist ein erhöhtes Sicherheitsgefühl der Schüler*innen. Dies berichten nicht nur Lehrkräfte und Eltern, sondern auch die Schüler*innen selbst.

„Ich fühle mich ein bisschen sicherer, weil ich weiß, wenn mal wirklich etwas passiert, dann habe ich jemanden da, den ich ansprechen kann, der mir auch etwas Besseres sagen kann: naja, dann musst Du halt zum Arzt gehen“ (Schüler*innen)

⁷ Lediglich in einem Einzelfall kritisierten Eltern - bei insgesamt positiver Einstellung zum Modellprojekt - eine nicht fachgerechte Versorgung von Wunden.

„Man fühlt sich an den Tagen, wenn sie hier ist, sicherer. Wenn man Verletzungen hat, hat man sie als Ansprechpartnerin. Sie kann auch mehr handeln als die Sekretärin oder als die Lehrer. Sie kennt sich mehr aus, wenn man eine Verletzung hat, als jemand im Sekretariat“ (Schüler*innen)

Da lediglich ausgewählte Schüler*innen befragt wurden, die zum überwiegenden Teil bereits die Hilfe der Schulgesundheitsfachkraft in irgendeiner Form in Anspruch genommen haben, ist nicht sicher zu sagen, ob sich dieser Effekt sich auf die gesamte Schülerschaft erstreckt oder ob er nur bei denjenigen auftritt, die bereits ein- oder mehrmals unterstützt worden sind. Da die Gespräche mit den Schüler*innen darauf hinweisen, dass sie durchaus auch wahrnehmen, wenn Mitschüler*innen in Notsituationen geraten und dann von der Schulgesundheitsfachkraft versorgt werden, erscheint es aber durchaus plausibel, dass dieser Effekt - zumindest in abgeschwächter Form - auch auf weitere Schüler*innen zutrifft.

Das Wohlbefinden der Schüler*innen wird außerdem dadurch gestärkt, dass sie – wie erhofft – die Schulgesundheitsfachkraft als Vertrauensperson wahrnehmen, der sie sich auch bei diffusen Befindlichkeiten oder psychosozialen Beschwerden und Sorgen anvertrauen können.

„Ich finde es auch gut, wenn man mal Probleme hat, auch psychische Belastungen, dass man dann zu ihr gehen kann, sich alles ein bisschen von der Seele reden kann, da hat sie auch immer ein offenes Ohr. Die Schulgesundheitsfachkraft ist für uns schon zu einer Bezugsperson geworden“ (Schüler*innen)

Diese Funktion der Schulgesundheitsfachkraft als Vertrauensperson wird von allen Befragten wahrgenommen. Sie basiert auf der allgemein sehr hohen Akzeptanz und Beliebtheit der Schulgesundheitsfachkraft bei den Schüler*innen.

„Meine Kinder sind sehr begeistert. Wenn etwas passiert, nehmen sie es gerne an“ (Eltern)

Auch hier wirkt sich eine höhere Anwesenheitszeit der Schulgesundheitsfachkraft positiv aus. Je größer und unübersichtlicher die Schulen sind, desto mehr beschränkt sich diese positive Wahrnehmung auf die Schüler*innen, die bereits mit der Schulgesundheitsfachkraft in Kontakt gestanden haben. Für die anderen Schüler*innen ist die Schulgesundheitsfachkraft dort weniger wahrnehmbar.

Auch die Funktion der Schulgesundheitsfachkraft als Vertrauensperson hat Einfluss auf die Teilhabe von Schüler*innen am Unterricht: Ähnlich wie bei Verletzungen und anderen gesundheitlichen Problemen kann die Schulgesundheitsfachkraft den Sorgen der Schüler*innen mehr Aufmerksamkeit widmen als dies Lehrkräften im laufenden Unterricht möglich wäre.

„Ich beobachte ein sehr vertrauensvolles Verhältnis. Die Schulgesundheitsfachkraft erfährt manchmal Sachen, die würden die Schüler*innen den Lehrkräften nicht erzählen, die vielleicht noch nicht einmal die Eltern wissen. ... Es gibt Kinder, die einfach zu ihr gehen und ihr Herz ausschütten, die sie als Vertrauensperson anerkennen. Sie ist in einer ganz neutralen Rolle, und das wissen die Kinder“ (Schulleitung)

Getröstete und beruhigte Schüler*innen können in den Unterricht zurückgeschickt werden und diesem auch wieder mit größerer Aufmerksamkeit folgen. An den Schulen, an denen die

Schulgesundheitsfachkraft nur an einem Tag anwesend ist, wird auch die Funktion als Vertrauensperson allerdings kritischer gesehen:

„Wenn die Schulgesundheitsfachkraft dieses Soziale und Psychische noch mit übernehmen müsste, dann müsste sie öfter da sein. Bei einem Tag in der Woche ist sie für die Kinder ja gar nicht präsent. Da muss direkt jemand vor Ort sein. Wenn Mittwoch etwas passiert, dann warten die Kinder ja nicht bis Montag“ (Eltern)

Gemäß Tätigkeitsbeschreibung der Schulgesundheitsfachkraft (vgl. Abschnitt 3.2) wäre noch ein weiterer Faktor zu erwarten, der die Teilhabe der Schüler*innen am Unterricht stärken sollte: Die Betreuung chronisch kranker Schüler*innen und die Unterstützung der Wiedereingliederung von Schüler*innen nach längeren krankheitsbedingten Fehlzeiten sollten auch zu diesem Effekt führen. Dies kommt allerdings bisher allenfalls bedingt vor. Der maßgebliche Grund hierfür ist wieder die Tatsache, dass an den meisten Projektschulen die Schulgesundheitsfachkraft an einigen Tagen nicht anwesend ist. Eine kontinuierliche Betreuung von Schüler*innen mit solchem Bedarf ist dann nicht gewährleistet.

Ein guter *sozialer Zusammenhalt von Schüler*innen* gilt als weiterer Indikator für eine gute Bildungsqualität. Dass die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft einen merklichen Einfluss auf den sozialen Zusammenhalt hat, wird durch die Befragten bisher allerdings weniger erwähnt. So werden beispielsweise in Projekten wie „junge Sanitäter“ zwar Schüler*innen in Erster Hilfe geschult, die dann diese Kenntnisse in der Schule auch anwenden (z.B. in Hofpausen); Auswirkungen auf den allgemeinen Zusammenhalt sind hierdurch aber eher nicht zu erwarten und werden auch nicht berichtet. Allerdings besitzt die Anwesenheit bzw. Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft aus Sicht einiger Befragter einen positiven Einfluss auf das allgemeine Schulklima.

„Solche Fragen sind natürlich schwer messbar in so einer kurzen Zeit. Aber dadurch, dass es angeboten wird, dass wir eine Schulgesundheitsfachkraft haben, dass wir so einen großen, hellen schönen Raum haben als Krankenzimmer, das trägt natürlich alles dazu bei, dass die Kinder sich hier wohlfühlen, natürlich wird dann auch das Schulklima insgesamt besser. ... Für mich ist das ein Bauchgefühl, messbar ist das sich noch nicht“ (Schulleitung)

Weiterhin stellt sich die Frage, inwieweit die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft einen positiven Einfluss auf erwünschte *Dispositionen der Schüler/innen* ausübt. Unzweifelhaft besteht eine Wirkung in Bezug auf gesundheitsbezogenes Wissen bei allen Schüler/innen, die von der Fachkompetenz der Schulgesundheitsfachkraft im Rahmen von Unterrichtseinheiten (z.B. zum Thema Ernährung), Projekten oder Arbeitsgemeinschaften profitiert haben. Auch wenn die entsprechenden Inhalte zum Teil Inhalt der offiziellen Curricula sind und deswegen auch von Lehrkräften in den Unterricht eingebracht werden, besitzt der Einbezug der Schulgesundheitsfachkraft nach Ansicht der befragten Lehrkräfte, aber auch der Schüler*innen eine besondere Qualität, da ihr von den Schüler*innen in solchen Themen eine besondere Kompetenz zuerkannt wird, die Lehrkräfte in ihren Augen nicht besitzen.

In Bezug auf andere Dispositionen wie z.B. Selbständigkeit, Selbstvertrauen, Schul- und Lernfreude oder Verbundenheit mit der Schule) sehen die Befragten keine allgemeinen Effekte der

Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft, benennen aber zuweilen Einzelfälle, in denen eine Stärkung solcher Dispositionen (insb. Selbstvertrauen) stattgefunden hat, was in der Folge wiederum zu einem besseren schulischen Wohlbefinden und zu einer gestärkten Teilnahme am Unterricht führt.

Insbesondere an den weiterführenden Projektschulen stellt sich auch die Frage, inwieweit die Schulgesundheitsfachkraft einen Einfluss auf die *Berufsorientierung der Schüler*innen* besitzt. Angesichts des prognostizierten und teilweise auch schon spürbaren Mangels an Fachkräften im Gesundheits- und Pflegebereich könnte dies eine begrüßenswerte bildungsbezogene Wirkung sein. Tatsächlich scheinen manche Schulgesundheitsfachkräfte ein entsprechendes Interesse bei Schüler*innen zu wecken:

„Was viel kommt, ist: dieser Beruf Krankenschwester, Krankenpfleger, das würde mich interessieren, das würde ich auch gerne machen, wie ist denn da der Werdegang, dann kann ich sie hier vor Ort direkt beraten. Ich kann informieren, wie der Werdegang ist, was man noch alles damit machen kann. Da mache ich durchaus auch so ein bisschen Berufsorientierung“ (SGFK)

Allerdings wird von den Befragten meist eher anekdotisch und vereinzelt von entsprechenden Interessen berichtet, die bei Schüler*innen durch die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft geweckt worden seien. Ein systematischer Einbezug der Schulgesundheitsfachkraft in schulische Maßnahmen zur Berufsorientierung lässt sich weniger feststellen.

Negative Effekte für Schüler*innen durch die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft berichten die Befragten nicht. Allenfalls könne es vorkommen, dass einzelne Schüler*innen die Verfügbarkeit der Schulgesundheitsfachkraft dafür ausnutzen, sich durch ein Vortäuschen von gesundheitlichen Problemen dem Unterricht zu entziehen. Dies werde aber spätestens im Wiederholungsfall schnell erkannt.

„Der einzige Punkt ist der, das war am Anfang mehr und ist nun viel weniger geworden, nachdem wir das noch einmal thematisiert haben, dass Schüler*innen gedacht haben, die Schulgesundheitsfachkraft ist ein guter Pausenfüller oder eine gute Ausweichmöglichkeit bei ungeliebten Fächern“ (Schulleitung)

Auch hier verleiht die Schulgesundheitsfachkraft dem Handeln der Schule mehr Sicherheit, indem sie in der Regel gut beurteilen kann, ob ein reales gesundheitliches Problem vorliegt oder nicht.

Fazit

Die wesentlichen positiven Wirkungen auf die Schüler*innen sind neben einer Akutversorgung in Notfällen

- ✓ eine Wissensvermittlung durch die Begleitung von gesundheitsrelevanten Unterrichtseinheiten und Projekten
- ✓ eine gesteigerte Teilhabe am Unterricht durch die fachkundige Beurteilung und Behandlung gesundheitlicher Beschwerden

- ✓ ein gesteigertes Sicherheitsgefühl und Wohlbefinden durch das Wissen um eine fachkompetente Versorgung und die Präsenz einer geschätzten Vertrauensperson.

Einschränkungen in der Wirksamkeit sind in erster Linie dadurch verursacht, dass die Schulgesundheitsfachkräfte in der Regel nicht an allen Tagen in den Projektschulen tätig sein können. Eine Ausdehnung der Anwesenheitszeiten würde die Wirksamkeit der Tätigkeit weiter erhöhen, z.B. durch eine bessere Realisierung der Betreuung chronisch kranker Schüler*innen, denen dadurch eine bessere Teilhabe an Unterricht und Schulleben ermöglicht wird.

3.4.2 Wirkungen auf Lehrkräfte

-
- ✓ *Effekte in Bezug auf Lehrkräfte: Zusammenarbeit mit Lehrkräften? Welche positiven Effekte hat die Zusammenarbeit der SGFK mit den Lehrkräften? Werden die Lehrkräfte durch die Tätigkeit der SGFK direkt oder indirekt zugunsten der pädagogischen Tätigkeit entlastet? Sind SGFK selbst pädagogisch tätig? Falls „Ja“, in welcher Weise?*
-

Auszug Interviewleitfaden (Version Schulleitung, erste Befragung)

Zusätzlich zu den beschriebenen Effekten für Schüler*innen nehmen die Lehrkräfte an den Projektschulen auch positive Auswirkungen auf sich selbst und ihre Tätigkeit wahr. Drei Arten von Wirkungen werden besonders hervorgehoben:

Die Lehrkräfte erleben ein höheres Sicherheitsgefühl an der Schule, da die Schulgesundheitsfachkraft - Anwesenheit vorausgesetzt - bei gesundheitlichen Problemen und Unfällen schnell und kompetent helfen und Entscheidungen treffen kann. Die Verhaltensunsicherheit, die für nicht entsprechend ausgebildete Lehrkräfte in diesen Situationen fast zwangsläufig entsteht, wird durch die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft aufgehoben.

„Bei einem Kind, das sich nicht wohl fühlt, das kann ich auch nur hinlegen und sagen wir rufen an, die Schulgesundheitsfachkraft kann dann Blutdruck messen, die hat für Übelkeit ihre Beutelchen griffbereit usw. Die Schulgesundheitsfachkraft weiß dann einfach, was man machen muss. Dafür haben wir die Ausbildung ja gar nicht“ (Schulleitung)

In Zweifelsfällen, in denen die Kontaktaufnahme mit Eltern zur Abholung des Kindes bisher die beste Verhaltensoption war, kann nun die Verantwortung an die Schulgesundheitsfachkraft übergeben werden, die bewerten kann, ob eine gravierende Notlage vorliegt, die den Einbezug der Eltern und/oder medizinischen Diensten erforderlich macht.

Zweitens nehmen die Lehrkräfte eine deutliche zeitliche Entlastung wahr, die ihren pädagogischen Kernaufgaben zugutekommt. Wenn die Schulgesundheitsfachkraft die Versorgung von Schüler*innen mit gesundheitlichen Problemen übernimmt, fällt diese Tätigkeit aus dem Verantwortungsbereich der Lehrkräfte weg. Insbesondere in Notfällen können die notwendigen Maßnahmen nun an die Schulgesundheitsfachkraft delegiert werden. Während sich früher die Lehrkräfte in solchen Fällen zunächst selbst um die Schüler*innen kümmern mussten, können

sie sich nun nach einer kurzen Phase der Organisation und Übergabe an die Schulgesundheitsfachkraft wieder ihren pädagogischen Aufgaben bzw. ihrem Unterricht widmen.

„Wenn ich jemanden dahabe, der dafür da ist, dann ist das eine Sache, die alle anderen Professionen entlastet. Und zwar nicht, damit, damit die sich hinsetzen und Däumchen drehen können, sondern dass sie ihren eigentlichen Aufgaben nachgehen können. Das sind Sachen, die einfach dafür sorgen, dass der Schulbetrieb geregelt weitergehen kann“ (Schulleitung)

„Man ist als Lehrer [bei Vorfällen] entlastet, man kann weiter unterrichten. Ansonsten geht sonst immer sehr viel Zeit verloren, man muss sich ja kümmern, man kann das Kind ja nicht sich selbst überlassen“ (Lehrkräfte)

Für die übrigen Schüler*innen entsteht also kein Leerlauf, die Zeit des Unterrichtsausfalls wird auf ein Minimum beschränkt. Eine Quantifizierung der zeitlichen Ersparnis und der hierdurch entstehenden Profite für die pädagogische Tätigkeit ist auf Grundlage der Interviews nicht möglich. Da dieser Effekt aber von fast ausnahmslos allen Lehrkräften angesprochen wurde, ist davon auszugehen, dass es sich um eine durchgehende und zumindest subjektiv auch bedeutsame Auswirkung handelt.

Eine zusätzliche zeitliche Entlastung entsteht außerdem dadurch, dass die Kommunikation mit Eltern zu gesundheitlichen Fragen und zu notwendigen Maßnahmen zu einem großen Teil über die Schulgesundheitsfachkraft abgewickelt wird. Auch hier werden Ressourcen frei, die in die pädagogische Arbeit investiert werden können.

Drittens beziehen Lehrkräfte die Schulgesundheitsfachkraft in ihren Unterricht zu gesundheitsbezogenen Themen mit ein. Dabei wird stets berücksichtigt, dass Schulgesundheitsfachkräfte keine Lehrkräfte sind und mangels Befugnis auch keinen eigenständigen Unterricht erteilen können. Die Schulgesundheitsfachkräfte werden daher punktuell zu relevanten Themen in den Unterricht einbezogen und geben fachlichen Input.

Ein Mehrwert kann durch diesen Einbezug auf zwei Ebenen entstehen: Erstens kann die Schulgesundheitsfachkraft Fachwissen und praktische Erfahrungen in den Unterricht einbringen, die die Lehrkräfte in dieser Form nicht haben und sich gegebenenfalls aneignen müssten. Zweitens bedeutet der Einbezug einer externen Expertin - als solche wird die Schulgesundheitsfachkraft von den Schüler*innen angesehen – nicht nur eine Unterbrechung der Unterrichtsroutine, die die Aufmerksamkeit der Schüler*innen für die Thematik erhöht. Durch den Expertenstatus der Schulgesundheitsfachkraft werden die Inhalte auch ernster genommen und den Informationen wird mehr Bedeutung zugemessen. Dies gilt auch dann, wenn es um Themen geht, die die Lehrkraft auf Grundlage ihres Wissens eigentlich auch ohne Unterstützung behandeln könnte.

Die Schulgesundheitsfachkraft unterstützt die Lehrkräfte weiterhin, indem sie sie mit wichtigen Informationen zu Krankheitsbildern von Schüler*innen versorgt und Hinweise auf angemessene Verhaltensweisen in Bezug auf diese Erkrankungen gibt. Insbesondere chronische Erkrankungen stehen hier im Blickpunkt. Lehrkräfte erhalten so eine höhere Verhaltenssicherheit im eigenen Umgang mit erkrankten Kindern. Eine solche Beratung kann individuell auf

entsprechende Nachfrage erfolgen, aber sie kann sich auch wie eine schulinterne Fortbildung an ein ganzes Kollegium richten, z.B. im Rahmen von Lehrerkonferenzen.

„Sie berät auch Kolleg*innen, kann also auch fachlich unterstützen, wenn Unsicherheiten vorhanden sind, wie muss ich reagieren, wenn ein Kind z.B. unterzuckert ist. ... Die Kolleg*innen sind zwar alle geschult, aber es ist eben doch immer noch eine Sicherheit, wenn man die Möglichkeit hat, an einen fachlich kompetenten Kollegen heranzutreten“ (Schulleitung)

Schließlich wird von einigen Lehrkräften berichtet, dass sie selbst zu eigenen gesundheitlichen Fragen die Unterstützung bzw. den Rat der Schulgesundheitsfachkraft gesucht haben. Bemerkenswert ist dies deswegen, weil das Tätigkeitsfeld einer Schulgesundheitsfachkraft konzeptionell nicht auf die Versorgung von Schüler*innen beschränkt ist. Die meisten Schulen erhoffen sich durch die Teilnahme am Projekt zwar in erster Linie positive Wirkungen für Schüler*innen. Eine solche Beschränkung ist allerdings weniger sinnvoll, wenn Schule als ein System betrachtet wird, in dem auch die Gesundheit von Lehrkräften eine zentrale Rolle für den Schulerfolg spielt. Insofern erscheint es nur folgerichtig, wenn auch Lehrkräfte und weiteres Schulpersonal den Service der Schulgesundheitsfachkraft in Anspruch nehmen.

„Die Kollegen haben auch für sich gesehen: auch ich kann mit meinen Befindlichkeiten dahin gehen. Auch das gab es bereits, dass die Kollegen Hilfe und Rat bei der Schulgesundheitsfachkraft, und wo es manchmal auch geholfen hat, dass die Kollegen den Rest des Tages hierbleiben konnten“ (Schulleitung)

„Sie unterstützt auch uns Lehrkräfte. Wenn wir gesundheitliche Probleme haben, können wir auch zu ihr gehen und sie hat uns Tipps gegeben. Das ist eine wirkliche Bereicherung“ (Lehrkräfte)

Dies scheint allerdings bisher nicht an allen Schulen vorzukommen:

„Ich würde mir noch wünschen, dass sie mehr auch für Lehrkräfte zur [Ansprech]Partnerin wird für ihre eigene Gesundheitsvorsorge. Sie soll ja nicht nur für Schüler*innen da sein, sondern auch für die Lehrkräfte. Jedenfalls nehme ich das noch nicht wahr, dass das von den Kolleg*innen bereits getan wird“ (Schulleitung)

Negative Effekte der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft werden von den Lehrkräften auch auf konkrete Nachfrage nicht benannt. Als potentiell Problem wird allenfalls die Möglichkeit erwähnt, dass Schüler*innen die Anwesenheit der Schulgesundheitsfachkraft nutzen könnten, um sich durch vorgetäuschte Beschwerden dem Unterricht zu entziehen. Gerade die Möglichkeit der Schulgesundheitsfachkraft, sich solchen Schüler*innen intensiver zu widmen als es Lehrkräften möglich wäre, scheint allerdings eher den Erfolg entsprechender Versuche zu reduzieren. Wo Lehrkräfte bzw. Schulen früher im Zweifelsfall lieber die sichere Option gewählt haben, Schüler*innen von ihren Eltern abholen zu lassen, trägt die Schulgesundheitsfachkraft nun dazu bei, dass solche Versuche besser erkannt werden und langfristig erfolgloser bleiben.

„Da sind manchmal Kinder, die das ausnutzen wollen, die vielleicht Unterricht schwänzen wollen, aber da kommt man dann schon dahinter, und sie ist so aufmerksam in dieser Richtung, dass sie das auch bemerkt und die Schüler*innen in den Unterricht zurückschickt“ (Lehrkräfte)

3.4.3 Wirkungen auf Eltern

-
- ✓ *Effekte in Bezug auf Eltern:* Wie sieht die Zusammenarbeit zwischen Eltern und SGFK konkret aus? In welchem Ausmaß besteht Kontakt und werden Absprachen getroffen? Welche positiven Effekte hat die Zusammenarbeit mit den Eltern? Werden die Eltern durch die Tätigkeit der SGFK direkt oder indirekt entlastet? Verändert/verbessert sich durch die Tätigkeit der SGFK die Zusammenarbeit von Schule und Eltern?
-

Auszug Interviewleitfaden (Version Schulleitung, erste Befragung)

Die von den Eltern angegebenen positiven Wirkungen korrespondieren mit den Einschätzungen der anderen Befragten. Als offensichtlichster positiver Effekt wird von fast allen Eltern angesprochen, dass sie seltener ihre Kinder aus der Schule wegen gesundheitlicher Beschwerden oder unklarer Befindlichkeiten abholen müssen.

„Positiv ist ganz klar, dass Eltern nicht gleich angerufen werden. ... Oder selbst wenn sie angerufen werden müssen, wenn es wirklich nicht anders geht, dass die Eltern, die anreisen müssen im Hinterkopf haben: Das Kind ist gut aufgehoben. Da fährst Du ganz anders. ... Wenn da eine Schulgesundheitsfachkraft ist, die hat viel mehr Ruhe, auf das Kind einzugehen, die Mutter anzurufen, nicht mal hektisch mal eben schnell fünf Minuten vor dem Unterricht, das entspannt alle Beteiligten und ist im Endeffekt auch hilfreich für das Kind“ (Eltern)

Insbesondere für berufstätige Eltern bedeutet eine Abholung oft eine problematische Störung ihrer Arbeit, zumal gerade in den ländlicheren Regionen oft weite Wege zwischen Arbeitsstätte und Schule zurückgelegt werden müssen.

„Eltern sind nicht immer sofort verfügbar. Sie sind auf der Arbeit, im Nachbarort oder weiter weg, sind im Außendienst, im Kundengespräch oder an einer Maschine, die sie nicht einfach anhalten können, und bekommen die Nachricht von der Schule: Sie müssen Ihr Kind jetzt abholen, Ihrem Kind geht es nicht gut, dann sind die Eltern in einer Zwickmühle“ (Schulleitung)

„Die Schulwege sind ja auch nicht mehr so wie früher, dass man kurz zu Fuß gehen kann, man muss auch mal 20 Minuten mit dem Auto fahren. Da ist es gut, wenn jemand da ist, der sich um das Kind kümmert“ (Eltern)

„Es gibt Kinder, die vor bestimmten Prüfungen „Bauchschmerzen“ kriegen, da ist es besser, wenn da eine Schulgesundheitsfachkraft da ist, als wenn die Eltern angerufen werden müssen. Es gibt auch Eltern, die außerhalb arbeiten, und dafür dann den ganzen Tag verbringen, nur weil fünf Minuten Bauchschmerzen sind, ist schon unschön“ (Eltern)

Durch die fachkompetente Bewertung der Schulgesundheitsfachkraft werden solche Abholungen seltener. Falls sie doch angeraten erscheint, können sich die Eltern zumindest etwas entspannter auf den Weg machen, weil sie ihre Kinder in kompetenter Betreuung wissen.

„Das entlastet die Eltern wirklich sehr, selbst wenn es nur eine Stunde später ist, dann weiß man aber, es ist wirklich etwas. Und wenn man einen Fahrtweg von einer Stunde hat, ist man doch beruhigter, wenn man weiß, dem Kind geht es gerade nicht gut, aber da ist jemand, der dabei sitzt...“ (Eltern)

Dies führt auch grundsätzlich zu einem höheren Sicherheitsgefühl der Eltern in Bezug auf die Betreuung ihrer Kinder in der Schule.

„Die Eltern empfinden es so, dass die Kinder hier in guten Händen sind, dass sie sicher und fachkompetent versorgt werden“ (Schulleitung)

„Für die Kinder ist auf jeden Fall Sicherheit da, und das beruhigt die Eltern dann auch“ (Eltern)

Kontakt zwischen den Eltern und der Schulgesundheitsfachkraft besteht vor allem dann, wenn Kinder von der Schulgesundheitsfachkraft betreut wurden und Eltern darüber informiert werden⁸, oder auch anlässlich von Treffen schulischer Gremien, bei Elternsprechtagen und -informationsabenden. Anlässlich konkreter Problemlagen können Eltern zudem Absprachen mit der Schulgesundheitsfachkraft treffen oder sie werden von ihr informiert, wenn es zu gesundheitlichen Beschwerden in der Schulzeit gekommen ist. Die Schulgesundheitsfachkraft kann dann gegebenenfalls auch Empfehlungen aussprechen, ob und in welcher Form weitere medizinische Hilfe eingeholt werden sollte.

„Unsere Schulgesundheitsfachkraft hat auch schon meine Mutter kontaktiert, um mit ihr über meinen Zustand und Weiterbehandlungen zu sprechen. Sie hängt sich auch dahinter, dass es einem auch zuhause gut geht“ (Schüler*innen)

Solche Informationen können Eltern gegebenenfalls auch aktiv einholen.

„Die Schulgesundheitsfachkraft hat eine Verbindungsposition. ... Manchmal haben Eltern eine Hemmschwelle, wissen gar nicht, welchen Arzt sie sich wenden können, oder was sie sonst noch zur Unterstützung des Kindes tun können, da ist die Schulgesundheitsfachkraft ein gutes Verbindungsglied“ (Schulleitung)

Manche Eltern nutzen den Kontakt zu einer Schulgesundheitsfachkraft also auch, um bei ihr Rat in Bezug auf schülerbezogene Fragen einzuholen. Die Schulgesundheitsfachkraft stellt dabei ein niedrigschwelliges Angebot für gesundheitsbezogene Informationen dar.

Trotz der insgesamt sehr positiven Bewertung des Projekts und der Schulgesundheitsfachkräfte wurden in den Gesprächen mit den Eltern auch einige kritische Stimmen laut. Diese unterstützen allerdings die positiven Gesamteinschätzungen in gewissem Sinne sogar: Als offensichtlichstes Problem wird die Beschränkung der Anwesenheitstage genannt. Diese Einschränkung ist insbesondere für Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen Anlass zur Kritik. Während die verbesserte Betreuung eben solcher Kinder zu Beginn des Projekts angekündigt worden ist und auch ein Grund für die Unterstützung des Projekts aus Elternsicht war, ist die praktische Umsetzung bisher wenig geeignet gewesen, diese Unterstützung tatsächlich zu gewährleisten.

⁸ An einer Projektschule kritisierten Eltern eine mangelnde Kommunikation und Unterrichtung durch die SGFK in Notfällen. An anderen Schulen werden keine ähnlichen Probleme von den Eltern berichtet. Ob es sich an der betreffenden Schule um mehr als einen problematischen Einzelfall handelt, kann aufgrund der Datenlage nicht beurteilt werden.

Darüber hinaus wurden von einigen Elternvertreter*innen auch Wünsche geäußert, die Schulgesundheitsfachkraft noch stärker mit gesundheitsförderlichen Themen in die Schulangebote einzubeziehen. Die Wichtigkeit der Akutversorgung wird an keiner Stelle infrage gestellt, aber es besteht der Wunsch nach umfangreicheren Aktivitäten außerhalb dieser Kerntätigkeit, vor allem im Bereich der Präventionsarbeit.

