

Gutachterliche Stellungnahme  
im Rahmen von Projektphase IV  
des länderübergreifenden  
Modellprojektes  
„Schulgesundheitsfachkräfte“  
in Brandenburg und Hessen

# Impressum

## Herausgeberinnen und Herausgeber:

Prof. Dr. Catharina Maulbecker-Armstrong FB Gesundheit, Technische Hochschule Mittelhessen

Dieter Schulenberg, ehemaliger Geschäftsführer HAGE e.V.

Denise Binder, MA., FB Gesundheit, Technische Hochschule Mittelhessen

## Unter Mitarbeit von:

Prof. Dr. Uta Meier-Gräwe

Jan Christoph Gänsslen

Prof. Dr. Volker Beck

Dr. Johann Böhm

Dr. Gabriele Ellsäßer

## Kontakt:

TransMIT Gesellschaft für Technologietransfer mbH

Projektbereich Gesundheitsförderung

Technische Hochschule Mittelhessen

Kerkrader Straße 3

D-35394 Gießen

Kontakt:

[catharina.maulbecker-armstrong@ges.thm.de](mailto:catharina.maulbecker-armstrong@ges.thm.de)

## Zitierhinweis:

Maulbecker-Armstrong C, Schulenberg D, Binder D (Hg) 2020

Wir haben versucht in der Schreibweise sowohl die weibliche als auch die männliche Form zu verwenden. Sollte dies nicht immer gelungen sein, ist auch die jeweils andere Form mit angesprochen.

Gutachterliche Stellungnahme im Rahmen von Projektphase IV des länderübergreifenden Modellprojektes „Schulgesundheitsfachkräfte“ in Brandenburg und Hessen

Die Gutachterliche Stellungnahme wurde im Auftrag der Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Potsdam e.V., erstellt.

Stand: Dezember 2020

## Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>Baustein 1 - Analyse Stellenschlüssel, Berufsabgrenzung, Inklusion</b> .....	<b>3</b>
<b>1.1 Beschreibung des Schulgesundheitsfachkräfteeinsatzes national und international</b> .....	<b>3</b>
<b>1.2 Berufsgruppen und Berufsbilder im Schulkontext</b> .....	<b>13</b>
1.2.1 Abgrenzung aller Berufsgruppen hinsichtlich Aufgabenspektrum und Zuständigkeitsbereich .....	13
1.2.2 Ergebnisdarstellung der Befragungen zur Rolle der Schulgesundheitsfachkraft zu ihrem Berufsbild .....	25
<b>1.3 Unterstützungsbedarf bei chronischen Erkrankungen und der Inklusion</b> .....	<b>31</b>
<b>1.4 Fazit Baustein 1</b> .....	<b>35</b>
<b>Baustein 2 - Finanzierungsoptionen für die Weiterbildung</b> .....	<b>40</b>
<b>2.1 Curriculum</b> .....	<b>40</b>
<b>2.2 Evaluation und Weiterentwicklung</b> .....	<b>41</b>
<b>2.3 Kosten der Weiterbildung</b> .....	<b>43</b>
<b>2.4 Finanzierung der Weiterbildung</b> .....	<b>44</b>
<b>2.5 Fördermöglichkeiten für Weiterbildungsträger</b> .....	<b>47</b>
<b>2.6 Fazit Baustein 2</b> .....	<b>50</b>
<b>Baustein 3 - Finanzierungsoptionen für die Ausstattung der Sprechzimmer ...</b> <b>51</b>	
<b>3.1 Ausstattung des lokalen Sprechzimmers an den Schulen</b> .....	<b>51</b>
3.1.1 Gesetzliche Mindestanforderungen.....	52
3.1.2 Ausgestaltung des Raumes.....	52
3.1.2.1 Lage, Größe, Baumaterialien, Sicherungssystem, technische Ausstattung .....	53
3.1.2.2 Arbeitsmaterialien .....	55
3.1.2.3 Arbeitsschutz, Unterweisung, Gefährdungsbeurteilung .....	56
3.1.2.4 Brandschutz.....	57
3.1.2.5 Hygiene.....	57
3.1.3 Empfohlene Grundausstattung.....	58
<b>3.2 Finanzierungsoptionen für die Ausstattung der Sprechzimmer</b> .....	<b>61</b>
3.2.1 Prognose der zu erwartenden Kosten für die sächliche Ausgestaltung.....	61
3.2.1.1 Nullbasis- Investitionsbudget.....	61
3.2.1.2 Operatives Budget.....	62
3.2.2 Vorschläge für die Finanzierung.....	62
3.2.2.1 Finanzierung durch den jeweiligen Schulträger .....	62
3.2.2.2 Finanzierung durch den Unfallversicherungsträger .....	63
3.2.2.3 Finanzierung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst .....	63
<b>3.3 Fazit Baustein 3</b> .....	<b>63</b>
<b>Baustein 4 - Aussagen zur Eingruppierung des Berufsbildes in die TdL (Tarifgemeinschaft der Länder)</b> .....	<b>64</b>
<b>4.1 Unterschied der tariflichen Eingruppierung Schulsozialarbeiter und Schulgesundheitsfachkraft</b> .....	<b>67</b>

<b>4.2 Eingruppierung über die inhaltliche Ausgestaltung ausgewählter Tätigkeiten ..</b>	<b>69</b>
<b>4.3 Eingruppierung über das selbstständige Arbeiten.....</b>	<b>72</b>
<b>4.4 Fazit Baustein 4.....</b>	<b>75</b>
<b>Baustein 5 - Aussagen zum ökonomischen Nutzen des Einsatzes von Schulgesundheitsfachkräften .....</b>	<b>76</b>
<b>5.1 Ermittlung der Wertschöpfung des Einsatzes von Schulgesundheitsfachkräfte mittels Fallszenarien in der Lebenslaufperspektive.....</b>	<b>76</b>
<b>5.1.1 Fallbeispiel 1 Diabetes.....</b>	<b>78</b>
5.1.1.1 Fallbeispiel 1a.....	79
5.1.1.2 Fallbeispiel 1b.....	82
5.1.1.3 Fallbeispiel 1c in Kombination mit 1a .....	83
5.1.1.4 Fallbeispiel 1d.....	84
5.1.1.5 Fallbeispiel 2a.....	85
5.1.1.5 Fallbeispiel 2b.....	88
5.1.1.6 Fallbeispiel 2c in Kombination mit 2a .....	88
5.1.1.6 Fallbeispiel 2d.....	89
5.1.1.7 Fallbeispiel 3a.....	92
5.1.1.8 Fallbeispiel 3b.....	94
5.1.1.9 Fallbeispiel 3c in Kombination mit 1a .....	96
5.1.1.10 Fallbeispiel 3d.....	97
5.1.1.11 Fallbeispiel 4a.....	98
5.1.1.12 Fallbeispiel 4b.....	99
5.1.1.13 Fallbeispiel 4a in Kombination mit 4c .....	99
5.1.1.14 Fallbeispiel 4d.....	100
<b>5.1.2 Fallbeispiel 2 Depressive Störung mit nicht suizidalem selbstverletzendem Verhalten .....</b>	<b>104</b>
5.1.2.1 Fallbeispiel 1a.....	106
5.1.2.2 Fallbeispiel 1b.....	111
5.1.2.3 Fallbeispiel 1c in Kombination mit 1a .....	111
5.1.2.4 Fallbeispiel 1d.....	112
5.1.2.5 Fallbeispiel 2a.....	114
5.1.2.6 Fallbeispiel 2b.....	116
5.1.2.7 Fallbeispiel 2c in Kombination mit 2a .....	116
5.1.2.8 Fallbeispiel 2d.....	117
<b>5.2 Auswirkungen des Einsatzes einer Schulgesundheitsfachkraft auf das Unfallgeschehen .....</b>	<b>121</b>
<b>5.2.1 Analyse der Rettungswageneinsätze pro 100 Schülerinnen und Schülern und Jahr an Brandenburger Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft .....</b>	<b>123</b>
5.2.1.1 Beschreibung der Datensätze in Brandenburg .....	123
5.2.1.2 Erläuterung der Vorgehensweise .....	124
5.2.1.3 Ergebnisse in Brandenburg .....	126
<b>5.2.2 Analyse der durchschnittlichen Heilbehandlungskosten pro Unfall an Hessischen Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft .....</b>	<b>132</b>
5.2.2.1 Beschreibung der Datensätze in Hessen .....	132
5.2.2.2 Erläuterung der Vorgehensweise .....	133
5.2.2.3 Ergebnisse.....	134
<b>5.2.3 Gegenüberstellung der Ergebnisse von Brandenburg und Hessen.....</b>	<b>138</b>

<b>5.2.4 Analyse der durchschnittlichen Heilbehandlungskosten pro Unfall an Hessischen Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft .....</b>	<b>138</b>
5.2.4.1 Beschreibung des Datensatzes .....	139
5.2.4.2 Erläuterung der Vorgehensweise .....	139
5.2.4.3 Ergebnisse .....	143
<b>5.2.5 Diskussion der Ergebnisse .....</b>	<b>148</b>
5.2.5.1 Weniger Rettungswageneinsätze durch Schulgesundheitsfachkräfte .....	148
5.2.5.2 Geringere Kosten für Heilbehandlungen an Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft .....	150
5.2.5.3 Unterschiedliche Kosten für Rettungswageneinsätze in Brandenburg und Hessen ...	151
5.2.5.4 Betrachtung des ökonomischen Nutzens .....	151
<b>5.2.6 Fazit zum Einfluss von Schulgesundheitsfachkräften auf das Unfallgeschehen in Brandenburg und Hessen .....</b>	<b>153</b>
<b>5.3 Fazit Baustein 5.....</b>	<b>154</b>
<b>Baustein 6 - Vorschläge und mögliche Festlegungen für eine zukünftige institutionelle Anbindung der Schulgesundheitsfachkräfte .....</b>	<b>156</b>
<b>6.1 Organisationsmodelle.....</b>	<b>157</b>
6.1.1 Brandenburg/Modellprojekt .....	157
6.1.2 Hessen.....	158
6.1.3 Schleswig-Holstein .....	158
6.1.4 Gesundheitsfachkräfte an Bremer Grundschulen .....	159
6.1.5 Hamburg .....	159
6.1.6 Schulen in freier Trägerschaft .....	160
6.1.7 Weitere Projekte .....	160
<b>6.2 Rahmenbedingungen und Aufgaben.....</b>	<b>160</b>
<b>6.3 Anbindung an den ÖGD .....</b>	<b>161</b>
<b>6.4 Anbindung an die Schulämter .....</b>	<b>162</b>
<b>6.5 Fazit Baustein 6.....</b>	<b>167</b>
<b>Baustein 7 - Finanzierungsoptionen für die Anstellung von Schulgesundheitsfachkräften nach der Modellphase.....</b>	<b>167</b>
7.1 Konzeptionelle Bedingungen.....	168
7.2 Rechtliche Rahmenbedingungen.....	169
7.3 Finanzierungsmöglichkeiten.....	170
7.4 Fazit Baustein 7.....	171
<b>Baustein 8 – Gesamtfazit .....</b>	<b>172</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>184</b>
<b>Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>185</b>
<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>188</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>200</b>

## Einleitung

Die heutige Schule steht vor zahlreichen Herausforderungen: Bildungsgerechtigkeit, Inklusion, Ganztagsangeboten, einer zunehmenden Zahl von Kindern mit psychischen Problemen und chronischen Erkrankungen, einer wachsenden Anzahl von Schülerinnen und Schülern aus unterschiedlichen Kulturkreisen. Die Schule entwickelt sich mit Bewältigung der beschriebenen Herausforderungen so mehr und mehr vom Lernort zum Lebensraum. Damit verbunden werden die Zusammenhänge von unterschiedlichen Gesundheits- und Bildungschancen immer deutlicher. Um diesen vielfältigen Herausforderungen gewachsen zu sein, sind verschiedene problemorientierte Angebote in den Schulen entstanden: Schulsozialarbeit, schulpsychologischer Dienst, Nachmittagsangebote usw. Um die bestehenden Angebote sinnvoll zu ergänzen und zu optimieren und damit ein gesundes Aufwachsen der Kinder und Jugendlichen in den Schulen unterstützt wird, haben auf Initiative des AWO Bezirksverbandes Potsdam e.V. die Länder Brandenburg und Hessen im Rahmen des Modellprojektes „Schulgesundheitsfachkräfte an öffentlichen Schulen“ den Einsatz von Gesundheits- und Krankenpflegekräften exemplarisch mit großem Erfolg umgesetzt. Als Kernziele des Projekts, das sich für eine Verstetigung empfiehlt, sind die Verbesserung der Gesundheitsversorgung an Schulen, insbesondere für behinderte oder chronisch kranke Schülerinnen und Schüler, die Verbesserung der Gesundheitskompetenz mit der Intention der Etablierung eines gesundheitsbewussten Schulklimas sowie die Verbesserung der Lernbedingungen für gesundheitlich und sozial belastete Schülerinnen und Schüler zu nennen. Mit den Schulgesundheitsfachkräften soll ein niedrigschwelliger kultursensibler Zugang zu allen Schülergruppen geschaffen werden.

Die nachfolgende gutachterliche Stellungnahme soll eine Handreichung für die politischen Entscheidungsträger sein, um die Schaffung der rechtlichen und organisatorischen Grundlagen für eine Verstetigung und flächendeckende Ausweitung des Schulgesundheitsfachkräfte Angebots zu ermöglichen.

Sie soll einen Orientierungsrahmen geben für organisatorische Gestaltungsmöglichkeiten zur institutionellen Anbindung, für Finanzierungsmöglichkeiten für die Anstellung, aber auch die Weiterbildung der Schulgesundheitsfachkräfte und die Ausstattung der Räumlichkeiten vor Ort.

Die Zusammenstellung und Beschreibung international existierender School Nursing Angebote sowie die Darstellung der Bedarfe, basierend auf dem Schulkontext, soll eine Argumentationshilfe für die Skalierung, d.h. des anzuwendenden Stellenumfangs ermöglichen.

Der ökonomische Nutzen des Einsatzes von Schulgesundheitsfachkräften wird in zwei Fallszenarien basierend auf den Erfahrungen der Schulgesundheitsfachkräfte in der Lebenslaufperspektive exemplarisch dargestellt. Zusätzlich wurde anhand von Vergleichen der Unfalldaten von Schulen mit und ohne Schulgesundheitsfachkraft, die aus dem Einsatz der Schulgesundheitsfachkräfte resultierende Kostenreduktion in den Bundesländern Brandenburg und Hessen errechnet. Beide Ansätze ermöglichen es, auch aus der Kosten-Nutzen Perspektive für den Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften zu argumentieren.

Angesichts der Covid-19 Pandemie wird das Thema Gesundheit in der Schule noch um Vieles relevanter. Die bisherige „Normalität“ in den Schulen ist vorerst ausgesetzt. Neben der operativen Anpassung der Schulumgebung zum Beispiel durch Hygieneplanung, gilt es vor Allem die „Normalität“ des Schullalltags so gut wie möglich zu erhalten und die körperliche und mentale Gesundheit für die Schülerinnen und Schüler zu schützen. Beide Aspekte können von Schulgesundheitsfachkräften adäquat bedient werden, was in besonderem Maße den Wert und die Notwendigkeit von deren Etablierung vor Ort in der Schule unterstreicht.

Seit vielen Jahrzehnten sind in den skandinavischen und angloamerikanischen Ländern spezialisierte Pflegekräfte in Schulen tätig, die als „School Nurses“ Kinder und Jugendliche in allen gesundheitlichen Angelegenheiten betreuen. Um auf veränderte gesundheitliche Herausforderungen in der Lebenswelt Schule zu reagieren, hat der AWO Bezirksverband Potsdam e.V. im Rahmen einer Machbarkeitsstudie den möglichen Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften an öffentlichen Schulen in Deutschland evaluiert und die Umsetzung geplant. Darauf basierend hat der AWO Bezirksverband Potsdam e.V. zusammen mit der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAGE) erstmalig in Deutschland ein Modellprojekt zum Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften durchgeführt. Über zwei Jahre (2016-2018) wurden nach einer vorbereitenden Weiterbildung jeweils 10 Gesundheits- und (Kinder-) krankenpflegende an allgemeinbildenden Grund- und weiterführenden Schulen der beiden Bundesländer eingesetzt. Das Modellprojekt wurde vom Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité in Berlin evaluiert.

Wer Bildung in Zeiten wachsender Anforderungen und psychischer Belastungen wichtig nimmt, muss bereit sein, hierfür die bestmöglichen Rahmenbedingungen zu schaffen. Die auf den individuellen Bedarf der Schüler zugeschnittene professionelle, in einem stabilen Netzwerk zu Ärzten und Krankenhäusern betriebene Gesundheitsfürsorge ist hierfür ein zentraler Baustein, der in der aktuellen Entwicklung weiter an Wert gewinnt. Was in anderen Ländern wie in Skandinavien oder Australien längst Standard ist, sollte im Sozialstaat Deutschland mit einem weit überdurchschnittlich leistungsfähigen Gesundheitssystem eigentlich selbstverständlich sein.

## Baustein 1 - Analyse Stellenschlüssel, Berufsabgrenzung, Inklusion

### 1.1 Beschreibung des Schulgesundheitsfachkräfteeinsatzes national und international

Das Berufsbild der „Schulkrankenschwester“ (englisch School Nurse) wurde in Deutschland sehr früh entwickelt. Die erste Anstellung einer „Schulschwester“ erfolgte bereits im Jahr 1908 in Berlin-Charlottenburg. (Historisches Archiv, 1910) (Bennack, 1990) Im ländlichen Raum übernahmen Bezirksschwester und Bezirksfürsorgerinnen zusätzlich zur Gemeindearbeit nebenamtlich in den Schulen ihres Einsatzbereiches die Aufgaben der Schulschwester. (Heynacher, 1925) Nach 1945 jedoch verschwand das Berufsbild an öffentlichen Schulen sukzessive in Deutschland. (Kruse, 2008) (Florian, 1954)

Seit Anfang des 20. Jahrhunderts gibt es in den USA und Großbritannien den Beruf der „School Nurse“. (Möller, 2015, S. 37) In den USA betreut eine „School Nurse“ 750 Schülerinnen und Schüler. (Taras, 2001, S. 1232) Es ist das Ziel eine „School Nurse“ pro Schule im Einsatz zu haben. Derzeit sind in etwa 70.000 „School Nurses“ in den Schulen der USA tätig. Die Abdeckung liegt bei 75% der Schulen. (National Association)

In Großbritannien hingegen unterscheiden sich die Verteilungsschlüssel von privaten und öffentlichen Schulen. So liegt das Betreuungsverhältnis an privaten Schulen zwischen 600 und 700 Schülerinnen und Schülern pro „School Nurse“. In öffentlichen Schulen allerdings betreut eine Schulgesundheitsfachkraft circa 2700 Schülerinnen und Schüler. (Möller, 2015, S. 38) Dabei betrug die mittlere Kontaktzeit pro Schülerin und Schüler pro Jahr 12 Minuten. (Royal College, 2017) Jedoch kam es bei diesem Verteilungsschlüssel zu Unzufriedenheiten und Überlastungen im Arbeitspensum und es wurden zusätzliche Fachkräfte eingestellt, um das Verhältnis aufzubessern. Wales schickt eine Pflegekraft in jede Schule (Möller, 2015, S. 58)

Die Anfänge von Gesundheitsfachkräften an schwedischen Schulen reichen bis in das 19. Jahrhundert zurück. Heute arbeitet in jeder Schule mindestens eine School Nurse verpflichtend. Sie ist bei der Kommune angestellt. Dabei kümmert sich jeweils eine Fachkraft um maximal 600 Schüler. Werden an einer Einrichtung mehr als 600 Schülerinnen und Schüler betreut, so werden auch mehrere Pflegekräfte eingesetzt. Ebenso gilt für kleinere Schulen, dass eine Kraft mehrere Schulen gleichzeitig betreut. (Kocks, 2008, S. 251)

Ebenfalls betreut auch in Finnland eine Pflegekraft maximal 600 Schülerinnen und Schüler, vornehmlich an einer einzigen Schule. Je nach Größe der Schulen und der Bezirke, ist sie unter Umständen aber auch an mehreren Schulen gleichzeitig und auch am ansässigen Kinderkrankenhaus tätig. (Möller, 2015, S. 38)

In Schweden wie auch in Finnland findet innerhalb der Schulen eine Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team statt. Gesundheitsfachkräfte arbeiten dort mit dem „Schularzt / der Schulärztin, Sozialarbeiter/innen, Psycholog/innen, Lehrkräften für besondere Aufgaben bzw.

Assistenzkräften und regulären Lehrkräften sowie wie mit der Schulleitung“ zusammen. (Möller, 2015, S. 62)

In Dänemark sind School Nurses Teil des kommunalen Gesundheitsdienstes (Möller, 2015, S. 58).

Die polnische Schulgesundheitsfachkraft gibt es seit 1917/18. Der Arbeitsaufwand, den eine Schulgesundheitsfachkraft in einer Schule aufwenden muss, ist von der Schüleranzahl abhängig. So beträgt bei einer Schülerzahl bis 150 Schülerinnen und Schüler der Aufwand 2 Stunden pro Woche, bei 150 – 240 Schülerinnen und Schüler pro Schule, sind es 4 Stunden pro Woche. Die Betreuungsquote liegt bei 1:880 (Möller, 2015, S. 37, 40, 58)

In Australien startete im Jahr 2009 das sogenannte School Youth Health Nurse (SYHN) Programm. Acht teilnehmende Schulen wurden demnach durch vier Schulgesundheitsfachkräfte betreut. Die Schulen haben insgesamt 4100 Schülerinnen und Schüler, wobei die Zahl der Schülerinnen und Schüler je Schule von 200-700 variiert. (Banfield, McGorm, & Sargent, 2015, S. 3) So betreut jeweils eine Fachkraft bis zu 1025 Schülerinnen und Schüler. Am australischen Beispiel es zeigte sich, dass es zu Problemen führen kann, wenn eine Schulgesundheitsfachkraft mehrere Schulen gleichzeitig betreut. Es erschwert den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zu den Kindern und das volle Potential des Projektes kann nicht ausgeschöpft werden. (Banfield, McGorm, & Sargent, 2015, S. 5) Eine Zusammenfassung dieses Internationalen Vergleichs kann Tabelle 1 entnommen werden:

<b>International</b>	<b>Stellen-schlüssel</b>	<b>Tätigkeiten der SGFK</b>
<b>Schweden</b>	1:600	Prävention/Gesundheitsförderung, Gesundheitsversorgung, Screening Untersuchungen, Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams
<b>Finnland</b>	1:600	Prävention, Gesundheitsförderung, Erstversorgung, Gesundheitscheckups Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams
<b>Großbritannien</b>	1:600—750	Gesundheitsförderung und Prävention durch multidisziplinäres Team
<b>Polen</b>	1:880	Erstversorgung, Prävention, Gesundheitscheckups, Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams
<b>Dänemark</b>	1:1000	Vorsorgeuntersuchungen, Gesundheitsförderung
<b>USA</b>	1:750	Prävention, Akutversorgung, Gesundheitsförderung, Gesundheitsberatung, Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams

<b>Australien</b>	1:1025	Klinische Versorgung, Gesundheitsberatung, Gesundheitsförderung, Aktivitäten zur Entwicklung der Schulgemeinschaft, Vernetzung / multiprofessionelles Team
-------------------	--------	--

Tabelle 1 Ländervergleich international inklusive Aufgabenportfolio

Wie in der Historienanalysen gezeigt wurde (Historisches Archiv, 1910) (Bennack, 1990) (Heynacher, 1925) (Kruse, 2008) (Florian, 1954), existierte das Berufsbild der Schulgesundheitsfachkraft in Deutschland schon sehr früh und wurde sogar im Rahmen eines eigenen Vereins für Schulgesundheitspflege, der 1899 gegründet wurde beschrieben. (Lorentz, 1957) Abbildung 1 zeigt zwei historische Deckblätter der Zeitschrift für Schulgesundheitspflege.

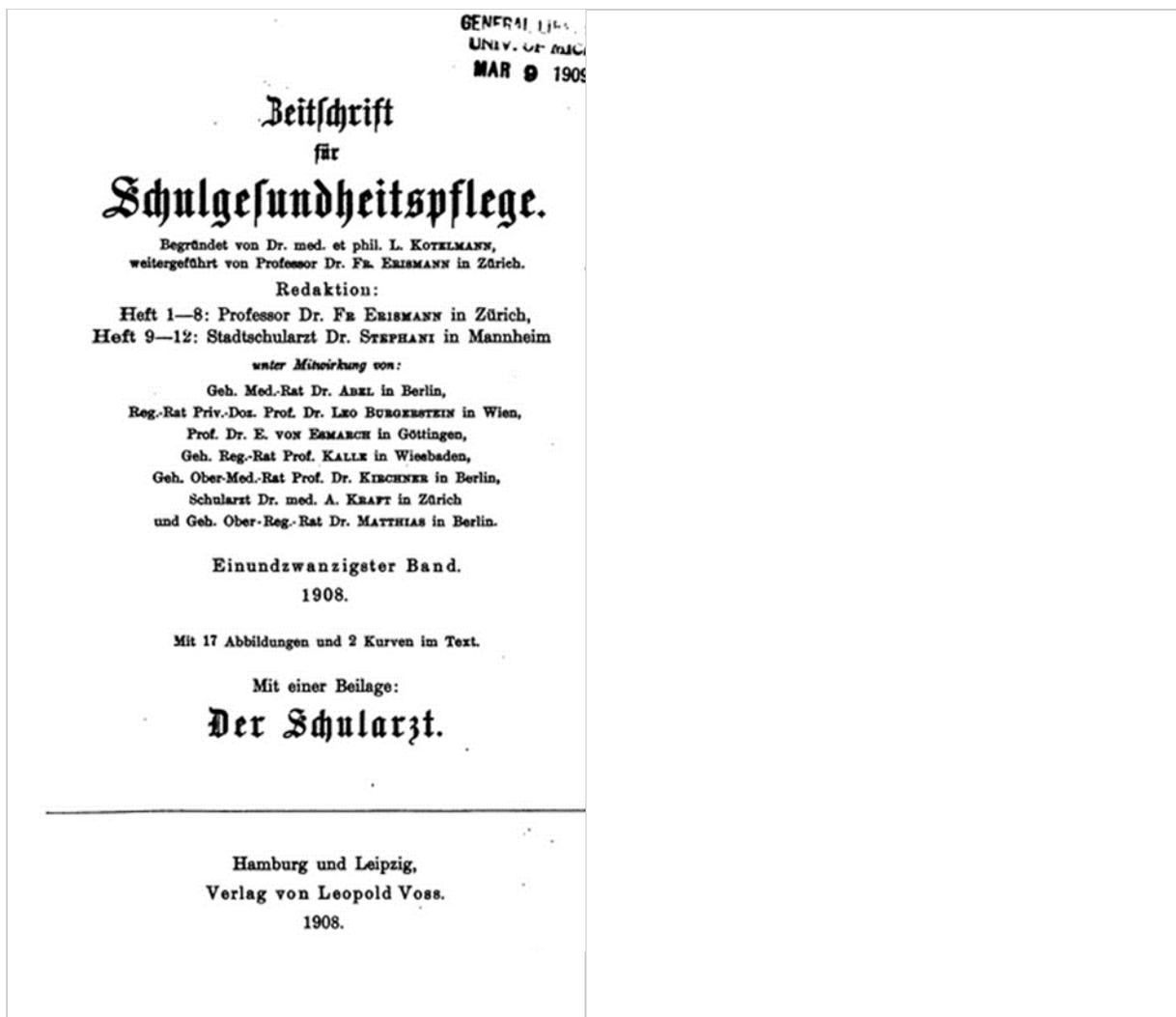


Abbildung 1 "Deckblätter der Zeitschrift für Schulgesundheitspflege". Deutscher Verein für Schulgesundheitspflege. "Zeitschrift für Schulgesundheitspflege"[Internet]. 1908/1922

Jedoch verschwand das Berufsbild in der Nachkriegszeit und so war Deutschland lange eines der wenigen westlichen Länder ohne ein Angebot von School Nursing an öffentlichen Schulen.

