

Faktenblatt zur Daten-Analyse der Dokumentation Modellprojekt „Schulgesundheitsfachkräfte an öffentlichen Schulen im Land Brandenburg“¹

- **Fakt 1:** Die SGFK werden von den Schüler*innen **stark nachgefragt**. Sie **wirken im Schulsystem**, arbeiten eng mit den Lehrern und Eltern zusammen und **sind breit** in der Kommune **vernetzt**.

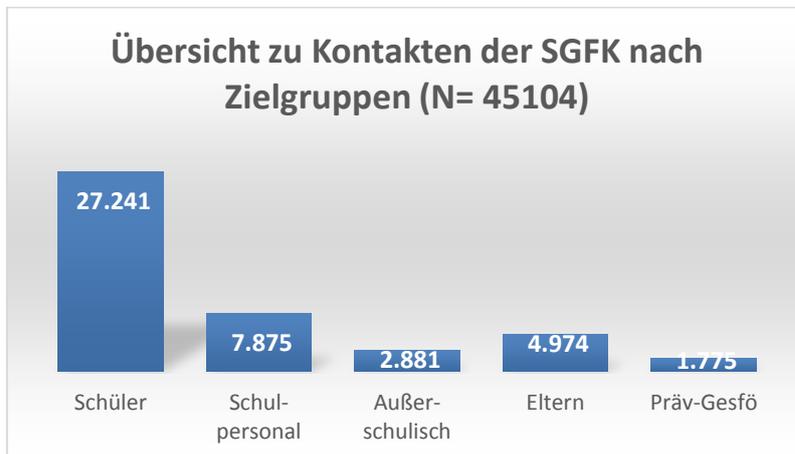


Abb. 3

- **Fakt 2:** In Grundschulen sind **größere Anstrengungen in der Unfall- und Gewaltprävention** erforderlich, da die Kontaktanlässe wegen Verletzungen durch Unfälle und Tätlichkeiten deutlich häufiger sind als in Oberschulen.
- **Fakt 3:** Die **Kontaktdauer liegt durchschnittlich zwischen 17 und 20 Minuten**. In einigen Fällen sind die Kontaktzeiten deutlich länger, wenn beispielsweise die Schüler*innen von ihren Eltern oder anderen Bezugspersonen abgeholt werden müssen und lange Anfahrtswege bestehen.
- **Fakt 4:** Der Ländervergleich zwischen Brandenburg und Hessen zeigt analoge Gründe für die Kontaktaufnahme der Schüler*innen mit der SGFK. In der Gesamtauswertung für Brandenburg lässt sich weiterhin **der hohe Handlungsbedarf für SGFK in der direkten gesundheitlichen Versorgung** von Schüler*innen in Schule feststellen.

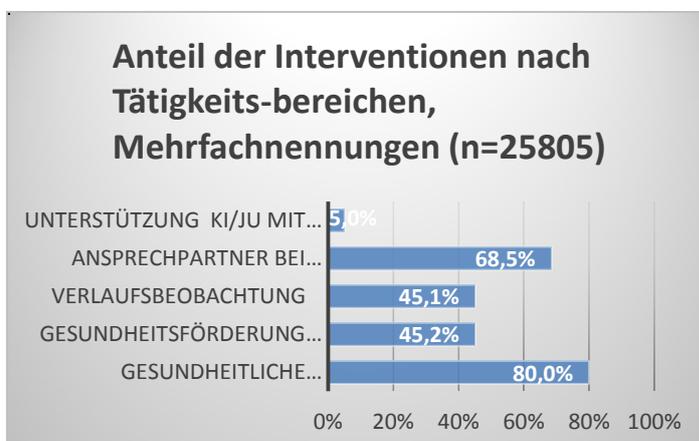


Abb.7

- **Fakt 5:** Die SGFK **vermittelt in das medizinische Versorgungssystem** und ist bei Notfällen präsent.

- **Fakt 6:** Die SGFK fördert bzw. **sichert die Teilhabe am Unterricht.**
- **Fakt 7:** Die SGFK **fördert die Bildungschancen** von Schüler*innen mit gesundheitlichen Bedarfen.

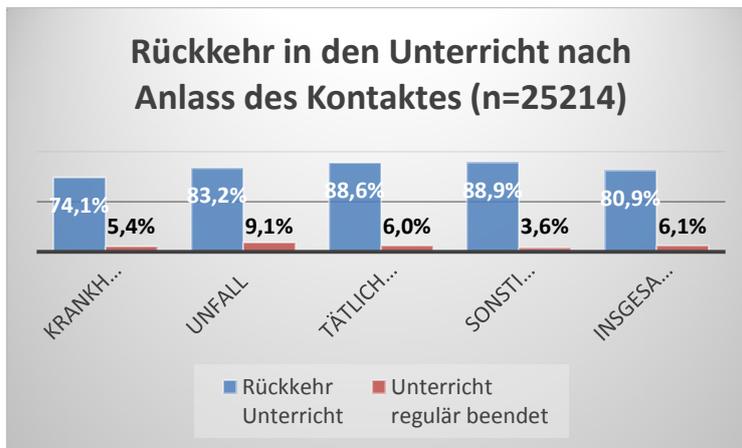


Abb. 10

- **Fakt 8:** Durch die qualifizierten **Erste-Hilfe** der SGFK können rund 9 von 10 Schüle*rinnen nach Unfällen **weiter am Unterricht teilnehmen.**
- **Fakt 9:** Die SGFK **schont** durch ihre qualifizierte Intervention bei Verletzungen **medizinische und pflegerische Ressourcen.**
- **Fakt 10:** Die große Anzahl der außerschulischen Kontakte beschreibt ein **breites, differenziertes und wachsendes Netzwerk** von wichtigen Kooperationspartnern in der jeweiligen Kommune. Jede SGFK hat eine entsprechende „Netzwerkarte“ mit den für sie jeweils wichtigsten Ansprechpartnern in der Kommune entwickelt.
- **Fakt 11: Gesundheitsförderung und Prävention bilden die zweite Säule** dieser neuen und innovativen schulischen Aktivitäten. Die SGFK sind über die berufsbegleitende Weiterbildung mit einem Schwerpunkt in der Projektarbeit hierzu speziell ausgebildet. Die Erfolge sind jedoch abhängig von der kontinuierlichen Präsenz der SGFK, ihren Ressourcen und ihrer Unterstützung durch die inner- und außerschulischen Strukturen.

Schulgesundheitsfachkräfte (SGFK) an öffentlichen Schulen - eine neue Ressource für die Schülersgesundheit

Dr. Gabriele Ellsäßer¹, Dr. Johann Böhm¹

¹ Delmenhorster Institut für Gesundheitsförderung e.V.