Wie für die Bewertungen durch die Schüler*innen muss auch für die der Eltern berücksichtigt werden, dass bei den Gesprächspartner*innen eine Positivauswahl vorlag. Die Schulen haben zwecks dieser Interviews Eltern angesprochen, deren Kinder bereits von der Schulgesundheitsfachkraft betreut worden waren, die allgemein für schulische Fragen Interesse zeigen oder die offiziell als gewählte Elternvertreter*innen fungieren. Von den Schulleitungen und den Schulgesundheitsfachkräften wurde aber auch wiederholt angesprochen, dass es kritische Sichtweisen und eine geringe Akzeptanz des Projekts vor allem bei Eltern gibt, die einen schwachen sozialen Hintergrund aufweisen. Diese Eltern haben zu einem Teil die Einwilligung für die Betreuung ihres Kindes nicht gegeben und dafür – wenn sie die Anfrage nicht einfach ignoriert haben – als Grund Bedenken hinsichtlich der Erhebung von Daten zu ihren Kindern und ihren persönlichen Verhältnissen angegeben. Für die schulischen Akteure scheinen diese Begründungen lediglich vorgeschoben; als tatsächlicher Grund für die Verweigerung wird vermutet, dass diese Eltern niemandem einen genaueren Einblick in ihre problematischen Lebenssituationen gewähren möchten.

Insgesamt belegen die Elterngespräche aber eine sehr positive Wahrnehmung und Unterstützung des Projekts und der Schulgesundheitsfachkräfte.

3.4.4 Wirkungen auf Schulleitungen

-
- ✓ *Effekte in Bezug auf Schulleitung:* Wie sieht die Zusammenarbeit zwischen Schulleitung und SGFK konkret aus? Welche positiven Effekte hat die Zusammenarbeit mit der Schulleitung? Wird die Schulleitung (auch bei organisatorischen und Verwaltungsaufgaben) durch die Tätigkeit der SGFK direkt oder indirekt zugunsten der pädagogischen Tätigkeit entlastet? Besitzt die Arbeit der SGFK das Potential, Schulleitungen bei organisatorischen Tätigkeiten und/oder Verwaltungsaufgaben zu unterstützen bzw. entlasten?
-

Auszug Interviewleitfaden (Version Schulleitung, erste Befragung)

Die Schulleitungen teilen weitgehend die positiven Einschätzungen der Lehrkräfte. Trotz des – gerade anfänglich – zusätzlichen organisatorischen Aufwands und der Tatsache, dass nicht an jeder Schule eine Schulgesundheitsfachkraft täglich anwesend ist, fällt die Gesamteinschätzung des Projekts und der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft sehr positiv aus. Bei allen Schulleitungen besteht der Wunsch nach einer Fortsetzung des Projekts und einer späteren Verstetigung. Dies gilt auch für die Schulen, an denen das Projekt aus personellen Gründen schleppender angelaufen ist oder zeitweise unterbrochen wurde.

Konkret nehmen die Schulleitungen die positiven Wirkungen wahr, die auch von den anderen Befragten geäußert wurden:

- ✓ An den Anwesenheitstagen der Schulgesundheitsfachkraft ist eine fachkompetente Akutversorgung der Schüler*innen gewährleistet, die Teilhabe der Schüler*innen am Unterricht wird so erhöht.
- ✓ Die Schulgesundheitsfachkraft gibt zusätzlichen fachlichen Input in Unterricht, Projekten und Arbeitsgemeinschaften und trägt so zu einem besseren Gesundheitsverständnis der Schüler*innen bei.
- ✓ Die Schulgesundheitsfachkraft entlastet durch ihre Tätigkeit die Lehrkräfte, die sich in der Folge stärker auf ihre zentralen pädagogischen Aufgaben konzentrieren können.
- ✓ Die Schulgesundheitsfachkraft trägt zu einem Sicherheitsgefühl und Wohlbefinden der Schüler*innen bei.
- ✓ Die Schulgesundheitsfachkraft stärkt ebenso das Sicherheitsgefühl der Eltern, dabei insbesondere derjenigen, die der Schule Kinder mit bekannten gesundheitlichen Problemen anvertrauen
- ✓ Die Schulgesundheitsfachkraft entlastet berufstätige Eltern, die ihre Kinder seltener bei gesundheitlichen Beschwerden von der Schule abholen müssen.
- ✓ Die Schulgesundheitsfachkraft berät und informiert Lehrkräfte und Schulleitungen zu relevanten gesundheitlichen Themen

Einige dieser positiven Wirkungen erleben die befragten Schulleitungsvertreter*innen auch persönlich, zum Beispiel in ihrer unterrichtlichen Tätigkeit. An den meisten Schulen besteht ein stetiger persönlicher Austausch zwischen Schulleitung und Schulgesundheitsfachkraft über Tätigkeiten, Erwartungen und Ziele. An vielen Schulen wird dieser Austausch teilweise oder ganz an Mentor*innen⁹ delegiert. Unterschiedlich wird gehandhabt, ob es zu einem organisierten und terminlich festgelegten oder zu einem anlassbezogenen Austausch kommt. In der Regel äußern sich die Schulleitungen mit der jeweils praktizierten Art des Austauschs und der Zusammenarbeit grundsätzlich zufrieden.

Die Schulleitungen erleben ebenso wie die Lehrkräfte eine Entlastung durch die kompetente Akutversorgung. Die Betreuung bzw. Beaufsichtigung von Schüler*innen mit Unfällen oder gesundheitlichen Beschwerden musste vorher teilweise auch durch die Schulleitungen oder Sekretariate gewährleistet werden und beeinträchtigte deren Arbeit direkt oder indirekt.

„Das ist absolut eine Entlastung für uns. Allein schon, wenn die Schüler*innen wissen, an diesen Tagen ist die Schulgesundheitsfachkraft da, dann kommen die schon gar nicht mehr zu uns. ... Da kümmert sich die Schulgesundheitsfachkraft sofort darum, und das ist etwas, was uns nicht mehr auf den Tisch fällt als zusätzliche Arbeit“ (Schulleitung)

⁹ An manchen Schulen übernimmt ein/e Schulleitungsvertreter*in gleichzeitig die Rolle des/der Mentor*in.

Die Kommunikation mit der Schulgesundheitsfachkraft kann auch neue Sichtweisen auf schulische Fragestellungen eröffnen:

„Die Gespräche, die wir führen, bringen die Schule organisatorisch in ganz praktischen Fragen voran. ... z. B. bei der Vorbereitung von Veranstaltungen: woran müssen wir denken. Oder in der Erkältungszeit, wo stellen wir die Händedesinfektion hin. Diese Dinge kann man mit jemandem besprechen, der einen entsprechenden Hintergrund hat“ (Schulleitung)

„Bestimmte Inputs können nur von der Schulgesundheitsfachkraft gegeben werden, weil sie einen anderen Background hat. Sie kommt mit ganz anderen Erfahrungen an die Schule und sie hat eine ganz andere Sicht auf Schule allgemein und auf unsere Schule. Das ist auch wichtig, um Betriebsblindheit vorzubeugen“ (Schulleitung)

Zum Tätigkeitsprofil einer Schulgesundheitsfachkraft gehört auch die Kooperation mit externen Partnern aus dem Gesundheitsbereich. Sowohl bei der Gewinnung solcher Kooperationspartner als auch bei der Pflege bestehender Kontakte kann die Schulgesundheitsfachkraft die Schulleitung unterstützen bzw. entlasten.

Und wie auch die Lehrkräfte kann auch die Schulleitung gegebenenfalls auf die Schulgesundheitsfachkraft als Beraterin in Gesundheitsfragen zurückgreifen:

„Ich hatte Nackenschmerzen und dann habe ich ein Wärmekissen gekriegt, das hat so schnell geholfen, dann fühlte ich mich so wohl, dass ich normal mit dem Unterricht weitermachen konnte“ (Schulleitung)

3.4.5 Ergebnisse der zweiten Befragung der Schulleitungen und Schulgesundheitsfachkräfte

Im Sommer 2018 bildete die Frage nach den bildungsbezogenen Wirkungen des Projekts auch in der zweiten Befragung von Schulleitungen und Schulgesundheitsfachkräften einen Schwerpunkt. Es ergaben sich keine Erkenntnisse, die substantiell von den bereits ausführlich beschriebenen Aussagen aus der ersten Befragung abwichen. Das prägnanteste Ergebnis der wiederholten Befragungen war, dass die früher beschriebenen Effekte fortbestehen und teilweise noch deutlicher sichtbar werden. Letzteres gilt zum Beispiel für die Akzeptanz der Schulgesundheitsfachkraft bei Schüler*innen und Eltern. Für die Schüler*innen geht dies vor allem mit einer weiter gestiegenen Bedeutung der Schulgesundheitsfachkraft als Vertrauensperson und Ansprechpartnerin bei schulischen Problemlagen einher.

In Bezug auf die Eltern wird berichtet, dass die Akzeptanz der Schulgesundheitsfachkraft und des Projekts trotz der nach wie vor bestehenden Vorbehalte in Bezug auf die umfangreichen Datenerhebungen und Datenschutzfragen gestiegen ist. Manche Eltern, die zunächst ihre Einwilligung der Betreuung ihres Kindes durch die Schulgesundheitsfachkraft nicht gegeben hatten, haben im Nachhinein zugestimmt, als der durch das Projekt entstehende Mehrwert deutlich geworden ist, z.B. durch Beobachtung der Vorteile, die durch die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft für andere Eltern entstanden sind. Auch die Eltern der Schüler*innen in den neuen Eingangsklassen des Schuljahrs 2018/19 zeigen sich offensichtlich nach den ersten

Projekterfolgen noch aufgeschlossener. Dazu trägt auch die Informationspolitik der Schulen bei, die fast durchweg und unter Einbezug der Schulgesundheitsfachkraft neue Eltern im Rahmen von Sprechtagen und/oder Elternversammlungen über das Modellprojekt informiert haben. Teilweise zeigt sich auch, dass persönliche Gespräche zwischen Eltern und die öffentliche Berichterstattung über das Projekt Eltern neugierig gemacht haben und diese – soweit dies in der betreffenden Region möglich ist – die Schulen gezielt wegen einer Aufnahme ihres Kindes angesprochen haben. Gerade Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen nehmen die Vorteile der Tätigkeit einer Schulgesundheitsfachkraft wahr und fühlen sich in der Schulzeit sicherer, weil ihre Kinder gegebenenfalls fachkompetent versorgt werden.

3.5 Außerschulische Kooperationen und Öffentliches Bild der Schule

-
- ✓ Bestehen als Folge der Tätigkeit der SGFK neue bzw. vertiefte Kooperationen mit außerschulischen Partnern/Institutionen?
 - ✓ Hat die Tätigkeit der SGFK Auswirkungen auf das Bild der betreuten Schulen in der Öffentlichkeit?
-

Auszug Interviewleitfaden (Version Schulleitung, erste Befragung)

Kooperation mit externen Partnern

Eine Kooperation mit externen Partnern aus dem Gesundheitsbereich besteht an den Schulen in unterschiedlichem Ausmaß. Schulgesundheitsfachkräfte können bestehende Kontakte nutzen und pflegen oder neue Kontakte herstellen. Solche Kontakte umfassen z.B. Ansprechpartner des Projekts im örtlichen Gesundheitsamt, Ärzte oder andere Vereine bzw. Dienstleister aus dem Gesundheitsbereich. Auch an diesem Punkt gilt, dass das Zeitbudget der Schulgesundheitsfachkraft an vielen Schulen eine intensive Kontaktpflege und Vernetzung aller Akteure kaum zulässt. Dieser Teil der Tätigkeit erfordert zudem in hohem Maße Eigeninitiative der Schulgesundheitsfachkraft und gegebenenfalls auch zusätzliche zeitliche Investitionen über die normale Arbeitszeit hinaus.

Öffentliche Aufmerksamkeit

Das Modellprojekt bzw. die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft an den einzelnen Schulen hat eine gewisse mediale Aufmerksamkeit geweckt. Die Befragten nehmen aber eher nicht wahr, dass das Projekt oder die Berichterstattung eine hohe lokale Aufmerksamkeit erzeugt hätten. Eher sind es informelle Gespräche zwischen Eltern, die zu einer Wahrnehmung des Projekts über die Schulgrenzen hinaus beiträgt. Eltern, deren Kinder an der Schule mit dem Projekt in Berührung kommen, sind in diesem Sinne ein Werbefaktor, wenn sie anderen darüber erzählen. Insbesondere an den Standorten des Projektes, an denen Schulen miteinander im Wettbewerb um neue Schüler*innen stehen, kann das Angebot einer Schulgesundheitsfachkraft den Ausschlag dafür geben, dass Eltern bei der Anmeldung ihrer Kinder einer Projektschule den Vorzug geben.

3.6 Schulformspezifische Unterschiede

Am Modellprojekt „Schulgesundheitsfachkräfte“ nehmen Grundschulen sowie weiterführende Schulen bis hin zur Oberstufe teil. Daher stellt sich auch die Frage, ob und in welcher Weise sich die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte und die Wirkungen dieser Tätigkeit zwischen den verschiedenen Schulformen unterscheiden. Dieses Thema wurde in den Interviews nicht explizit angesprochen, aber die vergleichende Analyse der Gespräche aus den verschiedenen Schulen lässt zu dieser Frage Aussagen zu. Grundsätzlich lassen sich auf Grundlage der Interviews relativ wenige bedeutsame Unterschiede feststellen, die sich zweifelsfrei auf die verschiedenen Schulformen zurückführen lassen. An allen Schulen wird die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft geschätzt und eine Fortführung des Projektes bzw. eine Verstärkung gewünscht. Die Integration der Schulgesundheitsfachkräfte in das Schulleben und die Verteilung ihrer Tätigkeit auf die verschiedenen Arbeitsbereiche ist zwischen den Schulformen relativ ähnlich. Dabei sind natürlich die konkreten Arbeitsinhalte, Vorgehensweisen und Themen dem Alter der Schüler*innen entsprechend verschieden. Während z. B. im Präventionsbereich in der Grundschule das Thema Zähneputzen auf der Tagesordnung steht und „Brotboxenchecks“ durchgeführt werden, um Schüler*innen über gesunde und ungesunde Nahrungsmittel aufzuklären, sind es in den weiterführenden Schulen Themen wie z. B. Stressprävention.

An allen Schulformen gilt aber die Akutversorgung von Schüler*innen als wesentlicher Tätigkeitsbereich der Schulgesundheitsfachkraft. Hier unterscheiden sich lediglich die Anlässe, warum Schüler*innen die Unterstützung der SGFK in Anspruch nehmen. An den Grundschulen sind es bspw. häufig Verletzungen, die z. B. beim Spielen auf dem Pausenhof entstanden sind, die Schüler*innen zur Schulgesundheitsfachkraft führen. An den weiterführenden Schulen treten dagegen psychische Problemlagen stärker in den Vordergrund.

Dort, wo die Gespräche auf Unterschiede zwischen den Schulformen schließen lassen, scheint der Grund hierfür vor allem in den Rahmenbedingungen des Schullebens zu liegen. So weisen in der Regel die weiterführenden Schulen eine höhere Schülerzahl auf, ebenso ein größeres Lehrerkollegium, ein größeres Schulgelände bzw. Schulgebäude usw. Diese Faktoren beeinflussen die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft, indem z.B. an größeren und unübersichtlicheren Schulen informelle Interaktionsprozesse zwischen der Schulgesundheitsfachkraft und den Lehrkräften erschwert werden.

3.7 Hindernisse für die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft

-
- ✓ Welche Hindernisse sieht die Schulleitung für die Tätigkeit der SGFK? Welche zusätzliche Unterstützung wäre notwendig/wünschenswert, um die Arbeit zu fördern und weiterzuentwickeln?
-

Auszug Interviewleitfaden (Version Schulleitung, erste Befragung)

Auf die Frage, welche wesentlichen Hindernisse für eine optimale Arbeit der Schulgesundheitsfachkraft wahrgenommen werden, geben alle Befragten einhellig dieselbe Antwort: Das limitierte Zeitbudget, das an 18 der 20 Projektschulen gegeben ist und eine Beschränkung der Tätigkeit auf ein bis drei Tage bedeutet.

Für die meisten Gesprächspartner ist transparent, wie und warum es zu dieser Aufteilung der Arbeitszeit auf die Projektschulen gekommen ist. Dennoch wird beklagt, dass eine optimale Wirksamkeit der Schulgesundheitsfachkraft unter dieser Bedingung nicht erreicht werden kann.

„Wir haben ... die Hoffnung, dass ... die Notwendigkeit erkannt wird, dass an *jeder* Schule diese Fachkraft zu haben ist. Wir könnten dann ganz anders arbeiten, vor allem auch präventiv mit den Kindern, aber auch mit den Eltern. Das bezieht sich nicht nur auf die medizinische Versorgung sondern auf die gesamte Gesundheitsförderung im Schulalltag, das fängt bei der Brotbüchse an, das geht mit der richtigen Kleidung weiter, das geht über den Sportunterricht und die schulischen und außerschulischen Aktionen, die wir haben, da braucht man eine Schulgesundheitsfachkraft jeden Tag, dann hat man auch mehr Möglichkeiten, wirksam zu werden“ (Schulleitung)

Die reduzierte Anwesenheit betrifft im Grunde jeden Tätigkeitsbereich, hat aber besondere Auswirkungen auf die Versorgung chronisch kranker Schüler*innen. Hier kann unterschieden werden zwischen chronischen Erkrankungen, die nur im Notfall einer besonderen Beachtung bedürfen und solchen, bei denen eine tägliche Betreuung (z.B. Gabe von Medikamenten) notwendig ist. Bei ersteren kann eine Schulgesundheitsfachkraft für Schulen grundsätzlich entlastend wirken, auch wenn sie nicht permanent vor Ort ist. Zumindest zu den Anwesenheitszeiten verleiht sie der Schule mehr Sicherheit. Wenn tägliche Maßnahmen – während der Schulzeit - zur fachgerechten Betreuung erforderlich sind, ist eine Schulgesundheitsfachkraft keine wesentliche Unterstützung, wenn sie an einigen Tagen nicht vor Ort ist. In solchen Fällen muss nach wie vor auf andere Unterstützungsmöglichkeiten (z.B. externe Dienstleister) zurückgegriffen werden.

„Das sind Bereiche, die die Schulgesundheitsfachkraft nicht abdecken kann, obwohl sie eigentlich in ihren Aufgabenbereich gehören. Das könnte die Schulgesundheitsfachkraft gut bewerkstelligen - wenn sie denn jeden Tag da wäre“ (Schulleitung)

Hinsichtlich der Akutversorgung von Schüler*innen stellt sich das Problem der Anwesenheitszeiten ebenfalls. Die Schulen bzw. die Schulgesundheitsfachkräfte haben meist Wege gefunden, wie die An- oder Abwesenheit den Schüler*innen und dem Schulpersonal angezeigt werden kann, z.B. durch entsprechende Hinweise im Eingangsbereich oder an anderen gut sichtbaren Orten. Da durchweg feste Tage vereinbart wurden, an denen die Schulgesundheitsfachkraft an einer Schule tätig ist, wissen die Lehrkräfte und Schüler*innen in der Regel aber auch ohne solche Zeichen, ob die Schulgesundheitsfachkraft im Haus sein sollte oder nicht – darauf deuten zumindest die Angaben der meisten Befragten hin. In wenigen Fällen werden aber auch anderslautende Äußerungen gemacht.

An den Abwesenheitstagen der Schulgesundheitsfachkraft macht sich für die Schulen der Zugewinn durch das Projekt besonders deutlich bemerkbar, da sie in Notfällen wieder auf die Abläufe zurückgreifen müssen, die vor Beginn des Projekts gegeben waren.

„Mal salopp gesagt, es müsste am Spielplatz draußen ein Schild hängen: Bitte Knie nur dienstags und donnerstags aufschürfen, dann ist die Schulgesundheitsfachkraft da“ (Schulleitung)

„Die Erstversorgung klebt [dann] wieder an der Lehrkraft oder am Sekretariat“ (Schulleitung)

Die Schulgesundheitsfachkraft wird dann oft schmerzlich vermisst.

Die reduzierte Anwesenheit wird von den Schulleitungen, Lehrkräften und Eltern auch noch hinsichtlich der parallel stattfindenden Weiterqualifikation der Schulgesundheitsfachkräfte angesprochen und kritisiert. Insbesondere in der Anfangsphase war es für die Integration der Schulgesundheitsfachkräfte in die Schulen und für eine Routinisierung von Abläufen und Tätigkeiten hinderlich, dass die Qualifizierungsmaßnahmen weitgehend parallel zur Tätigkeit an den Schulen durchgeführt wurden.

„Was ich schwierig fand, war, dass der Pilot schon startete, während die Schulgesundheitsfachkraft noch ausgebildet wurden. Das hat den Einstieg in die Schule, die Anbindung an das Kollegium, and die Schüler*innen schwierig gestaltet“ (Schulleitung)

„Was uns überhaupt nicht gefallen hat war, dass im ersten halben Jahr die Schulungen noch an einem Tag stattfanden, an dem sie eigentlich hätte hier sein sollen. Die haben einfach gefehlt. Die haben auch gefehlt um Kontakt aufzunehmen, um warm zu werden, um mit den Schüler*innen in Kontakt zu kommen. Man merkt jetzt, wo sie kontinuierlicher da ist, wie das Verhältnis zu den Schüler*innen enger und wärmer wird“ (Schulleitung)

Auch im weiteren Verlauf fanden immer wieder Fortbildungstage statt, an denen die Schulgesundheitsfachkraft nicht an den Schulen anwesend sein konnte. Die Befragten äußern Verständnis dafür, dass eine besondere Qualifizierung für die Tätigkeit gewährleistet sein muss, aber hinterfragen, ob die Weiterbildungszeiten nicht anders organisiert werden können – z.B. indem sie außerhalb der schulischen Kernzeiten stattfinden oder in den Ferienzeiten. Trotz dieser Kritik sind aber alle Befragten insgesamt froh, an dem Projekt teilnehmen zu können, erkennen die für die Schulen entstehenden Vorteile und können sich auf eine zentrale Aussage einigen: Am besten wäre es, die Schulgesundheitsfachkraft an jedem Tag an der eigenen Schule zu haben, aber andererseits gilt: Ein Tag Schulgesundheitsfachkraft ist besser als kein Tag Schulgesundheitsfachkraft.

Neben den reduzierten Anwesenheitszeiten wird noch ein weiteres gravierendes Hindernis für eine optimal erfolgreiche Arbeit der Schulgesundheitsfachkräfte an den Schulen angesprochen: Schulgesundheitsfachkräfte, Schulleitungen und Lehrkräfte beklagen unklare und/oder einschränkende rechtliche Vorgaben für die Befugnisse der Schulgesundheitsfachkräfte und für den Informationsaustausch zwischen der Schulgesundheitsfachkraft und den Lehrkräften.

Für die Vertraulichkeit bestimmter medizinischer oder persönlicher Informationen haben dabei alle Befragten Verständnis. Da die Schulgesundheitsfachkraft aber nicht dem pädagogischen Personal der Schule angehört, ist der Informationsaustausch über Schüler*innen rechtlich streng limitiert. Eine sinnvolle und ungehinderte pädagogische Zusammenarbeit erfordert allerdings einen möglichst freien und ungehinderten Austausch von Informationen.

„Die Schulgesundheitsfachkraft nimmt mit Lehrern Kontakt auf, oder umgekehrt, aber da haben wir das mit der Schweigepflicht, das muss für meine Begriffe nochmal deutlicher geklärt werden: Was darf gesagt werden, was darf nicht gesagt werden. Die gleiche Problematik haben wir mit den Schulsozialarbeiter*innen auch, die gleiche Problematik haben wir auch in der Zusammenarbeit mit den Jugendämtern“ (Schulleitung)

Hier wünschen sich alle Beteiligten eine weitere - und sinnvollere – Klärung und Gestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen der Arbeit der Schulgesundheitsfachkraft. Als ein weiteres, aber eher geringes Hindernis wird zudem – insbesondere an den kleinen Schulen – angesehen, dass durch das Arbeitszimmer der Schulgesundheitsfachkraft die Raumnot verstärkt wird.

Die Schulgesundheitsfachkräfte wünschen sich außerdem, auf eine externe medizinische Beratung zugreifen zu können:

„Was uns wirklich fehlt: Es müsste eine medizinische Beratung im Hintergrund geben. ... Es gibt immer wieder Fälle, wo ich denke, da würde ich jetzt gerne einen Arzt befragen. Ich würde ihm gerne erzählen, was ich hier wahrnehme, was ich sehe, und ich hätte gerne Feedback. Ich bin ja nur Schwester“ (SGFK)

„Wenn das Projekt verstetigt wird, warum soll es dann nicht ein, zwei Ärzte im Hintergrund geben? Es gibt ja auch medizinische Call-Center, die haben sich auf bestimmte Krankheiten spezialisiert wie Tumorerkrankungen. Da sind auch immer Ärzte im Hintergrund. Die sammeln Befunde, koordinieren das, geben Ratschläge: Wo sind Spezialisten für Erkrankungen, die man zu Rate ziehen könnte, man gibt Tipps und Hinweise. In so einer Form könnte ich mir das vorstellen“ (SGFK)

3.8 Ausblick: Erwartungen der Schulen an die weitere Entwicklung

Insgesamt hat die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte die Erwartungen weitgehend erfüllt, die die Schulen vor Beginn des Projekts hatten. Nach einer Anfangsphase, in der die Schulgesundheitsfachkraft zunächst in das Schulleben integriert wurde, gestaltete sich ihre Tätigkeit an den meisten Schulen so, dass positive Wirkungen und Entlastungen immer deutlicher wurden.

„Ich bin mit den Erwartungen reingegangen, dass sie uns in unserem Alltag unterstützt und Projekte anschiebt, die zur Gesundheitsförderung und Prävention beitragen, und genau das ist auch eingetroffen“ (Schulleitung)

An allen Schulen bestehen Pläne, welche weitere Entwicklung und Ausrichtung die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft nehmen könnte, wenn das Projekt verlängert oder die Stelle einer Schulgesundheitsfachkraft irgendwann sogar verstetigt würde. Ein wesentlicher Gewinn

wäre eine langfristige Planbarkeit, dass gelungene Aktivitäten und Projekte regelmäßig wiederholt werden können:

„Dann kann man wesentlich langfristiger etwas planen. Die Sachen, die jetzt angeschoben werden an Projekten und die Dinge, die die Schulgesundheitsfachkraft in den Unterricht einbringt, kann man nur vorwärtsbringen, wenn man das wiederholen kann. Wenn das nur ein Miniprojekt ist, das dann wieder eingestampft wird, wird es schwer, die Schule auf dem Level zu halten“ (Schulleitung)

„Wir hatten hier vor Jahren mal Schulsanitäter an der Schule. Wenn keiner da ist, der solche Sachen langfristig organisiert und für Nachwuchs sorgt, ... dann ist so ein Projekt irgendwann tot. Wenn das Projekt bestehen bleibt, dann ist das gleich die nächste Aktion, dass wir hier wieder die Schulsanitäter aufbauen, dass die Schulgesundheitsfachkraft sich einbringt in die Arbeit und für Nachwuchs sorgt. Und das andere sind die Projekte (z.B. Anti-Drogen-Projekte, Anti-Rauch-Programme, die nur laufen, wenn wir das über mehrere Jahre machen“ (Schulleitung)

Daneben bestehen an den Schulen viele konkrete Ideen, was in einer zusätzlichen Projektphase geleistet werden könnte. Ein Thema, das an mehreren Schulen angesprochen wurde, ist die Möglichkeit einer schulinternen Ersthelferausbildung durch die Schulgesundheitsfachkraft:

„Wir haben zur Ersthelferausbildung immer einen externen Partner da, das wäre eine Möglichkeit, dass die Schulgesundheitsfachkraft diese Fortbildung für uns Lehrkräfte schulintern machen könnte. Das wäre eine ganz, ganz große Entlastung. Und andere Schulen in unserem Umfeld wären auch daran interessiert. Mit dem externen Partner funktioniert das zwar auch, aber das geht in Kostenregionen, die niemand übernimmt und die wir Lehrkräfte letztlich privat tragen“ (Schulleitung)

Neben einer zumindest mittelfristigen Planungssicherheit über mehrere Jahre wurden folgende Punkte von den Schulen (insbesondere Schulleitungen und Schulgesundheitsfachkräften) angesprochen:

- ✓ klarere rechtliche Regelungen für den Informationsaustausch zwischen Schulgesundheitsfachkraft und Lehrkräften/Schulleitung, für Kompetenzen/Befugnisse der Schulgesundheitsfachkraft
- ✓ gemeinsame langfristige Arbeit am Schulprogramm
- ✓ weniger Projekt- und Eventcharakter von Aktivitäten, dafür mehr Selbstverständlichkeit und Routine
- ✓ Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft in der schulinternen Lehrerfortbildung
- ✓ Ggf. Kooperation mit dem angeschlossenen Hort bzw. Ausweitung der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft auf den Hort
- ✓ Bildung und Nutzung von Netzwerken der Schulgesundheitsfachkräfte (u. a. Vernetzung mit anderen Schulgesundheitsfachkräften)
- ✓ Weitere (pädagogisch/psychologisch orientierte) Formung des Berufsbilds der Schulgesundheitsfachkraft, weil man nicht ausschließlich mit medizinischem Wissen an Schulen arbeiten kann

- ✓ Finden/Entwickeln einer Vertretungsregelung bei Ausfall der SGFK (zumindest für Schulen des gleichen Schulträgers)
- ✓ Intensivere Kooperation mit dem Gesundheitsamt, z.B. hinsichtlich Schuleingangsuntersuchungen
- ✓ Aufklärung über Krankheiten (z. B. Diabetes) in den Schulklassen (Elternanregung)
- ✓ Schulung der Schüler*innen in Erster Hilfe (Elternanregung)

3.9 Ein Modell zu Wirkmechanismen im Modellprojekt Schulgesundheitsfachkräfte

Der Auftrag des hier dargestellten Evaluationsprojekts war, mögliche Effekte der Tätigkeit von Schulgesundheitsfachkräften im Bereich Bildung zu identifizieren. Die in diesem Bericht dargestellten Befunde hängen zum Teil direkt mit Bildungseffekten zusammen: Dass eine bessere Unterrichtsversorgung, die durch eine Entlastung von Lehrkräften gewährleistet wird, zumindest potentiell zu einem besseren Bildungserfolg beiträgt (vgl. Abschnitt 3.4.2), ist ebenso leicht nachvollziehbar wie die höheren Erfolgchancen von Schüler*innen, die durch das fachkompetente Urteil von Schulgesundheitsfachkräften nicht - wie früher üblich - nach Hause geschickt werden, sondern nach einer angemessenen Pause in den Unterricht zurückkehren (vgl. Abschnitt 3.4.1). Andere Effekte der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte oder auch die Rahmenbedingungen ihrer Tätigkeit stehen dagegen nicht unbedingt in offensichtlichem Zusammenhang mit Bildungserfolgen. Tatsächlich stehen die in diesem Bericht nacheinander angesprochenen Erfolgsfaktoren und Hindernissen in einer komplexen Beziehung, die bei linearer Darstellung nicht unbedingt deutlich wird. Aus diesem Grund soll in diesem Abschnitt dieses komplexe Beziehungsgeflecht modellhaft dargestellt und erklärt werden.