Erst seit einigen Jahren werden im Rahmen von Modellprojekten School Nurses wieder in öffentlichen Schulen eingesetzt. Abbildung 2 gibt einen zeitlichen Überblick über die Entwicklung dieser Modellprojekte in Deutschland.

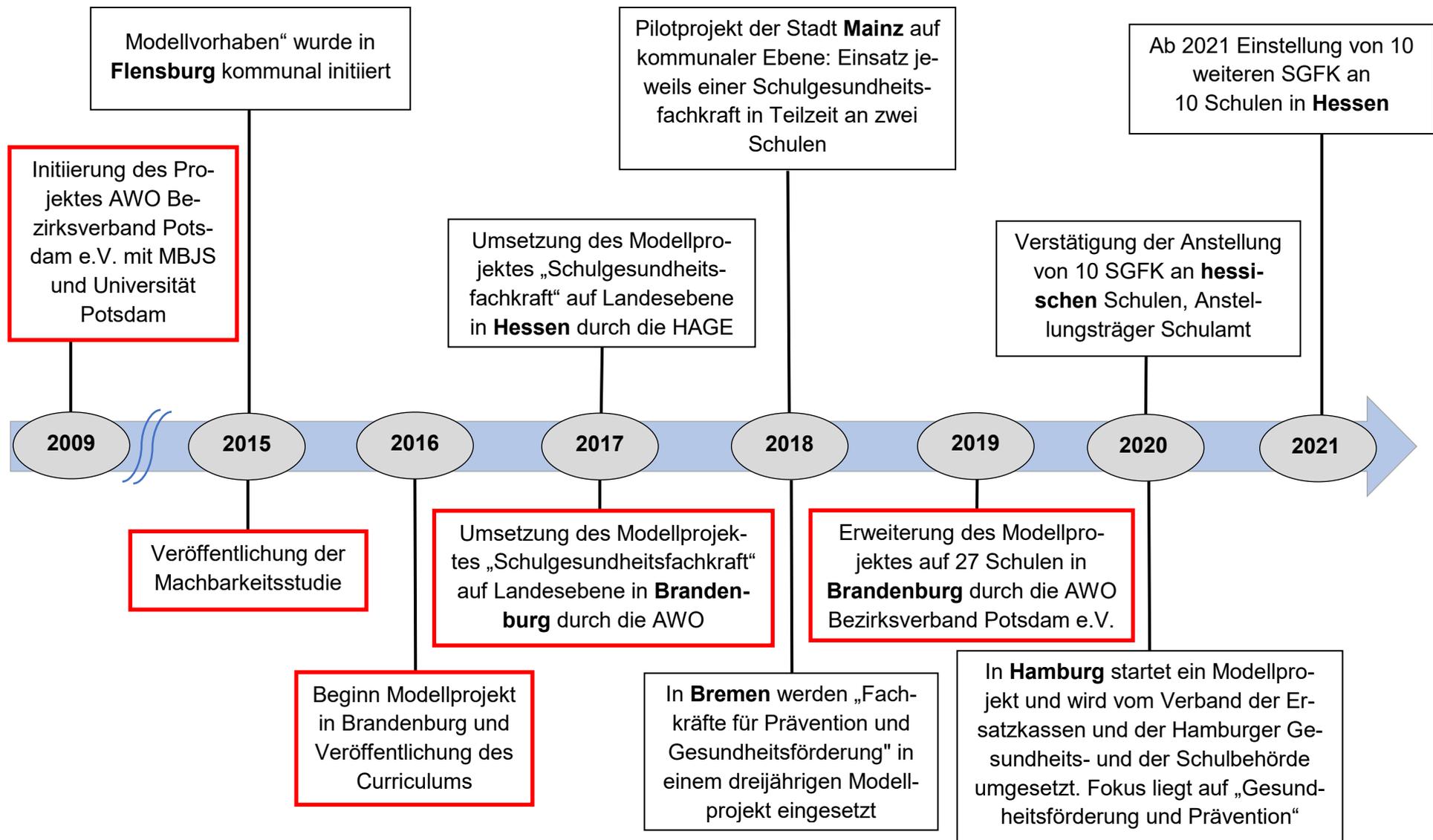


Abbildung 2 Einführung von Schulgesundheitsfachkräften im Zeitverlauf national Stand: 10/2020

Jedes Projekt hat spezifische Merkmale und Besonderheiten. Aufgrund der differenzierten Ansätze und der unterschiedlichen Ausgestaltung der Tätigkeitsprofile der Schulgesundheitsfachkräfte in den einzelnen Projekten ist eine Vergleichbarkeit nicht in Gänze möglich, womit ein Vergleich mit Vorsicht interpretiert werden muss. Der Bezirksverband Potsdam der AWO und die Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAGE) haben sich als Projektträger gemeinsam an einem einheitlichen Betreuungsschlüssel orientiert. Dieser war nicht immer deckungsgleich mit teilnehmenden Schulen. So hat die AWO in Brandenburg das Projekt mit einem Verteilungsschlüssel von 1:700 Schulgesundheitsfachkraft pro Schülerinnen und Schüler gestartet. Die Schulgesundheitsfachkräfte sind – angepasst an die Schulgröße – an ein, zwei oder sogar drei Schulen im Wechsel tätig. (AWO I, 2019) Die HAGE in Hessen legte einen Betreuungsschlüssel mit mindestens 1:497 bis maximal 1:1250 fest (HAGE, 2019). Der dänische Schulgesundheitsdienst ist ein Angebot des Trägers „Dansk Sundhedstjeneste for Sydslesvig e.V.“. Dies ist eine schon lange existierende Einrichtung für die dänische Minderheit in einem Landesteil Schleswig-Holsteins. Analog des Schulgesundheitsdienstes in Dänemark wird das Angebot im nördlichen Schleswig-Holstein an 50 Schulen mit circa 6500 Schülerinnen und Schülern umgesetzt. Diese werden von drei Teams mit jeweils drei Schulgesundheitsfachkräften (Sundhedsplejersken), vier Ärztinnen und drei Sozialberatern sowie Familienberatern betreut. Reduziert man die Betreuung auf den reinen Kontakt der Schulgesundheitsfachkräfte mit den Schülerinnen und Schülern ergibt sich bei drei Teams mit je drei Schulgesundheitsfachkräfte folglich ein Betreuungsschlüssel von ca. 666 Schülerinnen und Schüler pro Schulgesundheitsfachkraft (Dansk Sundhedstjeneste, 2019). Aufgrund der Entfernungen zwischen den Schulen, dauert es bis zu 2 Tagen bis eine schulärztliche Fachkraft die Schule oder den Kindergarten erreicht. Deshalb liegt hier der Fokus nicht auf der Akutversorgung, sondern vielmehr auf der Gesundheitsförderung und Prävention (Möller, 2015, S. 45).

Seit Dezember 2015 wird an einer Grundschule Flensburg, die in einem Stadtteil mit einem hohen Anteil von Familien in schwierigen sozialen Lebensverhältnissen liegt eine School Nurse eingesetzt. Im September 2016 kam eine weitere Fachkraft an einer anderen Grundschule zum Einsatz. Beide SGFK sind medizinische Fachangestellte mit mehreren Jahren Berufserfahrung im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst der Stadt sowie einem Kontaktstudium zur Gesundheitsbildung durch Gesundheitsförderung. Zu den zentralen Arbeitsfeldern gehören neben der Gesundheitsversorgung bei kleineren Verletzungen und Erkrankungen und der Gesundheitsförderung für Klassen oder im Rahmen der offenen Ganztagschule auch die Beratung und Vermittlung von Hilfen, die Mitwirkung bei der Schulentwicklung sowie allgemeine Vernetzungsarbeit, beispielsweise mit den Gesundheitsdiensten oder anderen Professionen im Gesundheitsbereich.

In Rheinland-Pfalz hat die Abteilung für Pädiatrische Epidemiologie Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz für eine halbe Stelle einen Schlüssel von 1:305 bis 1:355 angewandt. (Jung, 2017) Das Projekt ikids startete im Jahr 2018 auf kommunaler Ebene an zwei Grundschulen in Mainz. (Hubig, 2019) Der Fokus liegt auf einer verbesserten Versorgung chronisch Kranker und der Akutversorgung und der Früherkennung von psychischen Auffälligkeiten, nicht aber der allgemeinen Gesundheitsförderung und Prävention. In einem Modellprojekt in Bremen werden in 12 Grundschulen sieben Gesundheitsfachkräfte geschickt. Zwei Gesundheitsfachkräfte betreuen jeweils zwei Grundschulen in Vollzeit, die anderen fünf sind in Teilzeit an einer Grundschule eingesetzt. Die Schülerzahlen der Bildungseinrichtungen variieren von 220 Schülerinnen und Schülern bis zu 400. Die Schulgesundheitsfachkräfte sind mit Schwerpunkt in der Gesundheitsförderung und Prävention tätig (Gesundheitsamt Bremen, 2020) .

In Hamburg soll ab dem Schuljahr 2020/21 auch ein Modellprojekt mit 15 Schulgesundheitsfachkräften an 29 Grundschulen starten. Das Projekt soll an Grundschulen eingeführt werden, an denen Kinder mit schlechteren Gesundheitschancen betreut werden. Die Arbeit der Fachkräfte ist auf Gesundheitsförderung und Prävention begrenzt. Das Modell wird erst einmal auf fünf Jahre befristet und vom Verband der Ersatzkassen und der Hamburger Gesundheits- und der Schulbehörde umgesetzt. (Hillienhof, 2019) . Eine zusammenfassende Übersicht der nationalen Modelle bezüglich der Anbindung wird im Kapitel Anbindung besprochen und in einer Übersichtstabelle 44 dargestellt. Ein Teilausschnitt stellt Tabelle 2 dar.

Auch in Schulen freier Trägerschaft in Deutschland sind Schulgesundheitsfachkräfte eingesetzt. Der Betreuungsschlüssel liegt hier bei 1:700 bis 1:950. (Möller, 2015, S. 46)

<b>Bundesland</b>	<b>Projekt</b>	<b>Aufgaben</b>
<b>Brandenburg</b>	Einführung von Schulgesundheitsfachkräften an öffentlichen Schulen im Land Brandenburg	Akutversorgung Gesundheitsförderung und Prävention Früherkennung Netzwerkarbeit Unterstützung chron. Kranke SUS
<b>Bremen</b>	Gesundheitsfachkräfte an Schulen (GefaS)	Prävention und Gesundheitsförderung (entsprechend Präventionsgesetz)
<b>Hamburg</b>	Gesundheitsfachkräfte an Grundschulen	Prävention und Gesundheitsförderung (entsprechend Präventionsgesetz)
<b>Hessen</b>	Einführung von Schulgesundheitsfachkräften an öffentlichen Schulen in Hessen	Akutversorgung Gesundheitsförderung und Prävention Früherkennung Netzwerkarbeit

Bundesland	Projekt	Aufgaben
		Unterstützung chron. Kranke SUS
<b>Schleswig-Holstein</b>	Dänischer Schulgesundheitsdienst (Regelversorgung)	Gesprächsführung mit Schülern individuell oder in Gruppen- Themen wie Pubertät, Mobbing, Stress, Trauergruppen oder Drogenprävention Reihenuntersuchungen wie Hör- und Sehtests Teilnahme an Schulprojekten/Themenwochen Elternabende Familienberatung Ambulante Beratung „Übergewicht“
	Einsatz von School Nurses an zwei Grundschulen in Flensburg	Akutmedizinische Versorgung und Beratung, Förderung von Gesundheitskompetenz, Schulentwicklung, Netzwerkarbeit, Koordination
<b>Rheinland-Pfalz</b>	ikids Machbarkeitsstudie zur SGFK	Versorgung chronisch kranker Kinder

Tabelle 2 Ländervergleich national mit Tätigkeitsprofil

Anhand des internationalen Ländervergleichs lässt sich im Mittel ein Betreuungsschlüssel von 600-700 Schülerinnen und Schülern ableiten. In Ländern, wie beispielsweise Australien oder auch an öffentlichen Schulen in Großbritannien, in denen eine Fachkraft weit mehr als 700 Schülerinnen und Schüler betreut, kann man sehen, dass es zu Überlastungen der Schulgesundheitsfachkräfte kommen kann und sie ihre Aufgaben nicht mehr adäquat ausüben können. (Banfield, McGorm, & Sargent, 2015, S. 5) (Möller, 2015, S. 58)

Auch im Modellprojekt in Brandenburg und Hessen wurde in der Evaluation darauf hingewiesen, dass es sich nachteilig auf das Gelingen des Projektes auswirken kann, wenn die Schulgesundheitsfachkräfte nicht kontinuierlich während der Schulzeit anwesend sind, weil sie mehrere Schulen betreuen. Dabei käme es besonders auf eine tägliche Verfügbarkeit an, um eine ausreichende und fachgerechte Versorgung für die Schülerinnen und Schüler zu erreichen und die Akut- und Erstversorgung verlässlich zu gewährleisten (Tannen, Adam, Ebert, & Ewers, 2018, S. 13)

Des Weiteren müssen in der Verteilung der Schulgesundheitsfachkräfte, abgesehen von der Anzahl der Schülerinnen und Schüler, auch weitere spezifische Bedarfe Beachtung finden. Erheblich für die Planung des Verteilungsschlüssels sind der Ort der jeweiligen Schule (ländlich/städtisch), sowie das Umfeld und die Problemdichte. (Tannen, Adam, Ebert, & Ewers, 2018, S. 13). In Schweden und Finnland beispielsweise, betreut eine Schulgesundheitsfachkraft bei besonders kleinen Schulen im ländlichen Raum, mehrere Schulen gleichzeitig. (Kocks, 2008, S. 251) (Möller, 2015, S. 58). Im ländlichen Raum in Schulen mit geringeren Schülerzahlen wäre es möglich, dass die Schulgesundheitskräfte in Teilzeit arbeiten, während

an städtischen größeren Schulen volle Stellen besetzt werden müssten und ggf. mit weiteren Teilzeitstellen zu ergänzen sind. Jedoch ist aus den Evaluationsergebnissen des Modellprojektes in Brandenburg und Hessen herauszulesen, dass der Wunsch nach einer Vollzeitbeschäftigung, gerade um eine kontinuierliche Betreuung über den ganzen Schultag, insbesondere im Ganztagskontext zu erreichen, groß ist. Negativ habe sich die Abwesenheit oder Nichtansprechbarkeit der Schulgesundheitsfachkräfte laut Umfrage ausgewirkt. (Paulus & Petzel, Evaluation des Modellprojekts Schulgesundheitsfachkräfte in Brandenburg: Vorläufige Ergebnisse der Befragungen Herbst/Winter 2019/2020, 2020, S. 9) Die Teilzeitbeschäftigung habe „sich nicht nur auf die Quantität, sondern auch auf die Qualität der Arbeit der Schulgesundheitsfachkräfte sowie teilweise auch auf die allgemeine Zufriedenheit negativ ausgewirkt“ hieß es im Evaluationsbericht. (Paulus & Petzel, Evaluation des Modellprojekts Schulgesundheitsfachkräfte in Brandenburg: Vorläufige Ergebnisse der Befragungen Herbst/Winter 2019/2020, 2020, S. 6)

In Brandenburg sind mittlerweile 18 Schulgesundheitsfachkräfte an 27 Schulen eingesetzt. Die nachfolgende Landkarte zeigt deren Verteilung (Abbildung 3).

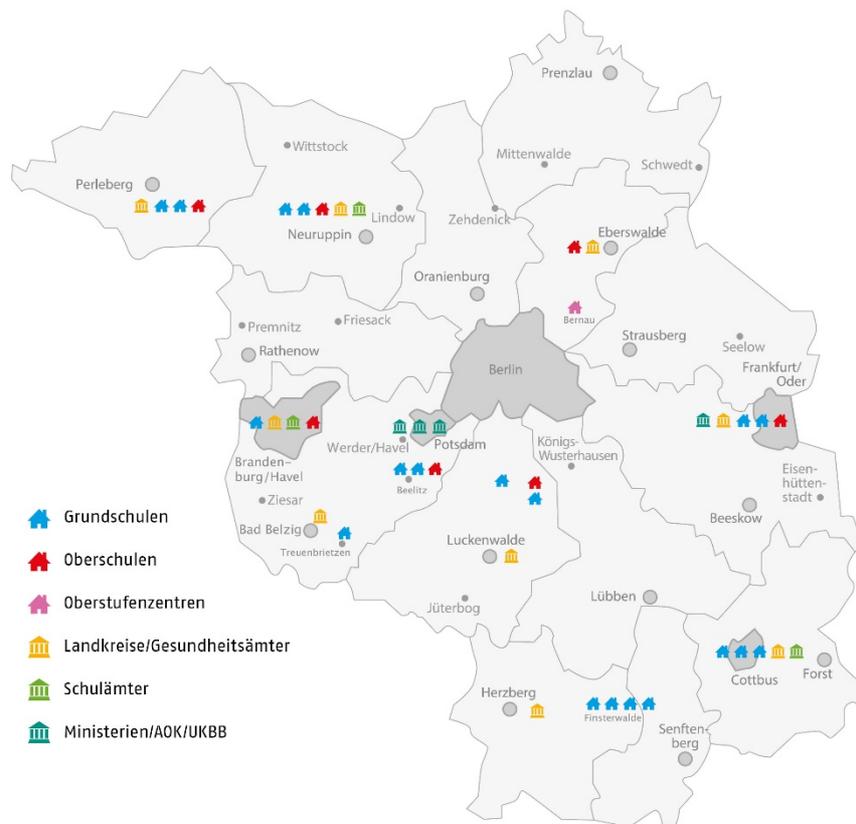


Abbildung 3 Einsatzgebiet der Schulgesundheitsfachkräfte im Land Brandenburg

Um eine weitreichendere Einbindung, über die Erstversorgung hinaus, der Schulgesundheitsfachkräfte zu ermöglichen, wäre die Anstellung auf Basis einer Vollzeitbeschäftigung vorzuziehen (Paulus & Petzel, Evaluation des Modellprojekts Schulgesundheitsfachkräfte in Brandenburg: Vorläufige Ergebnisse der Befragungen Herbst/Winter 2019/2020, 2020, S. 6). Damit würden Probleme, die durch die Nicht-Anwesenheit der Schulgesundheitsfachkräfte in Teilzeitmodellen aufkämen, deutlich weniger. Auch die Akutversorgung könne besser gewährleistet werden und weitere Präventionsprogramme könnten realisiert werden. (Paulus & Petzel, Evaluation des Modellprojekts Schulgesundheitsfachkräfte in Brandenburg: Vorläufige Ergebnisse der Befragungen Herbst/Winter 2019/2020, 2020, S. 6; Paulus & Petzel, Evaluation des Modellprojekts des Modellprojekts Schulgesundheitsfachkräfte in Brandenburg: Effekte im Bereich Bildung Endbericht, 2018). Ebenfalls deutet sich im internationalen Vergleich an, dass eine Vollzeitbeschäftigung positivere Effekte im Vergleich zur Teilzeitbeschäftigung, auf die Arbeit der Schulgesundheitsfachkräfte, hat. In Akutfällen oder sonstigen Anliegen oder Notfällen, die die Gesundheit betreffen, wären die Schulgesundheitskräfte in Vollzeitbeschäftigung immer ansprechbar. In Ländern, wie beispielsweise Finnland, Polen, Großbritannien, Australien und den USA, in denen die Gesundheitsfachkräfte an Bildungseinrichtungen schon länger etabliert sind, zeigte sich dieser positive Effekt ebenfalls in Evaluationsergebnissen (Möller, 2015, S. 56-57).

Um das volle Potential der Modellprojekte auszuschöpfen und auch die weitere Etablierung der Schulgesundheitspflege erfolgreich zu gestalten, sollen Stellenanteil und Stellenschlüssel bedarfsgerecht geplant werden. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass durch die Schulgesundheitsfachkraft vulnerable Bevölkerungsgruppen proaktiv angesprochen werden können, die nicht von sich aus auf die Schulgesundheitsfachkraft zugehen. (Tannen, Adam, Ebert, & Ewers, 2018, S. 12-13)

Um den Bedarf entsprechend der Problemdichte planen zu können, kann hierfür beispielsweise die sozialindizierte Lehrerzuweisung (Sozialindex) herangezogen werden. Dieser wurde laut dem Hessischen Kultusministerium im Schuljahr 2013/14 eingeführt. Demnach wurden über den jährlich neu berechneten Sozialindex zusätzliche Ressourcen an hessischen Schulen, gemessen an Sozialindikatoren, verteilt. Dies bedeutet, dass anhand der sozialen Zusammensetzung der Schülerinnen und Schüler einer Bildungseinrichtung und der dadurch ermittelten soziodemografischen Struktur, ein bestimmter Personalbedarf schulspezifisch ermittelt werden kann. In den zu berechnenden Sozialindex fließen in der Erstberechnung zu 25% der Anteil der SGB II-Empfänger Hartz (IV) an der Wohnbevölkerung, der Anteil der Wohnungen in Einfamilienhäuser zu 25%, der Anteil der Arbeitslosen an der Wohnbevölkerung zu 22% und der Anteil der Zuwanderer unter den Schülerinnen und Schülern zu 28% mit ein. (HKM I,

2017). Die Sozialberichterstattung des Landes Brandenburg mit den Brandenburger Sozialindikatoren könnte eine Grundlage für die sozialindizierte Zuweisung von Schulgesundheitsfachkräften in Brandenburg bieten. (MSGIV, 2020)

## **1.2 Berufsgruppen und Berufsbilder im Schulkontext**

In der Schule arbeiten unterschiedlichste Berufsgruppen, welche gemeinsam den Schulalltag von Schülerinnen und Schülern gestalten. Um diese Berufsfelder nachfolgend besser voneinander abgrenzen zu können, werden sie in die Kategorien Ausbildung und Tätigkeitsspektrum aufgeteilt und im Kontext des Leistungsspektrums der Schulgesundheitsfachkraft analysiert.

Eine solche Abgrenzung ist hilfreich, um die gemeinsamen Schnittstellen besser definieren zu können. Für die Arbeit der Schulgesundheitsfachkraft ist ein umfangreiches Netzwerk notwendig, ebenso wie eine gute interne als auch externe Zusammenarbeit. Stellvertretend für die Komplexität der Kooperationen, die eine Schulgesundheitsfachkraft kontinuierlich aufrechterhalten muss, um sie bedarfs- und bedürfnisgerecht den spezifischen Anliegen der zu betreuenden Schülerinnen und Schüler nutzen kann, wird mit gebietsbezogenen Netzwerkkarten gearbeitet. Diese wurde von allen Schulgesundheitsfachkräften für ihre Region ausgearbeitet und ständig erweitert und aktualisiert.

### **1.2.1 Abgrenzung aller Berufsgruppen hinsichtlich Aufgabenspektrum und Zuständigkeitsbereich**

⇒ Berufsfeld der Schulgesundheitsfachkraft

Nationale Standards für das Berufsbild einer Schulgesundheitsfachkraft sind noch nicht festgelegt. Im Rahmen des Modellprojektes in Brandenburg und Hessen wurden nach den Empfehlungen der Machbarkeitsstudie der AWO Brandenburg Mindestanforderungen hinsichtlich der Grundausbildung, Berufserfahrung und Weiterbildung bestimmt. Die Weiterbildung zur Schulgesundheitsfachkraft setzt eine vorherige Ausbildung zum examinierten Gesundheits- und Krankenpfleger oder Kinderkrankenpfleger sowie Berufserfahrung von mindestens drei Jahren voraus. Aufbauend auf dieser Ausbildung nehmen die Schulgesundheitsfachkräfte an einer modularisierten zweimonatigen Vollzeit-Weiterbildung mit einem Umfang von 720 Stunden. Danach werden sie tätigkeitsbegleitend betreut und können so ihre Qualifizierung zur Schulgesundheitsfachkraft erlangen. (HMSI, 2020) (SPLASH I, Adam, Ebert, & Ewers, 2018, S. 22)

Das Tätigkeitsspektrum der Schulgesundheitsfachkräfte ist entsprechend des Curriculums des AWO Bezirksverband e.V. Potsdam breit gefächert. Sie sind der erste Ansprechpartner für Schülerinnen und Schüler, Eltern, Lehrerinnen und Lehrer oder auch andere Mitarbeiterinnen

und Mitarbeiter in Schulen, wenn es um gesundheitliche Fragestellungen geht. (DBfK, 2014, S. 4)

Die Gesundheitsversorgung der Schülerinnen und Schüler ist eine der sechs Aufgabenbereiche einer Schulgesundheitsfachkraft. Hierzu zählen die Akut- und Notfallversorgung und die damit verbundene Einschätzung, ob eine zusätzliche medizinische Unterstützung benötigt wird. Zusätzlich betreut die Schulgesundheitsfachkräfte die Verletzten / Erkrankten solange bis eine Verbesserung des Zustandes eintritt oder die Weiterversorgung durch den Rettungsdienst gewährleistet ist. Außerdem informiert sie im Falle einer notwendigen Versorgung die Erziehungsberechtigten. Ein weiterer Aufgabenbereich ist die Betreuung chronisch oder psychisch erkrankter sowie behinderter Kinder. In Abstimmung mit den Erziehungsberechtigten und dem betreuenden Kinder- und Jugendarzt werden Erkrankungen, Unverträglichkeiten oder auch ein eventueller Medikamentenbedarf besprochen und der Handlungsbedarf abgestimmt und dokumentiert. Hierfür ist eine Einverständniserklärung im Vorfeld erforderlich. Des Weiteren liegt die Verantwortung für die Lagerung und Aufbewahrung von Medikamenten, welche die Schüler während dem Schulbesuch benötigen, bei der Schulgesundheitsfachkraft. Ein zusätzliches Aufgabengebiet stellt die Organisation von Erste-Hilfe Schulungen und die Beschaffung beziehungsweise Kontrolle von Erste-Hilfe Material dar. (Sauer I, et al., 2018, S. 13)

Die gezielte Gesundheitsförderung und Prävention von Schülerinnen und Schüler und die Unterstützung von „Lehrkräften im Unterricht bei gesundheitsrelevanten Themen“ (Sauer I, et al., 2018, S. 14) sind weitere Aufgaben der Schulgesundheitsfachkraft. Als Kontaktperson der Schule unterstützt sie „das Gesundheitsamt bei der Organisation von präventiven und gesundheitsförderlichen Projekten“ (Sauer I, et al., 2018, S. 14).