1. Einführung

Die Dokumentation der Schulgesundheitsfachkräfte zu ihren Tätigkeiten und Interventionen wurde vor dem Start des Projektes in enger Zusammenarbeit zwischen dem Landesgesundheitsamt Brandenburg und der AWO, Bezirksverband Potsdam, entwickelt und nach einer Erprobungsphase mit den SGFK an die Praxis adaptiert. Grundlage dieser Dokumentation sind sechs Kernaufgaben (Tätigkeitsbereiche) der SGFK, die auf einer Bewertung der internationalen Literatur zu den Schwerpunktaufgaben von „school nurses“ und den Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie zum Anforderungsprofil und zur praktischen Umsetzung beruhen². Diese Kernaufgaben, untersetzt mit einzelnen Tätigkeitsfeldern, bilden das Kompetenzprofil der SGFK im Modellprojekt. Sie sind Bestandteil des Curriculums³ und der berufsbegleitenden Weiterbildung der SGFK im Projekt.

2. Ziel der Studie

Die nachfolgende Analyse hat zum Ziel, die Tätigkeitsschwerpunkte der SGFK und ihre pflegerischen und beratenden Interventionen auf der Grundlage der erfassten Daten zu beschreiben. Dies auch unter dem Aspekt der unterschiedlichen Schulformen wie Grundschulen, Oberschulen bzw. Oberstufenzentrum. Darüber hinaus wird untersucht, wie die gesundheitsbezogenen Interventionen der SGFK die Bildungsteilnahme von Schüler*innen positiv beeinflussen. Da die SGFK mit unterschiedlichen Zielgruppen schulintern sowie schulextern zur psychosozialen und gesundheitlichen Unterstützung der Schüler*innen zusammenarbeiten wird auch der Frage nachgegangen, ob und wie die SGFK mit den verschiedenen Strukturen vernetzt sind.

3. Dokumentation zu Art und Umfang der Tätigkeiten der SGFK

3.1 Inhalte der Dokumentation

Die Dokumentation umfasst einerseits schülerbezogene Gesundheitsaspekte und Interventionen (gesundheitliche Versorgung, Verlaufsbeobachtung, Ansprechpartner bei gesundheitlichen Auffälligkeiten), andererseits die Erfassung zielgruppenbezogener Gesundheitsförder- bzw. Präventionsangebote. Da die SGFK bei der gesundheitlichen Versorgung der Schüler*innen an der Schnittstelle zwischen Bildung und Gesundheit arbeiten, wird der „Nutzen“ der Interventionen - gemessen an der Rückkehr der Schüler*innen in den Unterricht - standardisiert miterfasst. Zuletzt geht es in der Dokumentation um die verschiedenen Ebenen der Zusammenarbeit mit Schule, den Eltern, aber auch mit außerschulischen Kooperationspartnern im Gesundheits-, Bildungs- und psychosozialen Bereich.

3.2 Dokumentationszeitraum und Schulen

Der Erfassungszeitraum bezieht sich auf die dreijährige Projektphase (III und IV), in der die SGFK in den Modellschulen zum Einsatz kamen - Zeitraum von Januar 2017 bis März 2020. Auf Grund der sukzessiven Erweiterung der Anzahl der Modellschulen in dieser Zeit von 10 auf 27 (zuletzt 6 weitere Schulen in 2019/2020) sind die Dokumentationszeiträume der SGFK an den einzelnen Schulen unterschiedlich und umfassen eine Spanne von 3,8 Monaten (Minimum) bis 37 Monaten (Maximum). Insgesamt befanden sich mit Stand vom März 2020 18 SGFK an 27 Modellschulen (15 Grundschulen, 6 Oberschulen, 1 Oberschule mit Grundschule, 1 Oberstufenzentrum) in 9 Regionen (Abb. 1).

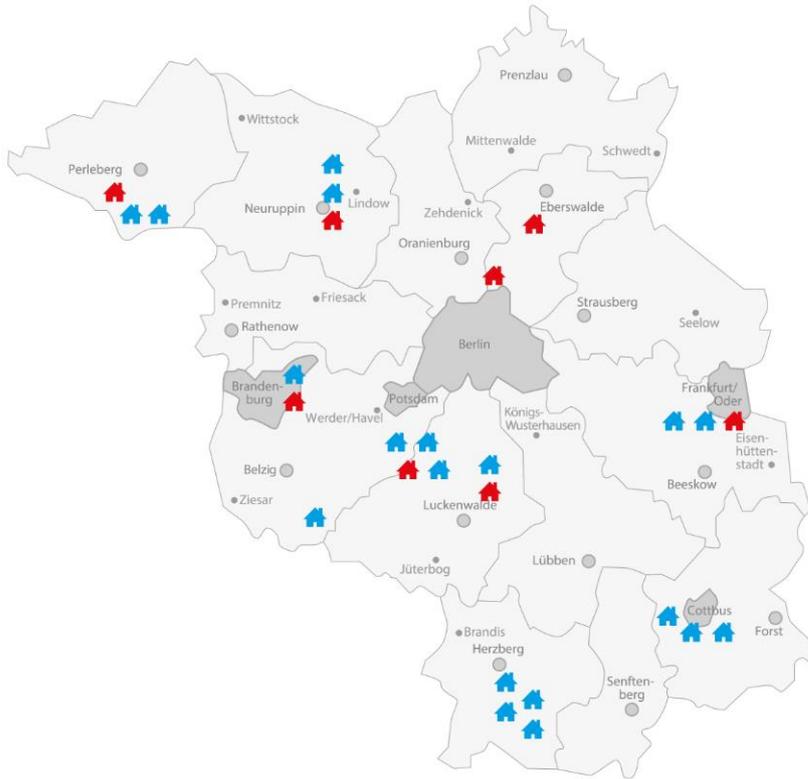


Abb. 1

In die Auswertung gingen 24 Schulen mit sehr unterschiedlichen Schülerzahlen ein. Von kleinen ländlichen Grundschulen mit weniger als 200 Schüler*innen bis Oberschulen bzw. ein Oberstufenzentrum mit fast 900 Schüler*innen. Die Gesamtzahl der Schüler*innen an diesen Schulen beträgt laut Statistik des Bildungsministeriums Brandenburg (Stand August 2019) 8 686. Die Standorte sind sowohl städtisch (wie Frankfurt/ Oder, Cottbus, Eberswalde) als auch ländlich (wie Beelitz).