Im Vergleich zur quantitativen Methodik, die auf bereits bestehenden theoretischen Annahmen basieren muss und vorwiegend *hypothesenprüfend* arbeitet, ermöglicht die qualitative Methodik dieser Evaluationsstudie eine *Theorieentwicklung* aus den empirischen Befunden und die Ableitung von später prüfbareren Hypothesen. Das in Abbildung 3.1 dargestellte Modell ergibt sich aus den Befunden der vorliegenden Evaluationsstudie. Es erhebt keinen Anspruch auf eine vollständige Benennung aller relevanten Faktoren; dies ist auf Grundlage der verwendeten qualitativen Methodik auch nicht sicherzustellen. Dennoch zeigen sich vor dem Hintergrund der verfügbaren Informationen zentrale Bedingungsfaktoren für den Zusammenhang zwischen dem Agieren der Schulgesundheitsfachkräfte und den Bildungsergebnissen der Schüler.

Wesentliche Rahmenbedingungen für die Arbeit der Schulgesundheitsfachkraft sind die Größe der Schule, die Lage des Arbeitsplatzes im Schulgebäude bzw. auf dem Schulgelände sowie die Anwesenheitszeiten der Schulgesundheitsfachkraft: Förderlich für eine erfolgreiche Tätigkeit sind möglichst umfangreiche Anwesenheitszeiten (im Idealfall eine ständige Anwesenheit) sowie eine Lage im Schulgebäude bzw. auf dem Schulgelände, die auch ohne offizielle Terminvereinbarungen maximale, auch informelle Austauschoptionen zwischen Schulgesundheits-

fachkraft, Schulleitung und Lehrkräften ermöglicht. Zusätzlich spielt die Größe der Schule eine Rolle, dies ist sowohl personell als auch räumlich zu verstehen. In Schulen mit hoher Schülerzahl macht aufgrund des häufigeren Vorkommens von Unfällen, Verletzungen und sonstigen gesundheitlichen Beschwerden die Akutversorgung einen vergleichsweise größeren Teil der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft aus als in kleineren. Ist das Schulgelände groß und umfasst sogar mehrere Schulgebäude, wird der automatische und informelle Austausch zwischen der Schulgesundheitsfachkraft und dem weiteren Schulpersonal eingeschränkt sein, weil es zu weniger zufälligen Kontakten kommt. Die drei Faktoren Anwesenheitszeiten, räumliche Anordnung sowie Größe der Schule sind abhängig von konzeptionellen Vorgaben, die perspektivisch so gestaltet werden sollten, dass Voraussetzungen für maximal positive Wirkungen der Arbeit der Schulgesundheitsfachkraft gegeben sind.

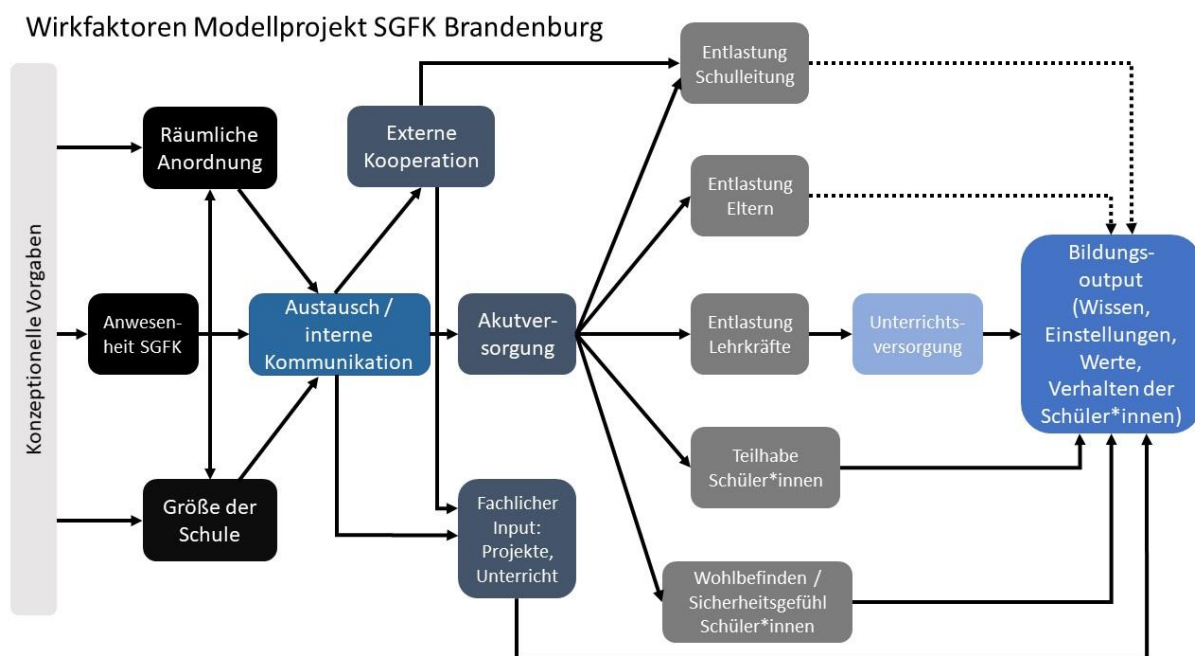


Abbildung 3.1: Zentrale Wirkfaktoren auf den schulischen Bildungsoutput im Modellprojekt Schulgesundheitsfachkräfte (Brandenburg)

Eine wichtige Rolle spielt die schulinterne Kommunikation zwischen Schulleitung, Lehrkräften, sonstigem pädagogischen Personal (z.B. Schulsozialarbeiter*innen) und der Schulgesundheitsfachkraft. Hier werden Absprachen zu den wichtigsten Tätigkeitsbereichen der Schulgesundheitsfachkraft getroffen. Ein Thema ist hierbei die Frage, in welcher Form die Akutversorgung der Schüler*innen gewährleistet werden soll. Dabei schränkt ein Arrangement, in dem die Schulgesundheitsfachkraft ausschließlich an ihrem Arbeitsplatz auf Notfälle wartet, solange Schüler*innen an der Schule sind, naturgemäß die Möglichkeiten für andere Aktivitäten ein.

Gegenstand von Absprachen ist weiterhin, in welchem Rahmen die Schulgesundheitsfachkraft mit ihrem Fachwissen in Form von Projekten, Unterrichtsteilnahme und internen

Informationen/Fortbildung für das Kollegium zur schulischen Arbeit beitragen kann. Und schließlich stellt die Zusammenarbeit und gegebenenfalls die Akquise von/mit außerschulischen Kooperationspartnern ein Thema für Absprachen dar.

Die Akutversorgung von Schüler*innen besitzt eine Reihe von Wirkungen, die direkt oder indirekt zu einem besseren Bildungserfolg beitragen. In Bezug auf die Schüler*innen führt sie zu einer besseren Teilhabe am Schulgeschehen, weil Schüler*innen mit gesundheitlichen Problemen mit wesentlich höherer Wahrscheinlichkeit als früher in den Unterricht zurückkehren können. Die Verfügbarkeit einer qualifizierten Notfallversorgung trägt darüber hinaus auch zu einem höheren Sicherheitsgefühl und schulischen Wohlbefinden der Schüler*innen bei; dies sind Grundvoraussetzungen für ein erfolgreiches schulisches Lernen.

Die Stärkung des Sicherheitsgefühls ist auch für Eltern, Schulleitungen und Lehrkräfte zu verzeichnen. Schulleitungen und Lehrkräfte wissen bei Anwesenheit der Schulgesundheitsfachkraft ihre Schüler*innen mit gesundheitlichen Problemen in guten Händen und können sich vermehrt ihren zentralen pädagogischen und organisatorischen Aufgaben widmen. Während dies im Falle der Schulleitungen (soweit nicht ihre Unterrichtstätigkeit betrachtet wird) und der Eltern allenfalls indirekte Auswirkungen auf den Bildungserfolg der Schüler*innen hat, wirkt sich für Lehrkräfte das erhöhte Sicherheitsgefühl und die praktische Versorgungsunterstützung durch die Schulgesundheitsfachkraft direkter aus: Sie können ihren Unterricht aufrecht erhalten, wovon alle Schüler*innen profitieren.

Positive Wirkungen auf den Bildungserfolg entfaltet die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft außerdem auf einem weiteren Weg: Ihr fachlicher Input in Unterrichtseinheiten, Projekten und Arbeitsgemeinschaften, die sich mit gesundheitsbezogenen Themen beschäftigen, stärkt das gesundheitsbezogene Wissen und verbessert in der Folge im günstigen Fall auch gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen der Schüler*innen. Hier tragen gegebenenfalls auch externe Kooperationspartner bei, die von der Schulgesundheitsfachkraft hinzugezogen werden.

Es sei noch einmal darauf hingewiesen, dass die beschriebenen Mechanismen als modellhafte Vorstellung zu verstehen sind und die zentralen Befunde der vorliegenden Evaluationsstudie wiedergeben. Weder müssen an allen Projektschulen sämtliche Mechanismen wirksam geworden sein, noch umfasst das Modell zwangsläufig alle bildungsbegünstigenden Faktoren, die durch die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft entstehen oder beeinflusst werden. Welche der Wirkmechanismen im Vergleich besonders bedeutsam sind und welche Bildungsergebnisse am stärksten beeinflusst werden, ist auf Grundlage der vorhandenen Datengrundlage in diesem Teilbereich der Evaluation des Modellprojekts nicht zu beantworten. Solche Aussagen sind nur über die Verwendung standardisierter quantitativer Befragungen möglich. Die begleitende Evaluation des Projekts durch die Charité wird hierzu beitragen können.

Schlussfolgerungen für einen optimalen Erfolg des Projekts im Sinne von Bildungsergebnissen können vor allem für die konzeptionellen Vorgaben gezogen werden. Sie beeinflussen die

Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft über die gegebenen Rahmenbedingungen direkt. Einige Folgerungen, die konzeptionell aus den Befunden abgeleitet werden können:

- ✓ Eine durchgehende Anwesenheit der Schulgesundheitsfachkraft an einer Projekt-schule erhöht substantiell die Wahrscheinlichkeit, dass Bildungserfolge erzielt werden. Die Aufteilung der Arbeitszeit der Schulgesundheitsfachkraft auf mehrere Schulen ist aus pädagogisch-psychologischer Sicht nicht sinnvoll und führt zu einem suboptimalen Erfolg.
- ✓ Die Größe (Schülerzahl) einer Schule als Kriterium für die Zuweisung von Zeitressourcen der Schulgesundheitsfachkraft ist zwar für alle Beteiligten transparent¹⁰, schmälert aber die möglichen Projekterfolge. Die Vollzeittätigkeit einer Schulgesundheitsfachkraft sollte nicht von der Schülerzahl abhängig gemacht werden, zumal der in der Machbarkeitsstudie empfohlene Betreuungsschlüssel von *höchstens* (!) 1:700, besser 1:350 aktuell durchweg, teilweise sogar deutlich überschritten wird.
- ✓ Je größer die Schule ist, desto stärker fällt die Auslastung der Schulgesundheitsfachkraft durch die Versorgung von Schüler*innen mit gesundheitlichen Problemen aus. In sehr großen Schulen kann dies dazu führen, dass ihr kaum Zeit für andere Tätigkeitsbereiche bleibt. Eine zweite Schulgesundheitsfachkraft oder eine unterstützende Assistenz könnte an solchen Schulen für breitere Aktivitäten sorgen.
- ✓ Wenn eine Schulgesundheitsfachkraft der Schule temporär – z.B. krankheitsbedingt – nicht zur Verfügung steht, fällt der schulische Umgang mit gesundheitlichen Beschwerden von Schüler*innen unmittelbar auf den alten, als ungünstig identifizierten Zustand zurück. Eine positive Wirkung auf den Bildungoutput kann dann nicht mehr zu verzeichnen sein. Abhilfe könnten hier Strukturen und Mechanismen schaffen, die den Schulen in solchen Fällen zumindest mittelfristig Ersatz stellen können, z.B. durch einen Pool von „Springer*innen“, die bei Bedarf wechselnd an verschiedenen Schulen tätig sein können.
- ✓ Die Räumlichkeiten der Schulgesundheitsfachkraft sollten so gelegen sein, dass eine stete Kommunikation mit Schulleitung und Lehrkräften auch ohne Verabredungen und vereinbarte feste Termine gewährleistet ist. Falls es an Schulen Wahlmöglichkeiten gibt, wo der Raum der Schulgesundheitsfachkraft verortet ist, sollte die Nähe zu Schulleitungsbüros und Lehrerzimmer ein ausschlaggebendes Kriterium sein.

¹⁰ Einschränkung muss zur Transparenz erwähnt werden, dass dieses Kriterium den befragten Eltern nur zum Teil bekannt war.

4 Ausblick: Entwicklungsperspektiven des Projekts SGFK

Das Modellprojekt „Schulgesundheitsfachkräfte“ der Bundesländer Brandenburg und Hessen formuliert als wesentliche Ziele der Tätigkeit einer Schulgesundheitsfachkraft die Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Schüler*innen sowie ihrer Bildungschancen. Die grundlegende Annahme ist dabei, dass Gesundheit und Bildungserfolge in Zusammenhang stehen: Eine gute Gesundheit fördert das Gelingen von Bildungsprozessen. Eine Schulgesundheitsfachkraft soll hierfür durch ihre Tätigkeit die Grundlage schaffen. Die Erwartungen an den Beitrag einer SGFK zum Schulleben sind somit breiter als an eine „traditionelle“ Schulkrankenschwester, von der im Wesentlichen die Versorgung von Schüler*innen bei gesundheitlichen Beschwerden erwartet wird.

Zum Begriff der Schulgesundheitsfachkraft

Der neu geschaffene Begriff der „Schulgesundheitsfachkraft“ besitzt aber nur dann eine Bedeutung, wenn sich hinter der Bezeichnung nicht nur eine Tätigkeitsbeschreibung verbirgt, die substantiell von der einer Schulkrankenschwester abweicht, sondern sich diese breitere Tätigkeit auch in der schulischen Praxis wiederfinden lässt. Auch die umfassende Weiterqualifikation und Zertifizierung zur Schulgesundheitsfachkraft vor dem – oder begleitend zum – schulischen Einsatz sollte zur Folge haben, dass die entsprechende Bezeichnung auch Eingang in den allgemeinen Sprachgebrauch findet.

Allerdings ist festzustellen, dass diese Differenzierung an vielen Stellen bisher nicht deutlich wird. An vielen – aber nicht allen – Projektschulen wird der Begriff der Schulkrankenschwester verwendet. Dies gilt nicht nur für die Schüler*innen und Eltern, für die eine Unterscheidung zwischen Schulkrankenschwestern und Schulgesundheitsfachkräften auch nur wenig praktische Bedeutung hat. Auch unter Lehrkräften und bei den Schulleitungen wird oftmals von „Schulkrankenschwestern“ gesprochen.

Ähnliches ist auch in der Medienberichterstattung über das Modellprojekt festzustellen: Hier wird ebenfalls häufig von „Schulkrankenschwestern“ gesprochen. Selbst auf den Homepages der Modellprojekte in Brandenburg und Hessen ist immer wieder – unter Verweis auf die gängige Praxis in anderen Staaten wie Finnland oder Polen von „Schulkrankenschwestern“ die Rede, ohne dass richtig deutlich wird, was die Tätigkeit einer Schulgesundheitsfachkraft von der einer Krankenschwester an Schulen abhebt und warum für das Projekt eine neuer Begriff eingeführt wurde. Und auch die Verfasser dieses Berichts können sich nicht völlig davon freisprechen, dass sie in ein oder anderen Gespräch an den Schulen in intensiver Diskussion spontan auf den Begriff „Schulkrankenschwester“ zurückgegriffen haben.

Gerade in der Anfangsphase des Projekts mag die allgemein sichtbare Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft die Bezeichnung als Schulkrankenschwester auch erklären, da zunächst die Gewährleistung der Akutversorgung an allen Schulen im Vordergrund der Tätigkeit steht. Kommen aber andere Tätigkeitsbereiche hinzu und soll die Schulgesundheitsfachkraft

perspektivisch im Idealfall eine Person bzw. Funktion sein, die im Zentrum sämtlicher gesundheitsrelevanten schulischen Aspekte steht, scheint der Begriff der Schulkrankenschwester eher hinderlich.

4.1 Die Schulgesundheitsfachkraft als neuer Dienst

Schulgesundheitsfachkräfte sind in mittel- und langfristiger Perspektive kein Projekt oder Programm, sondern ein neuer Dienst, der sich in den Schulen der Prävention, Gesundheitsförderung und der gesundheitlichen Versorgung widmet. Die Einrichtung eines solchen neuen Dienstes macht langfristig nur Sinn und kann nur erfolgreich im Schulsystem sein, wenn sie dem Kernanliegen der Institution und Organisation Schule dienlich ist. Schule als Einrichtung des Bildungswesens wird die Arbeit der Schulgesundheitsfachkräfte deshalb letztlich dahingehend bewerten und bewerten müssen, in wieweit sie dem Lehren und Lernen in der Schule förderlich ist. Die förderlichen Wirkungen kann sie direkt (z.B. anlassbezogene Unterstützung unterrichtlicher Themen) oder indirekt (z.B. Maßnahmen zur Steigerung des Wohlbefindens der Schülerinnen und Schüler) entfalten.

Die Wirkungsmöglichkeiten der Schulgesundheitsfachkraft, die im Profil ihrer Tätigkeiten beschrieben sind, hängen aber von den strukturell und prozessual vorgegebenen Arbeitsmöglichkeiten, wie z.B. von den Regelungen zur Dienst- und Fachaufsicht ab. Die Bildungswirkungen, die sich nicht erst und nicht nur im Bildungserfolg der Schülerinnen und Schüler zeigen, lassen sich in einer ganzheitlichen Perspektive einer guten gesunden Schule deshalb auch in den Prozess- und Strukturdimensionen der Schule nachweisen. Hier geht es wesentlich dann um die Einbindung und Verortung der Expertise der Schulgesundheitsfachkraft in den Dimensionen des Orientierungsrahmens zur Schulqualität der Brandenburger Schulen. Gegenüber den unmittelbaren Auswirkungen einer gesundheitlichen Erstversorgung durch die Schulgesundheitsfachkraft auf den Lernzuwachs einer Schülerin oder eines Schülers, der nach kurzer Unterbrechung weiterhin am Unterricht teilnehmen kann, sind die Wirkungen auf den Prozessebenen des Lehrens und Lernens (z.B. „gesund lehren“, „gesund lernen“), der Führung und des Managements (z.B. „salutogene Führung“) oder der Schulkultur und des Klimas (z.B. salutogene Um- und Mitwelt“) eher langfristiger und damit auch nachhaltiger Natur. Diese Wirkungen können aber nur erzielt werden, wenn auch das Kompetenzprofil der Schulgesundheitsfachkraft entsprechend umfassend ausgebildet ist und die organisationalen und rechtlichen Voraussetzungen hierfür geschaffen sind. Das Landesprogramm „Gute Gesunde Schule“ kann hierfür den konzeptionellen Rahmen bieten. Die „Schul“gesundheitsfachkraft wäre dann tatsächlich eine Unterstützerin einer Schulentwicklung, die die Gesundheit der Schüleri*nnen, der Lehrkräfte, des nicht-unterrichtenden Personals, der Schule als Organisation und in physikalisch-technischer Baugestalt als Treiber von Bildung versteht. Diese Einschätzung soll noch näher begründet werden.

4.2 Die Bildungswirksamkeit der Schulgesundheitsfachkräfte: Eine theoretische Verortung und ein praktischer Ausblick

Im Folgenden wird abschließend die Bedeutung der Schulgesundheitsfachkräfte in ihrer Bildungswirksamkeit grundsätzlich erörtert. Dabei kommen sowohl gegenwärtig wirksame Bedingungen zur Sprache, die den schulischen Bildungoutput beeinflussen, als auch Perspektiven für eine konzeptuelle Beschreibung eines in die Schulentwicklung integrierten schulgesundheitsfachlichen Dienstes.

Gesundheit, Bildung und soziale Lage

Kinder und Jugendliche benötigen für eine gelingende Entwicklung eine ihnen zugewandte Lebenswelt, in der sie gesund aufwachsen können, vor Vernachlässigungen und Misshandlungen geschützt sind und ihre Bildungspotenziale entfalten können. Hierfür tragen zwar in erster Linie die Eltern Verantwortung, gleichermaßen besteht aber auch eine öffentliche Verantwortung, Kinder, Jugendliche und Eltern durch die Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen zu unterstützen und zu fördern. Schule und damit Bildung spielen hierbei eine zentrale Rolle. 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. Diese Kompetenzen sind als für Individuen verfügbare oder von ihnen erlernbare kognitive Fähigkeiten und Fertigkeiten zu verstehen, Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können (vgl. Weinert. 2002, S. 27f).

Abgesichert durch die allgemeine Schulpflicht erreicht die Schule auch Kinder und Jugendliche aus sozial und gesundheitlich benachteiligten Milieus und ermöglicht ihnen die Wahrnehmung von Bildungschancen, die den Weg zum sozialen Aufstieg ebnen. Für diejenigen, die aus einer sozial ungünstigen Schicht kommen, stellt Schule meist die einzige Chance dar. Nahezu drei Millionen Kinder und Jugendliche leben in Deutschland in Armut. Ihre benachteiligten Lebensbedingungen beeinflussen ihre körperliche, psychische und soziale Entwicklung. Alle verfügbaren Daten zeigen, dass soziale Benachteiligung und Armut in hohem Maße nicht nur mit gesundheitlichen Belastungen sondern auch mit Bildungseinbußen verbunden sind. Ein gesunder Start ins Leben ist für diese Kinder und Jugendlichen deshalb nicht selbstverständlich und viele von ihnen verfügen aus diesem Grund auch nur eingeschränkt über die Voraussetzungen, ihre Gesundheits- und Bildungspotenziale auszuschöpfen.

Die soziale Lage des Elternhauses lässt sich nicht kurzfristig verändern. Der Zusammenhang zwischen sozialem Status der Herkunftsfamilie und Bildungskarrieren und –erfolgen ist aber gut belegt. Er ist auch eng verbunden mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen bzw. –chancen der Schüler*innen. Ein entscheidender Hebel für die Verbesserung der Bildungsprozesse und –ergebnisse sozial benachteiligter Schüler*innen kann in der Prävention gesundheitlicher

Beeinträchtigungen und der Förderung gesundheitlicher Ressourcen liegen. Prävention und Gesundheitsförderung werden damit zur Bildungsförderung.

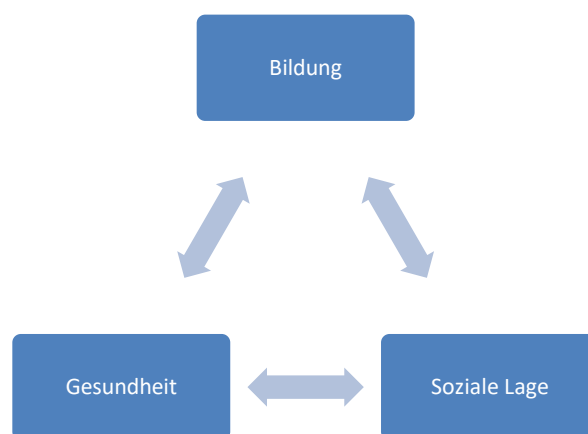


Abb. 4.1: Die Trias von Bildung, Gesundheit und sozialer Lage

Im Erziehungs- und Bildungsauftrag von Schulen sind Gesundheitserziehung und -bildung bzw. Prävention und Gesundheitsförderung festgeschrieben. Im Unterricht kommt allerdings häufig das Thema der Gesundheit immer noch zu kurz, zumal es in der Schule auch in Konkurrenz zu vielen anderen Themen steht. Dies führt oft dazu, dass Gesundheit in ihrer Bedeutung für schulisches Lehren und Lernen, für die organisationale Gesundheit nicht angemessen gewürdigt und auch die Bedeutung von Gesundheitskompetenzen für die Lebensgestaltung unterbewertet wird. Vor allem wird Gesundheit in der Ganzheitlichkeit seiner physischen, psychischen, sozialen, ökologischen und spirituellen Dimensionalität viel zu wenig beachtet. Auch in der Wahrnehmung des pädagogischen Personals an Schulen sind immer noch körperliche Aspekte der Gesundheit vorherrschend: Ernährung und Bewegung spielen dabei eine hervorgehobene Rolle. Psychische Aspekte der Gesundheit und mit ihnen die psychischen Grundprozesse der Wahrnehmung, des Denkens, der Emotion und Motivation gewinnen erst allmählich einen höheren Stellenwert und Beachtung.

Es gibt aber inzwischen zahlreiche wissenschaftlich fundierte Belege, vielfältige präventive und gesundheitsförderliche schulische Maßnahmen und auch den erklärten politischen Willen, dass schulische Bildung Gesundheit qualifiziert und damit Schüler*innen befähigt, ihre Gesundheitspotenziale zu entfalten, mit gesundheitlichen Herausforderungen in ihren Lebenswelten angemessen umzugehen und sich die dafür notwendigen Gesundheitskompetenzen („Health literacy“) anzueignen. Prävention und Gesundheitsförderung ist eine der Aufgaben der Schule und in den Empfehlungen der Kultusministerkonferenz (KMK) von 2012 festgeschrieben. Dort ist aber auch festgehalten, dass die gesundheitsbezogenen Interventionen in der Schule mit der Schulentwicklung, d.h. mit der Qualitätsentwicklung der Schule verknüpft werden sollen. Sie sind nach Auffassung der KMK ein integraler Bestandteil dieses Entwicklungsprozesses. Danach ist Gesundheit nicht nur Bildungs-Outcome oder -Output, sondern

auch ein Input- und Throughput-Faktor für Lernen, Leistung und soziale Kompetenz. Gesundheit ist so gesehen Ressource, Katalysator, Motor oder Triebkraft der Schulqualitätsentwicklung. Die Verhältnisse kehren sich damit um von Prävention bzw. Gesundheitsförderung durch Bildung zur Bildungsförderung durch Gesundheit.

Psychische Gesundheit, Lehren und Lernen

Von den eben erwähnten Gesundheitsdimensionen ist die psychische Gesundheit von entscheidender Bedeutung für schulisches Lernen und schulischen Bildungserfolg. Fend (2006, S. 174) zufolge erfüllt die Schule ihre Aufgaben durch die „Arbeit an der ‚Seele‘ des Menschen ... Ihr Arbeitsfeld ist die psychische Verfassung, sind das Können, das Wissen wie auch die seelischen Einstellungen von Kindern und Jugendlichen“. Erfolgreiche pädagogische Arbeit in diesem Sinne gelingt, wenn hierzu positive Lernsituationen geschaffen werden, Lernfreude gefördert wird und Dispositionen entwickelt werden, die es Kindern und Jugendlichen ermöglichen, ihr Verhalten unter Berücksichtigung von Umweltbedingungen zu steuern. Dann gelingt der Schule die Vorbereitung der Schüler*innen auf spätere Lebensanforderungen in Beruf, Privatleben und in der Übernahme gesellschaftlicher Rollen. Ihr gelingt dann auch die Vermittlung und Herausbildung gesellschaftlicher Handlungsfähigkeit und die Bildung demokratischer Haltungen, Überzeugungen und Werte.

Die Qualitätsvorstellungen einer guten Schule in Brandenburg, die im Qualitätsrahmen für Schulen dargestellt sind, eröffnen in den Prozessdimensionen der Qualitätsbereiche zwei bis vier (s. Abb. 4.3) eine Vielzahl von Ansatzpunkten für Gesundheitsinterventionen, um Schulen auf dem Weg zu einer guten Schule zu unterstützen. Den theoretischen Rahmen hierzu bildet das Konzept der „Guten Gesunden Schule“. Eine Gute Gesunde Schule ist eine Schule, die durch Gesundheitsinterventionen ihre Bildungsqualität insgesamt verbessert und gleichzeitig auch die spezifischen Gesundheitsbildungsziele, die zum Bildungs- und Erziehungsauftrag der Schule gehören, verwirklicht. Sie bringt damit die Themen Bildung und Gesundheit auf neuartige Weise zusammen, indem sie konsequent Gesundheit in den Dienst des Bildungs- und Erziehungsauftrags der Schule stellt. Sie bindet damit Gesundheitsinterventionen sehr eng an das "Kerngeschäft" von Schule. Gesundheit ist in diesem Konzept ein Faktor, der katalytisch wirkt und durch die Verknüpfung mit der Schulentwicklung die Bildungsqualität der Schule befördert: Die zentrale Perspektive des Konzeptes der Guten Gesunden Schule ist deshalb: Bildungsförderung durch Gesundheit (Paulus 2003; 2010). Als Landesprogramm des Ministeriums für Bildung, Jugend und Sport wird es den Schulen in Brandenburg zur Umsetzung empfohlen.