Der dritte Aufgabenbereich ist die Früherkennung. Unter diesen Themenkomplex fallen die individuellen Beobachtungen zu Entwicklungsprozessen von Schülerinnen und Schülern, die Gesundheitsfürsorge und die Verlaufsbeobachtung beispielweise bei gesundheitlichen Beschwerden oder die Durchführung standardisierter Tests. (DBfK, 2014, S. 5) (Sauer I, et al., 2018, S. 15)

Für chronisch kranke oder behinderte Schülerinnen und Schüler bietet die Schulgesundheitskraft eine Möglichkeit wieder am normalen Schulalltag teilzunehmen. Zu ihren Aufgabengebieten gehört die Unterstützung dieser Schülerinnen und Schüler, und wenn dies gewünscht ist, auch die Schulung von Mitarbeitern der Schule und Mitschülern zu dem entsprechenden Krankheitsbild. Dies dient zum einen dem besseren Verständnis der Bedarfe des Betroffenen und zum anderen dazu, im Ernstfall adäquat reagieren zu können. Die Betroffenen können so besser integriert und auch akzeptiert werden. Zusätzlich gibt es für chronisch Kranke oder behinderte Schülerinnen und Schüler eine Ansprechperson außerhalb des privaten Rahmens,

welche im Schulalltag verlässlich vor Ort ist. (SPLASH I, Adam, Ebert, & Ewers, 2018, S. 23) (DBfK, 2014, S. 5) (Sauer I, et al., 2018, S. 16) (Etschenberg, S. 49f.)

Das Aufgabengebiet fünf umfasst die Funktion als Ansprech- und Vertrauensperson. Die Hemmschwelle für Schülerinnen und Schüler gegenüber einer Schulgesundheitsfachkraft ist geringer als zu einer Lehrkraft, deshalb ist es einfacher für Schülerinnen und Schüler, den Kontakt bei persönlichen Fragen und Sorgen zu suchen. „Ein offenes Ohr für die Sorgen und Nöte der Schülerinnen und Schüler und „kümmert“ sich“ (Sauer I, et al., 2018, S. 17) ist ein Leitsatz der Schulgesundheitsfachkraft. Mittels der aufgebauten Vertrauensbasis gibt es die Möglichkeit, frühzeitige Unterstützungsangebote oder Hilfen anzubieten beziehungsweise im Netzwerk zu vermitteln. (HMSI, 2020) (Sauer I, et al., 2018, S. 17)

Der Aufbau dieses Netzwerkes „interdisziplinäre außerschulische Kooperation“ (Sauer I, et al., 2018, S. 18) bildet den sechsten Tätigkeitsbereich der Schulgesundheitsfachkräfte. Die Kooperationspartner sind unter anderem hier das Gesundheitsamt, die Unfallkasse, regionale Versorgungsträger, aber auch Vereine. (Sauer I, et al., 2018, S. 18) Beispielhaft zeigt sich dies in einer Netzwerkkarte in Abb. 17.

⇒ Berufsfeld des Schulsozialarbeiters

Die Ausbildung zum Schulsozialarbeiter setzt einen Hochschul- beziehungsweise mindestens einen Bachelor of Arts Abschluss in der Fachrichtung „Soziale Arbeit“ oder vergleichbare Studiengänge, voraus. Das Studium umfasst zwischen sechs und acht Fachsemester. (KV I, 2015, S. 24) (KV II, 2015, S. 16)

Das Tätigkeitsspektrum der Schulsozialarbeiter umfasst die individuelle Förderung von Schülerinnen und Schülern bezogen auf soziale Aspekte sowie die Inklusion benachteiligter Schülerinnen und Schüler. Zusätzlich haben sie eine beratende Funktion für Erziehungsberechtigte und sollen zur Schaffung einer positiven Lebensbedingung beitragen. (Pötter & Segel, 2009, S. 78) Schulsozialarbeit umfasst alle sozialen Fragestellungen im Bereich des Schulalltages, aber auch im häuslichen Umfeld der Schüler.

Die beratende Tätigkeit des Schulsozialarbeiters umfasst informelle sowie formelle Beratung in den Bereichen des schulischen und häuslichen Umfelds. Dabei ist der Rahmen der informellen Beratung wichtig, um einen guten Zugang zu den Schülerinnen und Schüler zu bekommen. Basierend auf dem Prinzip der Freiwilligkeit wird eine Beratung zu vorgegebenen Zeiten angeboten. Bei entsprechendem Bedarf kann hieraus auch eine langjährige Begleitung des Schülers und der Sorgeberechtigten entstehen. Prinzipiell sind alle geführten Gespräche vertraulich, so dass eine Vertrauensbasis zwischen Schulsozialarbeiter und Schülerin und Schüler geschaffen werden kann. Die Zusammenarbeit mit externen Beratungsstellen sowie die

Vermittlung von weiteren Hilfsangeboten im Bedarfsfall sind weitere Unterstützungsmöglichkeiten. Die individuelle Förderung findet im Hinblick auf die persönliche und eigenständige Entwicklung statt und sollte nicht im Kontext der Nachhilfe zum Lösen schulischer Anforderungen verstanden werden. Natürlich kann sich aber die Bewältigung schulischer Anforderungen positiv auf die Entwicklung auswirken. (KV I, 2015, S. 14) (KV II, 2015, S. 11-14) (GEW, 2011, S. 25)

Ein weiterer Teil der Arbeit eines Schulsozialarbeiters besteht in der offenen Jugendarbeit. Ziel dieser Arbeit ist es, für alle Kinder und Jugendliche ein vielfältiges Angebot an Projekten und Gruppenangeboten zu bieten, ein Beispiel hierfür wäre die Organisation eines offenen Schülertreffs. Diese Angebote dienen auch zur Förderung des Kontakts und Vertrauensaufbaus zwischen den Schulsozialarbeitern und den Kindern und Jugendlichen. (KV I, 2015, S. 14 f.)

Auch die Konfliktbewältigung gehört zum Aufgabenbereich der Schulsozialarbeit. Hierbei geht es um jegliche Konflikte in den unterschiedlichsten Settings. Im Schulalltag, unter Mitschülern, mit Lehrern oder auch im häuslichen Umfeld, werden gemeinsam Lösungswege aus der Konfliktsituation gesucht. Ein zusätzliches Angebot bildet die Ausbildung von Streitschlichtern und die Organisation verschiedenster Projekte zur Gewaltprävention. Auch die Vermittlung wesentlicher Merkmale einer demokratischen Haltung, zum Beispiel die demokratische Entscheidungsfindung und die entsprechenden Verhaltensweisen gehören zu den Aufgaben. (KV I, 2015, S. 15 f.) (KV II, 2015, S. 14)

Oft benötigen aber nicht nur die Schüler die Beratung durch einen Schulsozialarbeiter, sondern auch die betroffenen Eltern oder Erziehungsberechtigten. Hier besteht die Möglichkeit, durch unterschiedliche Kontaktangebote einen Zugang herzustellen oder durch Klassifizierung in verschiedene Themen, Elterngesprächsrunden durchzuführen. (KV I, 2015, S. 18) (KV II, 2015, S. 13)

⇒ Berufsfeld der UBUS Fachkraft (bezieht sich lediglich auf das Land Hessen)

Die Abkürzung UBUS steht für Unterrichtsbegleitende Unterstützung durch sozialpädagogische Fachkraft. Ausbildungsgrundlage für dieses Berufsbild ist ein abgeschlossenes Studium der Sozialen Arbeit oder der Sozialpädagogik. Personen mit gleichwertigen Abschlüssen können auch als UBUS Kraft an Grund- und weiterführenden Schulen beschäftigt werden. Des Weiteren können auch Erzieher in diesem Bereich tätig werden, wobei hier wird das Arbeitsfeld auf die Grundschulen beschränkt ist. Die Fachkräfte sind bei den staatlichen Schulämtern angestellt und einer Schule zugewiesen. Das Aufgabenfeld der UBUS-Fachkraft gibt es bislang nur im Bundesland Hessen.

Das Tätigkeitsspektrum einer UBUS-Kraft ist im „Erlass zur Umsetzung der unterrichtsbegleitenden Unterstützung durch sozialpädagogische Fachkräfte (UBUS) zur Erfüllung des Bildungs- und Erziehungsauftrages an Grundschulen in Hessen“ (HKM II, 2018, S. 1) hinterlegt. Ganz individuell, aber in Anlehnung an diesen Erlass, obliegt es der jeweiligen Schule, die Hauptaufgaben einer UBUS-Fachkraft festzulegen. Vor allem die Abgrenzung zu den Aufgaben der Lehrkräfte und der schon vorhandenen Schulsozialarbeiter ist hier zu beachten. Ziel ist es, durch die neu verteilten zusätzlichen Aufgaben, die unterschiedlichen Tätigkeitbereiche zu unterstützen und nicht zu ersetzen. Das heißt: Eine UBUS Kraft soll nicht einen Lehrauftrag übernehmen, aber die Lehrkraft bei der Umsetzung des Unterrichts unterstützen. (HKM II, 2018, S. 1 f.) (HKM III, 2020)

Die sieben Aufgabenbereiche einer UBUS-Fachkraft sind:

1. „sozialpädagogische Einzel- und Gruppenarbeit, Projekte/Arbeit m. Klassen“
2. „inner- und außerschulische Vernetzung“
3. „offene Angebote für alle Schülerinnen und Schüler“
4. „Unterstützung von einzelnen Lehrkräften“
5. „Unterstützung von Lehrkräfteteams“
6. „Beratung von Eltern, Lehrkräften sowie Schülerinnen und Schülern“
7. „weitere Aufgaben“ (HKM III, 2020)

„Sozialpädagogische Einzel- und Gruppenarbeit, Projekte und Arbeit mit Schulkassen“ (HKM II, 2018, S. 2) beinhaltet die Unterstützung von Gruppen während Ausflügen oder Klassenfahrten, das Lösen von Konfliktsituationen innerhalb der Schule und vor allem auch den Erwerb sozialer Kompetenzen. Außerdem begleiten UBUS-Fachkräfte Schüler in schwierigen Situationen und unterstützen Schüler mit Beeinträchtigungen im Unterricht. (HKM II, 2018, S. 2) (HKM III, 2020)

Ein weiterer Aufgabenbereich der UBUS-Fachkraft umfasst die Beratung. Hierbei sollen Schüler, Lehrer und Erziehungsberechtigte in den unterschiedlichen Aufgaben Unterstützung erhalten. Zusätzlich zählen die Erstellung eines individuellen Förderplans, aber auch die Entwicklung von Präventionsangeboten zu den beratenden Tätigkeiten. (HKM II, 2018, S. 2)

Die Inklusion von Schülern mit Migrationshintergrund in der jeweiligen Klasse, aber auch die Förderung einer Klassengemeinschaft sind weitere Aufgaben einer UBUS-Fachkraft. Hierbei sollen auch die Lehrkräfte entlastet und unterstützt werden. Es besteht die Möglichkeit im Rahmen von bestimmten Unterrichtseinheiten Klassen zu teilen oder Lerngruppen zu bilden und diese mit Hilfe der UBUS-Fachkraft zu beaufsichtigen. Dies ermöglicht den Lehrkräften ein größeres Spektrum an Flexibilität in der Durchführung ihrer Unterrichtseinheiten. (HKM II, 2018, S. 3)

Zu den „weiteren Aufgaben“ gehört die Betreuung von Schülerinnen und Schülern in den unterschiedlichsten Situationen außerhalb des Unterrichts. Hierzu gehört das Betreuen eines Rückzugraums, dieser dient den Schülern für eine Auszeit vom Schulalltag. Auch hier besteht die Möglichkeit für die Schüler mit der UBUS-Kraft in Kontakt zu treten und Probleme oder Anliegen zu besprechen. Außerdem kann die Unterstützung der Mittagsbetreuung einen weiteren Aufgabenbereich darstellen. (HKM II, 2018, S. 3)

⇒ Berufsfeld des Lehrers

In Deutschland ist die Ausbildung zum Lehrer länderspezifisch geregelt und obliegt somit der Hoheit des Kultusministeriums des jeweiligen Landes. Gemeinsam haben aber alle Länder als Voraussetzung für die Ausübung des Berufs ein abgeschlossenes Hochschulstudium und eine Schulpraktische Phase. Es besteht die Möglichkeit, das Studium in einem Bachelor- beziehungsweise Masterstudiengang abzuschließen oder mit dem ersten beziehungsweise zweiten Staatsexamen. (KMK, 2019, S. 192 f.)

Die Aufgaben von Lehrkräften sind vielfältig und werden im Rahmen einer Dienstordnung veröffentlicht. Nach §4 Satz 1 liegen die Aufgaben einer Lehrkraft im „erziehen, unterrichten, beraten und betreuen in eigener Verantwortung“ (Bürgerservice Hessenrecht, 2011). Die Grundlage der Erziehung liegt aber im Verantwortungsbereich der Erziehungsberechtigten der Schüler, die Aufgabe der Lehrer besteht darin sie im Unterrichtsgeschehen zu fördern und fordern. Der Fokus liegt auf einer Erziehung zur Selbstständigkeit. (Bürgerservice Hessenrecht, 2011)

Lehrkräfte müssen in der Lage sein die jeweiligen Lernvoraussetzungen und besonderen Fähigkeiten der einzelnen Schüler wahrzunehmen und diese zu berücksichtigen. Auch Anforderungen außerhalb des Unterrichtsgeschehens liegen im Aufgabenbereich der Lehrkräfte. Hier gehören die Betreuung von Klassenfahrten oder Schulausflügen zum Umfang der Tätigkeiten. Ein weiterer wichtiger Aspekt der Lehrertätigkeit ist der Austausch mit den Erziehungsberechtigten. Diese müssen regelmäßig über den aktuellen Stand ihrer Kinder informiert werden. Außerdem dient dieser Austausch dazu, Eltern über mögliche Lernschwierigkeiten oder Fördermodelle speziell für ihre Kinder zu informieren. In der Dienstordnung ist weiterhin hinterlegt „Lehrkräfte sollen im Rahmen ihrer Möglichkeiten den Gesundheitszustand der Schülerinnen und Schüler beobachten und in Zusammenarbeit mit den Eltern, der Schulärztin oder dem Schularzt oder anderer fachlich ausgewiesener Beratungsstellen auf die Beseitigung gesundheitlicher Auffälligkeiten, Gefährdungen und Störungen sowohl physischer als auch psychischer Art hinwirken“ (Bürgerservice Hessenrecht, 2011).

## ⇒ Berufsfeld des Einzelfallhelfers

Der Begriff Einzelfallhelfer ist gleichzusetzen mit den Berufsbezeichnungen: Schulbegleiter, Integrationsassistent, Schulassistent, Integrationshelfer. Für dieses Berufsbild gibt es keine eigene standardisierte Ausbildung. Voraussetzung ist: die Schulbegleitung muss durch eine geeignete Person durchgeführt werden und es muss im Vorfeld beurteilt werden, welche Fähigkeiten- und Fertigkeiten benötigt werden, um den jeweiligen Bedürfnissen des Betreuten gerecht zu werden. (Gemeinsam leben Hessen e.V., 2018, S. 4) (Elternzentrum Berlin e.V., S. 6)

Es werden Personen mit den unterschiedlichsten beruflichen Hintergründen als Einzelfallhelfer eingesetzt: „Personen mit pädagogischen/sozialen Vorerfahrungen, Qualifiziertes Personal – zum Beispiel Erzieherinnen und Erzieher, Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger, speziell qualifiziertes Personal – zum Beispiel Bachelor Heilpädagogik, Bachelor Sozialpädagogik, spezielle Zusatzqualifikationen“ (Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V., 2015, S. 8). (Kultusministerkonferenz, 2011, S. 18)

Das Tätigkeitsspektrum eines Einzelfallhelfers umfasst die individuellen Unterstützungsmaßnahmen zur Ermöglichung und Erleichterung des Schulalltags eines Kindes oder Jugendlichen mit geistiger, körperlicher oder seelischer Behinderung. (Hillienhof, 2019, S. 6) Der Einsatz eines Einzelfallhelfers bietet Schülerinnen und Schülern, welche nach § 53 (1) SGB XII und § 35a SGB VIII (zuletzt geändert durch Art 3. Abs.5G vom 9.10.2020) einen Anspruch auf Eingliederungshilfe haben, die Möglichkeit durch die Begleitung an wesentlichen Teilen des Schulalltags teilzunehmen. (Finck, Poser-Radeke, & Ohder, 2012, S. 52)

Da der Einzelfallhelfer Schülerinnen und Schüler mit den unterschiedlichsten Unterstützungsbedarfen begleitet, ist sein Aufgabenportfolio sehr breit gefächert und in der Literatur auch nicht abschließend beschrieben. Gleichwohl können die Aufgaben in verschiedene Bereiche aufgeteilt werden. Der erste Bereich umfasst die Unterstützung der Mobilität der Betroffenen. In diesem Bereich geht es um das Erreichen der jeweiligen Klassenräume, der Aufenthaltsbereiche für die Pausen, Mensen oder ähnlicher Orte, die für den Schulalltag beziehungsweise die Schulfreizeit aufgesucht werden müssen. Besteht ein Bedarf an pflegerischer Leistung so ist das eine weitere Aufgabe des Einzelfallhelfers. Hierzu gehören hygienische Maßnahmen, der Toilettengang, die Nahrungsmittelaufnahme sowie die Dosierung und Einnahme benötigter Medikamente. Die individuelle Förderung bezieht sich auch auf den Bereich des Unterrichts vor allen Dingen auf alle Maßnahmen, die eine aktive Teilnahme am Unterricht ermöglichen. Die Schülerinnen und Schüler werden gezielt motiviert und erhalten eine persönliche Ansprache. Zusätzlich wird versucht die Aufmerksamkeit immer wieder auf das Unterrichtsgeschehen zu lenken. Des Weiteren ist die Integration in die Klassengemeinschaft, die Kontaktaufnahme zu Mitschülern und die aktive Kommunikation mit diesen und den Lehrern durch

den Einzelfallhelfer zu fördern. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist das situative Handeln des Einzelfallhelfers, so viel wie nötig aber so wenig wie möglich, sollte er den Betroffenen unterstützen und ihm somit auch die Möglichkeit der persönlichen Weiterentwicklung geben. (Gemeinsam leben Hessen e.V., 2018, S. 2)

⇒ Berufsbild Schulpsychologe

Die Ausbildung zum Schulpsychologen setzt einen Hochschul- beziehungsweise einen Bachelor oder Master Abschluss in Psychologie voraus. In Bayern wird zusätzlich noch das Staatsexamen im „Lehramt und Psychologie mit Schulpsychologischem Schwerpunkt“ (BDP I, S. 1) verlangt.

Das Tätigkeitsspektrum der Schulpsychologen umfasst die Unterstützung und Beratung aller am Schulalltag teilnehmenden Personen und deren häusliches Umfeld sowie die Einzelfallberatung bei bestimmten Problemfeldern. Die beratende Tätigkeit für Schülerinnen und Schüler kann die unterschiedlichsten Gründe haben: Lern- und Konzentrationsschwierigkeiten, Verhaltensauffälligkeiten oder individuelle Begabungen bedürfen der Unterstützung durch einen Schulpsychologen. Des Weiteren sind jegliche Arten von Konflikten, unter Mitschülern, im häuslichen Umfeld oder sogar Mobbing Anlass für die Intervention durch einen Schulpsychologen. Auch Schülerinnen und Schüler mit psychischen Erkrankungen, körperlicher oder geistiger Beeinträchtigung und den daraus resultierenden Problematiken wird die fachliche Unterstützung zur Bewältigung des für sie schwierigen Schulalltags angeboten. Die Begleitung und Beratung findet aber nicht nur für die Schülerinnen und Schüler statt, sondern auch für Eltern und Schulpersonal besteht das Angebot der Schulpsychologen. (BDP II, 2014, S. 3)

Zu den weiteren Aufgaben eines Schulpsychologen gehört die Systemberatung. Hierunter versteht man die Entwicklung des Systems Schule. Dazu gehört die Beratung zu Konzepten der Gewaltprävention oder auch der Gesundheitsfürsorge. Außerdem sind Supervisionen und Coaching Teile der Systemberatung sowie die „Entwicklung zur inklusiven Schule“ (BDP I, S. 1).

Im Rahmen der Tätigkeit unterliegen Schulpsychologen der Schweigepflicht und sind nicht weisungsgebunden in ihrer Beratung, sodass die Hemmschwelle für eine Beratung im Bedarfsfall nicht so hoch sein sollte (BDP II, 2014, S. 7). Des Weiteren besteht die Möglichkeit der Zusammenarbeit mit externen Beratungsstellen sowie die Vermittlung von weiteren Hilfsangeboten. (BDP II, 2014, S. 7)

⇒ Berufsbild Kinder- und Jugendärztlicher Gesundheitsdienst

Der Kinder- und Jugendärztliche Dienst Gesundheitsdienst (KJGD) sowie der Zahnärztliche Gesundheitsdienst gehören dem öffentlichen Gesundheitsdienst an, so dass die Aufgaben

länderspezifisch beschrieben und organisiert sind. Die schulbezogene Tätigkeit des KJGDs ist in den jeweiligen Landesgesetzen ausgeführt. (Kinder- und Jugendgesundheitsdienst-Verordnung – KJGDV), (BRAVORS III, 2016).

Zusätzlich sind beide Dienste noch abhängig von den spezifischen Aufgabenschwerpunkten, die auf der kommunalen Ebene festgelegt werden. Als Grundlage aller dient aber die Förderung körperlicher und seelischer Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Die Ausbildung zum Arzt im öffentlichen Gesundheitsdienst setzt ein abgeschlossenes Medizinstudium, eine Weiterbildung zum Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen und dann eine zusätzliche Schwerpunktweiterbildung, je nach angestrebtem Einsatzbereich, voraus. (BVÖGD, 2020) (Deutsches Ärzteblatt, 2009) Die Ausbildung zum Fachzahnarzt für öffentliches Gesundheitswesen setzt ein abgeschlossenes Zahnmedizinstudium voraus, zusätzlich besteht die Möglichkeit, eine Weiterbildung zum Fachzahnarzt für öffentliches Gesundheitswesen zu absolvieren. (BRAVORS I, 2010).

Die vielfältigen Aufgabenkomplexe des KJGD umfassen individualmedizinische und epidemiologische Aufgaben. (ÖGD, 2018, S. 2) (Ellsäßer, Korebrits, & Trost-Brinkhues, 2020)

Zu den Aufgaben gehören „gutachterliche Tätigkeiten im Rahmen der Eingliederungshilfe, der Sonderpädagogik und Frühförderung“ (ÖGD, 2018, S. 2). Ein Beispiel ist auch die Gutachtenerstellung nach Art und Grad der Behinderung und die daraus resultierenden Hilfestellungen und Fördermaßnahmen und somit auch die Möglichkeit einer Inklusion chronisch kranker oder entwicklungsbeeinträchtigter Kinder. (BVÖGD, 2020)

Eine weitere Aufgabe des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes ist die Durchführung von ärztlichen Untersuchungen in Krippen, Kindertageseinrichtungen und Schulen. Ziel dieser Reihenuntersuchungen ist eine Überprüfung des Entwicklungsstatus. Dies dient vor allem der Früherkennung und daraus resultierend auch der Möglichkeit einer zeitnahen Intervention. Je nach Altersklasse der Untersuchten verändert sich der spezifische Fokus. Zusätzlich zu der Aufgabe der Früherkennung können die erhobenen Daten der Untersuchung weiterhin genutzt werden. So werden die in der Schuleingangsuntersuchung erhobenen Daten zur Abbildung eines Querschnitts der untersuchten Altersgruppe in Bezug auf Gesundheits- und Risikoverhalten genutzt (KV I, 2015) (KV II, 2015) und (BRAVORS IV, 2016)

Weitere Aufgaben sind denen eines Betriebsarztes ähnlich. Dies sind Beratungen von Einrichtungen zu den Themen: Wie werden Schulen alters- und bedarfsgerecht gestaltet? Außerdem hat der KJGD eine beratende Tätigkeit in Themengebieten der Unfallverhütung und dem Infektionsschutz. (Pötter & Segel, 2009, S. 27)

Die Aufgaben des zahnärztlichen Gesundheitsdienstes, aufbauend auf der Förderung der Kindergesundheit im Allgemeinen, umfassen spezifisch alle Bausteine zum Thema Mundgesundheit, vor allem vor dem Hintergrund der gesundheitlichen Chancengleichheit. Dies impliziert die schuljährliche Vorsorgeuntersuchung in Kindertagesstätten und Schulen. Hierdurch sollen Zahnschäden frühzeitig erkannt und Folgeschäden vermieden werden. Außerdem gehören präventive Maßnahmen wie Mundhygieneaufklärung von Kindern und die Schulung von Erziehern, Lehrern und Eltern zum Aufgabenspektrum. (Sauer I, et al., 2018)

⇒ Rolle Schulsanitätsdienst

Der Schulsanitätsdienst besteht in der Regel aus einer betreuenden Lehrkraft und Schülerinnen und Schülern, welche in Erste-Hilfe ausgebildet sind. Für die Lehrkraft wird mindestens eine Erste-Hilfe Ausbildung vorausgesetzt. Es ist aber wünschenswert, dass die Qualifikation über diese hinausgeht und ein größeres Fachwissen vorhanden ist. Die Schülerinnen und Schüler müssen einen umfassenden Erste-Hilfe-Kurs nachweisen können, sowie sich regelmäßig weiterbilden. (GEW, 2011, S. 3)

Die Aufgaben des Schulsanitätsdienstes sind vielfältig. Beginnend mit der Erste-Hilfe-Leistung an sich, versorgen sie leichte Verletzungen. Handelt es sich um eine schwerere Verletzung, betreut der Schulsanitätsdienst den Verletzten bis weitere Rettungskräfte oder die Eltern vor Ort eintreffen. Anschließend dokumentieren sie die Verletzung und die eingeleiteten Maßnahmen. Dies bietet nachfolgend auch die Möglichkeit eventuelle Gefahrenquellen zu ermitteln und die Ergebnisse weiterzuleiten, um eine Abmilderung oder Beseitigung zu ermöglichen. Des Weiteren verpflichten sich die Mitglieder des Schulsanitätsdienstes zur Verschwiegenheit über die sensiblen Daten, die sie während ihrer Tätigkeit erfahren. Je nach schulischer Vorgabe und Gestaltung des Schulsanitätsdienstes haben die Mitglieder entweder nur zugeteilte Dienstzeiten, vor allem während Pausenzeiten und Veranstaltungen, oder können sogar während ihrer Unterrichtszeiten abgerufen werden. Zusätzlich zu den regelmäßigen Diensten haben sie noch die Verpflichtung, sich regelmäßig fortzubilden und ihr Fachwissen zu erweitern.