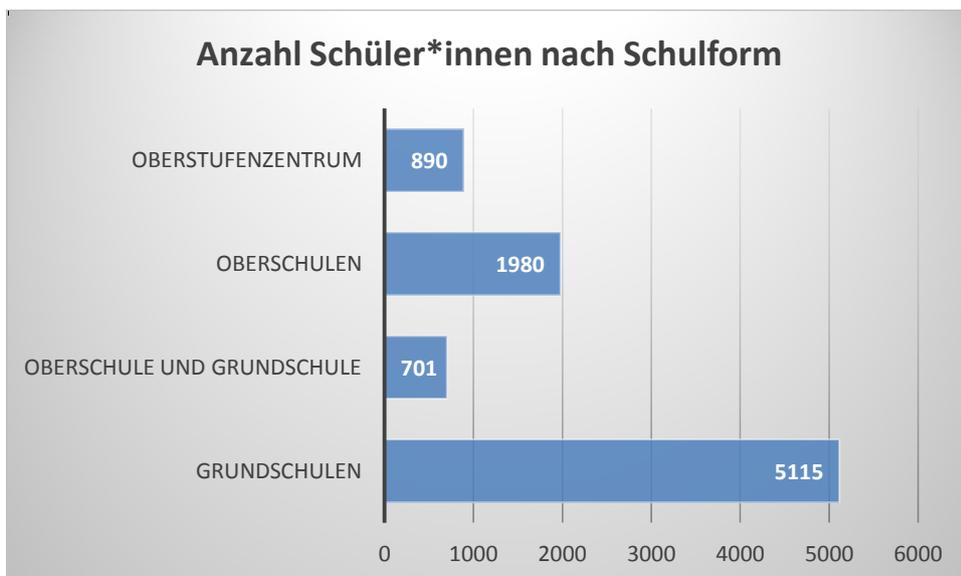


Abb.2

4. Ergebnisse

4.1 Kontakte der SGFK nach Zielgruppen

Die folgende Übersicht (Abb.3) beschreibt die zahlreichen Kontakte der SGFK zu unterschiedlichen Zielgruppen: Schüler*innen, Schulpersonal, Eltern, außerschulischen Kooperationspartnern, sowie

Kooperationspartner im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention bzw. Mitarbeiter der Fachdienste im Gesundheitsamt. Diese quantitative Darstellung der unterschiedlichen Zielgruppen zeigt zunächst, dass sich die Tätigkeit der SGFK neben dem schülerbezogenen „gesundheitlichen Kernbereich“ auch häufig auf die Zusammenarbeit mit Eltern und Lehrern erstreckt. Darüber hinaus sind außerschulische Kontakte zu Kooperationspartnern die Regel.

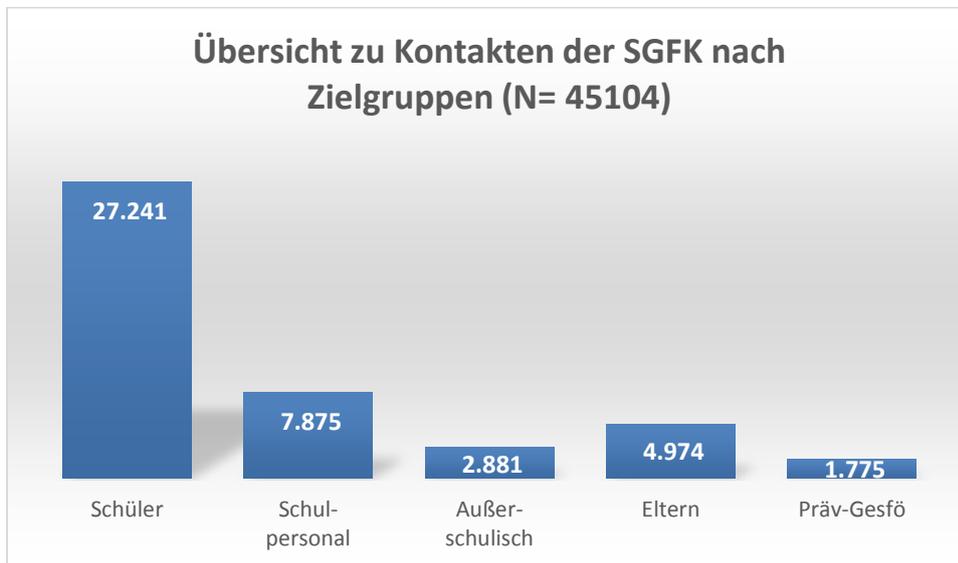


Abb. 3

Fazit: Die SGFK werden von den Schüler*innen stark nachgefragt. Sie wirken im Schulsystem, arbeiten eng mit den Lehrern und Eltern zusammen und sind breit in der Kommune vernetzt.

4.2 Schüler*innen bezogene Kontaktanlässe

Die häufigsten Anlässe für die Kontaktaufnahme der Schüler*innen zur SGFK sind Krankheitsbeschwerden und Unfälle. Insgesamt finden 27 241 Kontakte der Schüler*innen mit den SGFK statt. Mädchen sind mit rund 61 % deutlich häufiger vertreten als Jungen (39 %).

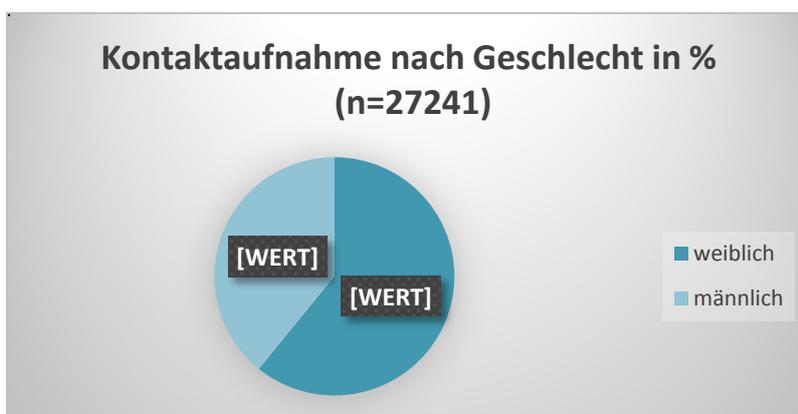


Abb.4

Die dokumentierten gesundheitlichen Anlässe für die Kontaktaufnahme mit möglichen Mehrfachnennungen (Abb. 5) betreffen am häufigsten Krankheitsbeschwerden (rund 50 %), gefolgt von einem auffallend hohen Anteil von Verletzungen durch Unfälle (24 %) und tätlichen Auseinandersetzungen (6,1 %) und einer Vielzahl anderer Anlässe, die altersbezogen unterschiedlich

sind (Mensis Beschwerden, Krisensituation, Liebeskummer, Angst, Redebedarf, Durst, Juckreiz, Insektenstich, Läuse, alte Wunden, etc.).

Signifikant häufiger sind bei Jungen Unfälle (32,6 % vs. 24,7 %) und tätliche Auseinandersetzungen (8,6 % vs. 4,5 %) als bei Mädchen; hingegen überwiegen bei Mädchen Anlässe mit Krankheitsbeschwerden.