Bildungswirksamkeit von Schulgesundheitsfachkräften

Genau hier kann dann von der möglichen Bildungswirksamkeit der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte gesprochen werden. Das Tätigkeitsprofil der Schulgesundheitsfachkräfte ist allerdings erst grob umschrieben und überwiegend auf gesundheitliche Problemlagen der Schüler*innen ausgerichtet. Es lässt den Bezug zur pädagogischen Arbeit der Schule und damit zusammenhängend zur Bildungswirksamkeit nicht auf den ersten Blick erkennen. Dies wird im

Überblick über die Handlungsfelder der Schulgesundheitsfachkräfte im Kontext Schule deutlich (s. Abb. 4.2).

Derselbe Eindruck entsteht auch bei einem Blick in das Qualifikationsprofil und in die Inhalte des Curriculums der Qualifikation der Schulgesundheitsfachkräfte. Es lässt zwar pädagogische Inhalte erkennen, die Tätigkeit wird aber aus einer schulgesundheitsfachlichen und nicht aus einer bildungsfachlichen Perspektive angeleitet.

1. Gesundheitliche Versorgung
2. Gesundheitsförderung und Prävention
3. Früherkennung
4. Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen/Behinderungen bzw. nach längerer krankheitsbedingter Abwesenheit von der Schule
5. Ansprech- und Vertrauensperson für Schüler(innen) mit gesundheitlichen Auffälligkeiten
6. Interdisziplinäre außerschulische Kooperation (inklusive Bestandteil der Bereiche 1-5).

Abb. 4.2: Handlungsfelder der Arbeit der Schulgesundheitsfachkräfte

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 und nicht mehr nur in Krisensituationen, in der individuellen Versorgung oder im Rahmen eines Projekts oder einer Arbeitsgruppe.

Die Förderung eines solchen Selbstverständnisses der Schulgesundheitsfachkräfte ist aber bisher konzeptionell wenig angelegt: erkennbar ist eher, dass die erworbenen Kompetenzen die Schulgesundheitsfachkraft befähigen sollen, im Kontext der Schule unter Berücksichtigung der institutionellen Vorgaben der Schule, der jeweiligen organisatorischen Gegebenheiten vor Ort und der materiellen Ausstattung der Schule in erster Linie gesundheitsbezogene Dienstleistungen für die Schüler*innen zu erbringen. Diese Tätigkeiten werden überwiegend im Zusammenhang mit dem schulischen Unterricht erbracht. In der Systematik des „Orientierungsrahmens Schulqualität“ handelt es sich hier vorrangig um den Qualitätsbereich 2 „Unterricht – Lehren und Lernen“. In diesem „Kerngeschäft“ von Schule bringen die Lehrkräfte ihre Kompetenzen des Unterrichtens, des Erziehens und Beurteilens in einen zumeist gemeinsam mit den Schüler*innen gestalteten ko-produktiven bzw. -konstruktiven Prozess ein und streben die Verwirklichung eines guten Unterrichts an. Die entstehenden Lern- und Leistungserfolge bzw. –misserfolge im Unterricht sind aber nicht nur von der Lehrkraft und der von ihr verantworteten Unterrichtsqualität abhängig (z.B. Unterrichtsklima, Strukturiertheit, Klarheit, Individualisierung, Klassenführung, Methoden, Feedback), sondern von weiteren Faktoren, wie den individuellen Lernvoraussetzungen der Schüler*innen (z.B. Kognition, Emotionen, Motiva-

tionen) und vom Lernkontext (z.B. Schul-/Klassenklima, Medienkonsum, Freundeskreis, häusliches Umfeld).

In diesem schulischen Kontext des Unterrichts und in Bezug auf die Arbeit der Lehrkraft und mit ihrem Einvernehmen erbringen die Schulgesundheitsfachkräfte 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 zu gestaltendes Feld, welches aktuell vor Ort in den Schulen je nach schulkulturellen und –strukturellen Gegebenheiten durch das individuelle Engagement der beteiligten Personen (Schulgesundheitsfachkräfte, Schulleitungen, Lehrkräfte, Schulsozialarbeiter*innen) für die Schule und im Verhältnis zu den außerschulischen Partnern entwickelt wird. So bleibt es bisher eher bei einem „learning by doing“ auf pragmatisch strukturierter Ebene.

Schulgesundheitsfachkräfte: Direkte und indirekte Beiträge

Zur Charakterisierung der Tätigkeiten der Schulgesundheitsfachkräfte sind *direkte* und *indirekte* Beiträge zu unterscheiden (vgl. Abschnitt 3.9). Direkte Beiträge leisten sie, wenn sie im Fachunterricht (z.B. Biologie, Sachkunde, Sport) und in Projekten zu gesundheitsbezogenen Themen eigene Beiträge liefern. Hier lernen die Schüler*innen etwas über Gesundheit, entwickeln ihre Gesundheitskompetenzen, können sie gegebenenfalls 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 bildungsbezogene Beiträge leisten die Schulgesundheitsfachkräfte, indem sie die psychischen, physischen und auch die sozialen Lernvoraussetzungen schaffen bzw. wiederherstellen, zumindest aber mit dazu beitragen. Ein unmittelbarer Effekt für das Bildungsgeschehen ist in der Akutversorgung gegeben, wenn die Schulgesundheitsfachkraft Schüler*innen hilft, die sich verletzt haben, oder wenn sie chronisch kranke Schüler*innen betreut, sodass sie (wieder) am Unterricht teilnehmen können. Schüler*innen, die psychische Sorgen und Nöte haben, können sie bei ihr an- und aussprechen, psychosomatische Beschwerden, die im Kindes – und Jugendalter in vielfältige Formen vorkommen und häufig von Erwachsenen oder den Peers bagatellisiert werden, werden von ihr ernst genommen.

Kinder lernen bei der Schulgesundheitsfachkraft, was ihnen hilft und auch wie ihnen geholfen wird. Sie erwerben durch diese Beobachtungen einen Teil ihrer gesundheitsbezogenen Selbstkompetenz. Dieser Vorgang wird verstärkt, wenn die Schüler*innen von der Schulgesundheitsfachkraft zur Beobachtung *angehalten* werden und sie ihr Verhalten verbal kommentiert. So können sie sich beim nächsten Vorfall schon ein bisschen und dann bei dem übernächsten Mal schon wieder ein bisschen mehr selbst helfen. Durch die Erfahrung der Selbstwirksamkeit, die von der Schulgesundheitsfachkraft wiederum verbalisiert und auf die Fähigkeiten der Schülerin bzw. des Schülers attribuiert werden muss, stärkt sich ihr Selbstvertrauen. In der Beziehung zu den Schülerinnen und Schülern werden auf diese Weise Bildungsprozesse grundgelegt, angeregt oder solche, die die Schule initiiert, aufgegriffen und verstärkt. Kinder

erfahren dann hier, dass sie gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht ausgeliefert sind, sondern, dass gegen Krankheit und für Gesundheit etwas unternommen werden kann, dass Hilfe da ist, die anregt, sich selbst zu helfen und dafür Wege aufzeigt. Neben der Beobachtung des Handelns der Schulgesundheitsfachkraft, neben dem Selbsttun, wird damit eine Lebenspraxis in Gang gesetzt, die geprägt ist von Selbstverantwortung und Selbststeuerung. Damit trägt die Schulgesundheitsfachkraft - in dem ihr möglichen Umfang - mit dazu bei, dass die Schüler*innen Selbstführungskompetenzen entwickeln, die als ein generelles und grundlegendes Ziel schulischer Bildung gelten. Gerade im Bereich der Medizin und der medizinischen Versorgung erleben sich viele Menschen als wenig kompetent, trauen sich nicht viel zu und überlassen Behandlung und Entscheidungen dem medizinischen Personal. Im Sinne der Gesundheitsförderung, die sich hier im Gleichklang mit modernen pädagogischen Konzepten befindet, kommt es aber darauf an, Selbstbestimmung über die Bedingungen der Gesundheit zu erlangen, wie es im ersten Satz der Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung heißt.

Schüler*innen zu ermutigen, ihnen Zutrauen zu vermitteln, sich gesundheits- und krankheitsangemessen verhalten zu können, ist von elementarer Bildungsbedeutung insgesamt und nicht nur für die Gesundheitserziehung und -bildung. Mit ihnen den Weg zu gehen, auf dem sie erfahren und verinnerlichen, dass sie mit Gesundheit gut lernen und sich bilden können, ist eine wichtige Aufgabe.

Neben diesen eher kognitiv-motivationalen Voraussetzungen des Lernens sind die emotionalen hervorzuheben, die mit den folgenden Begrifflichkeiten zu fassen sind:

- (1) Vertrautheit mit der Schule erleben
- (2) Heimisch sein in der Schule
- (3) Sich sicher in der Schule fühlen
- (4) Verbundenheit mit der Schule erleben
- (5) Lernemotionen verspüren (Lernfreude, Bedeutsamkeit des Lernens empfinden)
- (6) Selbstwert im Lernen erleben
- (7) Negative Emotionen annehmen können und bearbeiten und sie dabei unterstützen (z.B. Schulängste, Schüchternheit, Missachtung, Enttäuschung, Ausgeschlossenheit, Verzweiflung, Trauer, Lernlangeweile)

Sie sollten in den Interaktionen der Schulgesundheitsfachkräfte mit den Schüler*innen mitbedacht und im Handeln zum Ausdruck gebracht werden können, so dass Schüler*innen sie (gemeinsam mit der Schulgesundheitsfachkraft) erleben und positive Emotionen und Wohlbefinden mit der Schule verknüpfen können:

Auf der Grundlage des sich dann einstellenden psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens entsteht z.B. Lernfreude und es verstärkt sich ein Zutrauen zur Welt, wie es Antonovsky in seinem Konzept des Kohärenzgefühls mit den Kategorien der Verstehbarkeit, der Machbarkeit und Sinnhaftigkeit beschrieben hat. Dieses Gefühl („Sense of Coherence“) ist eine wesentliche Determinante der psychischen Gesundheit und damit auch der Bildung (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001).

Entfremdungsgefühle und –gedanken, die als emotionale und kognitive Distanz der Schüler*innen der Schule gegenüber zu verstehen sind, können das Lern- und Leistungsverhalten von Schüler*innen beeinträchtigen und in letzter Konsequenz Schullaufbahnen zum Scheitern bringen. Schulgesundheitsfachkräfte können dazu beitragen, dass solche Entfremdungen abgemildert oder präventiv verhindert werden. Dies ist wichtig, denn Wohlbefinden weist als Antagonist von Entfremdung einen Zusammenhang mit schulischen Qualitätskriterien auf, dient der Entwicklung von Selbst- und Sozialkompetenzen, führt von der Schulpflicht zur Schullust, trägt zur Gesundheit und zu salutogenem Verhalten bei und untermauert ein Klima des Vertrauens und der emotionalen Sicherheit in der Schule (vgl. Hascher, 2013).

Diese wichtigen pädagogischen Funktionen der Schulgesundheitsfachkräfte sind im Konzept der Ausbildung zwar angelegt, aber in der Praxis bisher nur wenig umgesetzt und in der Umsetzung zumeist nicht erkennbar intendiert als pädagogische Maßnahme. Hier spielen sich auf der Beziehungsebene zwischen den Schulgesundheitsfachkräften und den Schüler*innen wichtige Erfahrungsprozesse ab, die dem Kind die Möglichkeiten der Bildungsförderung durch Gesundheit auf seinem weiteren Bildungsweg mitgeben. Da aber diese Funktion der Schulgesundheitsfachkraft auch von ihr selbst nicht immer gesehen wird, ist sie bisher nur in geringem Umfang entwickelt und ausgestaltet.

Die pädagogische Wirksamkeit der Schulgesundheitsfachkräfte zeigt sich weiterhin auch darin, dass die Lehrkräfte unmittelbar im Unterrichten entlastet werden und sie sich ihren pädagogischen Aufgaben in ihrer Klasse widmen können. Ihre Arbeit wird nicht dadurch unterbrochen, dass sie sich konzentriert um individuelle gesundheitliche Beschwerden kümmern müssen, während die anderen Schüler*innen sich selbst überlassen bleiben, für die sie aber weiterhin Verantwortung hat. Die Entlastung durch die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft wird aber auch noch dadurch wirksam, dass sie zur Beruhigung der unterrichtenden Lehrkraft, aber auch der Schüler*innen in der Klasse beiträgt, weil sie wissen und sicher sein können, dass die/der Betroffene gut versorgt ist. Die Leistung der Schulgesundheitsfachkräfte ist wichtig, weil das „Ausmaß der aktiven Lernzeit, das heißt der Zeit, in der sich die einzelnen Schüler mit den zu lernenden Inhalten aktiv, engagiert und konstruktiv auseinandersetzen“ (Weinert, 1996, S. 124) dadurch hoch gehalten werden kann, denn diese „Netto-Lernzeit“ ist nach Weinert (ebd.) die „wichtigste Voraussetzung für wirkungsvolles und erfolgreiches Lernen“.

In einer längerfristig angelegten Perspektive können sich die Schulgesundheitsfachkräfte mit an der Unterrichtsentwicklung beteiligen und gemeinsam mit Lehrkräften daran arbeiten, die Qualität des Unterrichts durch Gesundheitsintervention weiter zu befördern, indem „gesundes Lehren“ und „gesundes Lernen“ in die Qualitätsentwicklung integriert werden.

Aber nicht nur mit den Schüler*innen selbst und in der Kooperation mit der Lehrkräften leisten die Schulgesundheitsfachkräfte ihre pädagogisch wirksame Arbeit, sondern auch in der Elternzusammenarbeit. Eltern sind zu Kooperation und Partizipation in der gesundheitlichen Versorgung, in der Prävention und Gesundheitsförderung für ihre Kinder zu gewinnen, zu beraten und gegebenenfalls zu fördern und damit in ihrem Empowerment zu stärken. Dabei sind die

Wirkungsmöglichkeiten der Schulgesundheitsfachkräfte im gesundheitlichen Bereich erheblich vom jeweiligen Umfeld der Schule und vom Bildungsinteresse der Eltern an gesundheitlichen Fragestellungen, ihrem kulturell unterschiedlich geprägten Erfahrungshintergrund und ihrem Vorstellungs- und Handlungsvermögen abhängig. Diese Faktoren sind nur partiell durch die Schulgesundheitsfachkraft, wie auch durch die jeweilige Schule zu beeinflussen, müssen aber immer wieder mitbedacht werden.

Die unmittelbare Arbeit mit und an Schüler*innen, in der Kooperation mit Schulleitungen, Lehrkräften, Eltern und außerschulischen Partnern und Diensten ist aber nur eine Seite der Arbeit der Schulgesundheitsfachkraft. Die Schulgesundheitsfachkraft ist von ihrem Namen und Bezeichnung her eine Fachkraft für die Schule. In dieser Perspektive lassen sich gesundheitliche Aspekte in allen Qualitätsbereichen des brandenburgischen Orientierungsrahmens Schulqualität identifizieren. In erster Linie sind in diesem Zusammenhang die Qualitäten der Bildungseinrichtung, die in den Qualitätsbereichen (QB 2-4) als Prozess der Schule abgebildet sind, zu nennen. Aber auch der Qualitätsbereich 1 mit den Kriterien „Schulprogramm“ und „Entwicklungsplanung und –umsetzung“ sowie aus dem Qualitätsbereich 6 das Kriterium „Zufriedenheit mit der Schule insgesamt“ sind in einer ganzheitlichen Perspektive von Bedeutung und knüpfen an die Anliegen des Landesprogramms „Gute Gesunde Schule“ an (s. Abb. 4.3).

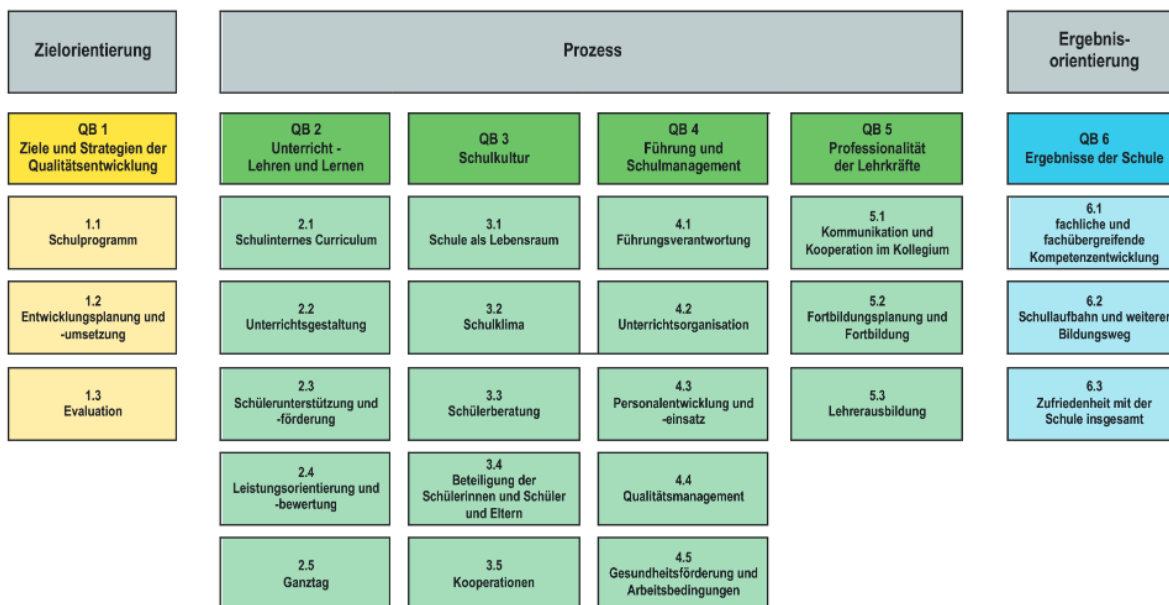


Abb. 4.3 Qualitätsbereiche des Orientierungsrahmens Schulqualität „Gute Schule in Brandenburg“

Entwicklung der Schulgesundheitsfachkräfte

Damit eröffnet sich ein wichtiges Arbeits- und Kooperationsfeld für die Schulgesundheitsfachkräfte: Sie können gemeinsam mit den Schulleitungen, den Lehrkräften und den anderen pädagogisch-psychologisch und sozialpädagogisch/sozialarbeiterisch tätigen Personen in einem

umfassenden Ansatz die Schule als Bildungsinstitution mit Gesundheitsinterventionen auf den Ebenen des einzelnen Schülers, der Schulklasse, der Lehrkräfte (einzeln oder im Kollegium) und der Organisation auf dem Weg einer Guten Gesunden Schule nachhaltig unterstützen. Die Anbindung an ein entsprechendes Schulentwicklungskonzept wird notwendig sein. Denn die Einrichtung eines schulgesundheitsfachlichen Dienstes, auf das die Etablierung von Schulgesundheitsfachkräften in der Schule hinauslaufen muss, ist langfristig nur sinnvoll und kann nur erfolgreich im Schulsystem sein, wenn er dem Kernanliegen der Institution und Organisation Schule dienlich ist. Schule als Einrichtung des Bildungswesens wird die Arbeit der Schulgesundheitsfachkräfte deshalb letztlich dahingehend bewerten und bewerten müssen, in wie weit sie dem Lehren und Lernen in der Schule förderlich ist.

5 Fallstudien

Abschließend werden im Folgenden Fallstudien über die Arbeit von zwei ausgewählten Projektschulen dargestellt. Diese Berichte bieten eine illustrative Beschreibung der schulischen Aktivitäten im Rahmen des Projekts Schulgesundheitsfachkraft. Während in den vorhergehenden Teilen des Evaluationsberichts verallgemeinerbare Erkenntnisse zu Verlauf und Wirkungen des Projekts im Vordergrund standen, können im Rahmen der Fallstudien auch schulspezifische und standortbedingte Besonderheiten in der Umsetzung des Projekts, in den Rahmenbedingungen der Arbeit der Schulgesundheitsfachkraft und in den Effekten dieser Arbeit betrachtet werden.

Zwei Auswahlkriterien bestanden darin, dass eine Grund- und eine weiterführende Schule sowie eine Schule im eher ländlichen und eine im eher städtischen Raum aufgenommen werden sollten. Grundlage der Fallstudien sind die Interviews, die an den Schulen durchgeführt wurden, also Gespräche mit den Schulleitungen, den Schulgesundheitsfachkräften, weiteren Lehrkräften, Schüler*innen sowie Elternvertreter*innen. Mit der Schulgesundheitsfachkraft wurden dabei zwei Interviews, mit der Schulleitung insgesamt drei Gespräche geführt. Die Informationen aus diesen Gesprächen geben den Stand der Projektarbeit im Sommer 2018 wieder, also noch vor einer verbindlichen Entscheidung der verantwortlichen Stellen und Personen zur Fortführung des Projekts über 2018 hinaus. Die Ausführungen umfassen keine vollständige Auflistung aller Aktivitäten der Schulgesundheitsfachkräfte im Sinne einer Leistungsdokumentation, sondern stellen eine fokussierte Auswahl aus dem vorliegenden Gesprächsmaterial dar, die einen möglichst illustrativen Überblick für Leser*innen gewährleisten sollen, die mit der Arbeit der einzelnen Projektschulen, ihren Erfahrungen und weiteren Zielen nicht näher vertraut sind.

Von den beiden Schulleitungen wurde das Einverständnis eingeholt, über die Aktivitäten im Rahmen des Modellprojekts an dieser Schule ausführlicher und identifizierbar zu berichten. An beiden Schulen wurde neben dem üblichen Vorgehen (vgl. Abschnitt 2.3) ein zusätzlicher Schulbesuch durchgeführt, in dessen Rahmen mit den Schulleitungen das Vorgehen besprochen wurde sowie zusätzliche Informationen zur Schule und zu Projektaktivitäten eingeholt wurden. Offizielle Informationen der Schulen (z.B. Schulhomepage) ergänzen die in den Interviews gewonnenen Informationen.

Die vorläufigen Versionen der Berichte wurden den Schulen zur Verfügung gestellt, um Unrichtigkeiten und Lücken in der Darstellung zu identifizieren und den Bericht auf dieser Basis korrigieren zu können. Es wurde vereinbart, dass die Berichte in keiner Weise veröffentlicht oder an Dritte weitergegeben werden, bevor die Schulen hierfür ihr Einverständnis erklärt haben. Die zuständigen Ansprechpartner bei der Arbeiterwohlfahrt Potsdam wurden darauf hingewiesen und gebeten, diesen Teil des Berichts auch projektintern vor der abschließenden Einwilligung der Schulen nicht weiterzuleiten.

Fallstudien können verschiedenen Zwecken dienen, die die vorzunehmende Auswahl der „Fälle“ beeinflussen. Häufige Ziele von Fallstudien in Modellprojekten sind die Darstellung von „Best Practice“, an der sich Dritte in Bezug auf eigene Planungen und Aktivitäten orientieren können, oder die Darstellung besonders typischer Beispiele, die den Normalfall für Außenstehende illustrieren und nachvollziehbar machen. In den beiden unten dargestellten Fallberichten finden sich Anteile beider Vorgehensweisen. So werden die meisten anderen Schulen sich und ihre eigenen Projektaktivitäten in vielen Aussagen wiederfinden und Gemeinsamkeiten in den Rahmenbedingungen und der Ausgestaltung des Projekts erkennen. Andererseits werden schulspezifische Besonderheiten sichtbar, die eventuell andere Schulen zu ähnlichen Aktivitäten anregen können, aber an anderen Punkten nicht ohne Weiteres auf die Situation anderer Schulen übertragbar sind.

Keinesfalls erheben die beiden Beschreibungen der schulischen Projektarbeit einen Anspruch auf Verallgemeinerbarkeit oder Repräsentativität für alle Projektschulen. Solche Generalisierungen sind mit Zweck und Wesen einer Fallstudie nicht vereinbar. Viele Eindrücke und Äußerungen werden zwar exemplarisch für die Arbeit an sämtlichen Projektschulen sein, andere werden aber nur spezifisch für die jeweilig beschriebene Schule zutreffen.

5.1 Grundschule Trebbin: „Wir können uns den alten Zustand gar nicht mehr vorstellen“

Im Folgenden wird dargestellt, wie das Projekt Schulgesundheitsfachkraft an der Grundschule Trebbin (Kreis Teltow-Fläming) umgesetzt wurde. An der Grundschule Trebbin wurden im Rahmen von drei Besuchen eines oder beider Verfasser insgesamt acht Gespräche mit der Schulgesundheitsfachkraft, der Schulleiterin, weiteren Lehrkräften, Schüler*innen sowie einer Elternvertreterin geführt.

Wie einführend bereits erwähnt, ist eine Verallgemeinerung der hier beschriebenen schulischen Erfahrungen auf andere Projektschulen weder möglich noch sinnvoll. Dies gilt insbesondere angesichts der Tatsache, dass die Grundschule Trebbin eine der wenigen Projektschulen ist, an denen die Schulgesundheitsfachkraft bisher nur an einem Tag in der Woche anwesend sein konnte. Vor diesem Hintergrund handelt es sich im Folgenden um eine Illustration, wie eine Schule einen maximalen Profit aus dem Projekt zu ziehen versucht, obwohl die Grundvoraussetzungen ungünstiger als an anderen Projektschulen sind.

5.1.1 Hintergrund der Schule

Die Grundschule Trebbin liegt in unmittelbarer Nachbarschaft zur ebenfalls am Projekt teilnehmenden Goethe-Oberschule Trebbin am Rande des Zentrums von Trebbin. Trebbin ist seit 2003 eine amtsfreie Stadt im Landkreis Teltow-Fläming und zählt, inklusive einiger im Laufe der letzten 20 Jahre eingemeindeter umliegender Orte, knapp 10.000 Einwohner. 2013 feierte die Stadt ihr 800jähriges Bestehen.

Die Grundschule Trebbin wird zurzeit von ca. 320 Schüler*innen besucht, die teilweise aus den umliegenden Ortsteilen mit dem Schulbus zur Schule gebracht werden. Die Schüler*innen verteilen sich im Schuljahr 2018/19 auf 14 Klassen. Die erste und die dritte Klassenstufe sind dreizügig, alle anderen Klassenstufen zweizügig. Durch die seit einigen Jahren stetig wachsende Zahl von Einwohner*innen der in der Nähe von Berlin gelegenen Stadt sieht sich die Schule mit steigenden Schülerzahlen konfrontiert. 16 Lehrkräfte bilden derzeit den Stamm des Kollegiums, der durch einige Gastlehrer*innen (z. B. für den Schwimmunterricht) ergänzt wird. Der Unterrichtsbeginn der ersten Stunde ist um 8.20 Uhr, um 15.45 Uhr ist die achte und letzte Stunde beendet. Die Grundschule Trebbin ist keine Ganztagschule, verfügt aber über eine Schulküche, in der die Schüler*innen ein Mittagessen einnehmen können. Für die Schulanfänger*innen des jeweils nächsten Jahrgangs bietet die Schule einen Vorschulunterricht an, zu dem die Eltern ihre Kinder freiwillig anmelden können. An ausgewählten Tagen können die zukünftigen Erstklässler*innen eine Stunde lang den Vorschulunterricht besuchen, um das Schulleben kennenzulernen und den Übergang von der Kita in die Schule gleitender und einfacher zu gestalten. Jeweils im Oktober des Kalenderjahres vor der Einschulung werden ihre Eltern zu einer Informationsveranstaltung zu den Vorschulaktivitäten eingeladen.

Die Schulleiterin Rena Ueckert arbeitet seit 1985 an der Grundschule Trebbin, zunächst als Lehrerin, seit 1992 dann als Schulleiterin.

Das Schulprogramm der Grundschule Trebbin betont die Stärkung der Sozialkompetenz, Selbstkompetenz und der Fach- und Methodenkompetenz der Schüler*innen. Verschiedene Bereiche bilden nach dem Verständnis der Schule die Basis für diese Kompetenzen: Dazu gehören die Gewährleistung stabiler sozialer Beziehungen, ein verlässliches Handeln der Lehrkräfte sowie die Festlegung von Kriterien für einen guten Unterricht. Besonders betonte Themen sind allgemein die Schulgesundheit sowie ein Anti-Bullying-Programm und das Programm „Bewegte Schule“. Die Schule versteht sich als gewaltfreie Schule. Die Bewegungsorientierung findet ihren Ausdruck unter anderem in der Teilnahme an regionalen Wettbewerben. Über die sportlichen Aktivitäten und die Teilnahme an den Schulwettbewerben wird detailliert auf der Homepage der Schule berichtet. Unter anderem errang die Schule 2014 bereits zum sechsten Mal den Titel der „sportlichsten Schule“ des Landkreises Teltow-Fläming, und bereits 22 Mal nahm 2018 eine Staffel der Schule nach erfolgreicher Vorausscheidung an einem Wettbewerb von Schulstaffeln statt, der jährlich im Rahmenprogramm des ISTAF in Berlin durchgeführt wird.

Ab dem Schuljahr 2018/19 wird die Grundschule Trebbin eine Schule für gemeinsames Lernen sein; es werden dann alle Schüler*innen ungeachtet des Vorliegens von Beeinträchtigungen aufgenommen. Gemeinsames Lernen, Inklusion und die besonderen Bedürfnisse von Schüler*innen werden dann verstärkt ein Thema für die schulische Arbeit und für die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft sein.

5.1.2 Befragungen

Eltern: Befragt wurde die Mutter eines Sohnes aus der dritten Klasse. Sie hatte einmal ein Gespräch mit der SGFK zu Beginn ihrer Tätigkeit, für einen späteren direkten Austausch gab es bisher keine Notwendigkeit.

Schüler*innen: An dem Gespräch nahmen vier Schülerinnen teil, davon drei aus der fünften sowie eine aus der vierten Jahrgangsstufe. Alle Schülerinnen hatten bereits einmal oder mehrfach Kontakt mit der Schulgesundheitsfachkraft wegen eigener Akutversorgung (z. B. Schulter- oder Knieverletzungen, Prellungen, Stürze, Schürfwunden). In zwei Fällen waren die Verletzungen so bedeutend, dass die Schulgesundheitsfachkraft zur genaueren Diagnostik/Behandlung an das örtliche Krankenhaus verwiesen hat.