Die Aufgaben der für den Schulsanitätsdienst zuständigen Lehrkräfte umfassen einige organisatorische Maßnahmen, wie die Erstellung der Dienstpläne, Kontaktvermittlung zu wichtigen Funktionsstellen und die regelmäßige Erinnerung an die Aktualisierung von Notfalldaten durch die Klassenlehrer. Zusätzlich zu den organisatorischen Aufgaben unterweisen sie die Schulsanitäter in Erste-Hilfe Situationen. Eine weitere Aufgabe ist die Durchführung eines begleitenden Unterrichts und die darin enthaltene Fallbesprechung. Nachfolgend sollen hier vergangene Erste-Hilfe Maßnahmen besprochen und eventuelle Fehler auch analysiert werden. Die Lehrerinnen und Lehrer werden mit einem bestimmten Stundenkontingent für den Sanitätsdienst freigestellt. (GEW, 2011, S. 2 ff.)

Die Betreuung des Schulsanitätsdienstes kann durch eine Schulgesundheitsfachkraft gewährleistet werden. Hier besteht die Möglichkeit, entweder ein vorhandenes Team zu ergänzen oder die Funktion der betreuenden Lehrkraft komplett zu übernehmen. Der Schulsanitätsdienst erhält so die Möglichkeit, von der Kompetenz und Qualifikation einer Schulgesundheitsfachkraft zu profitieren, vor allem in Bezug auf die Aus- und Weiterbildung, aber auch in Fallbesprechungen. Umgekehrt kann aber auch die Schulgesundheitsfachkraft von einem Schulsanitätsdienst zu profitieren. Treten zur gleichen Zeit zwei Fälle auf, die eine Erste-Hilfe Maßnahme benötigen, können sich Fachkraft und Schulsanitätsdienst abstimmen und so eine kontinuierliche adäquate Erstversorgung gewährleisten.

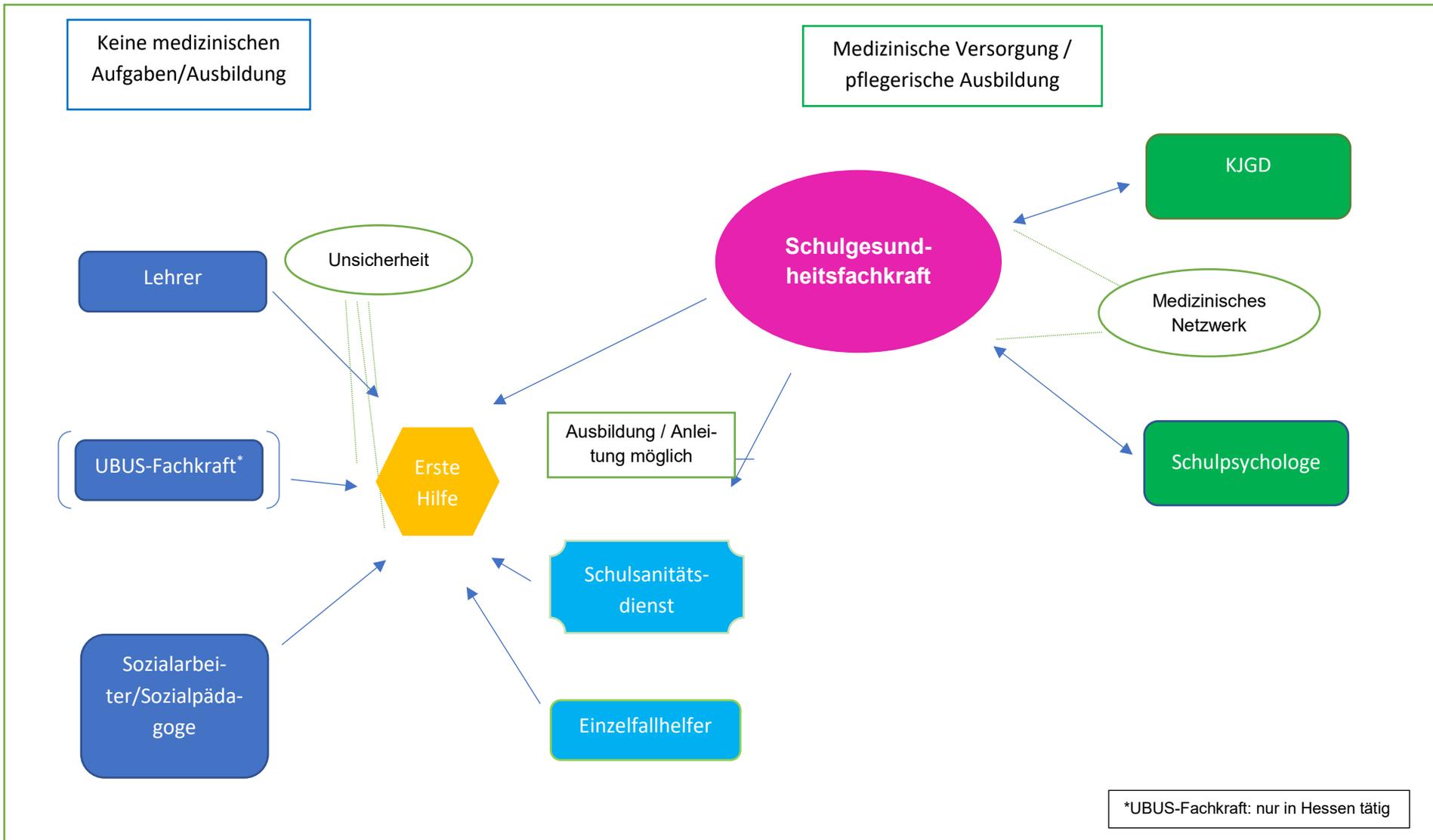


Abbildung 4 Vernetzung der Berufsgruppen in Bezug auf die medizinisch-unterstützende Versorgung

Abbildung 4 stellt einen Überblick aller Berufsgruppen dar, mit welchen die Schulgesundheitsfachkraft während ihrer Arbeit an der Schule kooperiert. Somit liefert die Abbildung die Grundlage für eine detaillierte schulische Netzwerkübersicht, welche wesentlich komplexer ist und je nach der örtlichen Lage der Schule in seiner Ausgestaltung variiert und in den jeweiligen Netzwerkkarten dargestellt wird. (Abbildung 23)

Um den Bedarf an Schulgesundheitsfachkräften zu kalibrieren, bedarf es der Berücksichtigung der Verfügbarkeit von anderen Berufsgruppen an der Schule, die im Themenfeld Gesundheit wirken. Das schulische Umfeld ist geprägt von unterschiedlichen Berufsbildern, welche Einfluss nehmen auf die Lebenswelt der Schülerinnen und Schüler. Im Laufe der Zeit haben sich die diversen Berufsbilder so stark spezialisiert, dass es heute kein Berufsbild mehr gibt, das sich umfassend mit dem Themenfeld Gesundheit der Schülerinnen und Schüler, einer gesunden Lebenswelt Schule sowie der Gesundheitskompetenz befasst. *Diese Form der Spezialisierung ist im Laufe der Entwicklung wichtig gewesen, um die Bausteine Pädagogik und Bildung ausprägen zu können.* Es zeigt sich jedoch, dass dabei Aspekte der gesundheitlichen Versorgung, die historisch an deutschen Schulen vorhanden waren und international als School Nurses noch sind, vernachlässigt wurden. Um diesem Defizit entgegen zu wirken, wurde das Berufsbild der Schulgesundheitsfachkraft im Rahmen des Modellprojektes neu an Schulen erprobt. Die fundierte medizinische Aus- und Weiterbildung der Schulgesundheitsfachkraft ermöglicht eine Besetzung der fehlenden Gesundheitsversorgungs- und Präventionsaspekte in der Lebenswelt Schule. Durch ihre interdisziplinäre Zusammenarbeit hat die Schulgesundheitsfachkraft viele Berührungspunkte zu den anderen beschriebenen Berufsgruppen. So können etwa in der Akutversorgung von Notfällen die Ressourcen von Lehrkräften geschont beziehungsweise bei der Versorgung ergänzt werden. Zusätzlich stellen gemeinsame Präventionsprojekte zum Thema Gesundheit eine optimale Nutzung der vorhandenen Ressourcen dar. Hier können Lehrkräfte, Schulsozialarbeiter und Schulgesundheitsfachkräfte gemeinsam agieren, um möglichst gesunde Schulbedingungen für die Schülerinnen und Schüler zu schaffen.

### **1.2.2 Ergebnisdarstellung der Befragungen zur Rolle der Schulgesundheitsfachkraft zu ihrem Berufsbild**

Das Ziel der Befragung der Schulgesundheitsfachkräfte in Brandenburg war es, valide Daten bezüglich der Nutzung des Angebots einer Schulgesundheitsfachkraft zu ermitteln. Die Rücklaufquote von 89% ist valide für eine empirische Befragung und zeigt das hohe Interesse und die Motivation der betroffenen Berufsgruppe an der Studie. Die Ergebnisdarstellung der Befragungen der Schulgesundheitsfachkraft dient der Schärfung der Beschreibung des Berufs-

bilds und nachfolgend unter Kapitel 1.3 der Darstellung der Relevanz des Einsatzes der Schulgesundheitsfachkraft insbesondere bezüglich chronisch kranker und belasteter Schülerinnen und Schüler.

### **Teil 2 der Befragung: Ergebnisdarstellung**

Die erste Frage des Fragebogens war, *was eine Schulgesundheitsfachkraft von einer Gesundheits- und Krankenpflegerin bezogen auf das Handeln im beruflichen Alltag in der Schule unterscheidet*. Die Antworten waren unterschiedlich, aber mehrere Punkte wurden häufiger genannt. Grundsätzlich, bezogen auf die Tätigkeit, sei eine Schulgesundheitsfachkraft im Unterschied zu einer Gesundheits- und Krankenpflegerin alleine vor Ort und arbeite nicht in einem Team. Sie handele somit selbstständig und eigenverantwortlich, Absprachen und Beratungen sind nur telefonisch möglich, und können nicht im direkten Kontakt mit einem Arzt abgesprochen werden, wie in der Pflege. Dadurch können sie aber auch aktiv in Entscheidungsprozesse einwirken und mitgestalten, was in der Pflege nicht so problemlos möglich sei.

Mehrfach wurde auch genannt, dass die Schulgesundheitsfachkraft für die Schülerinnen und Schüler eine Vertrauens- und Bezugsperson darstelle und dementsprechend auch präventiv tätig sei. Die Beratung und Begleitung der Schülerinnen und Schüler, häufig auch die psychosoziale Beratung sei allgemein ganzheitlicher. Viel häufiger als in der Pflege seien es eben nicht nur physische Probleme, mit denen die Kinder und Jugendlichen auf die Schulgesundheitsfachkraft zukommen, sondern auch psychische. Es werde viel beraten, zugehört und aufgeklärt, besonders Einfühlungsvermögen sei hier von großer Bedeutung.

Gesundheitlich bezogenes Verhalten werde im Schulalltag beobachtet und dann kann darauf bezogen auch gezielt Prävention angeboten werden. Prävention spielt im Allgemeinen eine größere Rolle als in der Pflege. Die Schulgesundheitsfachkraft könne so ganze Klassen erreichen und gesundheitsbezogene Themen ansprechen. Sie können also nicht nur Akutversorgung leisten, sondern auch präventiv tätig werden.

Häufiger wurde auch genannt, dass die Schulgesundheitsfachkraft als ein Bindeglied tätig ist und so ein umfangreiches Netzwerk zu Lehrerinnen und Lehrer, Therapeutinnen und Therapeuten, Eltern, Gesundheitsamt, Jugendamt, Sozialarbeitern und anderen Personengruppen aufbaut und im Sinne der Schülerinnen und Schüler nutzt. Dieses Netzwerk und der damit verbundene Austausch sei gerade auch aufgrund der Tatsache, dass die Schulgesundheitsfachkraft allein arbeite sehr wichtig. Die Gesundheits- und Krankenpflegerin agiere im Gegensatz dazu klassisch zwischen Arzt, Patient und Angehörigen. In Bezug auf die Fachkenntnis sowie den praktischen Einsätzen und Erfahrungen und aufgrund der Zusatzqualifikation würden Schulgesundheitsfachkräfte das Handlungsfeld Schule besser kennen. Sie seien informiert über Grundlagen sozialer Arbeit und Pädagogik und geschult zur Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Auch rechtliche Fragen in der Weiterbildung seien relevant, wie z.B. Bundesteilhabegesetz, das Wissen um rechtliche Grundlagen der Kinder- und Jugendhilfe.

Ganz wichtig sei dazu das Erkennen einer Kindeswohlgefährdung, dem Vorgehen bei Verdacht, um Kinder und Jugendliche zu unterstützen und Hilfe anbieten zu können. Aufgrund der Arbeit an einer Schule seien die Tätigkeiten dahingehend umfassender. Beispiele dafür sind, dass die Schulgesundheitsfachkraft auch vor Klassen sprechen muss, Projekte durchführt, den Unterricht begleitet, an Gremien, Arbeitskreisen, Steuerungsgruppen teilnimmt, was in der Pflege nicht vorkommt. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse kann Abbildung 5 entnommen werden:

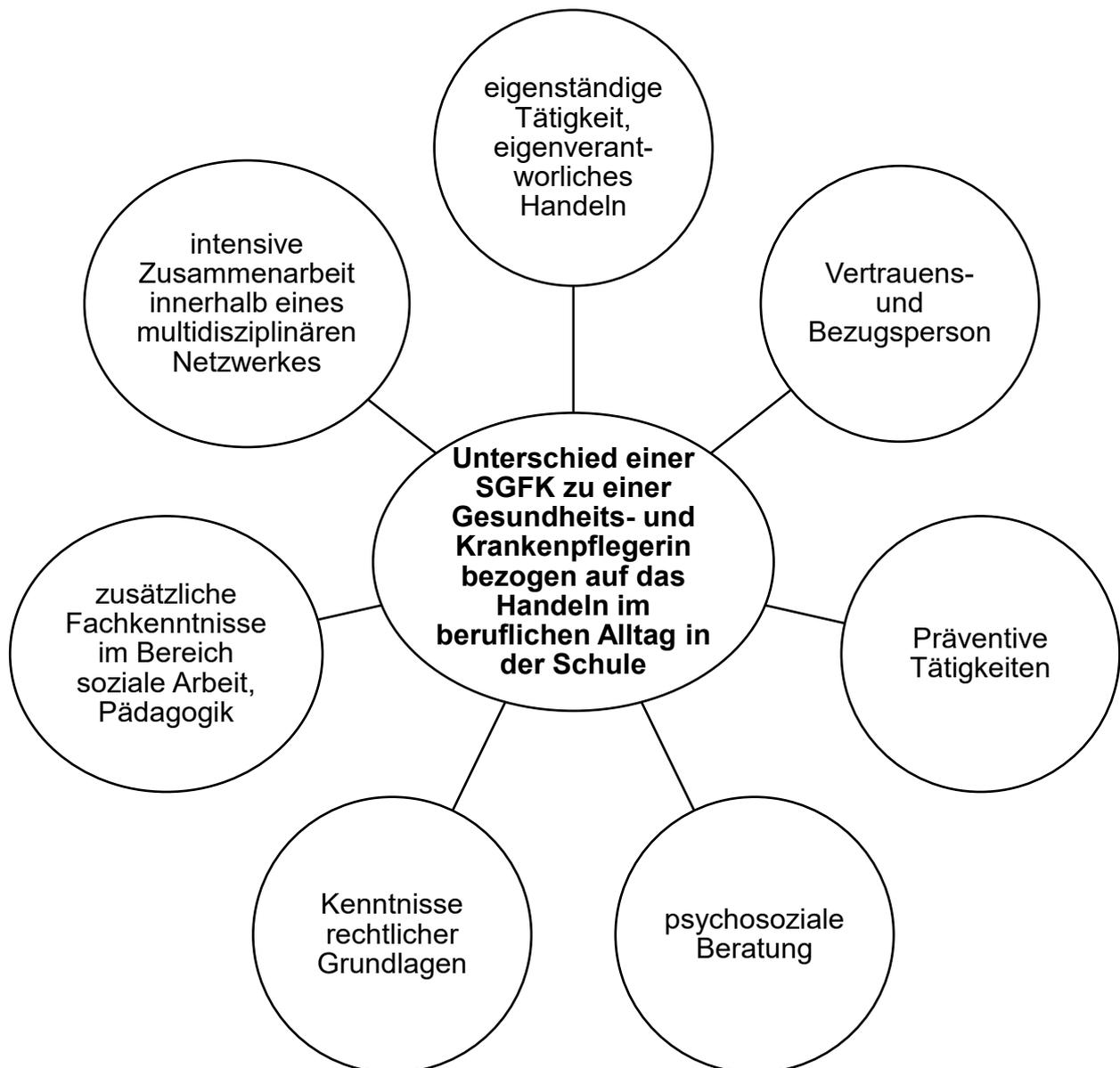


Abbildung 5 Zusammenfassung Frage 1: Was unterscheidet eine Schulgesundheitsfachkraft von einer Gesundheits- und Krankenpflegerin bezogen auf das Handeln im beruflichen Alltag in der Schule?

Die zweite Frage war, was die Kernaufgaben und Hauptaktivitäten in ihrem Berufsalltag vor allem bezogen auf Aufgaben und Interaktionspartner seien.

Hier wurde vor allem die Akutversorgung der Schülerinnen und Schüler genannt. Dazu gehöre beispielsweise, leichte Verletzungen zu versorgen, die in den Pausen oder im Sportunterricht entstehen, Eisbeutel ausgeben, akut erkrankte Kinder zu versorgen oder auch im Einzelfall das Schulpersonal medizinisch zu versorgen.

Außerdem sei ein weiteres Tätigkeitfeld die Versorgung und Unterstützung chronischer Erkrankungen und die Gesundheitsberatung, die Früherkennung bzw. Beratung zur Weitervermittlung. Zu den erwähnten Erkrankungen gehören vor Allem Diabetes, Asthma oder Allergien. Hier seien die Schulgesundheitsfachkraft ein wichtiger Ansprechpartner für die Eltern.

Eine weitere Kernaufgabe sei auch die Zusammenarbeit und die Ansprechbarkeit für Lehrerinnen und Lehrer. Es erfolge Beratung in Bezug auf Begleitung und Initiierung von schulischen Gesundheitsveranstaltungen oder gesundheitsbezogenem Unterricht. Zudem wenden sich Lehrerinnen und Lehrer bei Verhaltensauffälligkeiten der Schülerinnen und Schüler an die Schulgesundheitsfachkraft.

Die psychosoziale Begleitung der Kinder und Jugendlichen stelle eine weitere Kernaufgabe dar. Dort sei die Schulgesundheitsfachkraft oftmals der primäre Ansprechpartner und Vertrauensperson. Sie helfe bei schulischen, familiären und anderen Problemen. Dort sei es vor allem wichtig den Schülerinnen und Schülern gut zuzuhören, Interesse zu zeigen und den Gesundheitszustand genau zu beobachten, um ggf. Veränderungen festzustellen. Entscheidend sei dabei eine hohe Sozialkompetenz und ein hohes Maß an fachlicher Expertise. Es sei von großer Bedeutung rasch und sicher Situationen zu erkennen und notwendige Maßnahmen zu ergreifen und durchzuführen. Hier sei auch die Zusammenarbeit mit den Netzwerkpartnern besonders wichtig.

Eine weitere Aufgabe ist die Prävention. Dazu zählt die Durchführung von präventiven Projekten zu Themen wie allgemeine Hygiene, richtiges Händewaschen, erste Hilfe, Rauchen, Pubertät, gesundes Frühstück etc. Aber auch Beratungs- und Informationsangebote sowie Schulungen für Eltern und Lehrerinnen und Lehrern zu verschiedenen gesundheitlichen Themen wie Impfeempfehlungen, Infektionskrankheiten und Erste Hilfe.

Hinzu kommen allgemeine Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben.

Eine Schulgesundheitsfachkraft berichtete, sie sei an drei unterschiedlichen Schulen tätig und entsprechend würden die Tätigkeiten auch variieren. Die Bedarfe seien unterschiedlich und deshalb werden auch die Tätigkeiten angepasst. An einer Grundschule, in einem „besseren“ Teil der Kleinstadt wird eher Prävention angeboten, in der „Brennpunkt-Schule“ käme es vor allem auf die Akutversorgung an, in der Dorfschule sei ein fester Plan entstanden, in dem regelmäßig Zähne geputzt werden, das Konzept „Gute Gesunde Schule“ umgesetzt wird und mehrere Arbeitsgruppen entstanden sind.

Interaktions- und Netzwerkpartner seien vor allem die Schulleitung, die Lehrerschaft, die Sekretärin, der Hort, die Eltern der Schülerinnen und Schüler, Ärzte, meistens Kinder- und Jugendärzte oder Psychologen, das Gesundheitsamt, zahnmedizinischer Dienst, Sozialarbeiter und Unfallkassen. Aber auch das Jugendamt oder die Familienhilfe zur Weitervermittlung. Die enge Zusammenarbeit in diesem Netzwerk ist besonders wichtig, um so allen Beteiligten gerecht zu werden und im Austausch zu bleiben. Eine zusammenfassende Ergebnisdarstellung wird in Abbildung 6 gezeigt:



Abbildung 6 Frage 2 Kernaufgaben und Hauptaktivitäten der Schulgesundheitsfachkraft in ihrem Berufsalltag vor allem bezogen auf Aufgaben und Interaktionspartner

Die dritte Frage war, *warum sie den Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften im ländlichen Raum als besonders unabdingbar interpretieren.*

Hier wurde vor allem gesagt, dass der Zugang zu Netzwerkpartnern auf dem Land umständlicher sei. Dieses sei weniger gut ausgebaut und es gäbe weniger Angebote. Allgemein sei die Erreichbarkeit verschiedener Angebote durch eine weniger gut ausgebaute Infrastruktur der öffentlichen Verkehrsmittel erschwert. Ansprechpartner wie Kinder- und Jugendärzte oder andere Fachbereiche in den Gesundheitsämtern seien oft nicht vor Ort ansässig. Hier sei die

Schulgesundheitsfachkraft besonders wichtig als Schnittstelle zwischen den Netzwerkpartnern und könne so gezielter weiterführende Hilfe vermitteln. Der Fachärztemangel sei auch im ländlichen Raum spürbar und es sei schwer zeitnah einen Termin zu bekommen. Hier können Schulgesundheitsfachkräfte einen ersten Rat geben und sind Ansprechpartner vor Ort. Des Weiteren kann die Schulgesundheitsfachkraft bei der Terminfindung unterstützen, da diese auf ihr Netzwerk zurückgreifen könne.

Die Erstversorgung könne mit einer Schulgesundheitsfachkraft vor Ort im ländlichen Raum sofort gewährleistet werden. Beispielsweise sei es dem Schulpersonal nach einer Verletzung nicht möglich die betroffenen Schülerinnen und Schüler adäquat zu betreuen bis die Eltern, die häufig insbesondere in ländlichen Gebieten einen längeren Anfahrtsweg haben, in der Schule eintreffen. Diese Aufgabe könne dann die Schulgesundheitsfachkraft übernehmen und das Kind bis zum Eintreffen der Eltern optimal betreuen, versorgen und beruhigend auf das Kind einwirken.

Im ländlichen Raum sei generell auch in den Schulen die psychosoziale und medizinische Versorgung schlechter als im Ballungsraum. Schulsozialarbeiter, Heilpädagogen oder Schulpsychologen seien sehr selten oder gar nicht an den Schulen vorhanden. Dadurch sei es erschwert, dass Gesundheitskompetenzen erlernt werden und auch gesundheitsbezogene Projekte werden seltener angeboten oder fehlen komplett. Schülerinnen und Schüler und ihre Eltern sind oft nicht oder nur unzureichend mit Hilfsangeboten wie psychosozialer Versorgung und anderen Beratungsangeboten vertraut und müssen, um diese zu erreichen, größere Distanzen zurücklegen. Hier könne die Schulgesundheitsfachkraft beraten, aufklären und vermitteln. All dies fördere die Gesundheit und somit den Bildungserfolg für die Schülerinnen und Schüler im sozial oft benachteiligten, ländlichen Raum. Dies würde die Chancengleichheit dieser Kinder erhöhen.