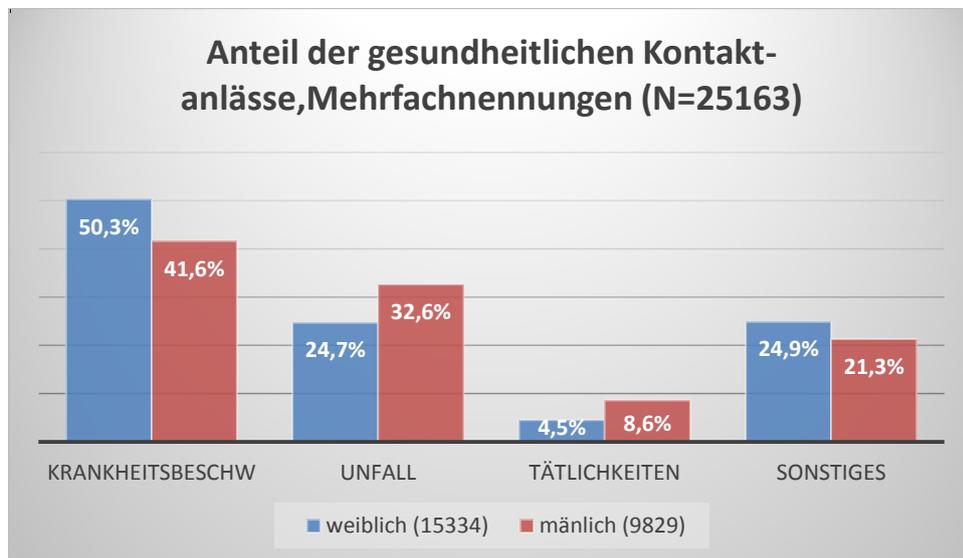


Abb.5

Kontaktanlässe nach Schulform

Die Kontaktanlässe mit möglichen Mehrfachnennungen sind Schultyp bezogen unterschiedlich und spiegeln auch die altersbezogene gesundheitliche Lage der Schüler*innen wider.

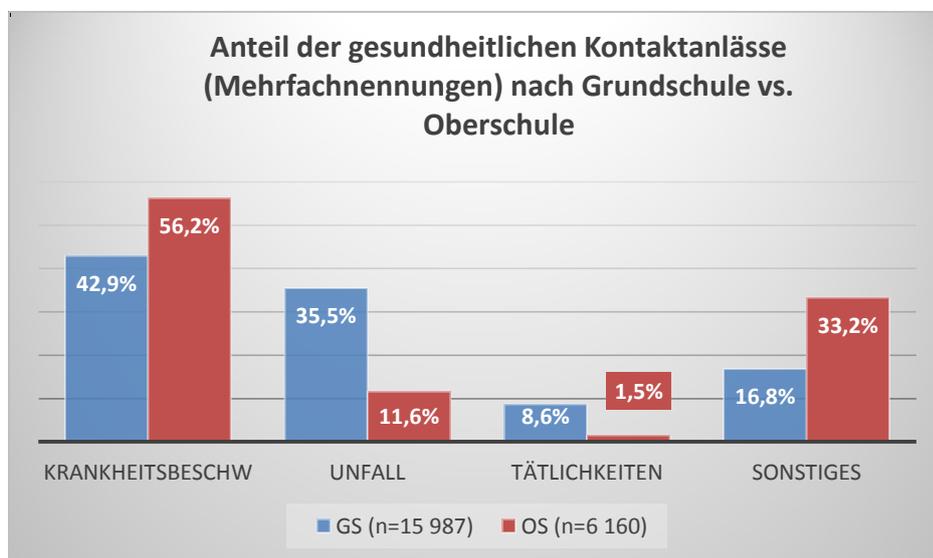


Abb.6

Der %-Anteil der Kontakte wegen Krankheitsbeschwerden nimmt deutlich von der Grundschule zur Oberschule und Oberstufenzentrum zu. Hingegen ist ein umgekehrter Trend beim Unfallgeschehen und den tätlichen Auseinandersetzungen festzustellen. Hier erreichen die Grundschulen die höchsten Werte im Vergleich zu(m) Oberschulen / Oberstufenzentrum.

Fazit: in Grundschulen sind größere Anstrengungen in der Unfall- und Gewaltprävention erforderlich, da die Kontakthanlässe wegen Verletzungen durch Unfälle und Tätlichkeiten deutlich häufiger sind als in Oberschulen.

Durchschnittliche Kontaktdauer

Die Kontaktdauer unterscheidet sich nach den gesundheitlichen Beschwerden der Schüler*innen. Bei Krankheitsbeschwerden liegt sie im Durchschnitt bei 21 Minuten, bei Unfällen und tätlichen Auseinandersetzungen bei rund 14 Minuten. Handelt es sich um „sonstige Beschwerden“, die häufig seelisch oder auch psychosomatisch geprägt sind, liegt die Kontaktdauer bei 17 Minuten.

Die durchschnittliche Kontaktdauer zeigt deutliche Unterschiede nach der jeweiligen Schulform. In Grundschulen liegt sie im Durchschnitt bei 17 Minuten und in Oberschulen / Oberstufenzentrum bei rund 20 Minuten. Dies lässt sich mit der höheren Anzahl an Krankheitsbeschwerden in Oberschulen erklären, die eine längere Kontaktzeit erforderlich macht. Hingegen liegt die maximale Kontaktdauer in Grundschulen mit 390 Minuten deutlich höher als in Oberschulen mit 245 Minuten.

Fazit: Die Kontaktdauer liegt durchschnittlich zwischen 17 und 20 Minuten. In einigen Fällen sind die Kontaktzeiten deutlich länger, wenn beispielsweise die Schüler*innen von ihren Eltern oder anderen Bezugspersonen abgeholt werden müssen und lange Anfahrtswege bestehen.

Ländervergleich zwischen Brandenburg und Hessen

Bei einem Vergleich der Zwischenauswertungen der Charité in der Projektphase III bezogen auf die Kontakthanlässe zwischen Brandenburg und Hessen für das Schuljahr 2017/2018 sind ähnlich hohe Anteile bei Krankheitsbeschwerden und Unfällen festzustellen.

Kontakthanlässe der Schüler*innen in Brandenburg 2017-18*

- Krankheitsbeschwerden 2.623 (44,1%)
- Unfall 1.516 (25,5%)
- Tätliche Auseinandersetzung 251 (4,2%)
- Sonstige 1.557 (26,2%)
- Gesamt 5.947

Kontakthanlässe der Schüler*innen in Hessen 2017-18*

- Krankheitsbeschwerden 3778 (54,9%)
- Unfall 1.916 (27,8%)
- Tätliche Auseinandersetzung 165 (2,4%)
- Sonstige 1019 (14,8%)
- Gesamt 6877

*Tannen et al 2018/II S. 48 und 50

Fazit: Der Ländervergleich zwischen Brandenburg und Hessen zeigt analoge Gründe für die Kontaktaufnahme der Schüler*innen mit der SGFK. In der Gesamtauswertung für Brandenburg lässt sich weiterhin der hohe Handlungsbedarf für SGFK in der direkten gesundheitlichen Versorgung von Schüler*innen in Schule feststellen.

4.2 Schüler*innen bezogene Interventionen der SGFK

Neben den Kontakthanlässen sind die schülerbezogenen Angaben der durchgeführten Interventionen für die Beurteilung der Tätigkeiten der SGFK von Bedeutung und ermöglichen darüber hinaus einen detaillierteren Einblick in die gesundheitlichen Problemlagen der Schüler*innen. Diese werden im ersten Schritt nach den sechs Tätigkeitsbereichen analysiert. Im Anschluss erfolgt die Zusammenfassung der beiden Interventionsbereiche „Unterstützung von Kindern/ Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen / Behinderungen bzw. Unterstützung bei längerer Abwesenheitszeit von Schule“ zu einem neuen Interventionsfeld: „Unterstützung von Kindern/Jugendlichen mit besonderem gesundheitlichem Bedarf“.