Schulgesundheitsfachkraft: Die Schulgesundheitsfachkraft an der Grundschule Trebbin, Frau Heinze, wurde zweimal befragt.

Lehrkräfte: An dem Gespräch nahmen zwei Lehrkräfte teil.

Schulleitung: Die Schulleiterin Rena Ueckert wurde insgesamt dreimal befragt, zweimal im Rahmen der allgemeinen Evaluation im Bereich Bildung und ein drittes Mal zur Komplettierung der Eindrücke und Informationen für die vorliegende Fallstudie im August 2018.

5.1.3 Bewerbung der Schule

Die Initialzündung zur Teilnahme der Grundschule Trebbin am Projekt Schulgesundheitsfachkraft ging zunächst von der im Umkreis von Trebbin liegenden Grundschule Blankensee aus. Die Grundschule Blankensee hatte bereits einen Gesundheitsschwerpunkt in ihrem Programm und nimmt am Programm „Gute Gesunde Schule“ des Landes Brandenburg teil. In diesem Programm werden Schulen durch Beratungsangebote, Fortbildungen, Materialien usw. in ihren gesundheitsförderlichen Aktivitäten unterstützt. Eine Teilnahme am Projekt Schulgesundheitsfachkraft lag für die Schule somit nahe, um diesen Schwerpunkt der Schule weiter auszubauen. Da die Grundschule Blankensee allerdings nur einzülig ist, konnte sie das Kriterium einer Mindestzahl von 700 Schüler*innen, das als Voraussetzung für die Teilnahme am Projekt bestand, allein nicht erfüllen. Daher warb sie an der Grundschule Trebbin und der Goethe-Oberschule Trebbin um eine Beteiligung am Projekt. An der Grundschule Trebbin musste nach Aussage der Schulleiterin keine große Überzeugungsarbeit für eine Teilnahme geleistet werden, da das Projekt zum Programm der Schule gut passte. Die Schulleitung stellte dem Kollegium das Projekt in groben Zügen dar und schlug dem Kollegium eine Teilnahme vor. Vom Kollegium wurde der Vorschlag insgesamt positiv aufgenommen; die positiven Aspekte des Projekts wurden vor dem Hintergrund gesehen, wie die Tätigkeit einer Schulgesundheitsfachkraft die Schule und die Lehrkräfte in ihrer Arbeit unterstützen und entlasten kann.

Aus Sicht der Schulleitung bedeutet die Einführung einer Schulgesundheitsfachkraft auch ein Stück Anerkennung und Wertschätzung für die Arbeit der Schule und der Lehrkräfte, während in allen anderen Bereichen des Schullebens die Arbeit immer umfangreicher wird. Durch die erfolgreiche Bewerbung um eine Schulgesundheitsfachkraft sieht die Schule nach langer Zeit endlich die hohe Belastung von Lehrkräften anerkannt. Es wird Entlastung in einem sensiblen Bereich geschaffen, zumal die Schüler*innen immer mehr gesundheitliche Probleme aufweisen. Es handelt sich dabei um einen Tätigkeitsbereich, in dem sich Lehrkräfte immer weiterbilden müssen und professionell handeln sollen, sich aber trotzdem immer wie Laien vorkommen.

So bildeten die drei Schulen einen Verbund, der eine hinreichende Schülerzahl aufwies und dessen Bewerbung um eine Teilnahme am Projekt SGFK schließlich erfolgreich war.

5.1.4 Persönlicher Hintergrund der Schulgesundheitsfachkraft

An der Grundschule Trebbin ist nach erfolgter Anfangsqualifizierung die Schulgesundheitsfachkraft Astrid Heinze seit Februar 2017 tätig. Sie ist 53 Jahre alt, ausgebildete Kinderkrankenschwester, und war zuvor 15 Jahre lang in Kinderarztpraxen und in einem sozialpädiatrischen Zentrum tätig. Über die Information einer Freundin ist sie auf das Projekt aufmerksam geworden und fand es von Anfang an genau für sich passend, zumal sie Kinder sonst immer aus der anderen Perspektive gesehen hat, d.h. wenn sie mit den Verletzungen aus den Schulen zu ihr zur Behandlung gekommen sind. Dass es dann um drei zu betreuende Schulen gehen würde, war ihr allerdings zu Beginn nicht klar. Ihre Arbeitszeit ist zum Zeitpunkt der ersten

Befragung so aufgeteilt, dass sie an den beiden Grundschulen je einen Tag sowie an der Oberschule drei Tage tätig ist. Das Wechseln zwischen drei Arbeitsplätzen hat sie von Beginn an als erschwerend erlebt, wobei der Wechsel zwischen der Grundschule Trebbin und der Oberschule noch vergleichsweise einfach ist, da die beiden Schulen unmittelbar nebeneinander liegen, so dass im Notfall auch mal ein schneller Wechsel möglich ist.

Nach ihrer eigenen Einschätzung liegt der Schwerpunkt ihrer Tätigkeit faktisch erst seit November 2017 mit voller Konzentration auf den Schulen. Vorher haben das Kennenlernen von drei Schulen bzw. Kollegien sowie das Einrichten der Räumlichkeiten und diverse organisatorische Tätigkeiten viel Raum eingenommen. Dazu kommt, dass nach der Vollzeitqualifizierung zwischen November 2016 und Januar 2017 noch bis Oktober 2017 in jeder zweiten Woche ein weiterer Fortbildungstag eingeplant werden musste, außerdem ganze zusätzliche Seminarwochen. Erst danach sei die schulische Tätigkeit endgültig in Fahrt gekommen. In Bezug auf die konkrete Tätigkeit als Schulgesundheitsfachkraft hat sie zuerst im Wesentlichen an die Notfallversorgung gedacht. Dass noch andere Tätigkeitsbereiche dazu kommen und erwartet werden, wurde dann nach und nach deutlich.

5.1.5 Integration der Schulgesundheitsfachkraft

Die Schulgesundheitsfachkraft in Trebbin muss ihre Anwesenheitszeiten auf drei Schulen verteilen. An dem entsprechenden festgelegten Wochentag wird ihre Anwesenheit in der Grundschule Trebbin für Schüler*innen und Lehrkräfte durch eine Anzeigetafel mittels eines Smiley-Systems im Eingangsbereich der Schule ersichtlich.

Da nach eigener Einschätzung von Frau Heinze ihre Anwesenheit trotzdem wegen des großen Schulgebäudes nicht so auffällig sei, geht sie am Anfang des Tages und in den Hofpausen auf den Schulhof, um deutlich zu machen, dass sie da ist; ebenfalls besucht sie regelmäßig das Lehrerzimmer um Präsenz zu zeigen. Sie weist aber auch darauf hin, dass es angesichts dreier betreuter Schulen gerade anfangs schwierig war, sich in den Schulen zu orientieren, aber auch Lehrkräfte und insbesondere Schüler*innen kennenzulernen und wiederzuerkennen. Um sich und ihr Angebot in der Schule bekannt zu machen, hat sie sich zu Beginn ihrer Tätigkeit in den einzelnen Klassen den Schüler*innen vorgestellt, hat informiert, was sie in der Schule macht und wann sie anwesend ist. Den befragten Schüler*innen ist auch bekannt, an welchem Wochentag sie regelmäßig an der Schule ist.

Nach Eindruck von Frau Heinze ist ihre Integration in das Schulleben und die Kooperation mit Lehrkräften an der Oberschule aufgrund der häufigeren Anwesenheit fortgeschrittener als an der Grundschule. Aber auch an der Grundschule Trebbin ist die Einbindung den Umständen entsprechend gut. Dies betrifft z.B. den Austausch mit der Schulleitung, die jederzeit für Frau Heinze ansprechbar ist. An dem Anwesenheitstag von Frau Heinze versuchen sie und die Schulleiterin immer, sich mindestens 10 bis 15 Minuten Zeit zu nehmen, um sich über Aktuelles und weitere Planungen auszutauschen.

Das Feedback zwischen Frau Heinze und Schulleitung bzw. Lehrkräften funktioniert gut; sie nimmt auch an vielen Konferenzen teil. Da zum Beispiel Lehrerkonferenzen montags – und damit außerhalb ihres eigentlichen Anwesenheitstages - stattfinden, muss sie allerdings extra deswegen kommen. Frau Heinze hat auch an einer Kollegiumsfahrt und teambildenden Maßnahmen teilgenommen; sie ist aus Sicht der Schulleiterin mittlerweile ein integrierter Bestandteil des Kollegiums. Sie ist ebenfalls eingebunden an Schulsprechtagen und Tagen der Offenen Tür – wenn Eltern an die Schule kommen, können sie auch mit ihr sprechen. Darüber hinaus nimmt sie auch an Elternkonferenzen und Elternversammlungen teil, teils auf Einladung, teils aus Eigeninitiative. Sie achtet auf den Kalender mit schulischen Veranstaltungen, wird dazu gebucht oder behält auch selbst relevante Termine im Auge, z. B. beim Sportfest oder Sponsorenlauf. Gegebenenfalls tauscht sie dann Termine mit einer der beiden anderen Schulen, um anwesend sein zu können.

Der eine Anwesenheitstag an der Grundschule Trebbin schränkt die Interaktionsmöglichkeiten zwischen den Lehrkräften und Frau Heinze außerhalb der Gremientermine naturgemäß stark ein, zumal die Lehrkräfte zu ihren Anwesenheitszeiten auch durch die unterrichtliche Tätigkeit in Anspruch genommen sind. Informelle Interaktionsmöglichkeiten bestehen somit vorwiegend in den Schulpausen, denn die Lehrkräfte bleiben ja auch dann im Unterricht, wenn sie Schüler*innen zur Akutversorgung zur Schulgesundheitsfachkraft schicken. Nach den Eindrücken Frau Heinzes gab es insbesondere zu Beginn ihrer Tätigkeit auch ein paar skeptische Lehrkräfte. Der immer deutlicher sichtbare Zugewinn durch die Unterstützung der Schulgesundheitsfachkraft verringert diese Zurückhaltung aber nach und nach. Frau Heinze berichtet, dass Lehrkräfte häufiger auf sie zukommen und Fragen besprechen wollen, z.B. zum Thema Erste Hilfe und Praxisübungen. Sie muss sich allerdings manchmal auch etwas abgrenzen, weil sie zeitlich nicht alles bewältigen kann und die gesundheitliche Akutversorgung gegebenenfalls Vorrang hat.

Zum Zeitpunkt des Zweitgesprächs wird die Einbindung an der Grundschule Trebbin von Frau Heinze noch positiver bewertet: Sie nimmt noch häufiger an Dienstberatungen teil und gestaltet fast schon routinemäßig nach aktuellem Bedarf Schulungen von Lehrkräften zu gesundheitsbezogenen Themen, die gut angenommen werden und die Zusammenarbeit mit den Lehrkräften weiter fördern.

5.1.6 Aktivitäten der Schulgesundheitsfachkraft

Die Verteilung der Arbeitszeit von Frau Heinze auf die verschiedenen Tätigkeitsbereiche unterscheidet sich zwischen den Schulen. An den Grundschulen mit einem Anwesenheitstag steht die gesundheitliche Akutversorgung noch deutlicher im Vordergrund als an der Oberschule. Schüler*innen konsultieren sie zum Beispiel aufgrund von Schulhof- und Sportunfällen, Kopfschmerzen, Übelkeit und Erbrechen. Schüler*innen kommen aber auch mit Fragen zu bestimmten Krankheiten oder bei psychischen bzw. psychosozialen Problemen zu ihr. Sie ist auch bei schulischen Veranstaltungen wie zum Beispiel dem Sportfest vor Ort, was eine

große terminliche Flexibilität und Absprachen mit den beiden anderen Schulen erfordert, da diese Veranstaltungen nicht immer mit ihrem regulären Anwesenheitstag zusammenfallen.

Als weitere Besonderheiten, die an der Schule ohne die Schulgesundheitsfachkraft nicht denkbar/möglich wären, sieht die Schulleiterin insbesondere Aktivitäten im Präventionsbereich an, zum Beispiel ein Projekt zur Handhygiene, die Unterstützung des schulischen Anti-Bullying-Programms, Fortbildungsaktivitäten für das Kollegium, aber auch Unterstützung im Umgang mit chronischen Erkrankungen.

5.1.6.1 Akutversorgung

Wie an den meisten anderen Projektschulen besteht die hauptsächliche Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft an der Grundschule Trebbin in der Notfallversorgung verletzter bzw. erkrankter Schüler*innen. In dieser Beobachtung sind sich alle Befragten einig. Beispielhaft werden Stürze, Schürfwunden, Platzwunden, Verletzungen im Sportunterricht, Umknicken beim Sponsorenlauf, sowie Erkrankungen wie Übelkeit, Erbrechen oder Fieber, die Schüler*innen bereits von zuhause mitbrächten, genannt.

Die Schüler*innen nehmen das Angebot von Frau Heinze gut wahr; ab und zu kommt es nach Beobachtung der Befragten sogar zu Wartezeiten. Frau Heinze berichtet, manchmal stünden morgens um acht Uhr schon die ersten Schüler*innen vor der Tür. Dennoch kommen nach ihrer Einschätzung an der Grundschule Trebbin bisher im Vergleich zu den beiden anderen Schulen die wenigsten Kinder zu ihr. Dies könne entweder daran liegen, dass dort tatsächlich nicht so viele relevante Vorkommnisse wie Krankheiten und Unfälle zu verzeichnen sind, eine andere Möglichkeit sei aber, dass sie dort eventuell nicht präsent genug sei, sowohl wegen des einen Tages Anwesenheit, als auch wegen des großen Schulgebäudes, das ihre Präsenz nicht so auffällig mache.

Frau Heinze kümmert sich um die Schüler*innen, bereitet gegebenenfalls einen Tee zu, manche Kinder brauchen offensichtlich auch einfach mal eine Auszeit, haben unspezifische Symptome wie Bauchschmerzen oder Kopfschmerzen, die oft durch den schulischen Druck zu erklären seien. Aus Sicht der Schulleiterin kann Frau Heinze gut erkennen, in welchen Fällen bereits eine positive Ansprache oder leichte, eher beruhigende Maßnahmen ausreichen. Sie sei in solchen Fällen geduldiger als viele Eltern, die auch unter starkem Druck stehen. Und die Schüler*innen fühlten sich ernst genommen, wenn sich jemand längere Zeit mit ihren Problemen und Fragen beschäftige.

Im Idealfall wird Schüler*innen durch die Akutversorgung der Schulgesundheitsfachkraft ermöglicht, in der Schule bleiben zu können. Die Schüler*innen bekommen bei ihr eine Auszeit, mal 20, mal 30 Minuten oder auch mal eine ganze Schulstunde, mit Ruhe, Tee, Kälte- oder Wärmebehandlungen. Dann werde beurteilt bzw. besprochen, ob sich am Befinden der Schüler*innen etwas verbessert hat. Dies werde z.B. anhand der im Raum sichtbar präsentierten Schmerzskala bewertet, auf der sich die Schüler*innen mit Werten von eins bis zehn hinsichtlich ihrer akuten Befindlichkeit einordnen können. Dieses Vorgehen führe dazu, dass deutlich

weniger Schüler*innen von den Eltern abgeholt werden müssen. Während die Kinder gegenüber Frau Heinze berichten, sie seien früher bereits wegen abgebrochener Fingernägel nach Hause geschickt worden, komme es nun vielleicht noch in einem von neun oder zehn Fällen dazu. Die weitaus meisten Schüler*innen, die von Frau Heinze versorgt werden, können danach in der Schule verbleiben und weiter am Unterricht teilnehmen. Falls dies trotz der schnellen und fachgerechten Notversorgung nicht möglich ist und die Schüler*innen von ihren Eltern abgeholt werden müssen, gewährleistet die Schulgesundheitsfachkraft ihre Betreuung bis zum Eintreffen der Eltern.

Bisher mussten sich um solche Notfälle die Lehrkräfte und das Sekretariat der Schule kümmern. Alle Befragten sind sich darin einig, dass diese durch die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft eine große Entlastung erfahren und sich auf ihre Kernaufgaben konzentrieren können. Für die Lehrkräfte wird so der Rollenkonflikt gelöst, dass sie sich gegebenenfalls einerseits um die Versorgung einzelner verletzter Schüler*innen kümmern müssen und andererseits ihre Aufsichtspflichten gegenüber den anderen Schüler*innen nicht vernachlässigen dürfen. Nun wissen die Lehrkräfte, dass sich die Schüler*innen in kompetenten Händen befinden und können beruhigt in ihren Unterricht gehen.

Eine weitere Facette der Tätigkeit von Frau Heinze besteht darin, dass Schüler*innen nicht nur mit körperlichen, sondern auch mit seelischen Problemen zu ihr kommen. Die befragten Lehrkräfte nehmen zwar an, dass sich Schüler*innen mit emotionalen Problemen eher an den/die Klassenlehrer*in, Vertrauenslehrer*in oder Sozialpädagoge*in wenden, da sie zur Schulgesundheitsfachkraft durch die sehr eingeschränkte Anwesenheit zu wenig Kontakt hätten, um sie in dieser Hinsicht als vorrangige Ansprechpartnerin anzusehen. Dagegen berichtet Frau Heinze durchaus, einige der betreuten Schüler*innen bräuchten einfach nur ein paar „Streicheleinheiten“, insbesondere bei belastenden Familienverhältnissen. Diese Kinder sehe sie öfter; für sie sei die medizinische Versorgung gleichzeitig auch Zuwendung. Die Schüler*innen erleben und genießen die ungeteilte Aufmerksamkeit der Schulgesundheitsfachkraft und geben das Feedback, dass sie sich gut aufgehoben fühlen. Auch die Elternvertreterin merkt an, viele Kinder hätten Ängste und Sorgen. Sie nimmt wahr, dass sich Frau Heinze sich auch um diese Kinder kümmert. Nach ihrer Wahrnehmung kann Frau Heinze aufgrund ihrer Erfahrung als Kinderkrankenschwester besonders gut auf die Schüler*innen eingehen.

5.1.6.2 Prävention, Projekte und Unterricht

Grundsätzlich sieht Frau Heinze neben der Akutversorgung auch die Stärkung von gesundheitsbezogenen Kompetenzen der Schüler*innen als lohnenswertes Ziel ihrer Arbeit an. Dafür sei aber der bisherige Projektzeitraum noch zu kurz gewesen. Dennoch liegt ein weiterer und zunehmender Schwerpunkt ihrer Tätigkeit im Bereich Prävention, auch wenn eine Beteiligung an „lernförderlichen Aktivitäten“ aus Sicht der befragten Lehrkräfte nicht die wichtigste Aufgabe der SGFK darstellt. Entsprechende Projekte haben in der zweiten Klasse zum Thema gesunde Ernährung sowie in der dritten Klasse zum Thema Handhygiene stattgefunden. Die Schulleiterin merkt an, Frau Heinze besitze als examinierte Kinderkrankenschwester bereits

viel Erfahrung im Umgang mit Kindern aller Altersstufen. Sie sei pädagogisch gut geschult und setze Medien und Material sehr gut ein. So haben die Schüler*innen diese Projekte auch sehr gut angenommen. Dazu hat z.B. beim Projekt zur Handhygiene die gelungene Vermittlung durch eine hohe Anschaulichkeit beigetragen. Insbesondere dieses Projekt mit der technischen Möglichkeit, Verschmutzungen an Händen durch ein Gel und eine spezielle Lichttechnik deutlich sichtbar zu machen, hatte einen hohen Neuigkeitswert. Frau Heinze hat diese Einheiten konzipiert und entsprechende Materialien mitgebracht. Auch den Eltern ist dieses Projekt zum Thema Hygiene als prägnante und gelungene Aktivität der Schulgesundheitsfachkraft im Gedächtnis geblieben.

Die Lehrkräfte werden per Aushang über das Projektangebot informiert und können es nach Absprache in Anspruch nehmen. Für weitere Durchgänge der Projekte hat sich Frau Heinze von den Lehrkräften Feedback eingeholt, welche Verbesserungen möglich wären, z.B. hinsichtlich der Altersgerechtheit von Inhalten und Methoden.

Darüber hinaus hat Frau Heinze in Zusammenhang mit dem Sexualkundeunterricht in der sechsten Klasse im Rahmen einer externen Kooperation Kontakt zur ortsansässigen Frauenärztin hergestellt, die in einer „Mädchen-Sprechstunde“ Präventionsmaßnahmen hinsichtlich Verhütung durchführt. Des Weiteren beteiligt sich Frau Heinze auch am Gewaltpräventionsprogramm bzw. Anti-Bullying-Krisenteam, das schon an der Schule existiert und in dem Vertreter des Horts, eine Sonderpädagogin, die Schulleitung und neuerdings eben die SGFK zusammenkommen und Präventivmaßnahmen absprechen. Dort wurde auch eine Liste mit Hilfsangeboten und Anlaufstellen für Eltern erstellt und stetig aktualisiert, wenn sie entsprechenden Bedarf haben.

Eine wichtige andere Facette des Präventionsbereichs ist der fachliche Input von Frau Heinze im Rahmen von Informationsveranstaltungen bzw. Schulungen für Lehrkräfte. Für Lehrkräfte werden Fortbildungen zum oder zu bestimmten Krankheiten durchgeführt. Frau Heinze kommt dann zum Beispiel in die Lehrerkonferenz und hat dort u. a. eine Belehrung zum Infektionsschutzgesetz durchgeführt, die alle zwei Jahre stattfinden muss. Darüber hinaus wurde eine Liste mit Rangfolge erstellt, welche gesundheitsbezogenen Themen die Lehrkräfte aktuell besonders interessieren. Es wird erfragt, welcher Bedarf gegeben ist und dann kommen alle unmittelbar betroffenen Lehrkräfte zu den entsprechenden Veranstaltungen hinzu. Auch im Rahmen der Lehrerfortbildung trägt Frau Heinze zentrale Bausteine zu wichtigen Gesundheitsthemen bei, etwa zu den Themen Asthma oder ADHS. Sie steht den Lehrkräften auch jederzeit für entsprechende Informationen zur Verfügung.

Diese Aktivitäten sind von besonderer Bedeutung vor dem Hintergrund, dass die Grundschule Trebbin ab dem Schuljahr 2018/19 eine „Schule für gemeinsames Lernen“ ist, an der alle Kinder ungeachtet einer Beeinträchtigung aufgenommen werden. Wegen der Schüler*innen mit Beeinträchtigung werden mehr Zeit und mehr Hilfsmittel nötig sein - Frau Heinze unterstützt hier mit Fachwissen und Schulungen, zum Beispiel zu der Frage, wie stark Kinder mit chronischen Erkrankungen eigentlich im Lernalltag beeinträchtigt sind. Es ist für die Lehrkräfte

wichtig, dafür sensibilisiert zu sein und Kenntnisse zu haben. Frau Heinze ist über chronische Erkrankungen und Beeinträchtigungen von Schüler*innen informiert, wobei sich die rechtlichen Rahmenbedingungen hinsichtlich des Informationsaustauschs oft als hinderlich erweisen. Wenn es im Zusammenhang mit diesen Erkrankungen zu einem Vorfall kommt, kann sie angemessener darauf reagieren als Lehrkräfte, da diese aufgrund mangelnder Fachkenntnisse schnell überfordert sind. Um den Umgang mit diesen Erkrankungen und die Versorgung in Notfällen auch für die Zeiten zu unterstützen, zu denen die Schulgesundheitsfachkraft nicht anwesend ist, werden die Lehrkräfte auch von ihr informiert, wie fachgerecht geholfen werden kann. Die Schulgesundheitsfachkraft erweitert so auch die Kompetenzen der Lehrkräfte in diesem Bereich. Dabei sind Frau Heinzes „Schulungen“ nach Einschätzung der Schulleiterin sehr nah an der Tätigkeit der Lehrkräfte orientiert und nicht akademisch aus einer Außensicht angelegt.

Gerade im Bereich Prävention läuft laut Frau Heinze dennoch vieles erst nach und nach an. Auch an diesem Punkt sieht sie ein Problem darin, ihre Arbeitszeit auf drei Schulen verteilen zu müssen: Bei drei zu betreuenden Schulen bekomme man nicht alle relevanten Aktivitäten mit, weil keine ständige Präsenz gegeben ist, die einen besseren Einbezug und einen optimalen Informationsfluss gewährleisten könnte. Dies könne man deutlich im Vergleich mit der Oberschule merken, an der sie in Präventionsaktivitäten stärker involviert sei. Auch dort werde zwar von den verschiedenen Tätigkeitsbereichen der Schulgesundheitsfachkraft die Akutversorgung am meisten in Anspruch genommen. Insgesamt führen die drei Anwesenheitstage aber auch darüber hinaus zu einem stärkeren Einbezug in den Bereich Prävention, so gebe es z.B. eine starke Aktivität im Bereich der Stressprävention bzw. -bewältigung.

5.1.7 Wirkungen und Sichtweisen aller Beteiligten

Vor der Darstellung von positiven Effekten der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft sei angemerkt, dass die Befragten auch auf Nachfrage keinerlei negative Wirkungen berichten. Nach Ansicht der Schulleiterin sind solche auch nicht zu erwarten, denn wenn jemand ein Problem mit Frau Heinze und ihrer Tätigkeit habe, könne er/sie sich ihr ja entziehen. Frau Heinze müsse z.B. keine Zahnkontrolle übernehmen; dies ist ein Angebot, das freiwillig wahrgenommen werden kann und demnach auch keinen Ansatzpunkt für Probleme oder Kritik darstelle.

Frau Heinze selbst sieht den stärksten Effekt ihrer Tätigkeit in der medizinischen Versorgung der Kinder und in der entsprechenden Beratung, auch für zuhause. Auch hinsichtlich psychischer Problemlagen werde „einiges abgefangen“. Dass versorgte Schüler*innen gegebenenfalls zu einem Wiederholungsbesuch bei der Schulgesundheitsfachkraft eingeladen werden um die weitere Entwicklung zu besprechen, verleihe ihnen zusätzlich Sicherheit und das Gefühl, gut aufgehoben zu sein.

Generell führt die Tätigkeit von Frau Heinze zu einem erhöhten Sicherheitsgefühl im Schulleben. Obwohl Frau Heinze bisher nur an einem Tag in der Woche an der Schule anwesend sein konnte, ist hinsichtlich Erstversorgung und akuten Krankheits- oder Unfällen das Vertrauen

aller „Betroffenen“ (Schulleitung, Lehrkräfte, Schüler*innen, Eltern) in Frau Heinze viel größer als in die nur rudimentär für solche Zwecke geschulten Lehrkräfte. Dieses Vertrauen in die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft entlastet sowohl die Lehrkräfte als auch die Schulleitung.

Für die Lehrkräfte stellt die Anwesenheit von Frau Heinze auch deswegen eine „Riesenerleichterung“ dar, weil sie sich unsicher in der medizinischen Betreuung fühlen. Dies gilt grundsätzlich, aber insbesondere bei schulischen Veranstaltungen wie dem Sportfest.

Die befragten Schülerinnen bestätigen diese Sichtweisen: Sie sind sämtlich selbst aufgrund von Verletzungen im Schulalltag bereits mindestens einmal von Frau Heinze versorgt worden, haben sich dabei gut aufgehoben gefühlt, und berichten Ähnliches auch stellvertretend für ihre Mitschüler*innen. Nach ihrer Beobachtung holen viele Schüler*innen mittlerweile auch selbständig Frau Heinze hinzu, wenn sie Unfälle/Verletzungen von Mitschüler*innen beobachten.

Als wesentliche Veränderung durch die Anwesenheit der Schulgesundheitsfachkraft nennen also auch die Schüler*innen ein höheres Sicherheitsgefühl, gerade auch bei Veranstaltungen wie dem schulischen Sportfest. Sie wissen, dass Frau Heinze bei schweren Notfällen auch außerhalb ihres eigentlichen Anwesenheitstages von der Oberschule schnell zur Grundschule kommen kann. Weiterhin berichten sie, dass auch ihre Eltern die Schule nun als sicherer erleben. Außerdem sei Frau Heinze für sie wie eine Vertrauenslehrerin, mit der man über jedes Problem sprechen kann. Viele Schüler*innen gehen zu ihr, manchmal auch, wenn sie einfach reden wollen, z.B. über die Besserung von Verletzungen.

Aus Sicht der Elternvertreterin ist die Entlastung der Lehrkräfte durch eine Schulgesundheitsfachkraft ein wesentlicher Grund für das Interesse der Schule an einer Projektteilnahme gewesen. Frau Heinze kann sich aufgrund ihrer Fachkompetenz intensiver um Schüler*innen kümmern, erste Hilfe leisten und bessere Entscheidungen treffen. Die Schüler*innen sind somit an der Schule besser aufgehoben als früher. Die Schulgesundheitsfachkraft passt auch gegebenenfalls auf Schüler*innen auf, bis Eltern sie abholen können. Das können Lehrkräfte sonst meistens nicht leisten. Das erzeugt auch bei Eltern ein erhöhtes Sicherheitsgefühl.

Für die Schulleiterin zeigt sich dieses Vertrauen der Eltern zum Beispiel in den Fällen, wenn diese wegen gesundheitlicher Probleme ihrer Kinder angerufen werden müssen. Häufig sei dann als Reaktion die Frage zu hören, ob Frau Heinze denn nicht da sei. Obwohl sie an der Schule erst seit wenigen Monaten tätig sei, stelle sie für die Eltern bereits eine wichtige Person dar. Auch Eltern von Schulanfänger*innen wissen bereits, dass es Frau Heinze gibt, und suchen Kontakt zu ihr, insbesondere, wenn ihre Kinder unter chronischen Erkrankungen wie Diabetes oder Asthma leiden. Diese Eltern treffen dann Absprachen mit ihr.