Zuletzt wurde aber auch angemerkt, dass der Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften sowohl im ländlichen als auch im städtischen Raum unabdingbar sei, da die Schülerinnen und Schüler überall gleichermaßen von den Problemen der Kindesentwicklung und Pubertät betroffen seien. Damit einhergehend käme es auch überall zu Unsicherheit, Zweifeln, Ängsten und Fragen. Eine Ergebniszusammenfassung wird in Abbildung 7 dargestellt:

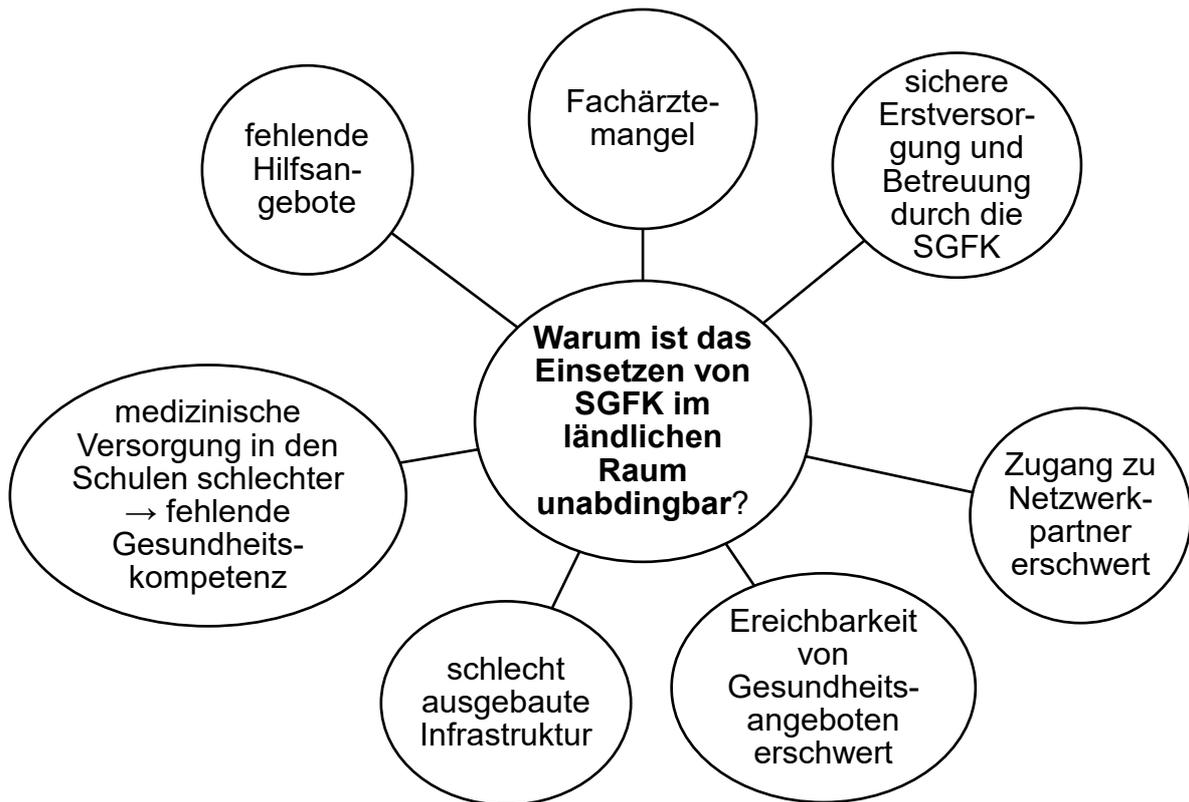


Abbildung 7 Relevanz des Einsatzes von Schulgesundheitsfachkräften im ländlichen Raum

### 1.3 Unterstützungsbedarf bei chronischen Erkrankungen und der Inklusion

Um Information zur Relevanz der Arbeit einer Schulgesundheitsfachkraft im Zusammenhang mit chronisch erkrankten Schülerinnen und Schüler zu gewinnen, wurde eine qualitative Befragung der Schulgesundheitsfachkräfte in Brandenburg durchgeführt. Ziel dieser Befragung war es festzustellen und ob diese mit den vorgegebenen Rahmenbedingungen realisierbar seien. Zusätzlich sollte abgebildet werden, ob die Arbeit einer Schulgesundheitsfachkraft einen Entlastungseffekt für Schülerinnen und Schüler, Lehrerinnen und Lehrer und Eltern haben könnte.

#### Ergebnisdarstellung der Befragung

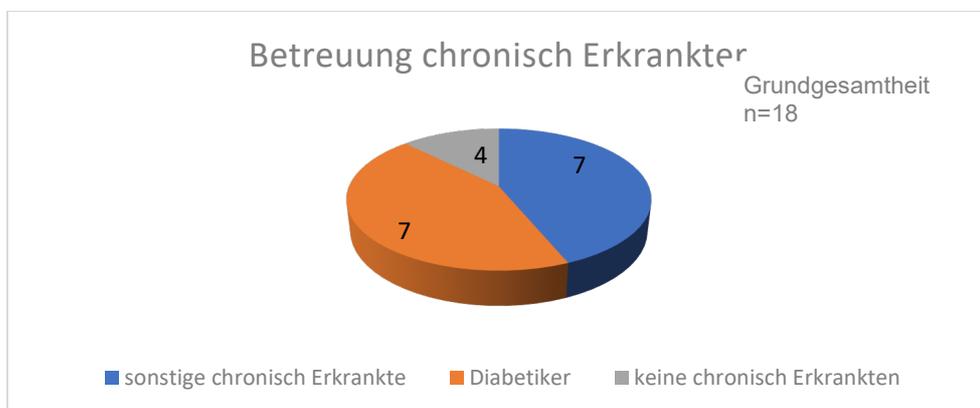


Abbildung 8 Betreuung chronisch Erkrankter durch Schulgesundheitsfachkräfte

Betreffend des ersten Themenkomplexes – Bedarf an Betreuung chronisch Erkrankter - zeigte sich, dass 14 der 18 Schulgesundheitsfachkräfte, die an der Befragung teilgenommen hatten, mindestens einen chronisch erkrankten Schüler betreuen. Von diesen begleiten 7 Schulgesundheitsfachkräfte einen an Diabetes Mellitus erkrankten Schüler. (Abbildung 8) Weitere betreute chronische Krankheitsbilder umfassen: Allergien, Zöliakie, kardiologische Erkrankungen, Epilepsie, Morbus Crohn, Asperger-Syndrom, craniale Zysten oder Zustand nach craniale Blutungen, Asthma bronchiale, Endometriose sowie chronische Kopfschmerzerkrankungen. Außerdem werden Schülerinnen und Schüler mit körperlichen Behinderungen und psychischen Erkrankungen, zum Beispiel ADHS und Angststörungen betreut. Dieses breite Spektrum an Erkrankungen der Schülerinnen und Schüler zeigt auf, wie wichtig die Anwesenheit einer medizinisch-pflegerisch geschulten Schulgesundheitsfachkraft an einer Schule für die betroffenen Schülerinnen und Schüler zur Bewältigung des Schulalltags ist. Des Weiteren ist die Vielfalt der Krankheitsbilder und Bedarfe ein Hinweis für die Wichtigkeit der breitgefächerten Weiterbildung der Schulgesundheitsfachkraft, welche die pflegerische Ausbildung ergänzt.

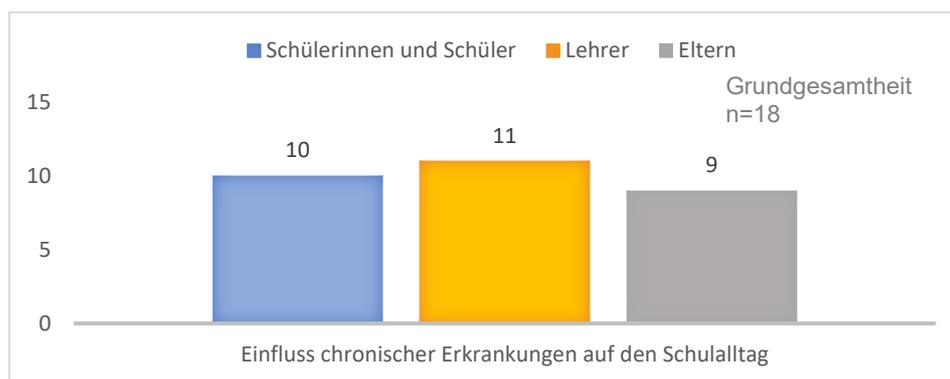


Abbildung 9 Einfluss einer chronischen Erkrankung auf Schülerinnen und Schüler

Der zweite Themenkomplex der Befragung – Einfluss der chronischen Erkrankung auf die Personen des schulischen Umfelds- zeigte, dass 11 der 16 Rückläufer der Schulgesundheitsfachkräfte beobachtet haben, dass ein erkrankter Schüler den Schulalltag eines Lehrers beeinflusst. (Abbildung 9) Dies weist darauf das das hohe Maß an Belastung, welches ein chronisch erkrankter Schüler für das Lehrpersonal bedeutet. Diese Informationen wurden in internationalen Studien gesundheitsökonomisch untersucht, in den USA wurde gezeigt, dass die Entlastung der Lehrer ein Hauptfaktor für den positiven Kosten-Nutzen Effekt der School Nurses war. (Wang, et al., 2014).

Bei zwei Drittel der Antworten aus der Brandenburger Befragung der Schülerinnen und Schüler war die Erkrankung für den Schüler selbst eine Belastung im Schulalltag. Über die Hälfte der Antworten ergab, dass auch die Eltern sich der Problematik von chronisch erkrankten

*Schülern bewusst sind.* Dies zeigt die Notwendigkeit der Zusammenarbeit der Schulgesundheitsfachkräfte mit anderen Gruppen im Umfeld der chronisch Erkrankten.

Insgesamt betrachtet zeigt diese empirische Studie auf, wie wichtig die Existenz und Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte in Schulen ist. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es viele Hinweise seitens der befragten Eltern, Lehrer und auch Schüler gibt, dass die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte sie entlastet.

Offensichtlich erbringen Schulgesundheitsfachkräfte Leistungen, die von anderen Beteiligten im schulischen Umfeld nicht oder nur sehr bedingt erfüllt werden können. Der Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften scheint die Bildungschancen chronisch erkrankter Schülerinnen und Schüler zu fördern.

#### Weitere Aspekte der Tätigkeit

Ein weiterer Aufgabenbereich der Schulgesundheitsfachkräfte stellt neben der Betreuung von chronisch erkrankten Schülerinnen und Schüler die Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit einer Behinderung dar.

Um Kinder mit Behinderungen erfolgreich in eine Regelschule integrieren zu können, bedarf es einem entsprechenden Personal und der nötigen Fachkompetenz (Sarimski, 2019, S. 214). Seit dem Gesetz zum Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13.12.2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderung (Behindertenrechtskonvention) haben die staatlichen Institutionen der Erziehung und Bildung den Auftrag Inklusion umzusetzen. In Artikel 24 der Konvention ist das Recht von Menschen mit Behinderungen auf Bildung und Chancengleichheit festgeschrieben. Des Weiteren wird die Verpflichtung des Staates ein inklusives Bildungssystem zu gewährleisten, aufgeführt. (BMAS, 2006). Gemeint ist damit das Recht zum Besuch einer Regelschule, verbunden mit der notwendigen Förderung. Der Begriff der Behinderung wird seit dem 1. Januar 2018 gilt laut § 2 Absatz 1 SGB IX wie folgt beschrieben:

"Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht."

In der dieser neuen sozialrechtlichen Definition von Behinderung werden ausdrücklich die Wechselwirkungen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung mit materiellen oder sozialen Barrieren in der sozialen Umgebung als ausschlaggebend für das Vorhandensein einer "Behinderung" herangezogen.

Die Schädigungen und Beeinträchtigungen, die eine Behinderung ergeben, können angeboren, die Folge eines Unfalls oder einer Krankheit sein. Je nach Art der Schädigungen und ihrer

Auswirkungen wird zwischen verschiedenen Behinderungsarten unterschieden. Eindeutige Abgrenzungen zwischen körperlichen, geistigen und seelischen Behinderungen sind jedoch kaum möglich, denn es können zum Beispiel aufgrund starker körperlicher Einschränkungen auch seelische Probleme entstehen oder umgekehrt. Ebenso können geistige Behinderungen in Verbindung mit körperlichen Behinderungen auftreten. (BIH, 2018)

In den Schulgesetzen der Bundesländer und entsprechenden Eingliederungsverordnungen werden die rechtlichen Grundlagen und Rahmenbedingungen für die Inklusion beschrieben. So sind im Brandenburgischen Schulgesetz, das sich aktuell in Überarbeitung befindet, die entsprechenden Grundsätze, Ziele und Rahmenbedingungen festgeschrieben. (MBS I, 2020)

Schulgesundheitsfachkräfte könnten im Rahmen der Inklusion, bei körperlich, geistig, seelische Behinderung sowie Sinnesbeeinträchtigung, eine wichtige Rolle spielen. Die Inklusion in Bildungseinrichtungen hat zum Ziel, dass alle Kinder, unabhängig mit welchen Voraussetzungen oder Beeinträchtigungen, gemeinsam zur Schule gehen. Allen soll möglichst die volle und gleichberechtigte Teilhabe ermöglicht werden und Unterschiedlichkeiten oder „anders-sein“ soll als Normalfall angesehen werden. (Sarimski, 2019, S. 10)

Schulgesundheitsfachkräfte können, wie festgestellt wurde, Eltern sowie Lehrerinnen und Lehrern entlasten, die sich häufig überfordert fühlen. Sie übernehmen Aufgaben, die vorher das Schulpersonal wahrgenommen hat. (Tannen, Adam, Ebert, & Ewers, 2018, S. 11) Durch die Arbeit in einem multiprofessionellen Team und die Nutzung der Netzwerke der Schulgesundheitsfachkraft kann die Förderung beeinträchtigter Kinder gemeinsam umgesetzt werden und es kann individuell auf das einzelne Kind eingegangen werden. (Becker, 2008, S. 123) Des Weiteren können Schulgesundheitsfachkräfte mit ihrem Fachwissen den Umgang mit beeinträchtigten Schülerinnen und Schülern erleichtern und Sicherheit geben, sei es für Eltern, die ihre Kinder gut betreut wissen oder Lehrerinnen und Lehrern, die immer einen kompetenten Ansprechpartner vor Ort haben (Tannen, Adam, Ebert, & Ewers, 2018, S. 12).

Außerdem können Schulgesundheitsfachkräfte die soziale Teilhabe der Kinder und Jugendlichen stärken. Durch positivere Kontakte mit anderen Kindern, das Erleben von Zugehörigkeit, entstehende Freundschaften und Akzeptanz durch die anderen Kinder verstärkt werden. (Sarimski, 2019, S. 12) (Turner & Mackay, 2015). Neben der sozialen Teilhabe kann auch die Qualität der Schulbildung im Sinne der Erhöhung der Bildungsbeteiligung benachteiligter Schülerinnen und Schüler verbessert werden. (Möller, 2015, S. 15) (Turner & Mackay, 2015). Ist an einer Bildungseinrichtung kein geschultes Personal angestellt, und wird die Beeinträchtigung eines/r Schüler/in ungenügend behandelt, so steigt die Gefahr für die Ausbildung einer Verhaltensstörung und somit wird auch häufig ein erfolgreicher Schulbesuch verwehrt. (Möller, 2015, S. 25) Diesem Risiko kann die Arbeit einer Schulgesundheitsfachkraft entgegenwirken. Zusätzlich ist durch die steigende Prävalenz von psychischen Belastungen und Erkrankungen

(Greiner, Batram, & Witte, 2019) (Klasen, et al., 2017) (Steffen, 2019) und der Trend zur Ganztagsbetreuung in Bildungseinrichtungen ein Bedarf an medizinisch pflegerischem Fachpersonal gegeben. Die Schülerinnen und Schüler verbringen einen Großteil ihrer Zeit in der Schule und insbesondere die Schülerinnen und Schüler mit Einschränkungen sind auf eine entsprechende Unterstützung angewiesen. Auch der Bedarf an Beratung der Lehrerinnen und Lehrer sowie die Notwendigkeit von Schulungen für das Schulpersonal nehmen zu, um einen kompetenteren Umgang mit behinderten Schülerinnen und Schülern zu gewährleisten. Diese Angebote müssen durch die Anstellung einer Schulgesundheitsfachkraft nicht mehr von außen bezogen werden, sondern können intern und individuell auf die Bedürfnisse zugeschnitten werden. Das vorhandene Vertrauensverhältnis und die Kenntnis der Schülerinnen und Schüler und der Lehrerinnen und Lehrer könnten hier genutzt werden. Durch diesen Austausch und den Abbau von Unsicherheiten seitens des Schulpersonals kann es neben der gelingenden Inklusion der Schülerinnen und Schüler zu einer reduzierten Stressbelastung und einer erhöhten Arbeitszufriedenheit des Lehrpersonals führen. (Turner & Mackay, 2015) (Möller, 2015, S. 85).

Schulgesundheitsfachkräfte können außerdem medizinisch pflegerische Ansprechpartner für die Schulbegleiter (auch Integrationshelfer oder Schulassistenten) sein, als persönliche Assistenz die Kinder mit Körperbehinderung, geistiger Behinderung oder psychischer bzw. seelischer Störung im schulischen Alltag vor Ort sind. Hier können Schulgesundheitsfachkräfte einzelfallbezogen Hilfe leisten und Unterstützung gewähren.

#### **1.4 Fazit Baustein 1**

In Anbetracht des Ländervergleichs auf internationaler Ebene ist, trotz des in jedem Land etwas unterschiedlich zugeschnittenen Tätigkeitsspektrums, ein allgemeiner Betreuungsschlüssel von 1:700 (Basisbetreuungsschlüssel) als Orientierungswert hilfreich. Das internationale Tätigkeitsprofil ähnelt in vielen Aspekten mit dem Aufgabenportfolio in dem Modellprojekt von Brandenburg und Hessen (Kapitel 6). Bei einer zu großen Schülerzahl kommt es zu Überlastungen der Schulgesundheitsfachkraft. Bei einer deutlich größeren Schülerzahl kann sich die Gesundheitsfachkraft nicht mehr fachlich angemessen um die Schüler kümmern und ihren Aufgaben in der Gestaltung eines gesunden Schulumfelds nachkommen. Dies kann auch zu Unzufriedenheit und Motivationsverlust der Schulgesundheitsfachkräfte führen, was den Erfolg ihrer Tätigkeit zusätzlich negativ beeinflusst. Auch in Anbetracht der Evaluationsergebnisse der Modellprojekte in Brandenburg und Hessen sollte das Vollzeitmodell bevorzugt werden, damit die Effektivität der Arbeit der Schulgesundheitskraft gewährleistet werden kann und sie während der gesamten Schulzeit ansprechbar ist. Schulen mit einer deutlich höheren Schülerzahl sollten mehrere Schulgesundheitsfachkräfte zugewiesen bekommen. Wie dies auch Praxis an Schulen freier Trägerschaft in Deutschland ist. Wenn beispielsweise durch eine Schulgesundheitsfachkraft verhindert werden kann, dass ein Rettungswagen gerufen werden

muss, die Schulgesundheitsfachkraft, aber aufgrund einer Teilzeitstelle nicht anwesend ist, kann dieser Vorteil nicht genutzt werden. Wie eine Schulgesundheitsfachkraft, die an zwei Grundschulen gleichzeitig tätig ist, im mündlichen Gespräch berichtete, bedauere sie, dass sie nicht in Vollzeit an nur einer Schule tätig sein kann. „Wären die Schülerinnen und Schüler ihre Patienten im normalen Berufsalltag einer Gesundheits- und Krankenpflegerin, so könne sie diese ja auch nicht teilweise allein lassen“. Zusätzlich ist bei einer Empfehlung auch der Bedarf anhand der Problemdichte der Schulen zu berücksichtigen und diesen Schulen bevorzugt eine Schulgesundheitsfachkraft anhand des Sozialindex und der Anzahl von Schülerinnen und Schülern mit chronischen Erkrankungen und / oder besonderem Förderbedarf zuzuweisen. Der Sozialindex betrachtet abgesehen von der Schülerzahl auch den sozialen Hintergrund der Schülerinnen und Schüler einer Bildungseinrichtung (siehe Abbildung 10) (Tannen, Adam, Ebert, & Ewers, 2018).

Die Umsetzung der Inklusion behinderter Kinder und Jugendlicher in Bildungseinrichtungen ist gesetzlich geregelt. Wie diese erfolgen soll hingegen nicht. Mit Hilfe der Schulgesundheitsfachkräfte kann nicht nur die Inklusion verbessert werden, sondern können Betroffene (Kinder und deren Eltern), Lehrerinnen und Lehrern entlastet werden. Mit ihrem fundierten Fachwissen liefern sie ein wichtiges Maß an Sicherheit, sodass die betroffenen Schülerinnen und Schüler auch über die Schulzeit hinweg davon profitieren können. Durch die Arbeit in einem multiprofessionellen Team und die Nutzung des Netzwerkes der Schulgesundheitsfachkräfte kann die Förderung beeinträchtigter Kinder gemeinsam getragen werden. Zudem übernehmen Schulgesundheitsfachkräfte beratende Aufgaben gegenüber dem Schulpersonal, was einen kompetenteren Umgang mit Betroffenen gewährleisten kann. Durch die tägliche Anwesenheit der Schulgesundheitsfachkräfte kann zu jeder Zeit ein Austausch stattfinden und individuell auf die Kinder und Jugendlichen eingegangen werden.

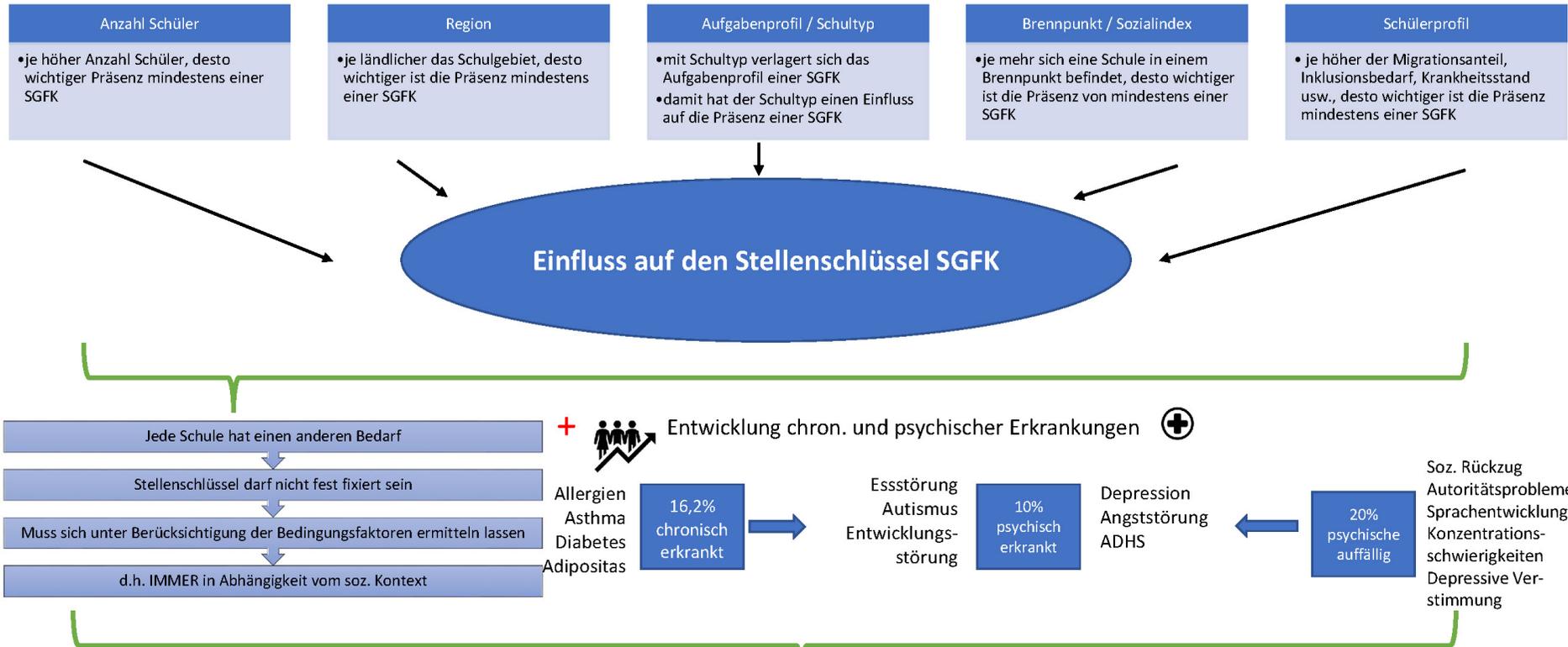
Folglich darf sich der Stellenschlüssel einer Schulgesundheitsfachkraft nicht einzig und allein an der Anzahl der Schülerinnen und Schüler einer Schule orientieren, sondern muss sorgfältig unter Anbetracht multifaktorieller Gegebenheiten (siehe Abbildung 9) erörtert werden. Dies schließt eine pauschale Angabe eines Stellenschlüssels aus. Als Orientierung liefert der Wert 1:700 jedoch eine gute Grundlage. Es darf jedoch nicht automatisch bei einer kleineren Schule die Anwesenheitszeit der Schulgesundheitsfachkraft halbiert werden. Sondern hier bedarf es einer genauen Analyse, welche Bedingungen hier vorherrschend sind. Der Stellenschlüssel von 1:700 stellt somit nur einen Teilaspekt in Bezug auf die Anwesenheit der Schulgesundheitsfachkraft dar. Unter Berücksichtigung folgender Aspekte:

- Anzahl Schülerinnen und Schüler an der Schule
- Region, vor allem mit Hinblick auf den ländlichen Raum
- Aufgabenprofil in Abhängigkeit vom Schultyp
- Sozialindex und Brennpunkt

- Schülerprofile

werden wichtige Indikatoren dargelegt, welche den Stellenschlüssel einer Schulgesundheitsfachkraft wesentlich beeinflussen. Vor allem das Arbeitspensum einer Schulgesundheitsfachkraft darf nicht nur im Verhältnis zur Schüleranzahl betrachtet werden. Sondern dieser wird maßgeblich von den Bedarfen der Schülerinnen und Schüler geprägt. Eine kleine Schule mit vielen „Problem-Schülern“ kann eine ebenso große Herausforderung darstellen, wie eine Schule mit sehr vielen Schülern. Damit lässt sich nicht ausschließlich mit einer 50 % -Stelle für kleine Schulen argumentieren, sondern eine Bedarfsdifferenzierung nach der Schülerstruktur muss vorgenommen werden. Die Charité (SPLASH I, Adam, Ebert, & Ewers, 2018) hat in ihrer Evaluation des Modellprojekts in Brandenburg und Hessen ausdrücklich die Empfehlung für eine ganztägige Anwesenheit der Schulgesundheitsfachkräfte ausgesprochen und die damit verbundenen Vorteile beschrieben.

## Zu berücksichtigende Faktoren bei der Ermittlung des Stellenschlüssels



**unter Berücksichtigung der oben aufgeführten Aspekte, gilt folgende Empfehlung:**



Abbildung 10 Schulbezogener Stellenschlüssel

Außerdem ist davon auszugehen, dass mit dem bevorstehenden Anspruch auf eine Ganztagsbetreuung auch in den Grundschulen ein ganztägiger Bedarf besteht und auch hier eine Vollzeitstellung für Schulgesundheitsfachkräfte erfolgen könnte. Exkurs: Im Koalitionsvertrag der Bundesregierung für die 19. Legislaturperiode ist vereinbart, dass bis 2025 ein bundesweiter Rechtsanspruch auf Ganztagsbetreuung für Kinder im Grundschulalter eingeführt werden soll. Um dies vorzubereiten, unterstützt der Bund die Länder mit Finanzhilfen in Höhe von 2 Milliarden Euro für gesamtstaatlich bedeutsame Investitionen der Länder und Gemeinden in den quantitativen und qualitativen Ausbau von Ganztagsangeboten. Bei einer entsprechenden Anrechnung der Schulgesundheitskräfte auf das Ganztagsangebot, wäre zu prüfen, ob aus diesen Mitteln auch eine entsprechende stundenmäßige Aufstockung für Schulgesundheitsfachkräfte erfolgen kann.

Eine weitere Option könnte eine Anbindung der in Grundschulen beschäftigten Schulgesundheitsfachkräfte an den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) sein, um im Nachgang die Empfehlungen der Einschulungsuntersuchungen schulbezogen zu begleiten. Beispielsweise wurden in Brandenburg bei jedem dritten Einschulungskind ( $n=23.826$ ) schulrelevante Entwicklungsstörungen festgestellt (inpunkto, 05/2017). Auch in Hessen zeigen sich bei ca. 27% der Schülerinnen und Schüler Auffälligkeiten.