Gesundheitliche Versorgung

Die gesundheitliche Versorgung der Schüle*rinnen macht mit rund 80% der dokumentierten Maßnahmen den Schwerpunkt der schülerbezogenen Interventionen aus, gefolgt von gesundheitsförderlichen und präventiven Interventionen (45,2 %). Diese sind häufig mit einer Verlaufsbeobachtung verbunden (45,1 %). Insofern handelt die SGFK in zwei Dritteln der Interventionen auch als Ansprechpartner/in bei gesundheitlichen Auffälligkeiten der Schüle*rinnen.

Allein 1029 Kinder und Jugendliche mit sehr unterschiedlichen chronischen Erkrankungen bzw. Behinderungen erhielten von der SGFK Unterstützung, davon 53 Kinder nach längerer Abwesenheit von der Schule. Hier übernimmt die SGFK eine wichtige Brückenfunktion zwischen dem hausärztlichen / pädiatrischen Versorgungssystem und der Schule.

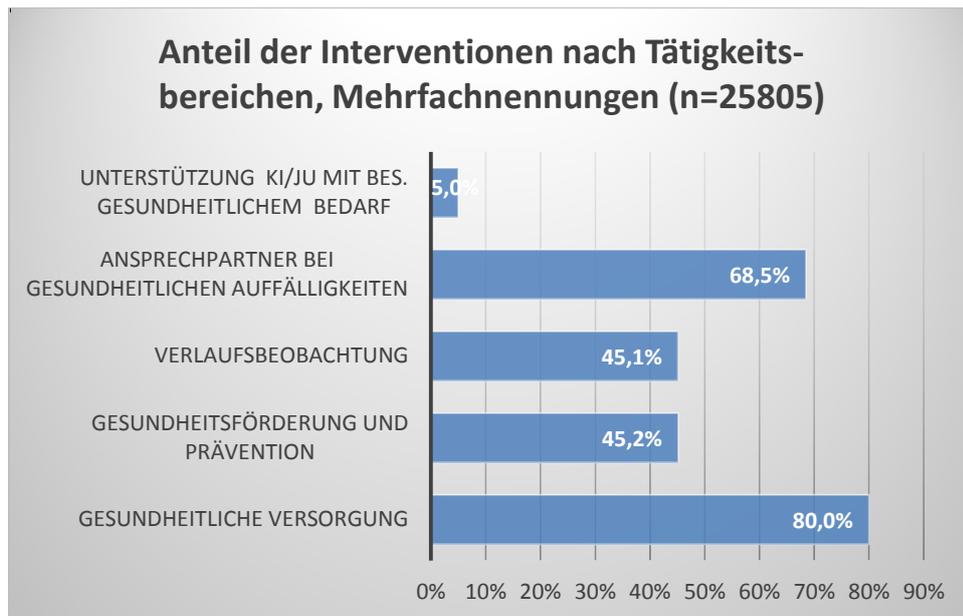


Abb.7

Gesundheitliche Versorgung nach Schulform

Der Anteil der gesundheitlichen Versorgung und der Verlaufsbeobachtung ist in Grundschulen deutlich höher als in Oberschulen bzw. im OSZ. Hingegen benötigten Kinder / Jugendliche mit chronischen Erkrankungen / Behinderungen und nach längerer schulischer Abwesenheit in Oberschulen bzw. im OSZ häufiger Unterstützung durch die SGFK als in Grundschulen (10,6 % / 7,8 % vs. 2,4 %). In allen Schulformen gibt es eine kleine Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die nach längerer krankheitsbedingter Abwesenheit von der Schule durch die SGFK Unterstützung erhielten.

Die SGFK benötigt für Schüle*rinnen mit besonderen gesundheitlichen Bedarfen deutlich mehr Zeitressourcen. Aus der Gesundheitsberichterstattung des Landes ist bekannt, dass Schüle*rinnen in den 10. Klassen häufiger an chronischen Erkrankungen leiden als Grundschüler. Hier sind u. a. Atemwegserkrankungen, Allergien und Adipositas zu benennen, die mit dem Alter der Jugendlichen zunehmen⁴.

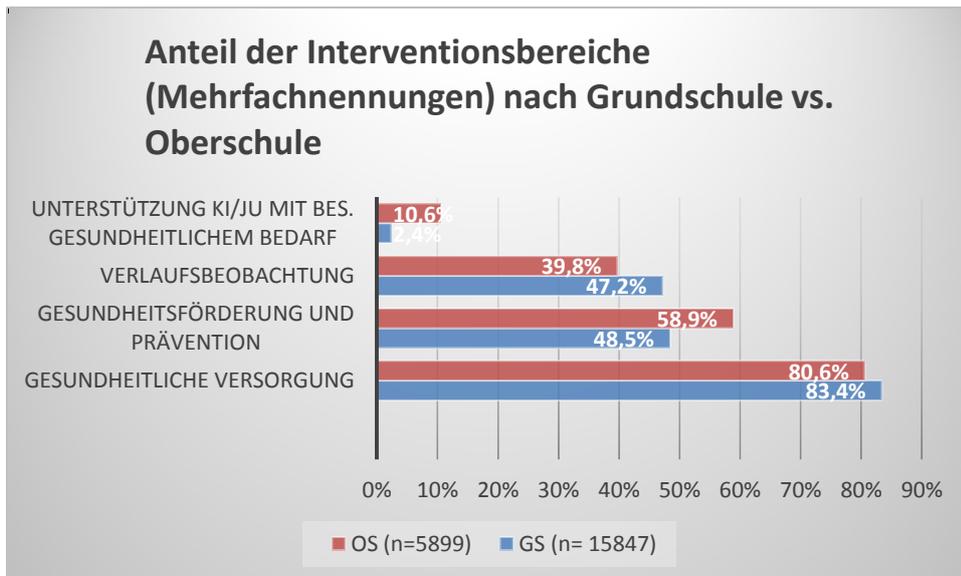


Abb. 8

Schwerpunkte der gesundheitlichen Versorgung

Bezogen auf die dokumentierten schülerbezogenen Interventionen mit möglichen Mehrfachnennungen steht die pflegerische Versorgung der Schüler*innen (Wundversorgung, Kühlung bei Prellungen, ggf. Messung von Blutdruck, Puls und Temperatur, Schmerzmanagement) mit einem Anteil von 85,6% im Vordergrund. Hierzu gehören ebenso das anamnestische Gespräch bzw. die Beratung des Schülers. Bei über 50 % der Interventionen wird eine orientierende Untersuchung angegeben (beispielsweise bei Wundversorgung nach Sturz, ob weitere Verletzungen vorliegen). Bei einer kleinen Zahl von Schüler*innen (n=150) findet durch die SGFK auch eine Medikamentengabe in Absprache mit dem behandelnden Arzt statt.