Exemplarisch für positive Effekte der Tätigkeit von Frau Heinze benennt die Schulleiterin den Fall einer Schülerin mit sehr positiver Entwicklung, die mittlerweile weniger Fehlzeiten als früher aufweist, dafür aber öfter - vermutlich wöchentlich, also an jedem Anwesenheitstag der Schulgesundheitsfachkraft - mal zu Frau Heinze geht. Bei dieser Schülerin ist auch im

Unterricht zu beobachten, dass sie nicht nur seltener fehlt, sondern dass sie auch besser mitkommt. Und so hat Frau Heinze einige Schüler*innen, die sie kennt und die regelmäßig zu ihr kommen. Das sind dann Schüler*innen, die nicht aufgrund von Notlagen nach Hause geschickt werden müssen.

Frau Heinze wird von den Schüler*innen positiv wahrgenommen und geschätzt. Dies berichten nicht nur die Schüler*innen selbst, sondern auch übereinstimmend alle anderen Befragten. Die Schüler*innen nehmen sie als medizinische Fachkraft wahr, die sich mit medizinischen Dingen besser auskennt als alle anderen Personen an der Schule. Hinweise, Bewertungen und Empfehlungen von Frau Heinze werden daher von den Schüler*innen besser akzeptiert und ernster genommen als wenn sie von den Lehrkräften stammen. Sie äußern auch den Wunsch, Frau Heinze möge „ein paar Tage mehr“ an der Schule sein.

Frau Heinze selbst merkt eher zurückhaltend an, dass eine Steigerung des Sicherheitsgefühls vermutlich eher in Einzelfällen vorkomme; es sei auch aufgrund des bisherigen eher kurzen Projektzeitraums die Zeit auch zu kurz um zu bewirken, dass alle Schüler*innen aufgrund ihrer Anwesenheit lieber zur Schule gehen als vorher. Zumindest die befragten Schüler*innen konstatieren aber, die Schule mache durch die Anwesenheit von Frau Heinze auch etwas mehr Spaß, weil „noch jemand zum Reden da ist“.

Für die Lehrkräfte entsteht durch die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft eine „enorme“ Entlastung durch die professionelle Erstversorgung sowie durch die Betreuung von Schüler*innen in der Zeit, wenn sich die Lehrkräfte im Unterricht befinden. Die Entlastung resultiert nicht nur aus dem zeitlichen Aspekt, sondern auch durch das beruhigende Wissen, dass Frau Heinze sich fachkompetent um die Schüler*innen kümmert und, falls nötig, auch den Elternkontakt herstellt. Sie wird insbesondere spürbar bei der Erstversorgung nach Unfällen, aber auch bei schulischen Veranstaltungen, an denen Frau Heinze begleitend teilnimmt. Eine entsprechende Entlastung ist auch für das Sekretariat zu beobachten, das früher vieles „abfangen“ musste.

Die befragten Lehrkräfte nehmen die Schulgesundheitsfachkraft im Bedarfsfall auch als Ansprechpartnerin für die eigene gesundheitliche Versorgung wahr, haben sie in dieser Hinsicht bisher aber kaum in Anspruch genommen. Insgesamt, so die Schulleiterin, sei aber das Thema Lehrgesundheit durch die Anwesenheit von Frau Heinze stärker in den Fokus gerückt, wenngleich die Schule hinsichtlich Erkrankungen und Fehlzeiten vergleichsweise gut abschneide, denn das insgesamt gute Schulklima trage dazu bei, dass sich die Lehrkräfte an der Schule wohlfühlen.

Nach Beobachtung der Schulleiterin gibt es aber auch Skepsis im Kollegium. Die Lehrkräfte erleben Stress und Hektik im schulischen Ablauf – dagegen steht dann die Sichtweise von Frau Heinze, wenn sie zu Behutsamkeit im Umgang mit bestimmten Schülern rät. Wichtig ist dabei aus Sicht der Schulleiterin die Akzeptanz, dass Frau Heinze viele Dinge als Fachkraft einfach besser beurteilen kann. Manchmal hätten Kolleg*innen das Gefühl, dass sich Schüler*innen eher dem Unterricht entziehen wollen, indem sie gesundheitliche Probleme vorgeben. Dabei könne es, so die Schulleiterin, ja durchaus sein, dass ein*e Schüler*in schneller wieder fit

werde, wenn er/sie mal einen Tag zu Hause bleibe. Oder er konnte sich aktuell nicht richtig auf die Schule konzentrieren, z. B. weil zuhause etwas nicht stimmt. Frau Heinze sei sehr vorsichtig in solchen Sachen, aber manchmal können Kolleg*innen das nicht nachvollziehen. Frau Heinze entscheide das aber nach Fachkenntnis und nach intensivem Kontakt mit dem Kind. Auch dafür ist Kontinuität – im Sinne einer häufigeren Anwesenheit - wichtig, damit Frau Heinze die Situation und den Zustand von Schüler*innen noch besser einschätzen kann und Lehrkräfte das auch besser nachvollziehen können.

Zur Skepsis bei einigen Lehrkräften trägt aber auch bei, dass Frau Heinze eben nur an einem Tag anwesend sein kann und an den restlichen Tagen die Schule häufig doch wieder auf die alten Routinen im Umgang mit gesundheitlichen Problemen zurückgreifen muss. In diesem Sinne werde durch das Projekt zum Beispiel bei Eltern eine Erwartungshaltung aufgebaut, die aber nicht an jedem Tag erfüllt werden kann. Ähnliches gilt für den Projektcharakter der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft: Falls das Projekt ohne irgendeine Form der Verstetigung auslaufe sei es fraglich, welche Veränderungen aufrechterhalten werden können.

Ob grundsätzlich eine messbare Verbesserung des Sozialklimas an der Grundschule Trebbin bzw. des sozialen Zusammenhalts zwischen ihren Schüler*innen bewirkt wurde, kann bisher nicht zweifelsfrei bestätigt werden. Aus Sicht der Lehrkräfte ist dies eher wenig zu beobachten und angesichts der geringen Anwesenheitszeiten von Frau Heinze auch kaum zu erwarten. Die Schulleiterin weist dagegen darauf hin, dass die Schulgesundheitsfachkraft für das Schulklima gut sei, so z.B. durch die Schlichtung von Konflikten unter Schüler*innen. In diesen Fällen würden alle beteiligten Schüler*innen einbezogen um Empathie etc. zu erzeugen, was sich im Sozialklima durchaus positiv bemerkbar mache. Auch hier gilt jedoch, dass die geringe Anwesenheitszeit entsprechende Wirkungen erschwert. Dass Veränderungen im Sozialklima aber grundsätzlich als Effekt der Tätigkeit einer Schulgesundheitsfachkraft denkbar sind, zeigt ein Befund an der benachbarten Oberschule, an der Frau Heinze im Bereich der Stressprävention sehr aktiv war: Ihre Auswertung sogenannter Stresstests hat gezeigt, dass sich die Klassenatmosphäre durch diese Aktivitäten tatsächlich verbessert hat.

Ein positiver Effekt für die Eltern liegt aus Sicht der Befragten darin, dass sie mit einem hohen Sicherheitsgefühl ihrem Arbeitsalltag nachgehen können. Selbst wenn im Ausnahmefall ein*e Schüler*in von der Schule abgeholt werden muss, können Eltern das bei Anwesenheit der Schulgesundheitsfachkraft in Ruhe tun, weil das Kind bis zu ihrem Erscheinen gut aufgehoben ist. Darüber hinaus zeigen Gespräche von Frau Heinze mit Eltern zukünftiger Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen, dass diese froh sind, wenn es an den Schulen medizinische Fachkompetenz gibt und sich jemand professionell um sie kümmern kann.

Auch die Entlastung für die Schulleitung sei groß, so Frau Ueckert. Dies gilt zum Beispiel im Bereich der Fortbildung für Lehrkräfte. Im Regelfall werden Lehrkräfte beauftragt und gibt es einen Plan, wer zu welchen Gesetzesthemen die Kolleg*innen unterrichten muss. Dies übernimmt nun zu einem wesentlichen Teil Frau Heinze, soweit es um gesundheitsbezogene Themen geht.

Durch die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft kommt es teilweise auch zu einem Ausbau bzw. einer Intensivierung außerschulischer Kooperationen im Gesundheitsbereich. So sieht Frau Heinze eine gute Zusammenarbeit mit dem örtlichen Gesundheitsamt, vor allem mit der dortigen Kollegin, die sich mit dem Thema Gesundheitsvorsorge beschäftigt. Dort werden auch Fortbildungen angeboten, an denen Frau Heinze auch schon teilgenommen hat. Die Themen liegen im Präventionsbereich, beschäftigen sich mit der Frage, was in Schulen sinnvoll in diesem Bereich unternommen werden kann, sowie mit Materialien aus den Bereichen Suchtprävention, Lärm, Hygiene, Ernährung. Nach Einschätzung der Schulgesundheitsfachkraft bestanden solche Kontakte vorher in dieser Form nicht. Weiterhin bestehen Kontakte zu niedergelassenen Kinderärzten, wobei sich hier die Problematik ergibt, welche Informationen überhaupt ausgetauscht werden dürfen und welche Einverständniserklärungen der Eltern im Einzelfall vorliegen. Außerdem bestehen Kontakte zu den Unfallkassen, nicht zuletzt, weil diese auch an den Qualifizierungsmaßnahmen zur Schulgesundheitsfachkraft beteiligt waren.

Aus Sicht der Schulleiterin hätten die außerschulischen Kooperationen zu Beginn schneller in Gang kommen können. Eine gute Vernetzung zwischen den drei Projektschulen sei gegeben, da sich alle Schulen in Trägerschaft der Stadt Trebbin befinden. Allerdings erschien nach ihrer Wahrnehmung bspw. das Gesundheitsamt etwas skeptisch in Bezug auf das Projekt (Stand Januar), möglicherweise wegen der Befürchtung, die Schulgesundheitsfachkraft könne Zuständigkeiten und Kompetenzen beanspruchen, die traditionell beim Gesundheitsamt liegen. Hier wären Absprachen auf höherer Ebene sinnvoll, damit es eine bessere Vernetzung gibt, zumal hier die Chance liegt, die Gesundheitsvorsorge in Schulen weiter zu fassen und nicht nur auf der Ebene der Akutversorgung zu belassen. So könnte Frau Heinze z.B. vorab über zukünftige Schüler mit Erkrankungen Bescheid wissen und Gespräche mit Eltern führen, die sich dann weniger Sorgen machen müssen, dass ihre Kinder gut betreut und versorgt werden.

Die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft trägt auch zu einem positiven öffentlichen Bild der Schule bei. In den Medien wurde über das Projekt berichtet, so gab es Zeitungsartikel und auch einen Fernsehbeitrag. Das Projekt führt zum Beispiel zu einer positiven Außenwahrnehmung durch andere Schulen. Die Grundschule Trebbin wird von anderen als Modell wahrgenommen und durchaus manchmal auf das Projekt angesprochen.

Frau Heinze hat an Elternversammlungen zukünftiger neuer Schüler*innen teilgenommen und dort erlebt, dass viele Eltern bereits von der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft wussten – teilweise, weil sie bereits ein Geschwisterkind an der Schule hatten, aber teilweise auch durch die Berichterstattung oder „Mundpropaganda“. Die Schulgesundheitsfachkraft wird also in Trebbin auch über die Grenzen des Schulgeländes hinaus mit Interesse betrachtet, zumindest in der Zielgruppe der Eltern zukünftiger Schüler*innen.

5.1.8 Entwicklung während der Projektlaufzeit

Mit der Schulleitung der Grundschule Trebbin und der Schulgesundheitsfachkraft wurde im späten Frühjahr 2018 jeweils ein zweites Gespräch geführt, um Entwicklungen während des Projektverlaufs in die Evaluation mit einfließen lassen zu können. Mit der Schulleiterin erfolgte zudem zu Beginn des Schuljahres 2018/19 ein drittes Gespräch zur Vorbereitung der vorliegenden Fallstudie und zur Klärung offener Fragen und weiterer Perspektiven.

Als eine wesentliche Besonderheit ergab sich nach dem ersten Befragungszeitpunkt, dass sich die Grundschule Trebbin in der Zwischenzeit mit der unmittelbar benachbarten Oberschule darauf verständigt hat, dass Frau Heinze zukünftig durchgehend in ihren Räumlichkeiten an der Oberschule tätig ist, da sie dort über ein geeigneteres, größeres Zimmer verfügt. Von dort aus ist sie dann sowohl für die Oberschule als auch die Grundschule verfügbar. Sie bleibt also jederzeit für akute Notfälle an der Grundschule ansprechbar und leistet wie gewohnt weiteren Input für die Grundschule, z.B. im Rahmen von Präventionsaktivitäten und Fortbildung. Die Verlässlichkeit ihrer Unterstützung ist somit trotzdem gegeben und es entfällt die ständige Orientierungsnotwendigkeit, an welchem Tag sie an welcher Schule ist. Die Schüler*innen der Grundschule Trebbin werden zu Beginn des Schuljahres 2018/19 mit der neuen Situation vertraut gemacht und erhalten die Gelegenheit, sich persönlich die Gegebenheiten in der Oberschule anzusehen. Ob sich diese Regelung für beide Schulen bewährt oder ob hierdurch neue, unvorhergesehene Probleme entstehen, die die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft erschweren, wird sich im weiteren Verlauf des Projektes erweisen müssen.

Laut Schulleiterin ist die Schulgesundheitsfachkraft ansonsten in der Zwischenzeit ein fester Bestandteil der Schule geworden und aus dem Schulalltag nicht mehr wegzudenken. Sie hat Aufgaben übernommen, die die Schule nicht zurückhaben möchte bzw. ohne Schulgesundheitsfachkraft nicht leisten könnte. Sich angemessen um Kinder mit Problemen zu kümmern, oder auch mit den Eltern zu reden ist so zeitintensiv, dass das ohne Frau Heinze nicht leistbar wäre. Durch die intensive Betreuung wird gleichzeitig besser deutlich, wie umfassend bzw. vielschichtig die Probleme der Schüler*innen teilweise sind. Diesen „Service“ wieder wegzunehmen wäre ein ganz großer Qualitätsverlust für die schulische Arbeit. Eigene gesundheitliche Fragen der Lehrkräfte würden allerdings nach wie vor wenig thematisiert.

Bei Frau Heinze ist das Interesse an einer Weiterarbeit als Schulgesundheitsfachkraft auf jeden Fall vorhanden, nach eigenem Bekunden macht ihr die Tätigkeit „riesigen Spaß“. Ihr Arbeitstag ist zum Zeitpunkt der zweiten Befragung noch ausgefüllter. Während es am Anfang zwischendurch auch mal etwas Zeit zur Erledigung von Verwaltungsaufgaben gab, kommt sie nach eigenem Bekunden mittlerweile gar nicht mehr dazu, solange Schüler*innen im Haus sind. Der Schwerpunkt ihrer Tätigkeit liegt neben der Begleitung von Schulveranstaltungen nach wie vor in der Akutversorgung und Betreuung von Schüler*innen, sowohl hinsichtlich körperlicher als auch seelischer bzw. sozialer Problemlagen. An der Oberschule halten sich diese Facetten sogar die Waage, im Vergleich zu den Grundschulen sei der Anteil von Schüler*innen mit psychischen bzw. psychosozialen Problemen (z.B. hinsichtlich des Elternhauses oder Konflikten mit

Freunden) dort höher. Frau Heinze beobachtet, dass es einen gewissen Anteil an Schüler*innen gibt, die auch mit solchen Problemen lieber zur Schulgesundheitsfachkraft als zum Schulsozialarbeiter kommen. Das genaue Erkennen bzw. Verstehen solcher nicht offensichtlicher Problemlagen bedürfe aber einer besonderen Vertrauensbildung, die wiederum eigentlich auf permanenter Präsenz und Langfristigkeit basiert. Nicht nur deswegen sieht sich Frau Heinze in der Zwischenzeit darin bestätigt, dass drei zu betreuende Schulen zu viele sind, um optimale Wirkungen zu erzielen. Insbesondere die „Eintägigkeit“ an den beiden Grundschulen sei nicht förderlich für die Entfaltung ihrer Aktivitäten. Frau Heinze versteht sich nach wie vor – und durch ihre bisherigen Erfahrungen sogar zunehmend – als Schulgesundheitsfachkraft und nicht als Schulkrankenschwester. Dies betont sie auch immer in Versammlungen gegenüber den Eltern der künftigen neuen Schüler*innen. Sie macht in diesem Zusammenhang deutlich, dass sie sich nicht nur um Krankheit, sondern um Gesundheit kümmert und sich dabei als Knotenpunkt für sämtliche gesundheitsbezogenen Belange der Schule versteht, nicht nur als Akutversorgerin für Schüler/innen. Das funktioniere faktisch aber eigentlich nur, wenn eine Schulgesundheitsfachkraft ihre Tätigkeit auf lediglich einen Standort konzentrieren könne.

In diesem Sinne strebt Frau Heinze auch an, in ihrer Tätigkeit perspektivisch noch stärker den Präventionsbereich zu intensivieren, wofür der bisherige Zeitraum auch im zweiten Gespräch noch als zu kurz wahrgenommen wird. Ähnlich äußert sich die Schulleiterin: der Bedarf für Präventionsprojekte ist demzufolge deutlich größer, als Frau Heinze an einem Anwesenheitstag abdecken kann. Für viele Punkte in der Tätigkeitsbeschreibung sei der bisherige Projektzeitraum nach wie vor zu kurz, vor allem da vier, fünf Monate allein zu Beginn für den Einstieg verloren gegangen sind.

Frau Heinze kann sich auch eine systematische Beteiligung an der schulischen Programmentwicklung für die Zukunft grundsätzlich vorstellen, aber dann am besten auch nur konzentriert an einem Standort, da es sonst schwierig zu organisieren sei. Grundsätzlich besteht an den Schulen durch die jeweiligen Absprachen und Zielvorstellungen auch unterschiedlich viel eigener Handlungsspielraum für die Schulgesundheitsfachkräfte. Dort, wo die Akutversorgung von Schüler*innen als dominierender Teil der Tätigkeit erwartet werde, bestehe wenig Raum für alles, was darüber hinaus geht. Eine Intensivierung weiterer Aktivitäten, z.B. im Präventionsbereich, sei dann kaum möglich, auch wenn Frau Heinze eigentlich weitergehende Vorstellungen hätte. Der Grund hierfür liege nicht in der vorgegebenen Tätigkeitsbeschreibung für die Schulgesundheitsfachkraft, die eigentlich umfangreiche Aktivitäten über die Akutversorgung hinaus vorsieht, sondern in der spezifischen Auslegung durch die einzelnen Schulen.

Die Integration von Frau Heinze in die Schule ist weiter fortgeschritten. Die Teilnahme an einer Schulkonferenz ist weiterhin eher die Ausnahme, aber an Lehrerkonferenzen und Dienstbesprechungen nimmt Frau Heinze regelmäßig teil. Im Juni 2018 fand die erste Elternversammlung für Schulanfänger*innen statt, in der Frau Heinze für das Einverständnis der Eltern gewonnen hat, dass ihre Kinder von ihr betreut werden dürfen. Insgesamt ist Frau Heinze nach eigener Wahrnehmung mittlerweile viel mehr im Schulgebäude „unterwegs“, auch um nach

Schülern zu sehen, die sie kürzlich in Behandlung hatte. Wo es möglich ist, geht Frau Heinze auch zu passenden Themen in die Klassen. Es kommt auch immer häufiger vor, dass Lehrkräfte sie aktiv ansprechen und fragen, ob sie etwas zu bestimmten Themen beitragen kann (z.B. Sehtests zum Thema Sinne).

Die Zusammenarbeit zwischen Frau Heinze und den Eltern hat sich ebenfalls noch erweitert. Frau Heinze nimmt inzwischen häufiger Kontakt mit Eltern auf und stößt in der Regel auf eine positive Resonanz; sie erhält auch positives Feedback durch die Elternsprecher*innen. Die generelle Akzeptanz der Eltern in Bezug auf eine Schulgesundheitsfachkraft sei noch stärker geworden; so haben im Nachhinein auch Eltern die Einwilligungen zur Betreuung ihrer Kinder durch die SGFK unterschrieben, die es am Anfang nicht wollten. Viele Eltern haben im Projektverlauf gemerkt, wie wertvoll die Schulgesundheitsfachkraft ist; manchmal haben sie ihr Einverständnis nach erfolgter Hilfe in akuten Notfällen gegeben. Vorbehalte der Eltern (z.B. aus sozial schwachen Familien) gegenüber der Schulgesundheitsfachkraft und dem Modellprojekt liegen nach wie vor im Datenschutz und in der Angst, dass familiäre Probleme offensichtlicher werden, weil noch jemand intensiv darauf schaut. Die Schulleiterin erneuert in dieser Hinsicht ihren Wunsch nach einer langfristig anderen Rolle der Schulgesundheitsfachkraft: Wenn die Schulgesundheitsfachkraft pädagogische Mitarbeiterin und damit regulärer Teil des Kollegiums wäre, wäre das Problem gelöst, weil dann Einverständniserklärungen nicht mehr notwendig sind und ein angemessener Informationsfluss zwischen allen Beteiligten gewährleistet ist. Dies betrifft auch das bisher ungelöste Problem, dass Frau Heinze nach wie vor nicht die schulärztlichen Stellungnahmen bei der Einschulung zur Verfügung stehen.

Die Zusammenarbeit mit dem örtlichen Gesundheitsamt ist aus Sicht von Frau Heinze intensiver geworden. Frau Heinze steht dort auch als Moderatorin zur Verfügung, und dies auch - in Absprache mit ihrem Arbeitgeber - für projektfremde Schulen. Dort gibt es ein Netzwerk von Moderatoren, die zum Beispiel Themen wie Sucht oder HIV bearbeiten und Interessierte mit entsprechenden Maßnahmen und Materialien vertraut machen. Die anderen Moderatoren, die sämtlich an Schulen, Jugendeinrichtungen oder Beratungsstellen tätig sind, können im Gegenzug auch an die Projektschulen kommen. Es kommt also zu diesen Themen zu einem präventionsbezogenen Austausch über die Projektgrenzen hinweg. Die Schulleiterin wünscht sich noch mehr Vernetzung mit dem Gesundheitsamt, bestimmte Aufgaben müssten besser abgesprochen sein (z. B. im Bereich Zahnprophylaxe).

Für die Grundschule Trebbin ist laut Schulleiterin ein zunehmend wichtiger Aspekt der Umgang mit chronisch kranken Kindern und alles, was damit zusammenhängt. Angesichts einer zunehmenden Zahl von Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen hat das Kollegium immer versucht sich fortzubilden. Mittlerweile geben die Lehrkräfte an betroffene Eltern Kärtchen von Frau Heinze und bitten sie, sich mit ihr in Verbindung zu setzen. Frau Heinze entscheidet dann, ob das ein Thema für Fortbildung/Konferenzen sein könnte/sollte und Schulungen stattfinden müssen. Im Rahmen der Vorbereitungstage für das neue Schuljahr finden zwei Konferenzen statt; an beiden Tagen ist Frau Heinze mit 30 Minuten eingeplant. An einem Tag kommt Frau Heinze dann zusammen mit Eltern eines schwer

Diabetes-kranken Kindes und schult das Kollegium, wie im Notfall reagiert werden muss, wenn Frau Heinze nicht da ist. Am anderen Tag kommt sie in Begleitung von Eltern eines Kindes mit schweren allergischen Reaktionen um zu informieren, was bei einem allergischen Schock zu tun ist. Solche Schulungen sind quasi zur Selbstverständlichkeit geworden.

Frau Heinze nimmt das Curriculum der Qualifizierung zur Schulgesundheitsfachkraft als bereits sehr umfangreich wahr, sieht aber dennoch weiteren Fortbildungsbedarf, z.B. hinsichtlich pädagogischer Fragestellungen und Kompetenzen. Daher nimmt sie weiter an Fortbildungen teil, teilweise auch in koordinierender Funktion für weitere Kolleg*innen, beispielsweise fährt sie mit einer zukünftigen Klassenlehrerin und einem Horterzieher nach Potsdam ins Klinikum zur Fortbildung. Das entlastet die Schulleitung ungemein, weil sie sich sonst darum kümmern müsste, und es schafft zudem Vertrauen bei den Eltern, weil sie wissen, dass die Schule gut auf Notfälle vorbereitet ist.

5.1.9 Perspektiven

Alle Befragten sind sich darin einig, dass das Projekt Schulgesundheitsfachkraft weitergeführt werden sollte und es ein großer Verlust für die schulische Arbeit wäre, wenn es keine Schulgesundheitsfachkraft mehr gäbe. Allerdings wären mehr Anwesenheitstage der Schulgesundheitsfachkraft wünschenswert. Ein Anwesenheitstag wird als unzureichend bewertet und führt dazu, dass das eigentliche Potenzial der Schulgesundheitsfachkraft selbst in der Akutversorgung bei weitem nicht optimal ausgeschöpft werden kann, denn Unfälle etc. beschränken sich ja nicht auf den einen Anwesenheitstag. Die Zufriedenheit der Eltern ist so ausgeprägt, dass sie sogar eine Unterschriftensammlung durchgeführt haben, damit das Projekt fortgeführt wird und Frau Heinze an der Schule weiterhin tätig sein kann.

Die Schulleitung besitzt zusätzlich zum Wunsch nach mehr Anwesenheits- bzw. Verfügbarkeitstagen weitere klare Vorstellungen, in welche Richtung sich das Projekt bzw. die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft weiter entwickeln sollte.

- Die Schulgesundheitsfachkraft sollte mehr zu einer pädagogischen Mitarbeiterin werden, Zugang zu Akten über Schüler*innen haben, auch Zugang zu Ergebnissen der Einschulungsuntersuchung, damit sie gegebenenfalls bei Fragen und Auffälligkeiten auch bei Eltern nachhaken kann. Dann gäbe es keine Dunkelzone mehr hinsichtlich des Austauschs über Schüler*innen. Wenn zum Beispiel Informationen aus der Einschulungsuntersuchung vorliegen, dass ein Kind dem Augenarzt vorgestellt werden sollte, könne Frau Heinze dies ohne großen Datenschutzaufwand in Kooperation mit den Eltern mit im Auge behalten, da es sonst niemand prüft. Ähnliches gelte für Impfnachweise. Frau Heinze könne als „steter Tropfen“ dienen, damit sich wirklich jemand um solche Empfehlungen kümmert.
- Ohnehin sind die Datenschutzbestimmungen für die Schulgesundheitsfachkraft immer eine Gratwanderung, wenn Eltern die Einwilligungen nicht unterschrieben haben. Vor allem Eltern aus sozialen Brennpunkten wollen anscheinend nicht, dass andere einen Blick

auf ihre Lebenslage nehmen – was kein spezifisches Phänomen in Bezug auf die Schulgesundheitsfachkraft ist, sondern genauso z. B. für Schulsozialarbeiter*innen gilt. Problematisch sind die Beschränkungen im Informationsaustausch bspw. auch hinsichtlich der Aktualität von Notrufnummern der Eltern. Diese werden meist über die Klassenlehrer*innen erstellt; auf die stetig aktualisierten Listen sollte die Schulgesundheitsfachkraft Zugriff haben. Auch wenn die Zahl der Einwilligungen zugenommen hat, wären hier generelle Regelungen zu Status und Rechten der Schulgesundheitsfachkraft hilfreich.

- Präventionsaktivitäten sollten in Zukunft noch mehr Raum bzw. Zeit einnehmen. Wenn die Schulgesundheitsfachkraft mehr Zeit an der Schule hätte, könnte sie sich auch noch stärker an AGs beteiligen. Die Stärkung der Interessen von Schüler*innen in Arbeitsgemeinschaften ist ein wichtiger Bestandteil des Schulprogramms, z.B. in der seit zwei Jahren bestehenden AG „Junge Sanitäter“, die von einem berenteten früheren Rettungssanitäter geleitet wird und bereits einmal Landesmeister wurde. Schüler*innen, die in diesen AGs mitwirken, zeichnen sich häufig durch eine besondere soziale Begabung aus, die positiv zum Schulklima beiträgt, zum Beispiel wenn Kinder sich untereinander bei kleinen „Wehwehchen“ kümmern. Frau Heinze wäre auch schon mehr in die Arbeit mit Vorschulkindern integriert worden, wenn bekannt wäre, dass das Projekt weitergeht.
- Einen weiteren wichtigen Punkt sieht Frau Ueckert in der Frage der Ersthelferausbildung. Es besteht eine schulinterne Absprache, dass möglichst alle Lehrkräfte eine Ersthelferausbildung haben sollten. Im letzten Jahr hat der entsprechende Kurs allerdings nicht stattgefunden, weil nicht genug Teilnehmer*innen zusammengekommen waren. Grundsätzlich soll die Ersthelferausbildung wieder intensiviert werden und auf dem aktuellen Stand sein. Diese Ausbildung muss von der Schule aber selbst finanziert werden und ist aufwändig, weil sie ein bis zwei Tage in Anspruch nimmt. Frau Heinze könne als ständige Unterstützung anders agieren, so dass alle Lehrkräfte einen Zugang zu der Ausbildung haben und nicht nur eine schmale Quote von zwei Lehrkräften mit Ersthelferausbildung erfüllt ist. Eine Schulgesundheitsfachkraft sollte ein Zertifikat haben zur Abnahme der Ersthelferausbildung.
- Im Bereich Fortbildung wünscht sich Frau Ueckert einen noch systematischeren bzw. kontinuierlicheren Einbezug der Schulgesundheitsfachkraft: Frau Heinze könnte dem Kollegium systematisch Informationen zu jeweils aktuellen Themen geben, z.B. zum Umgang mit gesundheitlichen Problemen wie Allergien, Asthma, Diabetes. Die Schule wäre dann nicht auf externe Angebote angewiesen.
- Eine tägliche Verfügbarkeit der Schulgesundheitsfachkraft würde auch die Medikamentengabe für Schüler*innen erleichtern, insbesondere bei Vorliegen chronischer Erkrankungen mit ständigen Medikationserfordernissen. Dies kann bisher von der Schule nicht gewährleistet werden und bleibt daher in der Verantwortung der Eltern.