Bei einer Anstellung der Schulgesundheitsfachkraft beim Öffentlichen Gesundheitsdienst ist auch denkbar, dass sie dort neben ihrer Tätigkeit an der Schule für andere Aufgaben, z.B. in der kommunalen Präventionsarbeit eingesetzt wird. Diese Form des Einsatzes erscheint einfacher umsetzbar, wenn die Schulgesundheitsfachkraft nicht über das Schulamt angestellt ist. Es wird auch im Hinblick auf pragmatische Einsatzmöglichkeiten von Schulgesundheitsfachkräften empfohlen, eine Schulgesundheitsfachkraft, wenn z.B. in einer besonders kleinen Grundschule nur eine Teilzeitstelle vorgesehen ist, diese an mehreren kleinen Schulen einzusetzen. Dies bringt in jedem Fall eine Veränderung des Aufgabenprofils mit sich, da die tägliche Akutversorgung in den Schulen nicht in vollem Umfang gewährleistet werden kann.

„In jedem Fall wird darauf zu achten sein, die Intervention Schulgesundheitspflege nicht von vornherein so zu begrenzen oder auf verschiedene Schulen zu verteilen, dass sie allenfalls homöopathische Wirkungen entfalten kann. Stattdessen wird datengestützt zu prüfen sein, welche Schulen am ehesten von einem solchen Zusatzangebot profitieren könnten, um die vorhandenen Ressourcen auf diese Schulen zu konzentrieren. Nur so dürften sich auch überprüfbare gesundheitliche Effekte dieses neuen Angebots einstellen.“ (SPLASH I, Adam, Ebert, & Ewers, 2018, S. 173) . Unter Berücksichtigung der vorherigen Ausführungen kann ein Stelenschlüssel von 1:700 nur als Orientierungswert dienen.

## Baustein 2 - Finanzierungsoptionen für die Weiterbildung

Zur Evaluation von Finanzierungsoptionen wird zunächst eine Übersicht der Weiterbildungsangebote, sowie ein Abriss der durchschnittlichen Kosten erstellt.

Auf Basis der durchschnittlichen Kosten wird evaluiert welche Finanzierungsoptionen für die Weiterbildung von Schulgesundheitsfachkräften bestehen. Mögliche Förderprogramme durch Sozialversicherungsträger, institutionalisierte Landesmittel oder Stiftungen im Rahmen von besonderen Projekten werden dargestellt.

1. Curriculum
2. Evaluation und Weiterentwicklung
3. Kosten
4. Mögliche Finanzierungen
5. Fördermöglichkeiten für Weiterbildungsträger
6. Ergebnis / Empfehlungen

### 2.1 Curriculum

Bereits in der Machbarkeitsstudie der AWO Bezirksverband Potsdam wird mit Verweis auf europäische und andere Staaten auf die Notwendigkeit einer Qualifizierung von Pflegekräften für den Einsatz im schulischen Bereich hingewiesen.

Als Anforderungsprofil für die Pflegekräfte wurden folgende Voraussetzungen beschrieben:

„Die Schulpflegekräfte sollten... - eine abgeschlossene Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Kinderkrankenpflege vorweisen, - eine dreijährige Berufserfahrung nachweisen können, - über (berufliche) Erfahrungen mit Kindern und Jugendlichen im schulpflichtigen Alter verfügen, - den erfolgreichen Abschluss einer entsprechenden Qualifizierungsmaßnahme nachweisen können (vgl. Kapitel 7.2), - eine positive und wertschätzende Grundhaltung gegenüber Kindern und Jugendlichen, ihren Familien als auch gegenüber der Schule und allen dort tätigen Berufsgruppen einnehmen.“ (Möller, 2015)

Zur Art der Qualifizierung heißt es weiter:

„Während des Modellprojekts ist eine berufsvorbereitende oder/und berufsbegleitende Qualifizierungsmaßnahme angedacht. Für die Qualifizierung von Fachpersonal bei einer landesweiten Einführung von Schulpflegekräften sollten jedoch folgende Optionen einer berufsbegleitend zu erwerbenden Zusatzqualifikation in der Vorbereitung der Curriculum-Entwicklung berücksichtigt bzw. gegeneinander abgewogen werden:

- (1) Erarbeitung einer staatlich anerkannten Weiterbildung nach dem Gesetz über die Weiterbildung und Fortbildung in den Fachberufen des Gesundheitswesens
- (2) Konzeption einer Qualifizierungsmaßnahme auf Fachschulniveau analog zum Aufbaulehrgang inklusive der Erarbeitung entsprechender rechtlicher Regularien

(3) Erarbeitung einer Qualifizierungsmaßnahme auf Hochschulniveau im Sinne einer akademischen Zertifikatsausbildung oder eines konsekutiven Studienganges.“ (Möller, 2015) Besonders hingewiesen wird auf die stärkere Verzahnung von beruflicher und akademischer Bildung im Hinblick auf die Gestaltung der Weiterbildung.

## 2.2 Evaluation und Weiterentwicklung

Entsprechend der Ergebnisse der Machbarkeitsstudie wurden in den Bundesländern Brandenburg und Hessen Anforderungsprofile für Schulgesundheitsfachkräfte analog des Anforderungsprofils der WHO von School Health Professionals angepasst an die Gegebenheiten in Deutschland in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe unter Leitung des AWO Bezirksverbandes Potsdam e.V. erstellt. Auf dieser Basis und den Empfehlungen der Machbarkeitsstudie des AWO Bezirksverbandes Potsdam e.V. wurde ein modular aufgebautes Curriculum erstellt, auf dessen Grundlage die Pflegekräfte im Rahmen des Modellprojekts weitergebildet wurden. (Möller II, 2015) Die Weiterbildung wurde von der GFSI – Gesellschaft für Soziale Innovation e.V. Berlin von Prof. Dr. Martin Sauer und Dipl. Päd. Johanna Lojewski evaluiert. Dabei wurden zentrale Empfehlungen für die zukünftige Gestaltung des Curriculums gegeben:

1. Mit Blick auf die Überarbeitung des Curriculums:
  - Aufbau des Curriculums: weniger fächer- und theorieorientiert, sondern stärker aufgaben- und handlungsorientiert und explizit auf das Tätigkeitsfeld Schule bezogen, Modultitel und Kompetenzerwartungen entsprechend anpassen
  - Themen, die in der Vollzeitphase intensiver behandelt werden sollten: Durchführung von Präventionsprojekten und Projektmanagement an Schulen, Methodik und Didaktik der Projektarbeit, Schulrecht, Schulstrukturen und Schulform- / Schultypspezifika, psychische Gesundheit/ Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, Dokumentation und Datenschutz, Konfliktmanagement und Gesprächsführung
  - Praxisbezug im Unterricht: grundsätzlich mehr Zeit für praktische Übungen, Praxisreflexion und Austausch untereinander und auch mit anderen Schulgesundheitsfachkräften einplanen, die beruflichen Erfahrungen und Qualifikationen der TN stärker einbeziehen (wobei möglicherweise auch mit Binnendifferenzierung gearbeitet werden muss)
  - Prüfungen und Leistungsnachweise: Umfang und Anzahl der Prüfungen reduzieren, mehr Prüfungen in die Vollzeit-Phase legen, um die Praxisphase zu entlasten
  - Zusätzliches Modul zu Durchführung medizinischer Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen unter Einbeziehung eines Kinderarztes
  - Trainerschein „Erste Hilfe“ ermöglichen

- Ausbildungsbegleitung: Anzahl und Form der Hospitationen überdenken (weniger, aber dafür als Unterrichts- oder Projekthospitationen ggfs. in Verbindung mit einer Modulprüfung); nur hauptverantwortliche Dozierende einsetzen, um Informationsverlust durch Kommunikations- und Abstimmungsprobleme zu vermeiden
- Begriffe „Hospitationen“ und „Mentor“ überdenken, Ziele und Aufgaben konkreter definieren und beschreiben

## 2. Mit Blick auf die Organisation der Weiterbildung (Vollzeit- und Praxisphase)

- Frühzeitige Kontakte zu den Schulen sicherstellen: Vor Praxiseinstieg bereits ersten Kontakt zur Schule aufnehmen, um die Schule kennen zu lernen und die jeweiligen Besonderheiten in die Lernsituationen einbeziehen zu können.
- Ausstattung und Einrichtung der Krankenzimmer in Zusammenarbeit mit den Schulgesundheitsfachkräften vornehmen
- Längere und intensivere Vollzeitphase, dafür weniger Unterricht während der Schulzeit: Unterrichtstage so planen, dass sie nicht zu Lasten der Anwesenheit an den Schulen gehen z.B. in Blöcken während der Schulferien
- Praxiseinstieg und Planung der Unterrichtstage am Schuljahr und besonderen Terminen orientieren (Schulkonferenzen vor Beginn des Schuljahres, erster oder letzter Schultag etc.)
- Supervisionen bei Bedarf und generell zu einem späteren Zeitpunkt in der Praxisphase anbieten (ggf. als Methode der Kollegialen Beratung einführen und in die Unabhängigkeit von einem Supervisor / einer Supervisorin überführen)
- Begleitung der Praxis über die Qualifizierungsmaßnahme hinaus: durch regelmäßige Praxisbesuche und gemeinsame Treffen auch nach Ende der Weiterbildung

## 3. Mit Blick auf Aufgaben und Tätigkeiten der Schulgesundheitsfachkräfte

- Bessere Vorbereitung und Information der Mentorinnen und Mentoren v.a. in Bezug auf die Aufgaben der Schulgesundheitsfachkräfte, um überzogenen Erwartungen zu vermeiden
- Mehr Aufklärungsarbeit an den Schulen (Kollegium und Eltern) hinsichtlich rechtlicher Fragen sowie der Möglichkeiten und Zuständigkeiten der Schulgesundheitsfachkräfte
- Austausch und Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern, dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) und anderen beteiligten Einrichtungen institutionell und strukturell durch verbindliche Regelungen absichern (Sauer & Lojewski, 2017)

Auf Grund der gegebenen Empfehlungen wurde das Curriculum vom AWO Bezirksverband Potsdam e.V. unter Einbeziehung von Fachexperten überarbeitet und liegt seit 2018

in aktualisierter Fassung vor. Danach sollte eine Weiterbildung 10 Module mit einem Stundenumfang von 720 Stunden davon 120 im Selbststudium umfassen, sowie einen angeleiteten und selbständigen Praxisanteil von 920 Stunden über 7 Monate. (Sauer I, et al., 2018)

### 2.3 Kosten der Weiterbildung

Die Kosten der Weiterbildung für den Weiterbildungsträger berechnen sich entsprechend folgender Aufstellung. (Abbildung 11)

<b>Personalkosten</b>		
1	Betreuungspersonal (TV-L etc.)	Personallvollkosten
2	Kalkulatorische Personalkosten	Personallvollkosten
3	Wissenschaftliche Hilfskräfte	+ 30 % Overhead
4	Kosten für Dozenten (Nebenamt)	+ 30 % Overhead
5	Kosten für externe Dozenten	
6	Externes Betreuungspersonal	
<b>Sachkosten</b>		
7	Anlagebezogene Kosten	
8	Verbrauchsmaterial, Geschäftsbedarf	
9	Reisekosten	
10	Raumkosten, Anmietungen	
11	Events, Exkursionen etc.	
12	Sonstige Kosten Dritter (Kooperationspartner, Zulieferer)	
13	Sonstige Kosten	

Abbildung 11 Kostenüberblick

Nach den Erfahrungen aus dem Modellprojekt in den Ländern Brandenburg und Hessen ist mit einem Kostenaufwand für die Weiterbildung der Schulgesundheitsfachkräfte in Höhe von 9.000 € bis 10.000 € pro Teilnehmende zu rechnen. Auf eine detaillierte Kostenaufstellung muss hier verzichtet werden, da die Rahmenbedingungen der verschiedenen Anbieter von Weiterbildungen sehr unterschiedlich sind. In der Modellphase waren sämtliche Kosten durch die Projektförderung abgedeckt.

Bei zukünftigen Weiterbildungen bieten sich verschiedene Finanzierungsmöglichkeiten an. Laut Bundesinstitut für Berufliche Bildung (BIBB) „Die berufliche Weiterbildung wird in Deutschland gemeinschaftlich durch Betriebe, Individuen und die öffentliche Hand finanziert.

Auch wenn häufig eine Seite alleine für die Finanzierung aufkommt, gibt es hier viel Gestaltungsspielraum, sodass in vielen Fällen mehrere oder gar alle der genannten Akteure an der Finanzierung von Qualifizierungsaktivitäten beteiligt sind.“ (BIBB I, 2020)

Die Weiterbildung der Schulgesundheitsfachkräfte in Brandenburg umfasst 930 Stunden angeleitete Praxis, das Selbststudium 116 Stunden. Die Dauer beträgt laut überarbeitetem Curriculum 11 Monate. Im Land Brandenburg haben 8 Schulgesundheitsfachkräfte (Einstellung erfolgte am 01.11.2018) die Weiterbildungsmaßnahme entsprechend des überarbeiteten Curriculums - unter Einbeziehung von E-Learning-Phasen – abgeschlossen.

## 2.4 Finanzierung der Weiterbildung

Im Durchschnitt betragen die selbst getragenen Kosten von Weiterbildungsteilnehmern einer Studie des BIBB zufolge etwa 500 € pro Jahr, wobei die Kosten individuell sehr unterschiedlich ausfallen: Rund 45 Prozent aller Weiterbildungsteilnehmer nutzt kostenlose Weiterbildungsmaßnahmen – vor allem arbeitsplatzbezogene Weiterbildungsangebote im eigenen Betrieb (z. B. Qualitätszirkel, Traineeprogramme, Coaching oder Mentoring sowie E-Learning-Angebote). Für 50 Prozent der Teilnehmer fallen für Weiterbildung jährlich bis zu 1.000 € an (z. B. durch selbstorganisiertes Lernen mit Hilfe von Fachbüchern und Lernsoftware sowie Besuch von Tagungen, Fachmessen oder berufsspezifischen Einzelseminaren), und etwa 5 Prozent der Teilnehmer investiert bis zu 5.000 € in die persönliche und berufliche Weiterentwicklung (z. B. für Fernstudien oder Fachausbildungen). Hinzu kommt pro Weiterbildungsteilnehmer ein durchschnittlicher Einkommensverlust von etwa 127 € pro Jahr durch indirekte Kosten.

Direkte Kosten können je nach Art der Weiterbildung ganz oder anteilmäßig vom Arbeitgeber sowie verschiedenen staatlichen und privaten Stellen übernommen werden. Die Kostensparnis beträgt dabei laut BIBB im Durchschnitt etwa 30 bis 40 Prozent. Viele Weiterbildungsträger bieten zudem bei kostenintensiven Lernveranstaltungen die Möglichkeit zur Ratenzahlung an.

Zu den direkten Kosten für eine Weiterbildungsmaßnahme gehören vor allem Teilnahme- und Prüfungsgebühren. Zusätzlich können Aufwendungen für Lern- und Arbeitsmittel (z. B. PC, Laptop, Fachbücher und Fachzeitschriften) sowie Fahrtkosten, Kosten für auswärtige Unterbringung und Verpflegung sowie Kinderbetreuung kommen. Indirekte Weiterbildungskosten entstehen den Teilnehmenden aber oft auch durch Einkommens- und Freizeitverluste – beispielsweise durch Verzicht auf Nebentätigkeiten und bezahlte Überstunden, Reduzierung der Arbeitszeit, Vor- und Nachbereitung des Unterrichts oder Fahrtzeiten.

Ob für eine berufliche Weiterbildung Anspruch auf Bildungsurlaub mit Lohnfortzahlung besteht, ist von den Regelungen der jeweiligen Länderregierungen abhängig (meist 10 Tage innerhalb von 2 Jahren nach 6-monatiger Betriebszugehörigkeit). Existieren keine länderspezifischen Regelungen zum Bildungsurlaub (z. B. in Bayern oder Thüringen), müssen eventuelle Freistellungen oder Kostenübernahmen individuell mit den Personalverantwortlichen im Unternehmen abgesprochen werden. Betriebe gewähren oft eine unbezahlte Arbeitsfreistellung für Weiterbildungsveranstaltungen. Aber auch Freistellungen mit Lohnfortzahlungen und Arbeitgeberzuschüsse sind möglich, da viele Unternehmen die Bereitschaft ihrer Mitarbeiter zur beruflichen Weiterbildung begrüßen.

### **Staatliche Fördertöpfe**

Es gibt eine ganze Reihe von Hilfsprogrammen, allein der Bund bietet über sieben verschiedene Fördertöpfe an, und ca. die Hälfte der Bundesländer hat zusätzlich weitere Varianten im Angebot. Insofern kann hier nur ein grober Überblick über die bestehenden individuellen Fördermöglichkeiten gegeben werden. Bundesweit stehen folgende Förderprogramme zur Verfügung, die sich aber an Alter und Einkommen orientieren.

### **Der Bildungsgutschein**

Die Arbeitsagenturen fördern die berufliche Weiterbildung nach SGB III (Drittes Buch Sozialgesetzbuch) durch so genannte „Bildungsgutscheine“, wenn die Weiterbildungsmaßnahme für die weitere berufliche Karriere erforderlich ist (v.a. zur beruflichen Integration oder zur Vermeidung drohender Arbeitslosigkeit) und eine vorherige Beratung über entsprechende Maßnahmen mit der zuständigen Agentur erfolgt. Der Bildungsgutschein kann innerhalb eines Zeitraums von höchstens drei Monaten bei einem zugelassenen Weiterbildungsträger eingelöst werden und muss von diesem Träger vor der Weiterbildungsmaßnahme bei der Arbeitsagentur vorgelegt werden.

Arbeitnehmer über 45 Jahren können von der Arbeitsagentur mit der „Initiative 50plus“ bei Weiterbildungsmaßnahmen unterstützt werden. Die Agentur erstattet dabei auf Antrag die Kosten für die Maßnahme, wenn es sich um eine Weiterbildung handelt, die außerhalb des Unternehmens stattfindet und auch Kompetenzen vermittelt, die nicht nur auf den bisherigen Arbeitsplatz beschränkt sind. Während der Weiterbildung wird der Teilnehmer mit Lohnfortzahlung von der Arbeit freigestellt. (Eichwald, 2020) (Hammling, 2018)

### **Das Meister-Bafög**

Nach AFBG (Aufstiegsfortbildungsgesetz, „Meister-BAföG“) können Gesellen bei einer Aufstiegsfortbildung zum Meister (z. B. nach einer kaufmännischen oder pflegerischen Erstausbildung) durch Übernahme von Weiterbildungs- und Lebensführungskosten von Bund und Ländern und der KfW-Förderbank (Kreditanstalt für Wiederaufbau) unterstützt werden. Unabhängig von Einkommens- und Vermögensverhältnissen erhält der Fortbildungsteilnehmer einen Teil der Kosten als Zuschuss: Dazu gehören 30,5 Prozent der Kosten der staatlich anerkannten Weiterbildungsmaßnahme (Lehrgangs- und Prüfungsgebühren bis zu 10.226 €), ein Unterhaltsbeitrag in Höhe von 202 € und ein Kinderbetreuungszuschuss in Höhe von 113 €. Zu den anerkannten Maßnahmen gehören Weiterbildungen in Voll- und Teilzeit sowie Fernunterricht. Zusätzlich können Fortbildungsteilnehmer bei der Förderbank ein während der Maßnahme zins- und tilgungsfreies Darlehen für die restlichen Fortbildungs- und Lebensunterhaltskosten beantragen. Es wird nur dann gewährt, wenn Ihre Weiterbildung einen Umfang von wenigstens 400 Unterrichtsstunden beträgt und dem beruflichen Aufstieg dient. (Eichwald, 2020) (Hammling, 2018)

### **Aufstiegsstipendium**

Junge Fachkräfte bis zu 25 Jahren können beispielsweise vom „Begabtenförderungswerk berufliche Bildung“ bei ihrer Weiterbildung gefördert werden. Nach herausragend abgeschlossener Berufsausbildung (mindestens Durchschnittsnote 1,9 oder 87 Punkte in der Abschlussprüfung), bestandem Eignungstest oder auf Vorschlag von Arbeitgeber und / oder Berufsschule übernimmt das Begabtenförderungswerk die Kosten und Nebenkosten für Weiterbildungsmaßnahmen, die der beruflichen und persönlichen Weiterentwicklung dienen, in einer Höhe von bis zu 5.100 €. (Eichwald, 2020) (Hammling, 2018)

### **Das Weiterbildungsstipendium**

Wird nicht nur für das Studium an einer Hochschule gewährt, sondern auch bei anderen Maßnahmen. Ebenso wie beim Aufstiegsstipendium muss das Geld nicht zurückgezahlt werden. Die Fördersumme beträgt maximal 6.000 Euro, setzt aber einen Eigenanteil von 10 Prozent an der Weiterbildung voraus. Voraussetzungen: nicht älter als 25 Jahre und besondere Leistungen in Beruf oder Ausbildung. (Eichwald, 2020) (Hammling, 2018)

### **Die Bildungsprämie**

können alle Angestellten und Selbstständigen beantragen, die mindestens 15 Stunden pro Woche arbeiten. Dann zahlt der Staat einen Zuschuss von 50 Prozent zu allen Weiterbildungen, maximal allerdings nur 500 Euro. Voraussetzung: Der Antragsteller darf nicht mehr als 20.000 Euro steuerbares Einkommen haben, ist er verheiratet, sind es 40.000

Euro.

Wer die genannten Kriterien nicht erfüllt, sollte in den einzelnen Bundesländern nach Möglichkeiten für staatliche Zuschüsse recherchieren. (Eichwald, 2020) (Hammling, 2018)

### **Steuerliche Förderung**

Die Kosten für die Weiterbildung können als Werbungskosten vollständig in der Einkommenssteuererklärung abgesetzt werden. Wenn durch eine Weiterbildung eine Absicherung gegen Arbeitslosigkeit bedeutet, können die dadurch entstehenden Kosten als sogenannte Werbungskosten das zu versteuernde Einkommen reduzieren. So können mindestens die dem persönlichen Steuersatz entsprechenden prozentualen Anteile Kurskosten gespart werden. Eine Anerkennung als Werbungskosten für das ganze Jahr ist nur möglich, wenn diese über dem Arbeitnehmerpauschalbetrag liegen. Außerdem sollten als Nachweis für die aufgewendeten Kosten im Rahmen der Weiterbildung eine tabellarische Aufstellung angefertigt werden und die entsprechenden Belege aufbewahrt werden. Zu den durch eine Fortbildung entstehenden Kosten zählen zum Beispiel die Kursgebühren, Literaturkosten, Fahrtkosten zum Lehrgang und zu Prüfungen, Übernachtungskosten oder Verpflegungsmehraufwand. (Hammling, 2018)

### **2.5 Fördermöglichkeiten für Weiterbildungsträger**

Das Bundesinstitut für berufliche Bildung (bibb), dass sich mit Grundsatzfragen der beruflichen Bildung und Weiterbildung beschäftigt, verweist zu den Fördermöglichkeiten der beruflichen Weiterbildung auf die Förderdatenbank des Bundes und des die Programmdatenbank der BIBB-Fachstelle "Übergänge in Ausbildung und Beruf (überaus)". Eine Abfrage in beiden Datenbanken zum Thema Pflege führte im Hinblick auf die Fördermöglichkeiten der Weiterbildung für Schulgesundheitskräfte zu keinem weiterführenden Ergebnis. (foerderdatenbank, 2020)

Die Wirtschaftsförderung Land Brandenburg GmbH (WFBB, 2020) bietet verschiedene Optionen zur Förderung von beruflicher Qualifizierung und Weiterbildung an. Mit dem Förderprogramm zur beruflichen Weiterbildung haben Brandenburger Unternehmen (es werden auch Vereine angesprochen) die Möglichkeit, für Weiterbildungsmaßnahmen zur Kompetenzentwicklung in Unternehmen finanzielle Unterstützung zu beantragen. Förderfähig sind Beschäftigte in Unternehmen, die in einer Betriebsstätte im Land Brandenburg tätig sind, sowie Solo-Selbständige und Freiberuflerinnen und Freiberuflern, die im Land Brandenburg steuerpflichtig sind. Darüber hinaus sind im Unternehmen mitarbeitende Betriebsinhaberinnen und -inhaber förderfähig. Die Höhe des Zuschusses beträgt 50%. Die Investitionsbank des Landes Brandenburg (ILB) bietet dazu entsprechende Informationen an. (ILB, 2020)

Auch Stiftungen engagieren sich in verschiedensten Bereichen. Dazu hat das bibb eine Studie „Stiftungen für die berufliche Bildung“ im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (bmbf) durchgeführt und veröffentlicht. (BIBB II, 2009)

Hier werden Hinweise auf Inhalte und Fördermöglichkeiten gegeben. Insbesondere der Bundesverband Deutscher Stiftungen (BDS, 2020) bietet eine umfangreiche Stiftungssuche an. Darüber hinaus bietet das Netzwerk Stiftungen und Bildung (NSB, 2020) eine umfangreiche Zusammenstellung von geförderten Maßnahmen und Projekten an.

Im Rahmen der Projektförderung wurden die Kosten für die Weiterbildung in den Ländern Brandenburg und Hessen von den beteiligten Krankenkassen (AOK Nordost, AOK Hessen) und der Unfallkasse Brandenburg finanziert.

Beispielhaft sind hier einige Stiftungen genannt, die sich im Themenfeld Gesundheit und Bildung engagieren.

### **Stiftung Bildung und Gesellschaft**

(Stiftung Bildung und Gesellschaft, 2020)

Der Stifterverband hat die Stiftung Bildung und Gesellschaft 2013 gegründet. Als Gemeinschaftsinitiative der Wirtschaft, Wissenschaft, Politik und Zivilgesellschaft fördert er seit 100 Jahren Hochschule, Bildung und Forschung. Mit der Stiftung erweitert der Stifterverband seine Handlungsfelder in den Bereichen frühkindliche bis berufliche Bildung.

### **Robert Bosch Stiftung**

(Robert Bosch Stiftung GmbH, Startseite, 2020)

Die Robert Bosch Stiftung ist eine der großen unternehmensverbundenen Stiftungen in Europa. Seit über 50 Jahren setzt sich die Stiftung entsprechend dem Vermächtnis von Robert Bosch für soziales und gesellschaftliches Engagement in zeitgemäßer Form ein. Verschiedenste Projekte und Maßnahmen im Bereich Bildung und Gesundheit werden gefördert. Die Initiative Neustart für Gesundheit der Robert Bosch Stiftung beschäftigt sich mit der zukunftsgerechten Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens und bedient sich dabei unterschiedlichster Beteiligungsformate. Ein Themenfeld beschäftigt sich mit dem Ziel, dass alle Politikbereiche sich mit dem Thema Gesundheit beschäftigen. (Robert Bosch Stiftung GmbH, Projekt: Neustart für Gesundheit, 2020)

## **Bertelsmann Stiftung**

(Bertelsmann Stiftung I, 2020)

Die Bertelsmann Stiftung ist eine selbständige Stiftung des privaten Rechts mit Sitz in Gütersloh. Sie wurde 1977 von Reinhard Mohn gegründet. Die Bertelsmann Stiftung fördert Reformprozesse, um gesellschaftliche Entwicklungen in allen Bereichen anzustoßen.