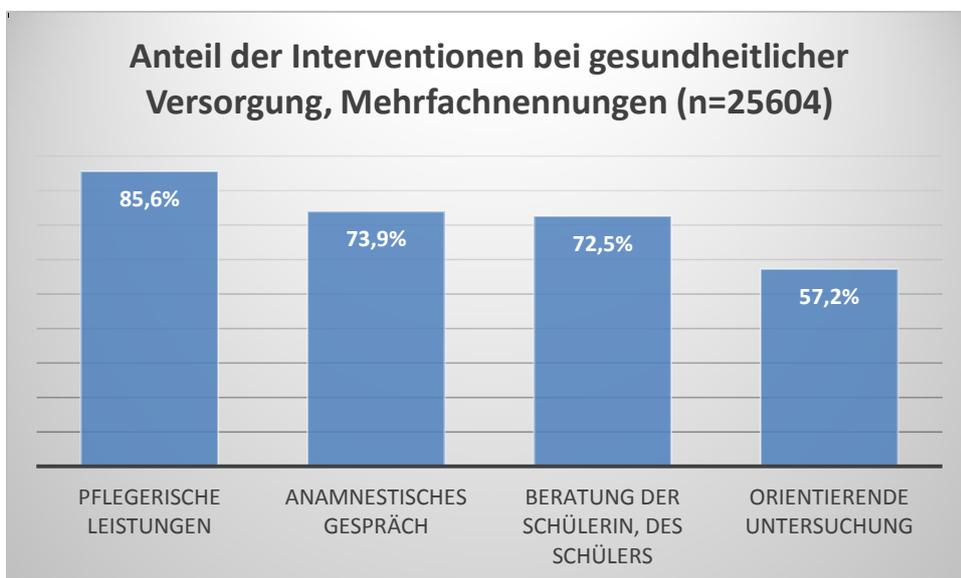


Abb. 9

4.3 Die SGFK vermittelt in das medizinische Versorgungssystem und ist bei Notfällen präsent

Bei 745 der schülerbezogenen Kontakte empfiehlt die SGFK die Konsultation eines Haus- oder Facharztes. Bei Krankheitsbeschwerden (n=11187) ist dies mit einem Anteil von 3,9 % häufiger als bei

Unfällen (n=6848) mit 2,9 %. In mindestens 53 Fällen wird von der SGFK der Rettungsdienst / Notarzt gerufen. Das sind 0,2 % aller Fälle.

Die SGFK fängt viele kleinere Notfallsituationen selbst auf und verhindert dadurch nicht notwendige Rettungsdiensteinsätze. In 337 von 27 241 Fällen hat sie selbst eine Notfallpflege durchgeführt: bei Krankheitsbeschwerden in 230 Fällen und bei Unfällen 55 Mal.

4.4 Die SGFK fördert bzw. sichert die Teilhabe am Unterricht

Durch ihre gesundheitliche Versorgung von Schüler*innen in Schule (wie psychosomatische Exploration, Beruhigung, zuwendendes Gespräch, Wundversorgung oder auch Kühlung bei Verletzungen) erreicht die SGFK, dass 87,0 % der Schüler*innen wieder am Unterricht teilnehmen oder den Unterricht regulär beenden können. Nach Unfällen liegt dieser Anteil noch deutlich höher als bei Krankheitsbeschwerden (92,3 % vs. 79,5 %).

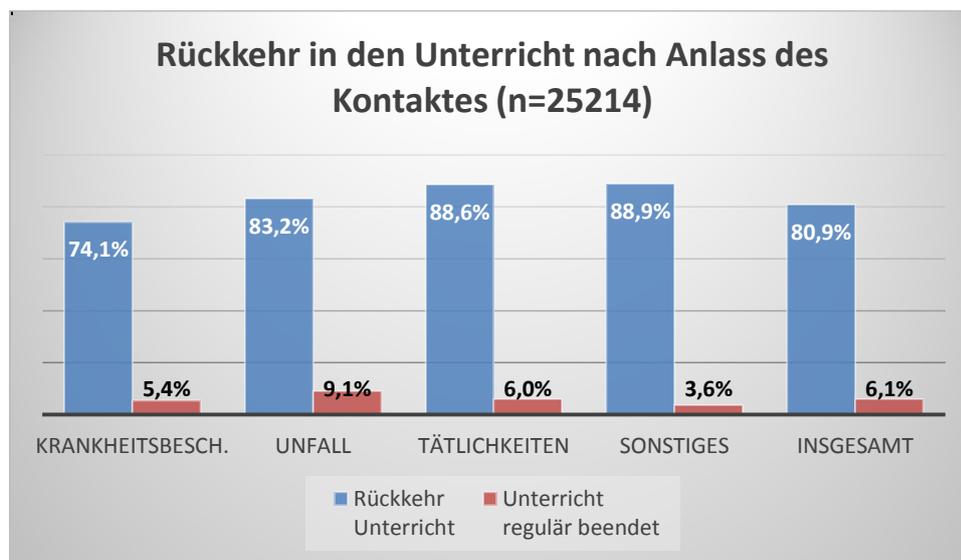


Abb. 10

Eine Unterscheidung nach der Schulform zeigt, dass in Grundschulen die Rückkehr in den Unterricht mit 89 % häufiger möglich ist als in Oberschulen (81,2 %) oder im Oberstufenzentrum (82,6 %)

In Fällen, bei denen die SGFK eine „Notfallpflege“ im Sinne einer kleineren Notfallversorgung (Kontrolle der Vitalparameter, RR-Kontrolle, ggf. Blutzuckerbestimmung etc.) durchgeführt hat, können allein ein Drittel der Kinder / Jugendliche wieder am Unterricht teilnehmen.

Fazit: Die SGFK fördert die Bildungschancen von Schüler*innen mit gesundheitlichen Bedarfen.

4.5 Differenzierte Analyse des Unfallgeschehens

Ein Blick in die publizierten Unfallzahlen der Gesetzlichen Unfallversicherung für Brandenburg zeigt, dass allein 74,3 gemeldete Unfälle an allgemeinbildenden Schulen pro 1000 Versicherte im Jahr 2018 registriert wurden. Dabei ist wichtig, dass in der offiziellen Statistik nur die Unfälle gezählt werden, die mit einer ärztlichen Behandlung verbunden sind.⁵ Daher ist einerseits der gesundheitliche Effekt der Intervention durch die SGFK von großer praktischer und auch pflegerisch - medizinischer Bedeutung. Andererseits wird auch ein erhebliches ökonomisches Interesse deutlich. Aus diesem Grunde wird zur Abschätzung eines „Outcomes“ die Möglichkeit einer **Rückkehr** in den Unterricht nach der Versorgung durch die SGFK betrachtet.