Etwas zurückhaltender sind die Wünsche der befragten Lehrkräfte: Sie wünschen sich keine großen Veränderungen im Tätigkeitsprofil der Schulgesundheitsfachkraft. Auch zukünftig wird

ihre Aufgabe vor allem in der akuten medizinischen Versorgung gesehen, die Lehrkräfte eben nicht leisten können. Dagegen solle sie sich als „Krankenschwester“ (sic!) weder mit Ämtern herumärgern noch mit der schulischen Sozialpädagogin in ihrer Tätigkeit überschneiden. Dazu zählen sie auch die Pflege außerschulischer Kooperationen, die aus ihrer Sicht auch eher eine Aufgabe für die Sonderpädagogin sei.

Frau Heinze würde sich zur weiteren Unterstützung ihrer Tätigkeit eine relativ spontane Zugangsmöglichkeit zu einem ärztlichen Ratgeber wünschen. Sie konstatiert, die SGFK trügen in ihrer Tätigkeit eine hohe Verantwortung, und eigentlich gebe es überall anders in solchen Fällen ärztliche Ansprechpartner, die bei Unsicherheiten und Beratungsbedarf konsultiert werden können. Es wäre schön, wenn es für die Schulgesundheitsfachkraft auch zumindest eine telefonische Kontaktmöglichkeit gäbe, bei akuten Notfällen könne man auch nicht lange auf eine Reaktion per E-Mail warten.

Die Unterstützung durch eine weitere Schulgesundheitsfachkraft würde Frau Heinze auch begrüßen, vielleicht mit einer Spezialisierung auf bestimmte Tätigkeitsschwerpunkte, da die Vorstellungen zum Leistungsspektrum der Schulgesundheitsfachkraft sehr breit gefächert sind. In diesem Zusammenhang betont sie, dass auch das bereits entstandene Netzwerk der Schulgesundheitsfachkräfte wichtig sei, über das die Kolleg*innen untereinander kommunizieren und Rücksprache halten. Dieses Netzwerk könne aber keine ärztliche Kompetenz und Meinung ersetzen.

Und auch Frau Heinze erkennt die Bestimmungen zum Datenschutz als Hindernis: Die Schweigepflicht behindere eine optimale Zusammenarbeit. Wenn Lehrkräfte Probleme mit Schüler*innen schilderten, dürfe eine Schulgesundheitsfachkraft eigentlich gar nichts dazu sagen. Perspektivisch wäre eine Veränderung wünschenswert, die einen freien und uneingeschränkten Austausch wichtiger Informationen gewährleistet.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Grundschule Trebbin sehr zufrieden mit dem Modellprojekt bzw. mit der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft ist. Ein Auslaufen würde als großer Verlust wahrgenommen, insbesondere in einer Situation, in der sich die Schule als „Schule für gemeinsames Lernen“ mit neuen Herausforderungen konfrontiert sieht. Selbst wenn nicht gewährleistet werden kann, dass eine Schulgesundheitsfachkraft uneingeschränkt und täglich die Schule unterstützt, ist ihre punktuelle Unterstützung ein großer Gewinn für die Schule. In diesem Sinne ziehen die Befragten das Fazit: „Ein Tag Schulgesundheitsfachkraft ist besser als kein Tag Schulgesundheitsfachkraft“.

5.1.10 Quellen (letzte Zugriffe am 21.02.2019)

<https://bildungsserver.berlin-brandenburg.de/schule/schulen-in-berlinbrandenburg/as/zur-lehrergesundheit-an-schulen-im-land-brandenburg/projekt-gesunde-schule/>

https://de.wikipedia.org/wiki/Trebbin#cite_note-Historisches_Gemeindeverzeichnis-8

https://www.grundschule-trebbin.de/neue_seite_1.htm

<https://www.stadt-trebbin.de/>

<http://www.teltow-flaeming.de/de/landkreis/staedte-und-gemeinden/trebbin.php>

5.2 Oberschule „Ulrich von Hutten“ Frankfurt (Oder) „Bildung ist das höchste Gut und kranke Kinder können nicht gut lernen“

Auf den folgenden Seiten wird die Umsetzung des Projekts SGFK an der Oberschule „Ulrich von Hutten“ in Frankfurt (Oder) beschrieben. An der Oberschule „Ulrich von Hutten“ wurden im Rahmen von drei Besuchen eines oder beider Verfasser insgesamt acht Gespräche mit der Schulgesundheitsfachkraft, der Schulleiterin und der Mentorin, drei weiteren Lehrkräften sowie vier Schüler*innen geführt.

Auch für die Oberschule „Ulrich von Hutten“ gilt, dass keine Verallgemeinerung der hier beschriebenen schulischen Erfahrungen auf andere Projektschulen beabsichtigt oder legitim ist. Grundsätzlich dienen Fallstudien dem Zweck, einen Sachverhalt interpretationsarm so zu beschreiben, dass unbeteiligte Leser*innen einen möglichst zutreffenden Überblick über einen Einzelfall erhalten. Die Beantwortung der Frage, ob und inwieweit die hier geschilderten Erfahrungen mit dem Modellprojekt SGFK auch auf die Situation an anderen Projektschulen zutreffen, ist kein Ziel dieser Beschreibung.

5.2.1 Hintergrund der Schule

Die Oberschule „Ulrich von Hutten“ befindet sich etwa einen Kilometer südlich der Innenstadt von Frankfurt (Oder). Frankfurt (Oder) ist trotz eines starken Rückgangs der Einwohnerzahl seit 1989 die viertgrößte kreisfreie Stadt Brandenburgs und liegt seit dem Ende des zweiten Weltkriegs unmittelbar an der Grenze zu Polen. Ende des Jahres 2017 betrug die Einwohnerzahl laut städtischer Homepage 58.483 Personen, während es 1988 noch ca. 88.000 Personen waren. Analysen prognostizieren einen weiteren Rückgang der Bevölkerung in den nächsten Jahren und Jahrzehnten, faktisch hat sich die Einwohnerzahl allerdings seit ca. 2012 auf dem derzeitigen Niveau stabilisiert.

Die Oberschule „Ulrich von Hutten“, die nach einem Humanisten aus der Zeit der Renaissance benannt ist, ist eine von zwei Oberschulen in Frankfurt (Oder). Neben diesen beiden Oberschulen existieren in der Stadt außer zwei Förderschulen noch die Eliteschule des Sports, die Freie Waldorfschule, zwei Gymnasien sowie ein Oberstufenzentrum als weiterführende Schulen.

Die Oberschule „Ulrich von Hutten“ ist als „Schule mit hervorragender Berufs- und Studienorientierung“ zertifiziert und befindet sich in öffentlicher Trägerschaft. Sie wurde 1978 erbaut und besteht gegenwärtig aus dem 2005 sanierten Haus 1, einem Containergebäude als Übergangslösung bis zum Neubau des zweiten Hauses sowie einer Turnhalle. Zu DDR-Zeiten war die Schule zunächst eine Polytechnische Oberschule, im zweiten Gebäude gab es auch eine Erweiterte Oberschule, die zum Abitur führte, und es gab auch einmal einen Grundschulteil. Im Schuljahr 1991/92 wurde die Schule zu einer Gesamtschule, und im Schuljahr darauf wurde die gymnasiale Oberstufe etabliert. Im Schuljahr 2010/11 wurde die Schule dann nach einer

politischen Entscheidung aufgrund zu geringer Schülerzahlen in der gymnasialen Oberstufe umgewandelt in eine Oberschule.

Die Schule wird im Schuljahr 2018/19 von 514 Schüler*innen besucht, die sich auf insgesamt 23 Klassen verteilen. Die zehnte Jahrgangsstufe ist fünfzünftig, die siebte bis neunte sind sechszünftig. Damit ist die Schule der Schulleiterin zufolge die wahrscheinlich größte Oberschule im Land Brandenburg. Insgesamt sind 42 Lehrkräfte an der Schule tätig, außerdem aktuell zwei Schulsozialarbeiter*innen. An der Schule können die „Erweiterte Bildungsreife“ (Hauptschulabschluss), die „Fachoberschulreife“ (Realschulabschluss) sowie die „Fachoberschulreife mit der Berechtigung zum Besuch der gymnasialen Oberstufe“ erworben werden. Die Schule ist eine Ganztagschule in teilgebundener Form, in der die siebte und achte Jahrgangsstufe dienstags bis donnerstags ganztägig an der Schule sind.

Der Unterrichtsbeginn der ersten Stunde ist um 7.30 Uhr, um 16.00 Uhr ist die neunte und letzte Stunde im Ganztagsangebot beendet. Für Fahrschüler*innen besteht ab 7.00 Uhr das Angebot eines „offenen Frühbeginns“, um in Ruhe in der Schule anzukommen, sich auf den Unterricht vorzubereiten oder einfach zu „relaxen“.

Die Schule hat in ihrem Schulprogramm Grundorientierungen in vier Bereichen schulischer Arbeit formuliert:

- Das Leitbild für den Unterricht umfasst die Ziele, Schüler*innen für ein lebenslanges Lernen zu qualifizieren und gezielt auf die Arbeitswelt vorzubereiten.
- Für das allgemeine Schulleben wird ein positives Schul- bzw. Sozialklima mit einem „fairen Miteinander“ und ohne Gewalt als Ziel formuliert. Dafür existiert seit dem Schuljahr 2018/19 auch eine gemeinsame Schulvereinbarung, in dem für Schüler*innen, Eltern und Lehrkräfte Verhaltensregeln und ggf. Sanktionen bei Verstößen formuliert sind.
- Im Bereich „Kooperation und Partizipation“ wird vor allem die Bedeutung der Eltern als Partner der schulischen Arbeit betont. Weitere Schwerpunkte sind die Förderung einer aktiven Beteiligung der Schüler*innen am Schulleben sowie die Zusammenarbeit mit Unternehmen und anderen externen Partnern im Rahmen der Berufsorientierung.
- Für das Schulmanagement werden u.a. ein einheitliches pädagogisches Handeln, gegenseitige Beratung und Unterstützung sowie eine hohe Identifikation von Schüler*innen, Lehrkräften und anderen schulischen Mitarbeiter*innen mit der Schule als Ziele angesprochen.

Die Schulleiterin, Frau Reinhardt, ist in den 1980er Jahren nach ihrem Studium an die Schule gekommen und wurde nach einer Zeit als stellvertretende Schulleiterin im Jahr 2008 Schulleiterin.

5.2.2 Befragungen

Dem Bericht liegen die folgenden Gespräche zugrunde:

- Befragungen von vier Schüler*innen (ein Schüler und eine Schülerin aus der Jahrgangsstufe 10, zwei Schülerinnen aus der Jahrgangsstufe 8)
- Befragungen von drei Lehrkräften (zwei Lehrerinnen, ein Lehrer)
- Befragungen der Schulleitung: erstes Gespräch mit der Schulleiterin Frau Reinhardt und der SGFK-Mentorin Frau Grüneberg, zweites und drittes Gespräch mit Frau Reinhardt

5.2.3 Bewerbung der Schule

Das Interesse der Schule an einer Schulgesundheitsfachkraft reicht schon einige Jahre zurück, denn die Schülergesundheit war dort schon vor der Teilnahme am Modellprojekt ein wichtiges Thema. Schon lange bevor das Modellprojekt spruchreif war, hat sich die Schulleiterin Unterstützung durch eine Schulgesundheitsfachkraft gewünscht. Allgemein ist das Schülerklientel an Oberschulen nach Wahrnehmung der Schulleiterin höchst heterogen und zeigt gerade im Gesundheitsbereich eine Größenordnung von Problemen, bei der man auf jede Art fachlicher Unterstützung gerne zurückgreift. Die 2010/11 erfolgte Umwandlung der Schule von einer Gesamt- in eine Oberschule hat einen in dieser Form nicht erwarteten Wechsel in der Zusammensetzung der Schülerschaft bedeutet, der das gesamte Schulleben verändert hat. Die Schule befindet sich in einem sozialen Brennpunkt der Stadt, und die Eltern, die großen Wert auf die Entwicklung ihrer Kinder legen, haben nach der Umwandlung ihre Kinder lieber auf ein Gymnasium geschickt. Die Schülerschaft hat sich in der Folge sehr verändert. Dies ging einher mit einer Häufung von gesundheitlichen, emotionalen und sozialen Bedürfnissen unter den Schüler*innen. Die Schule hat mit aller Kraft versucht, durch hohes Engagement und Weiterbildung von Lehrkräften auf diese Situation zu reagieren. Da die Probleme trotzdem als überwältigend empfunden wurden, hat sich die Schulleiterin in der Verantwortung gefühlt, so viel weitere Hilfe wie möglich einzuholen, was letztlich auch zum Interesse an einer Schulgesundheitsfachkraft geführt hat.

Frau Reinhardt war bereits an einer frühen Planungsgruppe zur Realisierung eines solchen Projekts in Potsdam beteiligt und vertrat dort die Sichtweise der „Praktiker“ aus den Schulen. Im Vorfeld dazu hatte sie mit dem Kollegium eine Umfrage unter den Schüler*innen der damaligen siebten Jahrgangsstufe durchgeführt um festzustellen, mit welchen Krankheiten und Bedürfnissen die Schüler*innen eigentlich in ihre Schule kommen. Dass es in dieser Hinsicht eine gravierende Problematik geben musste, war beispielsweise an der Beobachtung deutlich geworden, dass der Schulsekretär kaum noch zur Arbeit an seinen eigentlichen Kernaufgaben kam, weil jeden Tag 10 bis 20 Schüler*innen mit diversen gesundheitlichen Beschwerden betreut werden mussten.

Als Ergebnis der Umfrage wurden zahlreiche Gesundheitsprobleme der Schüler*innen deutlich, z.B. emotional-soziale Störungen, Autismus, Krankheiten des Bewegungsapparates,

Diabetes etc. Eine ausgeweitete Befragung führte später zu einem ähnlichen Ergebnis. Auch die befragten Lehrkräfte führen das breite Spektrum und immer häufigere Auftreten gravierender gesundheitlicher Probleme von Schüler*innen als wesentlichen Grund für das Interesse der Schule an einer SGFK an. Die gesundheitlichen Probleme stellen Lehrkräfte zunehmend vor Herausforderungen, die sie nicht mehr bewältigen können. Als das Modellprojekt „Schulgesundheitsfachkraft“ spruchreif war, hat Frau Reinhardt deswegen nach eigenen Worten „lautstark“ für ihre Schule Bedarf angemeldet. Durch die Teilnahme am Projekt ist für die Schule ein großer Wunsch in Erfüllung gegangen.

5.2.4 Persönlicher Hintergrund der Schulgesundheitsfachkraft

Die Schulgesundheitsfachkraft an der Oberschule „Ulrich von Hutten“ ist Annegret Altmann. Sie war nach ihrer Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin im stationären Krankenhaus-Bereich tätig, darunter einige Jahre im Intensivbereich. Sie verfügt zusätzlich über eine Weiterqualifikation zur Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivmedizin.

Als das Brandenburger Modellprojekt startete, suchte sie gerade nach einem neuen Tätigkeitsfeld, möglichst in der Arbeit mit Kindern. Vom Modellprojekt Schulgesundheitsfachkraft hat sie zuerst aus der Zeitung erfahren und fand es sofort sehr interessant, auch hinsichtlich des Curriculums der Qualifizierungsmaßnahmen. Die Veränderung passte auch zu ihrem privaten Wohnortwechsel. Darüber hinaus bietet ihr die neue Tätigkeit auch Vorteile hinsichtlich der Arbeitsbedingungen ohne Schichtdienst, Wochenenddienste etc.

Frau Altmann ist seit 2017 Schulgesundheitsfachkraft und war somit eine der ersten Schulgesundheitsfachkräfte im Modellprojekt. Neben der Oberschule „Ulrich von Hutten“, an der sie jeweils von Mittwoch bis Freitag tätig ist, betreut sie montags und dienstags noch die Lenné-Grundschule in Frankfurt (Oder) mit etwa 300 Schüler*innen.

5.2.5 Integration der Schulgesundheitsfachkraft

Von Beginn an war die Schule bestrebt, dass die Schulgesundheitsfachkraft kein „Fremdkörper“ im Schulleben sein sollte. Obwohl sie formal keine pädagogische Mitarbeiterin ist, wird sie dennoch als Teil des Kollegiums begriffen und soll sich auch in diesem Sinne der Schule zugehörig fühlen. Deswegen wurde ihr auch ein Zimmer im Hauptgebäude zur Verfügung gestellt, und nicht im Nebengebäude, was auch eine Option gewesen wäre. Wenn die Schulgesundheitsfachkraft nicht gut in das Kollegium bzw. das Schulleben einbezogen wäre, würde das Projekt aus Sicht der Schulleiterin keinen rechten Sinn machen. Wenn sie nur zur Akutversorgung abgestellt wäre und jenseits vom allgemeinen Schulgeschehen agierte, würde das nicht funktionieren. Dass es um ein Miteinander geht, war von Anfang an die klare schulische Vorstellung.

Frau Altmann hat sich in allen Klassen und in den Elternversammlungen persönlich vorgestellt, damit alle auch das passende Gesicht zur neuen Rolle kennenlernen. Bei den

Vorstellungen in den Klassen hat sie die Schüler*innen auch darüber informiert, für welche Fragen und Probleme sie als Ansprechpartnerin zur Verfügung steht. Sie sieht ebenfalls die räumliche Nähe ihres Zimmers zu Schulleitungsbüros, Sekretariat und Lehrerzimmer als wichtige Voraussetzung dafür an, dass Schüler*innen schnell zu ihr geschickt werden können oder sie selbst schnell zusätzliche Informationen einholen kann. Die befragten Schüler*innen können ohne Zögern benennen, wo sich der Raum von Frau Altmann befindet.

Frau Altmann kann - schon aus rein zeitlichen Gründen - nicht in jede Beratung oder Schulkonferenz kommen, aber sie wird regelmäßig und gerne eingebunden, wenn es in Gremien um gesundheitliche Belange geht. Ansonsten wohne sie Beratungen oft eher als stille Beobachterin bei, da sie aufgrund ihrer Schweigepflicht zu Diskussionen über spezifische Schüler*innen nicht viel beitragen darf, selbst wenn sie sie kennt.

Das relativ große Kollegium der Oberschule hat ihr das Kennenlernen aller Lehrkräfte nach eigener Einschätzung etwas erschwert, zumal einige Fachlehrer*innen teilweise ihre Räume im anderen Gebäude haben und selten im Hauptgebäude auftauchen, in dem Frau Altmann ihr Büro hat.

Feedback von der Schule bekam die Schulgesundheitsfachkraft regelmäßig: Ihre Mentorin hatte eine Vorgabe vom Projektträger für die Häufigkeit der zu erstellenden Protokolle und Entwicklungsberichte. Daher kam es gerade anfangs alle 14 Tage zu einem routinehaften Austausch. Mit längerer Laufzeit des Projekts wurde der Bedarf an Feedback dann ein bisschen geringer. Oft finden Besprechungen auch mehr oder weniger spontan und „auf Zuruf“ statt; Frau Altmann kommt dann zur Schulleitung und berichtet, mit welchen Aktivitäten sie gerade beschäftigt ist. Da ihr Zimmer gegen- über dem der Schulleitung liegt, sieht man sich ohnehin ständig und tauscht sich auch ohne formalen Anlass aus. Auch aus Sicht von Frau Altmann gibt es mit der Schulleitung einen regen Austausch. Besprochen werden Termine (Elternversammlungen, Veranstaltungen, Tag der offenen Tür etc.) und organisatorische Dinge, darunter auch Absprachen, wenn die Schulleiterin Schüler*innen an sie verweisen möchte, die in irgendeiner Form gesundheitlich auffällig sind. Insgesamt bekomme sie ein positives Feedback von der Schulleiterin, so Frau Altmann.

In der Zusammenarbeit mit den Lehrkräften hat Frau Altmann zu Beginn ihrer Tätigkeit auch Vorbehalte einiger Lehrkräfte wahrgenommen, zum Beispiel wegen des Aufwands, der durch eine Projektteilnahme für eine Schule unweigerlich entsteht, und des anfangs noch unbestätigten Nutzens. Diese Vorbehalte seien aber mittlerweile fast völlig verschwunden; manchmal kämen Lehrkräfte jetzt auch mit eigenen kleinen gesundheitlichen Anliegen wie z.B. der Bitte um eine Blutdruckmessung zu ihr. Eine der befragten Lehrkräfte äußert noch einen weiteren Grund für eine anfängliche Skepsis: Da noch keine Erfahrungen mit der Tätigkeit und Wirkung einer Schulgesundheitsfachkraft vorlagen, habe sie die Befürchtung gehabt, das Büro der Schulgesundheitsfachkraft könne zu einem „Liebeskummer-Ausheul-Zimmer“ werden. Das ist aber nicht eingetroffen, wie die Erfahrung gezeigt habe. Die positiven Erfahrungen während der Projektlaufzeit führen somit auch zu einer positiveren Wahrnehmung der Schulgesund-

heitsfachkraft durch Teile des Lehrerkollegiums, die anfangs noch Zweifel an ihrem Nutzen hatten.

Zu einer Beteiligung Frau Altmanns an Aktivitäten im Rahmen der Schulentwicklung bzw. der Arbeit am Schulprogramm kam es bis zum ersten Befragungszeitpunkt im Winter 2018 nicht. Mit der Schulsozialarbeiterin gibt es einen Austausch, der allerdings etwas dadurch erschwert ist, dass sich deren Büro im anderen Schulgebäude befindet. Frau Altmann schickt Schüler*innen zu ihr wenn sie merkt, dass deren Anliegen nicht in ihren Aufgabenbereich fallen. Die Lehrkräfte merken an, dass die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft und ihr Fachwissen von einem Sozialarbeiter nicht ersetzt werden können. Ihrer Wahrnehmung zufolge gehen die Schüler*innen tatsächlich vorrangig mit körperlichen Problemen wie Kopfschmerzen, Bauchschmerzen etc. zu ihr. Ein reines „Ausquatschen“ falle dagegen eher in den Bereich der Schulsozialarbeiterin. Die Schulleiterin weist ausdrücklich darauf hin, dass sich die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft und die Schulsozialarbeit ergänzen, aber keinesfalls so weit überschneiden, dass sie sich gegenseitig ersetzen könnten.

5.2.6 Aktivitäten der Schulgesundheitsfachkraft

Die wesentlichen Aktivitäten von Frau Altmann liegen im Bereich der Akutversorgung und im Bereich der Präventionsarbeit. Ein weiterer wichtiger Bereich ist die Funktion als Vertrauensperson für die Schüler*innen, wobei sich diese Funktion und die Akutversorgung aus Sicht von Frau Altmann praktisch schlecht voneinander trennen lassen: Schüler*innen würden auch mit körperlichen Gesundheitsproblemen nicht zu ihr kommen, wenn kein positives Vertrauensverhältnis gegeben wäre. Auch für die befragten Schüler*innen sind vor allem die akute Versorgung in Notfällen und die Aktivitäten im Präventionsbereich sichtbar. Als Gründe, warum Schüler*innen zu Frau Altmann gehen, nennen sie körperliche Beschwerden und psychosoziale Probleme quasi in einem Atemzug. Wenn zum Beispiel Probleme mit Eltern vorlägen, könne man sich bei ihr Rat holen und nach Lösungen suchen oder sich einfach nur „ausquatschen“.

5.2.6.1 Akutversorgung

An einem normalen Tag stehen zum Arbeitsbeginn morgens um 7.15 Uhr meistens schon die ersten Schüler*innen vor dem Zimmer der Schulgesundheitsfachkraft, wenn sie es aufschließt. Manchmal entstehe dann der Eindruck einer „regelrechten Belagerung“, so Frau Altmann, mit den Worten der Schulleiterin kommen die Schüler*innen quasi „überfallgleich“ zu ihr. Sie sei möglicherweise die Schulgesundheitsfachkraft in Brandenburg, die am meisten durch die Akutversorgung von Schüler*innen ausgelastet ist; diese Rückmeldung erhält die Schule auch durch den regionalen Arbeitskreis des Modellprojekts in Frankfurt.

Demzufolge überrascht es nicht, dass die Akutversorgung den größten Teil ihrer Tätigkeit ausmacht. Ihr hauptsächliches Tagesgeschäft besteht auch nach Beobachtung der Schulleiterin aus der Bewertung bzw. Behandlung bei anfallenden Krankheiten, Unpässlichkeiten, Unfällen,

sowie aus der Kontaktaufnahme mit Eltern und dem Informieren über die gesundheitlichen Beschwerden ihrer Kinder. Dabei ist auch die Konsultation durch Schüler*innen mit psychosozialen Problemen an der Tagesordnung. Frau Altmann kümmert sich um eine Vielzahl von Problemen der Schüler*innen, so Frau Reinhardt. Nach Wahrnehmung von Frau Altmann trete bei den älteren Schüler*innen der Oberschule im Vergleich zu den Grundschüler*innen das Psychische mehr in den Vordergrund. Während die Versorgung wegen körperlicher Symptome bei den Jüngeren noch 60 bis 70 Prozent der Versorgung ausmachten, seien es bei den Älteren vielleicht noch 30 Prozent.

Bis 13 oder 14 Uhr wird Frau Altmann dann mehr oder weniger pausenlos entweder von Schüler*innen konsultiert oder von Lehrkräften besucht, die mit ihr etwas absprechen wollen. Nach dem Eindruck der befragten Schüler*innen hilft sie bei kleineren Verletzungen, man könne aber auch mit anderen Problemen zu ihr kommen, zum Beispiel, wenn man zuhause Probleme habe. Man könne dann nach Lösungen suchen oder sich einfach nur aussprechen.

Ab 14.30 Uhr leitet sie donnerstags im Rahmen des Ganztags eine Arbeitsgemeinschaft zum Thema Gesundheit, in der es in erster Linie um gesunde Ernährung geht und gemeinsam gekocht wird. Darüber hinaus bereitet sie nach dem großen Ansturm der Schüler*innen ihre eigene Arbeit der nächsten Tage vor, kommuniziert gegebenenfalls noch mit Eltern und arbeitet die Dokumentation ihrer Tätigkeit ab, was sie teilweise in der Schule, teilweise aber auch zuhause erledigt, weil sie dort doch ungestörter ist.

Sie leistet weiterhin auch Unterstützung bei schulischen Veranstaltungen wie dem Sportfest oder dem Tag der offenen Tür. Klassenfahrten und Ausflüge kann sie kaum begleiten, weil dann automatisch der Großteil der Schüler*innen, die an diesen Fahrten nicht teilnehmen, unversorgt bliebe.

5.2.6.2 Prävention, Projekte und Unterricht

In der Anfangszeit des Projektes war Frau Altmann aufgrund der Qualifizierungsmaßnahmen erst einmal wenig an der Schule präsent, also musste sich jede über die Erstversorgung hinausgehende Aktivität erst einmal langsam aufbauen.

Im Präventionsbereich begleitet Frau Altmann punktuell Projekte im Unterricht, zum Beispiel in den Fächern „Lebenskunde - Ethik - Religionskunde“ oder Biologie zu den Themen gesunde Ernährung, Geschlechtskrankheiten, Verhütung oder Sucht. Lehrkräfte kommen auch auf sie zu und fragen, ob sie zu einem Thema etwas beitragen kann, z.B. im Bereich Sexualkunde. Sie führt gelegentlich auch Bewegungsübungen im Sportunterricht zur Schulung motorischer Fähigkeiten durch. Darüber hinaus leitet sie die bereits angesprochene AG zum Thema Gesundheit bzw. gesunde Ernährung. Sie ist auch dabei, wenn die Frauenärztin oder der Zahnarzt an die Schule kommen und unterstützt die Fach- und Klassenlehrer durch Informationen zu Infektionskrankheiten.

Eine systematische Früherkennung von gesundheitlichen Auffälligkeiten gehört bisher eher nicht zum Tätigkeitsspektrum von Frau Altmann. Dies findet eher in Einzelfällen und in

Absprache bzw. nach Anforderung mit Klassenlehrer*innen statt: wenn dies*er etwas an den Schüler*innen auffällig findet, schaut sich Frau Altmann den/die Schüler*in an und gibt gegebenenfalls eine Empfehlung für eine weitere Diagnostik durch einen Facharzt.

Die Herstellung oder Pflege außerschulischer Kooperationen ist bisher kein zentraler Aspekt der Tätigkeit von Frau Altmann gewesen. Externe Kontakte bestehen über den regelmäßig stattfindenden regionalen Arbeitskreis, bei dem auch Vertreter*innen des Gesundheitsamts dabei sind. Es existiert eine Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugend-Gesundheitsdienst, der die Schuleingangs- und -ausgangsuntersuchungen durchführt. Dort gibt es Ansprechpartner*innen, die auch bei fachlichen Fragen zur Verfügung stehen, zum Beispiel aus der dortigen Hygiene-Abteilung, wenn es um Probleme mit Läusen geht. Ansonsten fehlt Frau Altmann aus Sicht der Schulleitung eigentlich auch die Zeit für weitere außerschulische Kooperationen; sie würde neben ihrem Tagesgeschäft zusätzliche Aufgaben kaum noch „stemmen“ können.

5.2.7 Wirkungen und Sichtweisen aller Beteiligten

Frau Altmann freut sich über das wachsende Vertrauen der Schüler*innen, das nicht zuletzt durch die stetig wachsende Zahl an „Patient*innen“ dokumentiert wird. Viele kleine Gesten und Zeichen der Lernenden vermitteln ihr, dass sie an der Schule eine gute und wichtige Tätigkeit ausübt.