Gemeinsam mit zahlreichen Partnern aus dem Gesundheits- und Bildungssystem hat die Bertelsmann Stiftung das Projekt und das Leitbild der „Guten gesunden Schule“ entwickelt. Ziel der Initiative „Anschub.de“ war es, Prävention und Gesundheitsförderung in den Dienst des Bildungs- und Erziehungsauftrags und damit in die Verbesserung der Qualität von Schulen zu stellen. Bis heute arbeiten mehr als 4.400 Schulen in sieben Bundesländern nach dieser Methode. Das Konzept wurde erfolgreich in andere Länder transferiert und spielte auch bei der Weiterentwicklung der Präventionsarbeit der WHO eine wichtige Rolle.

In der zweiten Projektphase (2005 bis 2008) übernahmen oder adaptierten vier weitere Bundesländer mit landesweiten Programmen das Konzept der „Guten gesunden Schule“ für ihre Schullandschaft: u.a. gute gesunde Schule in Brandenburg (MBS II, 2020) (Bertelsmann Stiftung II, 2020)

## **Auridis Stiftung**

(Auridis Stiftung gGmbH, 2020)

Im Fokus von Auridis stehen werdende Eltern und Familien mit Kindern im Alter von bis zu 10 Jahren in Deutschland, bei denen einzelne oder mehrere Risikofaktoren vorliegen. Diesen Familien soll ein unkomplizierter Zugang zu unterstützenden Angeboten eröffnet werden. Häufig fehlt es nicht an entsprechenden Programmen, jedoch werden Hilfen oft nur unzureichend in Anspruch genommen. Außerdem werden vorhandene präventive Angebote vor allem von Familien genutzt, die durchschnittliche Herausforderungen zu bewältigen haben, und weniger von Familien, bei denen ein weitaus höherer Unterstützungsbedarf vorhanden ist.

## 2.6 Fazit Baustein 2

- Eine Weiterbildung entsprechend dem im Modellprojekt in Brandenburg und Hessen entwickelten Curriculum ist Voraussetzung für den Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften an öffentlichen Schulen.
- Die Weiterbildung sollte modular so aufgebaut sein, so dass ein Erwerb des Abschlusses sowohl im Rahmen eines Studiums der Pflegewissenschaften als auch für berufstätige Pflegekräfte möglich ist. Die Hochschule Darmstadt und der Bezirksverband Potsdam der Arbeiterwohlfahrt haben hierzu ein entsprechendes Konzept erarbeitet und bieten diese Weiterbildung ab 2020 bundesweit an.
- Die Weiterbildung sollte regional angepasst und die Netzwerke vor Ort (z.B. Gesundheitsämter, niedergelassene Kinder- und Jugendärzte, Beratungsstellen) eingebunden werden. Das wurde in Brandenburg bereits umgesetzt.
- Um den Einstieg in die Weiterbildung für die Pflegekräfte niedrigschwellig zu gestalten, sollten die Kosten weitgehend vom Arbeitgeber übernommen werden. Die Länder und Kommunen als Anstellungsträger, stehen hier in der Verantwortung diese Kosten zu tragen.
- Eine staatliche Anerkennung der Weiterbildung sollte angestrebt werden. Daher sind von den Trägern der Weiterbildung die Anforderungen der länderbezogenen Weiterbildungs- und Prüfungsordnungen für Pflege (WPO) in der jeweils aktuellen Fassung zu berücksichtigen und die erforderlichen gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen werden.

In den Bundesländern gibt es aktuell über 200 landesrechtliche Weiterbildungsregelungen für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen. (BIBB III, 2012)

Davon sind 10 für das Land Brandenburg aufgeführt. Diese sind in ihren gesetzlichen Vorgaben so fachspezifisch ausgerichtet, dass sich hieraus keine allgemeingültigen Vorgaben für eine Weiterbildung für Schulgesundheitsfachkräfte ableiten lassen. Gemäß „Gesetz über die Weiterbildung und Fortbildung in den Fachberufen des Gesundheitswesens (WBGesG)“ (BB, 2015) unter Beachtung der dort formulierten allgemeinen Grundsätze sind mit dem zuständigen Ministerium für Gesundheit die Fragen der Anerkennung der Weiterbildung zu klären und gemeinsam eine anerkannte fachbezogene Weiterbildung zu etablieren, um diese in das Weiterbildungsgesetz des Landes Brandenburg aufzunehmen. Gespräche zur staatlichen Anerkennung der Weiterbildung wurden dazu in Brandenburg geführt:

In einem Schreiben vom 11.09.2017 wird vom damaligen Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MASGF Brandenburg) dem AWO Bezirksverband Potsdam e.V. mitgeteilt, "(...) es ist aufgrund fehlender gesetzlicher Regelung nicht möglich,

den AWO Bezirksverband Potsdam e.V. als Weiterbildungsstätte für "Schulgesundheitsfachkräfte" staatlich anzuerkennen." Weiter heißt es, dass sobald eine rechtliche Regelung in Brandenburg getroffen wird, die Weiterbildungsmaßnahme gleichwertig anerkannt wird und bei der zuständigen Stelle zu beantragen ist.

Für das Land Hessen sind 15 Weiterbildungen genannt. Diese beziehen sich im Wesentlichen auf die Hessische Weiterbildungs- und Prüfungsordnung für die Pflege und Entbindungspflege (WPO-Pflege). (HE, 2010)

Auch hier sind die Vorgaben für die dort aufgeführten Weiterbildungen in der Pflege fachspezifisch ausgerichtet. Hinsichtlich einer staatlichen Anerkennung der Weiterbildung wurden erste Gespräche mit dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration geführt. Erste Signale aus dem Ministerium sowie der Vertreter im Fachbeirat (DBfK und Christliche Schwestern) waren positiv. Entsprechende Forderungen zur Anerkennung der Weiterbildung über die Berufsverbände der Pflege an das Hessische Ministerium für Soziales und Integration sollen folgen.

### **Baustein 3 - Finanzierungsoptionen für die Ausstattung der Sprechzimmer**

#### **3.1 Ausstattung des lokalen Sprechzimmers an den Schulen**

Im folgenden Abschnitt wird die Ausstattung des Sprechzimmers (Behandlungsraum) der Schulgesundheitsfachkraft beschrieben. Aus gesetzlichen Forderungen und den Erfahrungen der Projektträger in Brandenburg und Hessen ergibt sich ein Anforderungsprofil, das in der Praxis nicht immer mit den Gegebenheiten vor Ort vereinbar ist. Nach der Betrachtung gesetzlich vorgeschriebener Mindestanforderungen werden Empfehlungen formuliert, welche sowohl den wichtigsten rechtlichen Grundlagen und dem Aufgabenprofil einer Schulgesundheitsfachkraft entsprechen und gleichzeitig die Einrichtung eines Behandlungsraumes der Schulgesundheitsfachkraft an den meisten Schulen erlauben. Abbildung 12 zeigt ein voll eingerichtetes Sprechzimmer wie es in der Praxis vorkommt.



Abbildung 12 Sprechzimmer einer Schulgesundheitsfachkraft

### 3.1.1 Gesetzliche Mindestanforderungen

#### Erste Hilfe in Schulen

Für Schülerinnen und Schüler muss nach § 21 Sozialgesetzbuch VII eine sachgerechte Erste Hilfe durch den Schulhoheitsträger sichergestellt werden. (BReg I, 1997) Die DGUV Information 202-059 „Erste Hilfe in Schulen“ nennt unter anderem die notwendigen sächlichen Voraussetzungen. Diese können als gesetzliche Grundvoraussetzungen für die sächliche Einrichtung des Sprechzimmers einer Schulgesundheitsfachkraft angesehen werden. Die genannten Mindestanforderungen sind: (DGUV I, 2017, S. 6-7)

- 1 Verbandkasten nach DIN13157 „Erste-Hilfe-Material - Verbandkasten C“
- 1 Liege oder Krankentrage
  - Im Falle einer Krankentrage nach: DIN13024-1: 2016-09 „Krankentrage - Teil 1: Mit starren Holmen; Maße, Anforderungen, Prüfung“
  - oder nach: DIN 13024-2:2016-09 „Krankentrage -Teil 2: Mit klappbaren Holmen; Maße, Anforderungen, Prüfung“
- Waschbecken mit fließend kaltem und warmem Wasser

### 3.1.2 Ausgestaltung des Raumes

Die allgemeinen räumlichen und sächlichen Voraussetzungen für den Schulbetrieb sind vielfältig und zum Teil länderspezifisch geregelt. Die Vorschriften sind zusammenfassend dargestellt in der DGUV Regel 102-601, Branche Schule. (DGUV II, 2019) Deshalb beschränken sich die nachfolgenden Ausführungen auf den Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften an Schulen.

Die Arbeitsstätten-Richtlinie Sanitätsräume (ASR 38/2) Abschnitt 2 regelt die Anforderungen an Sanitätsräume und vergleichbare Einrichtungen. (BReg II, 2004, S. 1-7) Jedoch sind diese Vorgaben an vielen Schulen teilweise nicht zielführend und in der Praxis nicht umsetzbar. Die ASR 38/2 erlaubt vergleichbaren Einrichtungen in Sonderfällen von diesen Anforderungen abzuweichen. Die Aufstellung der vergleichbaren Einrichtungen hängt von den möglichen Unfallgefahren und den erforderlichen Erste-Hilfe-Maßnahmen ab. (BReg II, 2004, S. 5)

Sprechzimmer der Schulgesundheitsfachkräfte sollten als Sonderfälle betrachtet werden. Einerseits wäre die Einrichtung in den meisten Schulen aufgrund der vorhandenen Infrastruktur nicht möglich, andererseits stellt ein schulisches Setting eigene Anforderungen an Sanitätsräume. Im Folgenden werden Anforderungen formuliert, wie sie sinnvollerweise für Sprechzimmer der Schulgesundheitsfachkräfte gelten sollten.

### **3.1.2.1 Lage, Größe, Baumaterialien, Sicherungssystem, technische Ausstattung**

#### Lage

Das Sprechzimmer der Schulgesundheitsfachkraft sollte ebenerdig zugänglich und leicht erreichbar sein. Bei der Einrichtung sollte auf Barrierefreiheit geachtet werden. Eine Toilette sollte in unmittelbarer Nähe vorhanden sein.

#### Größe

Das Sprechzimmer der Schulgesundheitsfachkraft muss eine Mindestfläche von 15 Quadratmetern haben. Eine beispielhafte Raumaufteilung wird in Abbildung 13 gezeigt:

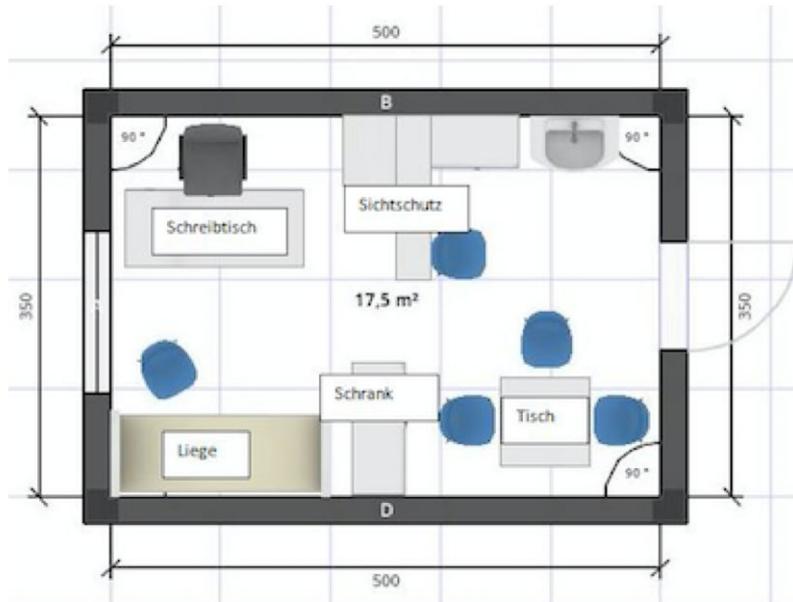


Abbildung 13 Sprechzimmer einer Schulgesundheitskraft - Beispielhafte Raumaufteilung

### Kennzeichnung

Nach DIN 4844 Teil 1-3 ("Sicherheitskennzeichnung") muss das Sprechzimmer der Schulgesundheitsfachkraft **durch das weiße Kreuz auf grünem Grund mit weißer** Umrandung gekennzeichnet sein. Zugänge zum Sprechzimmer der Schulgesundheitsfachkraft müssen durch einen weißen waagerechten Pfeil auf rechteckigem grünem Grund mit weißer Umrandung gekennzeichnet sein.

### Zugänge

Es wird empfohlen, dass manuell betätigte Türen in Notausgängen in Fluchtrichtung aufschlagen.

### Baumaterialien

Fußboden und Wände des Sprechzimmers der Schulgesundheitsfachkraft müssen leicht zu reinigen sein. Der Fußbodenbelag muss aus undurchlässigen, verschleißfesten und rutschhemmenden Werkstoffen bestehen. Der Belag muss an den Kanten hochgezogen sein. Als Wandbelag sind abwaschbare glatte Anstriche mit halber Raumhöhe geeignet.

### Technische Ausstattung

Ein Waschbecken mit Spiegel und Konsole muss vorhanden sein. Das Waschbecken muss mit einem Seifenspender, einem Desinfektionsmittelspender und einer Mischbatterie mit fließendem Kalt- und Warmwasser (bis 60 Grad °C) ausgestattet sein.

Weiterhin müssen mindestens 3 Steckdosen an geeigneter Stelle vorhanden sein.

Darüber hinaus muss ein Telefon vorhanden sein, über das sowohl inner- als auch außerbetriebliche Stellen erreicht werden können.

Die Fenster müssen mit einem Sichtschutz gegen Einblicke von außen ausgestattet sein.

Außerdem müssen mobile Trennwände vorhanden sein, um auf der Liege befindliche Personen abzuschirmen.

Zudem müssen die Inhalte der Verbandskästen der ASR A4.3 entsprechen.

Es muss ein Behälter für spitze Gegenstände (Sicherheitsbehälter) vorhanden sein. Ferner sind Entsorgungsbehälter für infektiösen und nichtinfektiösen Müll (mindestens zwei Behälter mit Deckel) vorzuhalten. Diese Behältnisse müssen gesondert entsorgt werden.

Ein Kühlschrank mit integriertem Gefrierfach zur Lagerung von Medikamenten und Kühlpacks muss vorhanden sein.

### Beleuchtung und Belüftung

Eine ausreichende Beleuchtung und Belüftung müssen gewährleistet sein. Es muss mindestens eine Raumtemperatur von +18 °C vorhanden sein und eine Lufttemperatur von +21 °C muss während der Nutzungsdauer erreicht werden können.

Eine Sonnenschutzvorrichtung zur Beschattung der Fenster von außen muss vorhanden sein.

Hier sind beispielsweise Jalousien oder hinter lüftete Markisen möglich.

Innenliegend muss eine hochreflektierende oder helle Sonnenschutzvorrichtung sowie ein Sichtschutz am Fenster vorhanden sein. Die vorhandene Beleuchtung muss nach der Empfehlung der ASR A3.4 mindestens 500 Lux entsprechen.

### **3.1.2.2 Arbeitsmaterialien**

#### Arbeitstisch

Es muss ein Schreibtisch mit ausreichender Arbeitsfläche (Breite: mind. 160cm; Tiefe mind. 80 cm) vorhanden sein. Zudem muss am Arbeitstisch ein abschließbarer Rollcontainer verfügbar sein.

#### Arbeitsstuhl

Ein kipp sicherer Bürostuhl muss vorhanden sein. Sollte dieser Rollen besitzen, so benötigt er fünf Abstützpunkte. Er muss in Verbindung mit dem Arbeitstisch individuell anpassbare, wechselnde, ergonomisch günstige Arbeitshaltungen ermöglichen.

#### Sonstiges

Für die Liege müssen geeignete Reinigungsmittel wie Papierrolle, Desinfektionstücher oder Spray vorgehalten werden.

Außerdem muss ein Verbandbuch vorhanden sein und geführt werden.

### 3.1.2.3 Arbeitsschutz, Unterweisung, Gefährdungsbeurteilung

#### Persönliche Schutzausrüstung (PSA)

Die Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Benutzung persönlicher Schutzausrüstungen bei der Arbeit (PSA Benutzungsverordnung - PSA-BV) regelt die Bereitstellung persönlicher Schutzausrüstungen durch Arbeitgeber, sowie für die Benutzung persönlicher Schutzausrüstungen durch Beschäftigte bei der Arbeit. (BReg III, 1996) Die PSA ist den Bedingungen, denen Beschäftigte während der Arbeit ausgesetzt sind anzupassen. Die Auswahl der PSA ergibt sich aus der Gefährdungsbeurteilung. Sie muss den Beschäftigten in ausreichender Anzahl zur Verfügung stehen und mit einer CE-Kennzeichnung versehen sein. Im Falle einer Schulgesundheitsfachkraft besteht die PSA aus:

- Einmalhandschuhe
- Mundschutz (DGUV II, 2019, S. 9)

Was als PSA gilt, kann z.B. den sogenannten PPE-Guidelines (Oktober 2015) zur europäischen PSA-Richtlinie 89/686/EWG entnommen werden.

#### Hand- und Hautschutz

Die DGUV Information 212-017 „Auswahl, Bereitstellung und Benutzung von beruflichen Hautmitteln“ empfiehlt die Erstellung eines Hautschutz- und Hygieneplans. Er enthält geeignete Hautschutz-, Hautreinigungs- und Hautpflegemittel für den Arbeitsplatz sowie Angaben zu Schutzhandschuhen und Desinfektionsmitteln. Er ist an Waschplätzen aufzuhängen, um die Beschäftigten an die Schutzmaßnahmen zu erinnern. (DGUV III, 2019, S. 32)

#### Elektrische Sicherheit

Die vorhandenen elektrischen Betriebsmittel müssen „CE“ (Gerätesicherheit, EU) und optional „GS“ (geprüfte Sicherheit) gekennzeichnet sein.

#### Unterweisung

Die Beschäftigten müssen über die an ihrem Arbeitsplatz und in der Arbeitsumgebung potenziell vorhandenen Gefahren bzw. Risiken, sowie Maßnahmen zur Abwendung derselben unterwiesen werden. Beschäftigte sind vor Tätigkeitsaufnahme, bei wesentlichen Änderungen und mindestens jährlich zu unterweisen.

#### Gefährdungsbeurteilung

Die Gefährdungsbeurteilung für den Arbeitsplatz der Schulgesundheitsfachkräfte in der Bildungseinrichtung mögliche Gefährdungen für die Sicherheit und Gesundheit festzustellen und Maßnahmen zur Beseitigung dieser Gefährdungen festzulegen. Dabei werden sowohl die körperlichen als auch die psychischen Belastungen der Schulgesundheitsfachkraft beurteilt.

Es muss immer Ziel sein, Gefahren direkt an der Quelle beseitigen oder zu vermindern. Ist dies nicht möglich, müssen Maßnahmen in folgender Reihenfolge ergriffen werden: technische (T), organisatorische (O) und zuletzt personenbezogene (P) Maßnahmen (TOP-Prinzip). Die Gefährdungsbeurteilung muss dokumentiert werden.

#### **3.1.2.4 Brandschutz**

Auf die bundes- und landesweit geltenden Brandschutzregelungen soll und muss an dieser Stelle nicht eingegangen werden. Diese werden zusammenfassend in der Branchenregel Schule beschrieben. (DGUV II, 2019) Hier geht es um die Besonderheiten, die beim Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften bedacht werden sollten.

Die Brandschutzordnung (Teil A) über das Verhalten im Brandfall und bei sonstigen Gefahren sowie der Flucht- und Rettungsplan sollten mit der Schulgesundheitsfachkraft abgestimmt und in der Nähe ihres Sprechzimmers als deutlich sichtbarer Aushang angebracht sein. (DIN, 2014) Zu überlegen ist, ob die Schulgesundheitsfachkraft bei der Brandschutz-Begehung und der Alarmprobe eingebunden wird. Denn immerhin ist es sowohl im Übungs-, als auch im Ernstfall denkbar, dass es zu Verletzungen kommt und die Schulgesundheitsfachkraft hier besonders gefordert ist.

#### **3.1.2.5 Hygiene**

Schulen verfügen nach § 36 i. V. m. § 33 Infektionsschutzgesetz (IfSG) über einen schulischen Hygieneplan. Darin sind die wichtigsten Eckpunkte nach dem Infektionsschutzgesetz geregelt, um durch ein hygienisches Umfeld zur Gesundheit der Schülerinnen und Schüler und aller an Schule Beteiligten beizutragen. Muster-Hygienepläne werden durch die Schulträger oder die Bildungsverwaltung zur Verfügung gestellt. Die Pläne enthalten Angaben über

- Hygiene in Unterrichtsräumen
- Schulreinigung
- Hygiene im Sanitätsbereich
- Weitere Schulräume, wie z.B. Sporthallen und –anlagen
- Erste Hilfe und Ersthelfer
- Trinkwasserhygiene
- Nahrungszubereitung
- Raumluftechnische Anlagen
- Persönliche Hygiene
- Melde- und Mitteilungspflichten

Die Muster-Hygienepläne sind in jedem Fall an die Verhältnisse vor Ort anzupassen und zu individualisieren. Dazu gehört es auch, die Besonderheiten zu regeln, die sich durch den Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften ergeben. Dies betrifft zum Beispiel die besondere Reinigungserfordernisse des Arbeitszimmers einer Schulgesundheitsfachkraft oder den

Umgang mit infektiösem Abfall. Aufgrund der unterschiedlichen Vorgehensweisen sollten diese Hygieneregeln mit dem zuständigen Gesundheitsamt vereinbart werden.

### 3.1.3 Empfohlene Grundausrüstung

Aus den gesetzlichen Mindestanforderungen und den Handlungsempfehlungen für die Bereiche IT und Technik, Möblierung, medizinische Ausstattung, Ausstattung mit Verbandsmaterial, Büroausstattung und Ausstattung mit Reinigungsartikeln ergeben sich folgende Empfehlungen für die Standardausstattung von Sprechzimmern der Schulgesundheitsfachkräfte (Tabellen 3 bis 8). Für die technische Ausstattung (Tabelle 3) ist eine Internetanbindung in ausreichender Geschwindigkeit unabdingbar. Diese ist besonders im ländlichen Raum häufig nicht oder nur eingeschränkt verfügbar. Da Internet in Zeiten von E-Kommunikation ein essentielles Arbeitsinstrument ist, sind normale Arbeitsprozesse für einige Schulgesundheitsfachkräfte ohne gute Anbindung erheblich erschwert.

#### Ausstattung IT und Technik

<b>Empfehlung und Kosten für die technische Grundausrüstung</b>		
<b>Artikel</b>	<b>Menge</b>	<b>Kosten</b>
<b>Mobiltelefon mit Prepaid-Karte</b>	1	1.000 €
<b>Festnetztelefon</b>	1	
<b>Laptop</b>	1	
<b>Verschlüsselte W-Lan Anbindung</b>	1	
<b>Weitere Anschluss- und Ladekabel</b>	n. B.	
<b>USB-Stick mit Verschlüsselungssoftware</b>	1	
<b>dienstliche Mailadresse</b>	1	
<b>Multifunktionsgerät (Drucker, Kopierer, Scanner, Fax)</b>	1	

Tabelle 3 Empfehlungen und Kosten für die technische Grundausrüstung von Sprechzeiten

## Möblierung

<b>Empfehlungen und Kosten für die Möblierung</b>		
<b>Artikel</b>	<b>Menge</b>	<b>Kosten</b>
leicht zu reinigende Krankenliege	1	300 €
Paravent Raumteiler auf Rollen	1	30 €
Kühlschrank mit Tiefkühlfach	1	130 €
abschließbarer feuerfester Aktenschrank	1	150 €
Schreibtisch, mindestens 160 x 80, matt	1	275 €
Schreibtischstuhl, kippsicher, verstellbar, bei Rollen 5 Abstützpunkte	1	75 €
zusätzliche Stühle, abwischbar	3	105 €
Besprechungstisch	1	200 €
Schrank für Verbandsmaterial	1	150 €
Regale und Schränke für Ordner und Materialien	3	300 €
Garderobe	1	40 €
Spiegel	1	50 €
Wasserkocher	1	25 €
Mikrowelle (für die Anwendung u.a. von Kirschkernkissen)	1	80 €
Uhr	1	5 €
<b>Gesamt:</b>		<b>1.835 €</b>

Tabelle 4 Empfehlungen und Kosten für die Möblierung

## Medizinische Ausstattung

<b>Empfehlungen und Kosten für die medizinische Grundausstattung</b>		
<b>Artikel</b>	<b>Menge</b>	<b>Kosten</b>
Hier wird auf die ausführliche Aufstellung im Anhang verwiesen		
<b>Gesamt:</b>		<b>884 €</b>

Tabelle 5 Empfehlungen und Kosten für die medizinische Grundausstattung von Sprechzimmern

## Ausstattung mit Verbandmaterial

<b>Empfehlungen und Kosten für die Grundausrüstung mit Verbandmaterial</b>		
<b>Artikel</b>	<b>Menge</b>	<b>Kosten</b>
<b>Hier wird auf die ausführliche Aufstellung im Anhang verwiesen</b>		
<b>Gesamt:</b>		<b>159 €</b>

Tabelle 6 Empfehlungen und Kosten für die Grundausrüstung mit Verbandsmaterial von Sprechzimmern

## Büroausstattung

<b>Empfehlungen und Kosten für die Büroausstattung</b>		
<b>Artikel</b>	<b>Menge</b>	<b>Kosten</b>
<b>Hier wird auf die ausführliche Aufstellung im Anhang verwiesen</b>		
<b>Gesamt:</b>		<b>153 €</b>

Tabelle 7 Empfehlungen und Kosten für die Büroausstattung von Sprechzimmern

<b>Empfehlungen und Kosten für die Ausstattung mit Reinigungsartikeln</b>		
<b>Artikel</b>	<b>Menge</b>	<b>Kosten</b>
<b>Hier wird auf die ausführliche Aufstellung im Anhang verwiesen</b>		
<b>Gesamt:</b>		<b>27 €</b>

Tabelle 8 Empfehlungen und Kosten für die Ausstattung von SGFK-Behandlungszimmern mit Reinigungsartikeln

### 3.2 Finanzierungsoptionen für die Ausstattung der Sprechzimmer

Anknüpfend an die Empfehlungen zur Grundausrüstung der Sprechzimmer der Schulgesundheitsfachkräfte erfolgt zunächst Zusammenfassung der anfallenden Kosten für die Einrichtung eines Sprechzimmers. Daraufhin werden Vorschläge für die Finanzierung durch verschiedene Kostenträger formuliert.