Nur 7,7 % der Schülerinnen und der Schüler können nach einem Unfall nicht mehr am Unterricht teilnehmen und 7,2 % der verunfallten Schüler*innen müssen von den Eltern abgeholt werden. Im

Vergleich zu Anlässen mit Krankheitsbeschwerden liegen die jeweiligen %- Anteile um das fast Dreifache höher.

Maßnahmen der SGFK bei Verletzungen durch Unfälle und tätliche Auseinandersetzungen

Bei den von der SGFK durchgeführten Interventionen handelt es sich am häufigsten um Wundversorgungen, Kühlung bei Prellungen/Distorsionen, Schmerzmanagement verbunden mit Beratung der Schüler*innen und ggf. auch anschließender Verlaufsbeobachtung. Die häufigsten Verletzungsmechanismen bei Unfällen sind Stürze, Zusammenprall und Distorsionen; bei den tätlichen Auseinandersetzungen insbesondere Tritt oder Stoß.

Bei 201 (2,9 %) Unfällen veranlasst die SGFK eine ambulant ärztliche und 22 Mal eine notärztliche Versorgung. In 55 (0,8 %) von 7049 unfallbedingten Anlässen führt sie selbst eine Notfallpflege durch. Nur bei 505 (7,2%) Unfällen müssen Eltern bzw. enge Bezugspersonen nach der Ersten Hilfe durch die SGFK ihr Kind abholen.

Fazit 1: Durch die qualifizierten Erste-Hilfe der SGFK können rund 9 von 10 Schüle*rinnen nach Unfällen weiter am Unterricht teilnehmen. Die SGFK filtert die Kinder heraus, die einer weiteren ärztlichen Versorgung, ggf. Notfallversorgung bedürfen. Daher verhindern sie in einer Vielzahl von Fällen, dass Schüler*innen mit kleineren Verletzungen unnötigerweise in Rettungsstellen vorgestellt werden. Dies wird von Medizinern und Rettungsdiensten häufig beklagt.

Fazit 2: Die SGFK schont durch ihre qualifizierte Intervention bei Verletzungen medizinische und pflegerische Ressourcen.

4.6 Die Rolle der SGFK im System Schule und kommunalem Umfeld

Zusammenarbeit der SGFK mit Eltern

Eine Vielzahl von Elternkontakten findet seitens der SGFK statt. Bei einer Differenzierung der schülerbezogenen Elternkontakte (n=4282) nach der Art des Kontaktes (Mehrfachnennungen) lässt sich feststellen, dass in den überwiegenden Fällen (3927) die SGFK selbst mit den Eltern Kontakt aufnimmt. Elternanfragen an die SGFK sind eher seltener (n=505). Häufigster Grund für die Kontaktaufnahme mit den Eltern betreffen Interventionen der SGFK, die eine medizinische Versorgung des Kindes beinhaltet, gefolgt von zu veranlassenden gesundheitlichen Maßnahmen. Unter „sonstigen Maßnahmen“ sind eine Vielzahl von Gründen zusammengefasst: Am häufigsten sind Telefonate, wenn Schüler*innen wegen Krankheitsbeschwerden oder Verletzungen abgeholt werden müssen, gefolgt von Gesprächen mit den Eltern zur Krankheitsvorgeschichte der Schüler*innen, Beratung der Eltern zu Erkenntnissen der Verlaufsbeobachtung (z. B. Anlässe für psychosomatische Beschwerden), schülerbezogene Gesundheitsberatung zur Ernährung (z.B. Schüler*in hat häufig kein Pausenbrot mit oder Trinkflasche fehlt), zur Behandlung von Kopfläusen oder auch zu psychischen Problemen der Schüler*innen (beispielsweise bei Mobbing).

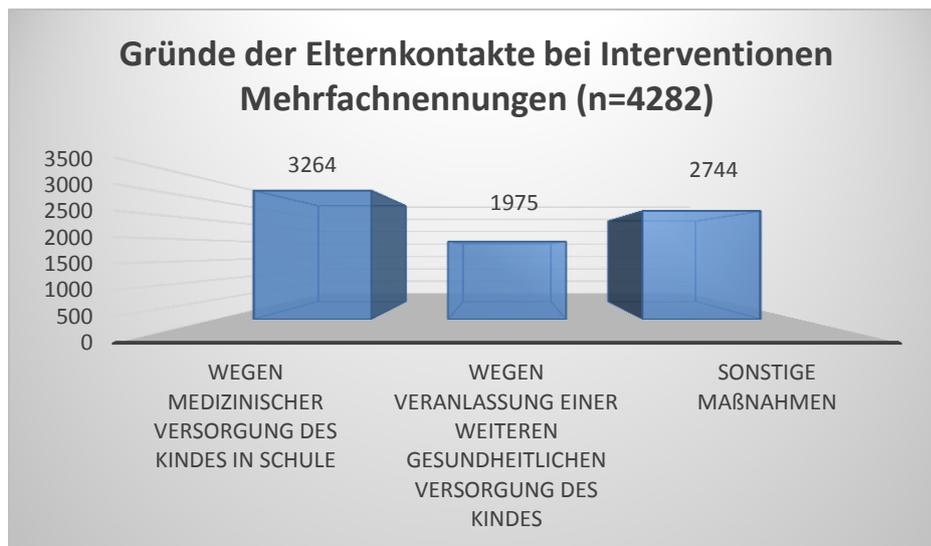


Abb. 11

Zusammenarbeit der SGFK mit Schulpersonal

Allein 7875 Kontakte beziehen sich auf das Schulpersonal. Fast zwei Drittel dieser Kontakte betreffen Lehrer (4878), gefolgt von Schulsozialarbeitern 15,6 % (1227), was in Anbetracht des geringen Anteils der Sozialarbeiter am Schulpersonal deren große Bedeutung für die Zusammenarbeit der SGFK unterstreicht. Die Themen dieser Kontakte beinhalten vorrangig die gesundheitliche Versorgung der Schüler*innen sowie Informationen zur Prävention. Bei jedem 10. Schüler erfolgt ein Gespräch zu den Erkenntnissen der Verlaufsbeobachtung durch die SGFK.

Vernetzung im kommunalen Umfeld

Die SGFK können auf bestehende Kooperationen in der Kommune aufbauen und gewinnen weitere Partner für ihre Arbeit. Die zahlreichen und vielfältigen außerschulischen Kontakte (n=2881) geben Einblicke in diese breite kommunale Vernetzung.

Ein inhaltlicher und organisatorischer Schwerpunkt der Kooperation und praktischen Zusammenarbeit besteht mit dem jeweiligen Gesundheitsamt und dort insbesondere mit folgenden Fachdiensten: Zahnärztlicher Dienst (ZÄD), Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD), Infektionsschutz, Gesundheitsförderung sowie Sozialpsychiatrischer Dienst. Die SGFK hospitieren häufig bei den Schuleingangsuntersuchungen im KJGD und ZÄD und sind auch an Screening-Untersuchungen beteiligt (z.B. Seh- und Hörtest). Zusammen mit dem Bereich Gesundheitsförderung initiiert sie Präventionsprojekte in Schulen, beispielsweise zu Sonnenschutz, Substanzkonsum / Sucht, Lärm, Schüler Café, etc. Darüber hinaus finden Fallbesprechungen mit den Kinder- und Jugendärzten des KJGDs statt. Bei den Sekundarstufen finden sich auch zunehmend Kontakte zu Institutionen der Berufsförderung und anderen Beratungsstellen.