Die Schulleiterin konstatiert, ohne Schulgesundheitsfachkraft sei die Betreuung der Schüler*innen mit großen Problemen für die Schule behaftet. Problematisch sei es auch, wenn der Schulsekretär deswegen für die Erledigung seiner eigentlichen Aufgaben zeitweise ausfällt. Die Schulgesundheitsfachkraft übernimmt nun die Akutversorgung. Dies bedeutet eine unmittelbare Entlastung für Schulleitung und Sekretariat, denn Schüler*innen werden direkt von der Schulgesundheitsfachkraft „abgefangen“ und kompetent betreut bzw. beraten. Sie kann auf Grundlage ihrer Fachkompetenz auch begründet entscheiden, ob gesundheitliche Probleme so stark sind, dass die Schüler*innen nicht weiter am Unterricht teilnehmen können und von Eltern bzw. Erziehungsberechtigten abgeholt oder zur weiteren Diagnostik/Behandlung überwiesen werden müssen, oder ob die Schüler*innen nach einer kurzen Ruhe- und Erholungspause wieder in den Unterricht zurückgehen können. Die Schüler*innen haben deswegen auch weniger Fehlstunden, weil sie nicht bei jedem Unwohlsein direkt nach Hause geschickt werden müssen. Dies entspricht auch der Wahrnehmung der Schüler*innen und der Lehrkräfte.

Das Wichtigste an einer Schulgesundheitsfachkraft sei also ihre Funktion als Kümmerer, denn sie könne sich anders und gebündelter um die Belange der Kinder kümmern als Lehrkräfte, so die Schulleiterin. Sie hat guten Zugang zu den Schüler*innen, auch durch ihre eigene Jugendlichkeit. Die Schüler*innen nehmen sie voll an, haben Vertrauen, aber auch Respekt. Und sie geben Dinge preis, die sie den Lehrkräften nicht erzählen würden.

Frau Reinhardt zufolge gebe es aber auch kritische Stimmen außerhalb der Schule, die diesbezüglich dann anmerken, das sei eigentlich Job des Schulsozialarbeiters, und Pflaster kleben

könnten auch die Lehrkräfte. Eine andere kritische Argumentation sei, es wäre doch „all die Jahre“ auch ohne Schulgesundheitsfachkraft gegangen. Die Schulgesundheitsfachkraft wird von manchen externen Entscheidungsträgern für eine Modeerscheinung gehalten. Für die Entwicklung der Schüler*innen ist die Schulgesundheitsfachkraft aber nach Überzeugung der Schulleiterin „Gold wert“. Frau Altmann merkt in dieser Hinsicht an, allein der immense Andrang für ihre Beratung, auch hinsichtlich verschiedenster Probleme, indiziere nicht nur ein großes Vertrauen der Schüler*innen, sondern eben auch, dass es offensichtlich diesbezüglich einen großen Bedarf gebe, der anders nicht gedeckt wird. Ihre neutrale Stellung in der Schule und ihre Schweigepflicht seien oft ein Vorteil im Kontakt mit den Schüler*innen. Eine Lehrkraft beschreibt die Tätigkeit von Frau Altmann mit den Schlagworten: „Sie verarztet Wunden und sie verarztet die Seele.“

Ob Schüler*innen wegen ihrer Anwesenheit und Tätigkeit lieber als vorher zur Schule kommen oder sich Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung der Schüler*innen und das Sozialklima an der Schule ergeben, findet Frau Altmann (noch) zu spekulativ.

Die Schulgesundheitsfachkraft unterstützt die Schule aber nicht allein durch die Zeitersparnis, die für Lehrkräfte oder anderes Schulpersonal beobachtbar ist, weil diese sich nicht mehr um die Akutversorgung kümmern müssen. Auf einer weiteren Ebene entlastet sie die Lehrkräfte auch durch ein stärkeres Sicherheitsgefühl, das durch ihre fachliche Kompetenz entstehe. Lehrkräfte waren früher in kritischen Situationen selbst oft unsicher hinsichtlich des richtigen Verhaltens und der angemessenen Versorgung von Schüler*innen. Nun wissen sie, dass eine Fachkraft beurteilt, ob ein Problem so ernsthaft ist, dass ein Rettungswagen gerufen werden oder ein*e Schüler*in zum Arzt überwiesen werden muss.

Eine Ansprache der Schulgesundheitsfachkraft wegen eigener gesundheitlicher Probleme ist nach Einschätzung der Schulleiterin für die Lehrkräfte bisher eher wenig zu beobachten. Die befragten Lehrkräfte geben allerdings an, mit Frau Altmann auch schon über kleine persönliche gesundheitliche Fragen gesprochen zu haben.

Die befragten Schüler*innen sehen genauso wie die anderen Befragten vor allem zwei wesentliche Effekte der Arbeit von Frau Altmann, und zwar einerseits die zeitliche Ersparnis, die es sowohl den Lehrkräften als auch dem Sekretariat ermögliche, ihren eigentlichen Aufgaben konzentrierter nachzugehen, sowie andererseits die qualitativ bessere Betreuung durch die vorhandene fachliche Expertise der Schulgesundheitsfachkraft. Sie bewerten es positiv, dass Frau Altmann zwar immer reichlich beschäftigt sei, aber trotzdem immer für sie Zeit habe.

Die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft hat nach Beobachtung der Schulleiterin auch abseits der Akutversorgung eine deutliche Wirkung, denn sie ist für die Schüler*innen Ansprechpartnerin auf einer ganz anderen Ebene als die Lehrkräfte, gerade auch wenn einmal die Sozialarbeiterin ausfällt. Dies trifft für Schülerinnen vielleicht noch etwas stärker zu als für Schüler, aber auch diese nehmen sie durchaus in Anspruch. Die Schüler*innen lieben Frau Altmann, so Frau Reinhardt, auch weil sie gegebenenfalls als zusätzliche Vertrauensperson für ihre seelischen bzw. psychosozialen Probleme dient. Auch Frau Altmann selbst nimmt dies so wahr: Sie

ist für die Schüler*innen Vertrauensperson und Ansprechpartnerin in allen Lebenslagen, bei Liebeskummer, Mobbing, Stress im Elternhaus, Konflikten mit Mitschüler*innen.

Manchmal betätigt sich Frau Altmann auch als Motivatorin, um Schüler*innen in der Schule zu halten. Gerade die älteren Schüler*innen hätten oft keine Lust auf Schule. Während diese früher oft kleinste gesundheitliche Probleme zum Anlass genommen haben, um nach Hause geschickt zu werden, versucht Frau Altmann sie zu einem Verbleib an der Schule bzw. im Unterricht zu bewegen. Dies ist aus ihrer Sicht ein sehr wesentlicher Effekt ihrer Tätigkeit.

Die Befürchtung, Schüler*innen wollten sich mit einer Konsultation bei der SGFK vorrangig dem Unterricht entziehen, teilt die Schulleiterin grundsätzlich nicht. Nach ihrer Einschätzung haben die Schüler*innen dann wirklich etwas auf dem Herzen, auch wenn es nicht immer offensichtliche körperliche Probleme seien. Frau Altmann biete den Schüler*innen so auch einen Rückzugsraum, wie es Lehrkräfte gar nicht leisten können. Und im Zweifelsfall sei sie auch gut in der Lage, körperliche Gründe von anderen Ursachen für plötzlich auftretende Bauchschmerzen zu unterscheiden – häufig reicht dann schon ein Tee und ein Gespräch, und die Bauchschmerzen sind wieder verschwunden.

Die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft besitzt auch eine Außenwirkung und stellt einen Faktor dar, der auf Eltern wirkt und sie neugierig macht. Auch Schulen in der Umgebung sind auf das Projekt aufmerksam geworden und hätten auch gerne eine Schulgesundheitsfachkraft.

Hinsichtlich der Kooperation zwischen Frau Altmann und den Eltern weist die Schulleiterin darauf hin, dass die Schülerschaft höchst heterogen sei und dies genauso auf die Eltern zutrefte. Manche Eltern seien gut ansprechbar, übernähmen gerne Verantwortung und unterstützten die Schule. Aber es gebe auch Eltern, die mit ihren eigenen Problemen ausgelastet und überfordert sind. Und es gebe auch völlig desinteressierte Eltern. Die meisten Eltern seien aber trotzdem dankbar, dass die Schulgesundheitsfachkraft an der Schule tätig ist. Sie bietet Sicherheit für Eltern und Lehrkräfte, weil sie eine professionelle Versorgung bei gesundheitlichen Problemen der Schüler*innen gewährleistet. Dies betrifft auch die manchmal zu fällende Entscheidung, ob Schüler*innen aufgrund ihrer Beschwerden nach Hause geschickt werden müssen. Lehrkräfte haben im Tagesgeschäft überhaupt nicht die Zeit, herauszufinden, was mit dem Kind wirklich los ist, z.B. bei Bauchschmerzen, die eigentlich gar keinen körperlichen, sondern einen seelischen Hintergrund haben. Weiterhin merkt Frau Reinhardt an, Frau Altmann habe auch gegenüber den Eltern einen anderen Status als die Lehrkräfte. Eltern bäten sogar manchmal darum, dass ihre Kinder wegen eines Gesprächs zur Schulgesundheitsfachkraft geschickt werden, weil sie selbst gerade keinen guten Zugang zu ihnen haben. Frau Altmann berichtet ebenfalls von einem positiven Feedback der Eltern. Die Eltern seien - von Ausnahmefällen abgesehen - insgesamt froh, dass sie da ist und fühlten sich sicherer, weil nun ihre Fachkompetenz an der Schule vorhanden ist.

Schüler*innen mit chronischen Krankheiten spielen zum Zeitpunkt des Erstgesprächs für die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft noch keine große Rolle. Frau Altmann weist in diesem

Zusammenhang darauf hin, dass diese Kinder bereits durch die Hauskrankenpflege und gegebenenfalls durch Schulbegleiter*innen gut betreut sind. Eine Übernahme dieser Betreuung sei unter anderem deswegen nicht realistisch, weil ihre Unterstützung nicht für jeden Tag gewährleistet wäre. Die Schulleiterin weist in diesem Zusammenhang allerdings darauf hin, dass in diesem Bereich dennoch eine Entlastung von Lehrkräften gegeben sei, da Frau Altmann z.B. hinsichtlich Informationen zu Krankheitsbildern oder zu besonderen Maßnahmen bei Klassenfahrten (z.B. Aufbewahrung von Medikamenten) angesprochen werde und hier einen hilfreichen Input gebe.

Trotz allem wird die Tatsache, dass Frau Altmann der Schule nicht täglich zur Verfügung steht, von Frau Reinhardt als Hindernis für eine optimale Wirksamkeit ihrer Tätigkeit angesehen. Um noch wirksamer zu werden, müsste sie demzufolge an jedem Schultag anwesend sein. Es herrscht zwar Transparenz, warum die Entscheidung so gefallen ist, dass eine Schulgesundheitsfachkraft sich zurzeit im Regelfall um mehr als eine Schule kümmern muss. Sie könnte aber viel mehr bewirken, wenn sie nur an einer Schule wäre. Aus Sicht einer Oberschule wird dabei auch kritisch gesehen, dass sich die Zuteilung der Schulgesundheitsfachkräfte rein nach den absoluten Schülerzahlen richtet. Dabei würden Schulformen nicht hinreichend differenziert: Da bei den Schüler*innen der Oberschule ganz andere Problem- und Bedürfnislagen vorliegen als beispielsweise bei Grundschüler*innen, seien 500 zu betreuende Schüler*innen an der Oberschule schon „der Wahnsinn“ und würden einen umfangreicheren Einsatz der Schulgesundheitsfachkraft rechtfertigen.

Letztlich merkt die Schulleiterin noch an, die Wirksamkeit einer Schulgesundheitsfachkraft stehe und falle wahrscheinlich auch mit der konkreten Person, die diese Funktion ausübt, also auch mit ihrer Motivation und Eigeninitiative. Frau Altmann bringe diese elementaren Merkmale mit, was zu ihrer erfolgreichen Tätigkeit beitrage.

Als einzige negative Wirkung der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft könne für die Schüler*innen angesehen werden, dass sie bei unklaren Symptomen nicht mehr so einfach nach Hause gehen können, kommentiert Frau Altmann mit einem Augenzwinkern.

5.2.8 Entwicklung während der Projektlaufzeit

Mit der Schulleitung der Oberschule „Ulrich von Hutten“ und der Schulgesundheitsfachkraft wurde im Sommer 2018 jeweils ein zweites Gespräch geführt, um Entwicklungen während des Projektverlaufs in die Evaluation mit einfließen lassen zu können. Mit der Schulleiterin erfolgte zudem im September 2019 ein drittes Gespräch zur Vorbereitung der vorliegenden Fallstudie und zur Klärung offener Fragen und weiterer Perspektiven.

Die Schulleiterin zeigt sich zum Zeitpunkt des zweiten Gesprächs insgesamt hochzufrieden mit der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft und ihren Wirkungen. Alles, was man sich vorher erhofft habe, sei tatsächlich auch eingetreten, so Frau Reinhardt. Frau Altmann werde an der Schule uneingeschränkt akzeptiert und sei gut integriert. Nach gegenseitiger Absprache nimmt Frau Altmann an Elternversammlungen und Konferenzen, aber nicht an allen

Dienstbesprechungen teil, weil es bei letzteren oft zu wenig Überschneidungspunkte gibt. Sie wird aber dann hinzugezogen, wenn es um konkrete Schüler*innen geht und Frau Altmann zu der Diskussion aus ihrer Sicht etwas beitragen kann. Eine Bildungswirksamkeit der Schulgesundheitsfachkraft ergibt sich nach Einschätzung der Schulleiterin einerseits über den Einbezug von Frau Altmann in die Vermittlung gesundheitsrelevanter Themen, beispielsweise im Biologieunterricht. Außerdem unterstütze sie den Bildungsauftrag der Schule durch die Verringerung von Fehlzeiten durch die fachkompetente Versorgung der Schüler*innen.

Die Schulleiterin konstatiert, Frau Altmann mache in gewissem Ausmaß alles, was in der Tätigkeitsbeschreibung der Schulgesundheitsfachkraft formuliert ist, den Hauptanteil nehme aber nach wie vor die Akutversorgung ein und es sei auch nicht absehbar, dass sich daran unter den gegebenen Rahmenbedingungen perspektivisch viel ändere. Auch aus Sicht von Frau Altmann hat sich die Tätigkeit in der Zeit zwischen den beiden Befragungen nicht sehr verändert. Die Schwerpunkte liegen nach wie vor in der Akutversorgung, der Prävention und in der Funktion als Vertrauensperson für die Schüler*innen. Verändert haben sich allerdings die Anteile der Bereiche an der Gesamttätigkeit: Die Präventionsarbeit im Unterricht nimmt mittlerweile mehr Zeit ein. Wegen eines Inputs für den Unterricht wird Frau Altmann teilweise von den Lehrkräften angesprochen, teilweise geht sie mit eigenen Angeboten auf Lehrkräfte zu. Dann finden auch Projekte wie das Händewaschtraining statt, das in dieser Form in keinem Lernplan verankert ist.

Hinsichtlich eines Beitrags der Schulgesundheitsfachkraft zur Schulentwicklung hat sich die Situation auch nicht substantiell verändert. Eine weitere Vernetzung mit externen Kooperationspartnern findet punktuell statt, kommt aber nur langsam voran. Nach dem Eindruck von Frau Altmann, die selbst erst vor relativ kurzer Zeit zugezogen ist, könnte es sich hier um ein regionales Phänomen handeln, das eine Vernetzung insgesamt erschwert. Die Schulleiterin nennt als wesentlichen Kooperationspartner das Gesundheitsamt, Sozialamt oder Jugendamt fänden das Projekt Schulgesundheitsfachkraft zwar gut, aber es gebe keinen konkreten Grund für eine vertiefte Kooperation.

Hinsichtlich der Effekte ihrer Tätigkeit beobachtet Frau Altmann weiterhin bei den Schüler*innen ein gesteigertes Gefühl der Sicherheit, das auch einen Beitrag zu einem besseren Lernen darstelle. Die früheren Einschätzungen zur Entlastung der Lehrkräfte gelten nach wie vor: Diesen gehen durch die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft weniger zeitliche Ressourcen durch die Akutversorgung von Schüler*innen verloren; außerdem profitieren sie von einem erhöhten Sicherheitsgefühl durch die nun vorhandene Fachkompetenz bei der Bewertung gesundheitlicher Probleme. Dieser Effekt und die erkennbar hohe Qualität der Arbeit von Frau Altmann tragen vermutlich auch zu einer noch höheren Akzeptanz unter den Lehrkräften bei. Insgesamt hat sich durch die einkehrende Routine in der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft auch eine bessere und selbstverständlichere Kommunikationsebene mit den Lehrkräften entwickelt.

Als Hindernis für eine noch wirkungsvollere Tätigkeit werden nach wie vor die bürokratischen Erfordernisse angesehen, die mit der Anlage des Projekts einhergehen, so z.B. die Notwendigkeit von Einverständniserklärungen der Eltern oder die umfangreichen schriftlichen Befragungen, die trotz einer positiven Grundeinstellung zum Projekt auf viel Unverständnis und Widerstand bei den Eltern gestoßen seien. Eine Erschwernis ist aus Sicht von Frau Altmann auch die umfangreiche Leistungsdokumentation, die zu Evaluationszwecken angefertigt werden muss. Der hierdurch entstehende Aufwand reduziert in merkbarem Umfang die Zeit, die in die eigentliche Tätigkeit investiert werden kann. Eltern freuen sich über die Schulgesundheitsfachkraft, aber es gibt auch Eltern, die die umfangreichen und teils indiskreten Fragen der Evaluation ablehnen.

Das stetige Wechseln ihres Arbeitsplatzes zwischen den beiden betreuten Schulen wird von Frau Altmann als wenig problematisch erlebt. Sie nimmt zwar wahr und versteht, dass sich beide Schulen eigentlich eine ganzwöchige Anwesenheit wünschen würden. Persönlich erlebt sie den Wechsel zwischen Grund- und Oberschule mit den unterschiedlichen Altersklassen und Entwicklungsständen der Schüler*innen aber durchaus auch als bereichernd, weil die Problemlagen altersentsprechend jeweils andere sind, sie dadurch mehr Abwechslung erlebt und sich immer neue Gedanken machen muss.

Ob es in der öffentlichen Wahrnehmung der Schule durch das Projekt eine Veränderung gegeben hat, vermag Frau Altmann nicht einzuschätzen. Aus ihrer Sicht ist unklar, ob es zum Beispiel den Eltern neuer Schüler*innen bei der Anmeldung bewusst ist, dass es eine Schulgesundheitsfachkraft an der Schule gibt. Wenn sie davon erfahren, sind sie dazu jedenfalls sehr positiv eingestellt. Frau Reinhardt berichtet aber, dass die Schulgesundheitsfachkraft in der Außendarstellung der Schule gerne erwähnt wird, dies sei auch attraktiv in der Werbung um Eltern von potentiellen neuen Schüler*innen. Diese seien immer sehr positiv interessiert, wenn sie von der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft erfahren. Die hohe Akzeptanz des Projekts bei Eltern wird auch darin deutlich, dass es bei den Eltern der neuen Siebtklässler*innen kaum noch Weigerungen gab, die für die Betreuung durch die Schulgesundheitsfachkraft notwendigen Einverständniserklärungen zu unterschreiben. Anstelle allgemeiner Elternversammlungen lädt die Oberschule „Ulrich von Hutten“ am Ende der sechsten Klasse alle Eltern der zukünftigen neuen Schüler*innen mit ihren Kindern zu einem persönlichen Gespräch in die Schule ein. In diesem Rahmen wurde von der zukünftigen Klassenleitung das Projekt Schulgesundheitsfachkraft, seine Hintergründe und Ziele ausführlich erläutert, was dazu geführt hat, dass fast alle Eltern ihr Einverständnis gegeben haben.

5.2.9 Perspektiven

Die schulische Bedürfnislage für eine fortgesetzte Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft ist in jedem Fall gegeben. An dieser Grundvoraussetzung hat sich aus Sicht der Schulleiterin seit Beginn des Projekts nichts geändert. Die Ausstattung durch den Projektträger sei gut; wenn die AWO die Grundausstattung nicht abgesichert hätte, hätte die Schule dies kaum leisten

können. Frau Altmann kümmert sich auch selber um die Dinge und Ressourcen, die sie für ihre Arbeit benötigt.

Wie an den meisten anderen Projektschulen besteht auch an der Oberschule „Ulrich von Hutten“ der Wunsch nach mehr Kontinuität im Sinne einer täglichen Anwesenheit der Schulgesundheitsfachkraft. Nach Wünschen und Visionen für die weitere Entwicklung des Dienstes einer Schulgesundheitsfachkraft gefragt, nennt die Mentorin eine stärkere Verzahnung mit der Schulsozialarbeit bzw. mit allen gesundheitsrelevanten Diensten, z.B. den Schulpsycholog*innen. Diese seien allerdings für viel zu viele Schulen zuständig, könnten auch lediglich beraten, aber aus Zeitgründen keine Therapie etc. gewährleisten. Wenn mehr Kräfte da wären, wäre aber auch eine stärkere Verzahnung möglich.

Die Schulleiterin wünscht sich, dass Frau Altmann noch mehr in den Unterricht gehen und Projekte begleiten könne. Im Ganztagsbetrieb könne sie auch über die Angebote von Arbeitsgemeinschaften wirksam werden. Letztlich müsse man dabei aber auch das Zeitbudget für die Tätigkeit im Auge behalten, denn viel mehr als momentan könne sie gar nicht schaffen, weil sie ohnehin meist ausgelastet ist. Es gebe Tage, an denen die Schüler Schlange stehen und man ein Wartezimmer einrichten könnte, so die Schulleiterin. Frau Altmann sieht dies ebenso: Ihr Arbeitstag ist schon sehr gefüllt mit Schüler*innen, die Gesprächsbedarf haben, Elternkommunikation usw. Die Schüler*innen wünschen sich im Bereich von Projekten und Unterricht konkret ein regelmäßiges Angebot von Erste-Hilfe-Kursen.

Zum Zeitpunkt des ersten Gesprächs ist nach Ansicht aller Befragten die Dauer der Tätigkeit in den Schulen noch zu kurz, um über eine Weiterentwicklung des Tätigkeitsfelds der Schulgesundheitsfachkraft nachzudenken. Das könne sich erst mit dem Fortschreiten des Projekts zeigen. Letztlich sei auch hier die Frage der Kontinuität entscheidend. Wenn die permanente Anwesenheit der Schulgesundheitsfachkraft an einer Schule gewährleistet wäre, könnte man ganz anders mit ihr planen. Aber eine erweiterte Aufgabenfülle könne eine Person unter den momentanen Rahmenbedingungen an zwei oder mehr Schulen nicht schaffen.

Frau Altmann ist persönlich erfreut, wenn das Projekt verlängert wird und äußert eine hohe Motivation, ihre Tätigkeit weiterzuführen. Die Fortführung des Projekts könnte aus ihrer Sicht zum Beispiel die langsam voranschreitende Netzwerkarbeit erleichtern. Als ein ganz wesentliches Problem hinsichtlich ihrer bisherigen Tätigkeit führt sie an, dass der Austausch mit Lehrkräften über Schüler*innen durch die bestehende Schweigepflicht behindert wird. Diese resultiert unter anderem daraus, dass sie nicht direkt bei der Schule bzw. der zuständigen Schulbehörde angestellt ist, sondern bei der AWO als Projektträger. Hier müsse im Idealfall Abhilfe und Verhaltenssicherheit geschaffen werden. In bestimmten Fällen behelfe sie sich damit, dass sie Lehrkräften ein bestimmtes Angebot für einen inhaltlichen Input im Unterricht anbietet, ohne konkrete Probleme oder Klagen bestimmter Schüler*innen zu benennen. Dies würde sie dann tun, wenn sie vermehrt von Schüler*innen etwas über bestimmte Probleme oder Vorfälle hören würde.

Frau Altmann sieht für sich einen Bedarf zur Weiterqualifizierung, um den realen Anforderungen an die Tätigkeit einer Schulgesundheitsfachkraft noch besser gerecht zu werden. Sie äußert sich allerdings skeptisch, ob eine weitere gemeinsame Fortbildung für alle Schulgesundheitsfachkräfte sinnvoll ist: Sie vermutet, dass nicht alle Schulgesundheitsfachkräfte denselben Fortbildungsbedarf haben, da die Schwerpunkte und Problematiken an den Schulen unterschiedlich sind. Eine individuelle Auswahl von Fortbildungsinhalten sei daher vermutlich sinnvoller als ein allgemeines und zentral organisiertes Angebot. Eine ähnliche Meinung vertreten die Lehrkräfte: Sie würden sich ebenfalls in der Qualifizierung eine Spezialisierung wünschen, die an die spezifischen Bedürfnisse einer Schule angepasst ist.

Ob eine Schulgesundheitsfachkraft über den derzeitigen Tätigkeitsumfang hinaus noch mehr zu einer Gesundheitsfachkraft für die ganze Schule werden kann, die für gesundheitsrelevante Aspekte in Bezug auf das gesamte Schulpersonal, Räumlichkeiten, Schulhof usw. verantwortlich ist, betrachtet Frau Altmann angesichts ihrer bereits existierenden Auslastung zurückhaltend. Eine solche Ausweitung würde schnell das schaffbare Arbeitspensum übersteigen. Für viele Aspekte gebe es ja auch bereits Spezialisten, z.B. im Bereich des Arbeitsschutzes.

Als sehr konkreten Wunsch äußert Frau Altmann die Verfügbarkeit eines festen und gut erreichbaren außerschulischen Ansprechpartners mit fachlichem Hintergrund, der bei akuten Fragen, z.B. in der Notfallversorgung, schnell kontaktiert werden kann. Denkbar wäre für sie beispielsweise eine Kooperation mit dem örtlichen Klinikum. Schulgesundheitsfachkräfte haben bisher keinen direkten Ansprechpartner, der unkompliziert kontaktiert werden kann, was manchmal für Unsicherheit sorgt. Ein Netzwerk unter den Schulgesundheitsfachkräften wäre hierfür auch nur bedingt nützlich, da bei einer Konsultation gleich qualifizierter Kolleg/innen immer eine gewisse Restunsicherheit bleibt.

Zusammenfassend stellt sich die Oberschule „Ulrich von Hutten“ als eine Schule dar, in der die Schulgesundheitsfachkraft auf eine hohe Heterogenität von Schüler*innen und Problemlagen sowie auf einen besonders hohen Bedarf an Unterstützung im gesundheitlichen Bereich trifft. Ihre Tätigkeit wird daher folgerichtig von allen Befragten als äußerst wertvoll angesehen. Der entstehende Nutzen rechtfertigt ihrer Meinung nach den entstehenden Aufwand absolut. Bei allem Verständnis für die Haushaltsverantwortung der politisch Verantwortlichen sehen sie die Investition in die Gesundheit der Schüler*innen als elementar an, denn, so die Schulleiterin mit Blick auf den schulischen Bildungsauftrag und zum Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit: „Bildung ist das höchste Gut und kranke Kinder können nicht gut lernen“.

5.2.10 Quellen (letzte Zugriffe am 21.02.2019)

<https://bildung-brandenburg.de/schulportraits/index.php?id=gesamtdossier&schuljahr=2017&schulnr=111454&type=98&cHash=49b9c462bbac79bf4b958ade8d175710>

[https://de.wikivoyage.org/wiki/Frankfurt_\(Oder\)](https://de.wikivoyage.org/wiki/Frankfurt_(Oder))

https://de.wikipedia.org/wiki/Ulrich_von_Hutten

<https://www.awo-potsdam.de/projekte/schulgesundheitsfachkraefte-im-land-brandenburg/akteure-vor-ort.html>

<https://www.frankfurt-oder.de/Bürger/Aktuelles-Infos/Wussten-Sie-/Bevölkerungszahlen/>

<https://www.frankfurt-oder.de/Bürger/Gesellschaft-Leben/Bildung/Schulen.php?object=tx,2616.14&ModID=7&FID=2616.7130.1&NavID=2616.23&La=1>

<http://www.huttenschule-frankfurt-o.de/>

6 Quellenverzeichnis

Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Potsdam e.V. (o.J.). Machbarkeitsstudie zum Innovationskonzept Schulpflegerkräfte an Schulen in Öffentlicher Hand im Land Brandenburg.

Bengel, J.; Strittmatter, R. & Willmann, H. (2001). Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert (2. erw. Aufl.). Köln: BzGA.

Dadaczynski, K. (2012). Stand der Forschung zum Zusammenhang von Gesundheit und Bildung: Überblick und Implikationen für die schulische Gesundheitsförderung. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 20(3), 141-153.

Ditton, H. (2007). Schulqualität – Modelle zwischen Konstruktion, empirischen Befunden und Implementierung. In J. van Buer & C. Wagner (Hrsg.), Qualität von Schule. Ein kritisches Handbuch (S. 83–92). Frankfurt a. M.: Lang.

Fend, H. (2006). Neue Theorie der Schule. Das Bildungswesen als institutioneller Akteur der Menschenbildung. Wiesbaden: Springer

Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg (2016). Orientierungsrahmen Schulqualität. Ein Handbuch für gute Schulen im Land Brandenburg (3. überarbeitete Auflage). https://bildungsserver.berlin-brandenburg.de/fileadmin/bbb/schule/schulentwicklung/schulqualitaet/orientierungsrahmen_schulqualitaet/Orientierungsrahmen_Schulqualitaet.pdf (letzter Zugriff 13.09.2018)

Paulus, P. (2003). Schulische Gesundheitsförderung – vom Kopf auf die Füße gestellt. Von der Gesundheitsfördernden Schule zur „guten gesunden Schule“. In: Aregger, K.; Lattmann, U. (Hrsg.). Gesundheitsfördernde Schule – eine Utopie? Konzepte, Praxisbeispiele, Perspektiven (S. 93-114). Luzern: Oberländer

Paulus P, Hrsg. (2010). Bildungsförderung durch Gesundheit. Bestandsaufnahme und Perspektiven der guten gesunden Schule. Weinheim: Juventa

Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (2012). Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.2012. Berlin: KMK

Weinert, F.E. (2002): Vergleichende Leistungsmessung in Schulen – eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In: Weinert, F.E. (Hrsg.): Leistungsmessungen in Schulen. 2. Aufl. S. 17-32. Weinheim: Beltz