Corona-Pandemie und besondere Herausforderungen an die SGFK

Während der Corona-Pandemie arbeiten die SGFK ganztägig im Infektionsschutz mit und sind bei der Wiederöffnung der Schulen wichtige Partner für die Schule zur Umsetzung der Hygieneanforderungen (z.B. Händewaschtraining mit Sichtkontrolle – siehe hierzu auch Tabelle 1 mit dem Präventionsfeld „Hygiene“ auf Rang 12) Dies hat im Übrigen für viele SGFK zu einer deutlichen Steigerung des Bekanntheitsgrades und Akzeptanz geführt.

Fazit: Die große Anzahl der außerschulischen Kontakte beschreibt ein breites, differenziertes und wachsendes Netzwerk von wichtigen Kooperationspartnern in der jeweiligen Kommune. Jede SGFK hat eine entsprechende „Netzwerkkarte“ mit den für sie jeweils wichtigsten Ansprechpartnern in der Kommune entwickelt. Die detaillierte Beschreibung und qualitative

Analyse dieser neuen Aktivitäten ist Bestandteil einer separaten Evaluation des Delmenhorster Instituts für Gesundheitsförderung e.V.

4.7 Gesundheitsförderung und Prävention

Neben der pflegerisch/ gesundheitlichen Versorgung von Schüler*innen für den Einsatz der SGFK an Schulen bilden Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention das zweite große und wichtige Tätigkeitsfeld. Die Dokumentation zeigt, dass die SGFK in Schulen zahlreiche und vielfältige zielgruppenbezogene Gesundheitsförder- und Präventionsprojekte anbieten. Der Schwerpunkt liegt einerseits auf bestimmte Klassen, wo Gesundheitsprobleme deutlich sind (wie hoher Lärmpegel, Mobbing, vermehrt Tötlichkeiten), andererseits auf Projekte mit Beteiligung der gesamten Schule. Das Brandenburger Landesprogramm „Gute gesunde Schule“ wird zum Teil schon in einigen Modellschulen umgesetzt. Hier kann sich die SGFK mit ihrem Wissen um die gesundheitlichen Bedarfe der Kinder gut einbringen. Der Vorteil dieser Vorgehensweise ist, dass die SGFK bereits auf etablierte Strukturen in Schulen (wie Steuerungskreise) und externe Kooperationspartner (wie Krankenkassen, Unfallkasse) zurückgreifen können. Darüber hinaus hat die SGFK die Möglichkeit mit Unterstützung der bereits bestehenden Kooperationsstrukturen das Landesprogramm an ihren Schulen zu initiieren.

Auf der anderen Seite nutzen die SGFK evaluierte Projekte der BZgA, um themenspezifisch und bedarfsbezogen Gesundheitsförderprojekte in ihren Schulen zu implementieren. Durch die berufsbegleitende Weiterbildung wird die SGFK in der Projektarbeit theoretisch und praktisch qualifiziert (Moderation, Vernetzung, schulinterne Steuerungsstrukturen etc.). Die Vorstellung eines Gesundheitsförderprojektes nach Qualitätskriterien ist Bestandteil einer Modulprüfung. Beispiele sind der „Mitmachparcours Klarsicht“ zu Tabak und Alkohol oder „Achtsamkeit und Anerkennung“ zur Förderung des sozialen Verhaltens von Schüler*innen.

Insgesamt ist die Gesamtzahl von 1775 Nennungen expliziter Aktivitäten im Vergleich zu den 27 241 Einzelkontakten zu Schüler*innen als nicht gering einzuschätzen, da Gesundheitsförderprojekte in der Regel aufwändig sind und einen erheblichen Zeitaufwand von der schulinternen Vorbereitung bis zur Umsetzung (zusammen mit Kooperationspartnern) bedeuten.

Die folgende Tabelle stellt die Rangfolge der zahlreich dokumentierten Projektthemen vor. Diese sind häufig Bestandteil größerer Gesundheitsförderprojekte wie „Gute gesunde Schule“, „Klasse 2000“, „Mitmachparcours Klarsicht“ oder „Achtsamkeit und Anerkennung“.

1.	Unfallprävention (z.B. Schulrundgang)
2.	Zähne putzen in der Schule
3.	Schule ohne Stress
4.	Gesunde Ernährung: Projekt Schulobst / Äpfel, Projekt gesundes Frühstück bzw. gesunde Ernährung in der Pause)
5.	Autogenes Training
6.	Fit & Schön mit Wald & Wiese (Hygiene, Ernährung)
7.	Lernen ohne Stress, Achtsamkeit und Anerkennung (BZgA)
8.	Gesundheitswerkstatt (1. Hilfe, Gesunde Ernährung, Feinmotorik)
9.	Erkältungszeit und Prophylaxe
10.	Drogen/Sucht
11.	Toiletten-Konzept
12.	Hygiene
13.	Allgemeine Fragen zur Gesundheit und zu Krankheit

Tabelle 1

Fazit: Gesundheitsförderung und Prävention bilden die zweite Säule dieser neuen und innovativen schulischen Aktivitäten. Die SGFK sind über die berufsbegleitende Weiterbildung mit einem Schwerpunkt in der Projektarbeit hierzu speziell ausgebildet. Die Erfolge sind jedoch abhängig von der kontinuierlichen Präsenz der SGFK, ihren Ressourcen und ihrer Unterstützung durch die inner- und außerschulischen Strukturen.

¹ (Erfassungszeitraum 01/2027-03/2020, 8.688 Schüler, 24 Modellschulen)

² Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Potsdam e.V. (Hrsg.). Machbarkeitsstudie zum Innovationskonzept Schulpflegekräfte an Schulen in öffentlicher Hand im Land Brandenburg. Potsdam 2016. Online: Stand 16.7.2020

³ Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Potsdam e.V. (Hrsg.). Curriculum zur Weiterbildung für examinierte Gesundheits- und Kinder-/ Krankenpflegekräfte zu Schulgesundheitskräften. 2. Auflage, Potsdam 2018. Online: <https://awo-potsdam.de/projekt/schulgesundheitsfachkraefte-im-land-brandenburg/> Stand 16.7.2020

⁴ Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen und Familie (Hrsg.). Gesundheit von Schülerinnen und Schüler in Brandenburg. Inpuncto 05/2017, Potsdam 2017. Online:

https://gesundheitsplattform.brandenburg.de/media_fast/5510/Broschur_INPUNCTO-2017.pdf Stand 16.7.2020

⁵ Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (Hrsg.). Statistik Schülerunfallgeschehen 2018. Berlin 2019, (DGUV), Online: <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3666> Stand 16.7.2020