#### 3.2.1 Prognose der zu erwartenden Kosten für die sächliche Ausgestaltung

##### 3.2.1.1 Nullbasis- Investitionsbudget

Folgend wurde eine Kalkulation auf Nullbasis für die Finanzierung der sächlichen Ausstattungsempfehlungen vorgenommen. Hierbei wurde davon ausgegangen, dass sich in einer Schule, in die ein Sprechzimmer der Schulgesundheitsfachkräfte integriert werden soll, keine verwendbaren Artikel vorrätig sind.

Die Kosten für die einzelnen Bereiche werden in Abbildung 14 dargestellt:

<b>Zu erwartende Kosten</b>	
<b>Bereich</b>	<b>Kosten</b>
<b>Technische Ausstattung</b>	1.000 €
<b>Möblierung</b>	1.905 €
<b>Medizinische Ausstattung</b>	884 €
<b>Verbandmaterialien</b>	159 €
<b>Büroausstattung</b>	153 €
<b>Artikel für Reinigung</b>	27 €
<b>Gesamt:</b>	<b>4.128 €</b>

Abbildung 14 zu erwartende Kosten der Grundausrüstung

Die insgesamt zu erwartenden Kosten der sächlichen Ausstattung nach den Handlungsempfehlungen liegen etwa bei 4.130 €. Einen Großteil machen hierbei die technische Ausstattung und die Möblierung aus. Vor Einrichtung eines Sprechzimmers sollte in jedem Fall bei der betreffenden Schule abgefragt werden, welche Ausstattungsgegenstände bereits vorhanden sind. Wenn in einer Schule Artikel wie eine Krankenliege, zusätzliche Stühle, Erste Hilfe Kästen, Schränke und Tische bereits vorrätig sind, ließe sich dieser Betrag auf etwa 3.000 € reduzieren. Eine genauere Schätzung müsste für jede Schule individuell anhand der Checklisten im Anhang vorgenommen werden.

### **3.2.1.2 Operatives Budget**

Das benötigte Operative Budget für eine SGFK ist nicht genau bestimmbar, da es in Abhängigkeit der betreuten Schülerinnen und Schüler steht. Diese Zahl ist variabel, da die Anzahl der betreuten Schülerinnen und Schüler anhängig ist von der Zustimmung der Eltern einerseits, und dem Betreuungsbedarf andererseits. Im Modellprojekt in Brandenburg wurden gute Erfahrungen gemacht mit einem monatlichen Handkasse von 100 € pro Schule (durchschnittlich 1200 € pro Monat der 27 teilnehmenden Modellschulen). Die HAGE ist nach Auswertung der laufenden Ausgaben der Schulgesundheitsfachkraft von einem Budget von ca. 2.400 € pro Schule und Schuljahr als grobem Orientierungsrahmen ausgegangen. Der Unterschied begründet sich durch die deutlich höhere Schülerzahl in Hessen. Das Budget ist an die Bedingungen der einzelnen Schule anzupassen. Es wird empfohlen den Schulgesundheitsfachkräften die Verwaltung des Budgets zu übertragen.

### **3.2.2 Vorschläge für die Finanzierung**

Die Finanzierung des öffentlichen Schulwesens erfolgt grundsätzlich im Wege einer Aufgabenteilung zwischen Ländern und Kommunen. Während die Kommunen die Sachkosten der Schulen und in der Regel auch die Kosten für das nicht-lehrende Personal tragen, sind die Kultusministerien der Länder für die Personalkosten der Lehrkräfte zuständig. Zum Ausgleich der Schulkosten zwischen Kommunen und Land erhalten die Kommunen aus dem Haushalt des Landes (in der Regel des Kultusministeriums oder des Finanzministeriums) Erstattungen oder pauschale Zuweisungen für bestimmte Aufwendungen (z. B. für die Schülerbeförderung). Außerdem unterstützt das Land die Kommunen durch einmalige Beihilfen, z. B. zu den Kosten für den Schulbau oder durch bestimmte Zuschüsse zu den laufenden Kosten. (Universität Heidelberg, 2014)

#### **3.2.2.1 Finanzierung durch den jeweiligen Schulträger**

Die Erfahrung im Modellprojekt in Brandenburg zeigt, dass auch die Möglichkeit besteht, dass die Finanzierung durch einzelne Schulträger übernommen werden können. Demnach sind die Schulträger für die Finanzierung im Hinblick auf die Einrichtung und Ausstattung der Sprechzimmer verantwortlich. Zudem sorgen die Schulgesundheitsfachkräfte in den zugehörigen Sprechzimmern für deutliche Entlastungseffekte. So wird die Erstversorgung verletzter oder erkrankter Schülerinnen und Schüler durch die Schulgesundheitsfachkraft vorgenommen. Dies führt einerseits zur Entlastung der jeweiligen Lehrerinnen und Lehrer andererseits kann die Unterrichtsfähigkeit der Schülerinnen und Schüler in vielen Fällen vor Ort wiederhergestellt werden. Der größte Teil der verletzten oder erkrankten Schülerinnen und Schüler kehrt nach Erstversorgung in den Unterricht zurück.

Aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen und der deutlichen Entlastungseffekte im Schulalltag erscheint eine Finanzierung durch den jeweiligen Schulträger naheliegend. Mindestens im technischen Bereich sollte geprüft werden, inwieweit vorhandene Infrastruktur ohne größere Mehrkosten genutzt werden kann. Bereits vorhandene Verträge mit Telefon- und Internetanbietern sollten insgesamt kostengünstiger auf eine Schulgesundheitsfachkraft und ihr Sprechzimmer ausgeweitet werden können, als durch Schaffung digitaler Parallelstrukturen.

### **3.2.2.2 Finanzierung durch den Unfallversicherungsträger**

Durch eingesparte Rettungswageneinsätze und Arztbesuche können bei den gesetzlichen Unfallversicherungen der Bundesländer durch den Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften erhebliche Einsparungen erzielt werden (siehe Gutachten Kapitel 5). Aus diesem Grund erscheint auch eine Beteiligung der Unfallversicherungsträger bei der Finanzierung der Sprechzimmer naheliegend. Besonders die Finanzierung des medizinischen Verbrauchsmaterials wirkt einleuchtend, da diese Güter den Unfallversicherungsträgern andernfalls durch den jeweiligen behandelnden Arzt in Rechnung gestellt würden.

### **3.2.2.3 Finanzierung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst**

Bei einer Anstellung der Schulgesundheitsfachkräfte beim öffentlichen Gesundheitsdienst ist die Frage der Finanzierung von Raumausstattung und laufender Kosten anders zu betrachten. In diesem Fall muss eine Beteiligung der Gesundheitsämter geprüft werden. Der Einsatzort der Schulgesundheitsfachkräfte ist vom Gesundheitsamt an die Schule verlagert. Es ist daher zu prüfen, ob die Schulträger nur anteilig (z.B. für Mobiliar, Internetanschluss) die Kosten zu tragen haben und die Gesundheitsämter sowohl für die laufenden Kosten als auch für die notwendige Hardware zuständig sind. Hier wird eine Abstimmung in den Bundesländern mit allen Beteiligten (Kultus- und Sozialministerium, Schulträger sowie Vertreter der Kommunen) empfohlen, um landesweite Regelungen zu treffen.

## **3.3 Fazit Baustein 3**

Für die zu erwartenden Kosten von etwa 4.100 € für die sächliche Ausgestaltung der Sprechzimmer und der laufenden Kosten in der Spanne von 1.200 bis 2.400 € sind unterschiedliche Finanzierungsmodelle durch verschiedene Träger möglich. Die jeweiligen Schul- und Unfallversicherungsträger erfahren durch den Einsatz einer Schulgesundheitsfachkraft und der Nutzung eines Sprechzimmers finanzielle und personelle Entlastungseffekte. Aus diesem Grund ist eine Aufteilung der entstehenden Kosten auf diese Träger denkbar.

Grundsätzlich sollte jedoch auf bereits vorhandene Infrastruktur in den jeweiligen Schulen genutzt werden. Besonders die Nutzung von vorhandener Möblierung oder die Einbindung des Sprechzimmers in bestehende digitale Infrastruktur kann dazu beitragen die entstehenden Kosten möglichst gering zu halten.

#### **Baustein 4 - Aussagen zur Eingruppierung des Berufsbildes in die TdL (Tarifgemeinschaft der Länder)**

„Die Eingruppierung von Beschäftigten des öffentlichen Dienstes folgt nach §12 Absatz 1 Satz 3 TV-L / § 12 Absatz 2 Satz 1 TVöD.“ (SPLASH II, Tannen, Yvonne, Ebert, & Ewers, 2018).

„Eine Tätigkeitsdarstellung im öffentlichen Dienst dient vor allem als Instrument zur Ermittlung der Eingruppierung. Das Eingruppierungsrecht des TV-L macht mit der Vorschrift des §12 TV-L die Einführung von Tätigkeitsdarstellungen erforderlich.“ (SPLASH II, Tannen, Yvonne, Ebert, & Ewers, 2018, S. 5). Einer Eingruppierung geht eine ausführliche Beschreibung des Tätigkeitsprofils im Rahmen einer Arbeitsvorgangsbeschreibung voraus (siehe hierzu Kapitel 1). Nachfolgend sind die wichtigsten Bestandteile des Aufgabenportfolios einer Schulgesundheitsfachkraft zusammengetragen, welche als Argumentationsgrundlage für die passende Eingruppierung dienen sollen.

#### **Tätigkeitsprofil der Schulgesundheitsfachkräfte nach aktualisiertem Tätigkeitsprofil der AWO Bezirksverband Potsdam e.V. 09/2020**

- Gesundheitliche Unterstützung
- Beratung
- Aktive Unterstützung der Maßnahmen der Schulgesundheitspflege (KJGD)
- Gesundheitsförderung/Prävention
- Unterstützung chronisch kranker, behinderter Schüler\*innen und Schüler\*innen nach längerer Abwesenheit von der Schule
- Ansprech- und Vertrauensperson für Schüler\*innen mit gesundheitlichen Auffälligkeiten
- Interdisziplinäre inner- und außerschulische Zusammenarbeit / Lotsenfunktion:
- Netzwerke
- Grundlage: Curriculum und das gemeinsame Aufgabenprofil von Brandenburg und Hessen

### **Aufgabenbereich 1 – Gesundheitliche Unterstützung:**

- Erste-Hilfe Maßnahmen und bei Bedarf Verständigung des Rettungsdienstes Anleitung und Aufbau Schulsanitätsdienst Vitalzeichenkontrolle
- Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner bei Schmerzen (z. B. Bauch-/ Kopfschmerzen sowie Zahn- und Rückenschmerzen)
- Information der Eltern bei Bedarf
- Kontrolle der Erste-Hilfe-Kästen sowie der Notfallrucksäcke für die Ersthelfer\*innen bei Tagesausflügen und Klassenreisen
- Unfalldokumentation im Verbandbuch und Unfallmeldungen an die Unfallkasse in Abstimmung mit Schulleitung

### **Aufgabenbereich 2 – Beratung:**

- Individuelle Beratung von Kindern, Jugendlichen und Eltern zu gesundheitsbezogenen Themen
- Beratung der Schulleitung und des Kollegiums zu einzelnen Schülerinnen und Schülern sowie zur Planung und Umsetzung von Maßnahmen
- Erstberatung zu Themen wie Gewichtsprobleme, Sucht, Ritzen, Stress und Unterstützung in Krisensituationen, ggf. Weitervermittlung

### **Aufgabenbereich 3 - Aktive Unterstützung der Maßnahmen der Schulgesundheitspflege (KJGD):**

- Orientierende Untersuchungen, die einen Arztbesuch nicht ersetzen (z. B. Hör-, Sehtest)
- Durchführung standardisierter Testverfahren (Hör-, Sehtest) und Impfstatuskontrolle in Zusammenarbeit mit dem ÖGD
- Meldungen an das Gesundheitsamt/ÖGD im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes (z. B. bei Covid-19 oder Krätze) im Auftrag der Schulleitung

### **Aufgabenbereich 4 - Gesundheitsförderung/Prävention:**

- Expertin und Experte bei der Entwicklung einer gesundheitsfördernden Schulkultur, Initiierung/ Mitarbeit bei gesundheitsfördernder Schule
- Umsetzung von Bedarfserhebungen, Befragungen, gegebenenfalls auch in Zusammenarbeit mit Schulpersonal, Schüler\*innen, externer Unterstützung/Begleitung durch Universitäten, ÖGD,
- Hilfsorganisationen etc. (gilt nicht in Brandenburg)
- Anleitung des Arbeitskreises Gesundheit (gilt nicht in Brandenburg)

- Mitwirkung bei der Entwicklung und Fortschreibung eines Schulkonzepts „Gesundheit“
- Unterrichtsunterstützende Tätigkeiten gemeinsam mit Lehrkräften
- Initiierung, Gestaltung und Umsetzung von Projekten und langfristigen gesundheitsrelevanten Programmen
- Unterstützung des Gesundheitsamts bei der Organisation von Projekten und Mitwirkung bei Durchführung von Maßnahmen der Schulgesundheitspflege in Absprache mit der Schulleitung
- Durchführung von AGs (zum Beispiel Erste Hilfe, Gesundheit),
- Aufbau und Betreuung des Sanitätsdienstes ab Klasse 7

**Aufgabenbereich 5 - Unterstützung chronisch kranker, behinderter Schüler\*innen nach längerer Abwesenheit von der Schule:**

- Verwaltung und Verabreichung von (Notfall-)Medikamenten. Grundlage: Richtlinie zur Durchführung medizinischer
- Hilfsmaßnahmen (gilt nicht in Brandenburg)
- Unterstützung von Schulpersonal im Umgang mit chronischen Erkrankungen und gegebenenfalls Aufklärung in der Klasse
- Mitarbeit in der Planung und Durchführung der schulischen Eingliederung chronisch kranker/behinderter Schüler\*innen in Kooperation z.B. mit Teilhabeassistenten, Pädagogischen Fachpersonal
- Hilfestellung bei chronischen Erkrankungen

**Aufgabenbereich 6 - Ansprech- und Vertrauensperson für Schüler\*innen mit gesundheitlichen Auffälligkeiten:**

- Vermittlung frühzeitiger Hilfen, Lotsenfunktion
- Meldung bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch/Misshandlung/ Vernachlässigung auf Basis der landespezifischen Regelung
- Ansprechpartnerin und Ansprechpartner für alle an der Schule

**Aufgabenbereich 7- Interdisziplinäre inner- und außerschulische Zusammenarbeit / Lotsenfunktion:**

- Kooperation mit verschiedenen Berufsgruppen und Institutionen innerhalb und außerhalb der Schule und mit Arbeitsgruppen im Sozialraum

**Aufgabenbereich 8 - Netzwerke:**

- Erstellung eines schulspezifischen Netzwerkhandbuchs, Vernetzung mit anderen Schulgesundheitsfachkräften und den unterstützenden Institutionen

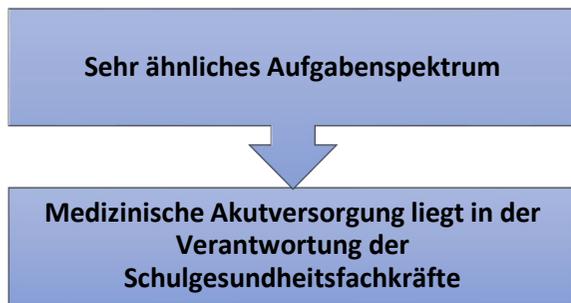
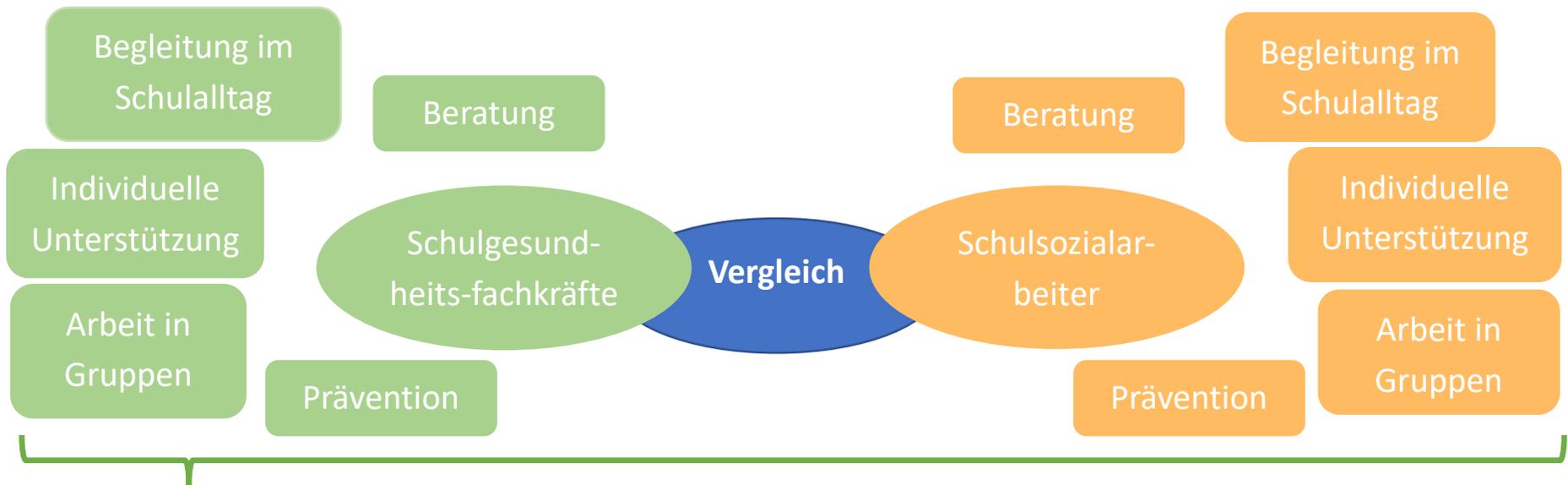
### **Aufgabenbereich 9 - Administrative und sonstige Tätigkeiten:**

- Materialbestellung und -verwaltung, Telefonate, Terminvereinbarungen, Dokumentation, Büroorganisation, Reinigungs- und Desinfektionsarbeiten
- Vorstellung beim Elternabend, Einholen der Einwilligungserklärungen (Datenschutz, med. Hilfsmaßnahmen, und Unterstützung), Gremienarbeit, Teilnahme an regelmäßigen Fortbildungen

Hinweis: Um Dopplungen zu vermeiden, wird darauf verzichtet, bereichsübergreifende Tätigkeiten in jedem einzelnen Aufgabenfeld aufzulisten. (AWO II, 2020)

### **4.1 Unterschied der tariflichen Eingruppierung Schulsozialarbeiter und Schulgesundheitsfachkraft**

In Kapitel 1.2.1 wurden beide Berufsgruppen charakterisiert. Sie arbeiten im Team kooperativ zusammen und haben während ihres Arbeitsalltags im Setting Schule viele gemeinsame Berührungspunkte. Dennoch liegt eine Differenz in der tariflichen Eingruppierung vor.



**Tarifgruppe E9 Schulsozialarbeiter**



**Tarifgruppe E8 Schulgesundheitsfachkraft**

**Höhergruppierung in die Tarifgruppe E9 empfohlen**

Abbildung 15 Abgrenzung und Überschneidungspunkte Sozialarbeiter und Schulgesundheitsfachkraft

Aufgrund der hohen Übereinstimmung der Aufgabenbereiche, wird eine tarifliche Angleichung an E9 empfohlen. Abbildung 15 zeigt eine Übersicht des Vergleichs der Aufgabenprofile von Schulgesundheitsfachkräften und Schulsozialarbeitern.

#### **4.2 Eingruppierung über die inhaltliche Ausgestaltung ausgewählter Tätigkeiten**

Eine Schulgesundheitsfachkraft ist im eigentlichen Sinn einer Führungskraft nicht weisungsbefugt. Jedoch handelt sie im übertragenen Sinn entsprechend selbständig auf der Basis von Fachwissen in der Gesundheits- und Krankenpflege

In Rücksprache mit der Schulleitung und den Lehrerinnen und Lehrern werden entsprechend den aktuellen Situationen sowohl die Lehrer, die Schulleitung, als auch das weitere Schulpersonal zu gesundheitlichen Themen von der Schulgesundheitsfachkraft geschult. Die dafür benötigte Fachformation wird zielgruppenspezifisch aufbereitet, zum Beispiel passend für die Schülerinnen und Schüler einer bestimmten Jahrgangsstufe und im Rahmen von Projekten und Programmen umgesetzt.

Eine weitere Aufgabe ist die konkrete Umsetzung der Aufgaben durch Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen. Dies bedeutet bezüglich der Schulgesundheitsfachkräfte in erster Linie das Arbeiten nach Strukturen, welche effektives und effizientes Arbeiten ermöglicht. Zudem inkludieren das Wahrnehmen und Umsetzen die Leitung aller organisatorischen und administrativen Aufgaben. Leiten bedeutet u.a. das Verhandeln mit internen und externen Partnern, die Wahrnehmung der Interessen der Schülerinnen und Schüler, deren Eltern und Lehrerinnen und Lehrer. In allen Situationen den Überblick behalten und eine vorausschauende und situationsspezifische bedarfs- und bedürfnisgerechte Planung ausgerichtet an der jeweiligen Zielgruppe arrangieren. Eine Übersicht der Aufgaben wird in Abbildung 16 dargestellt.

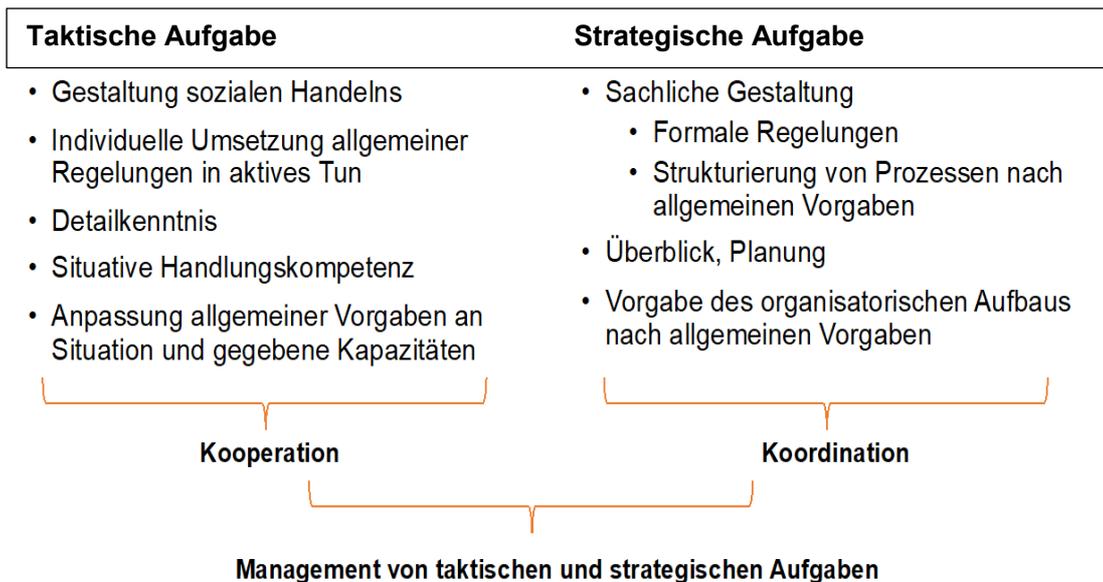


Abbildung 16 Aufgabenspektrum für die Eingruppierung einer Schulgesundheitsfachkraft

Je komplexer und vielfältiger die Aufgaben einer Schulgesundheitsfachkraft sind und werden, desto wichtiger ist die taktische und strategische Ausgestaltung zur Aufgabenumsetzung.

Ein wesentliches Beispiel für die Komplexität sind die vielfältigen Netzwerkpartner und die zu managenden Kooperationen, welche für jedes Einsatzgebiet der Schulgesundheitsfachkräfte von ihnen selbst erarbeitet, organisiert, aktualisiert und immer wieder neu ausgestaltet werden müssen. Die benötigten Kooperationspartner werden in interne und externe Kooperationen unterschieden. Vereinfacht stellt sich ein schulinternes Gesundheitsteam nach skandinavischem Vorbild wie in Abbildung 17 dargestellt, dar.

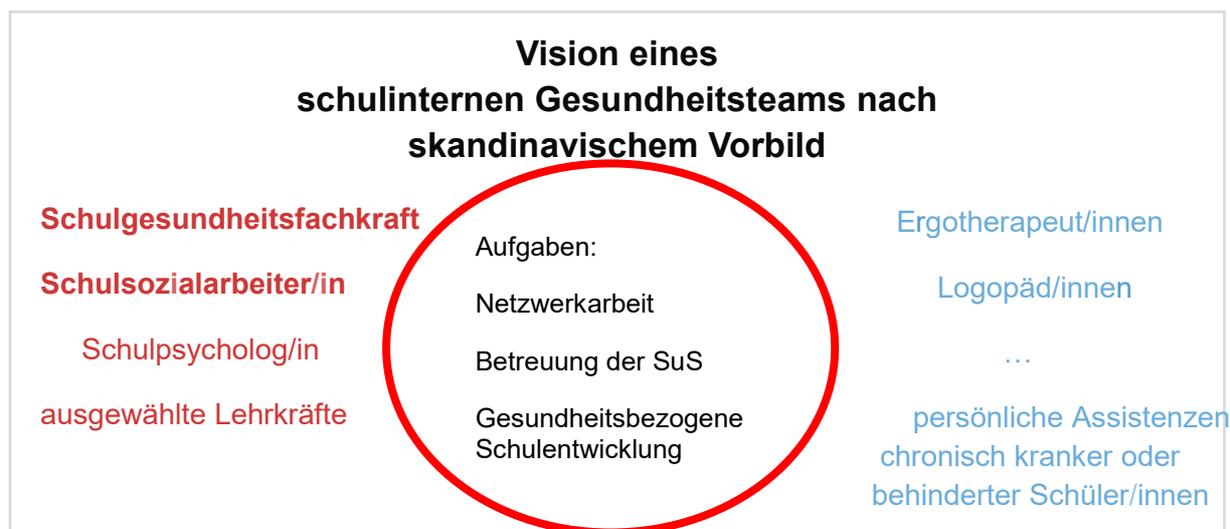


Abbildung 17 Entwurf schulinternes Gesundheitsteam

Diese Kooperationspartner Kategorien im Netzwerk lassen sich unterteilen in die Bereiche Gesundheit, soziale Dienste und Bildung. Das folgende Beispiel einer Netzwerkkarte von Schulgesundheitsfachkräften illustriert wie mannigfaltig Kooperationsstrukturen gestaltet sind:

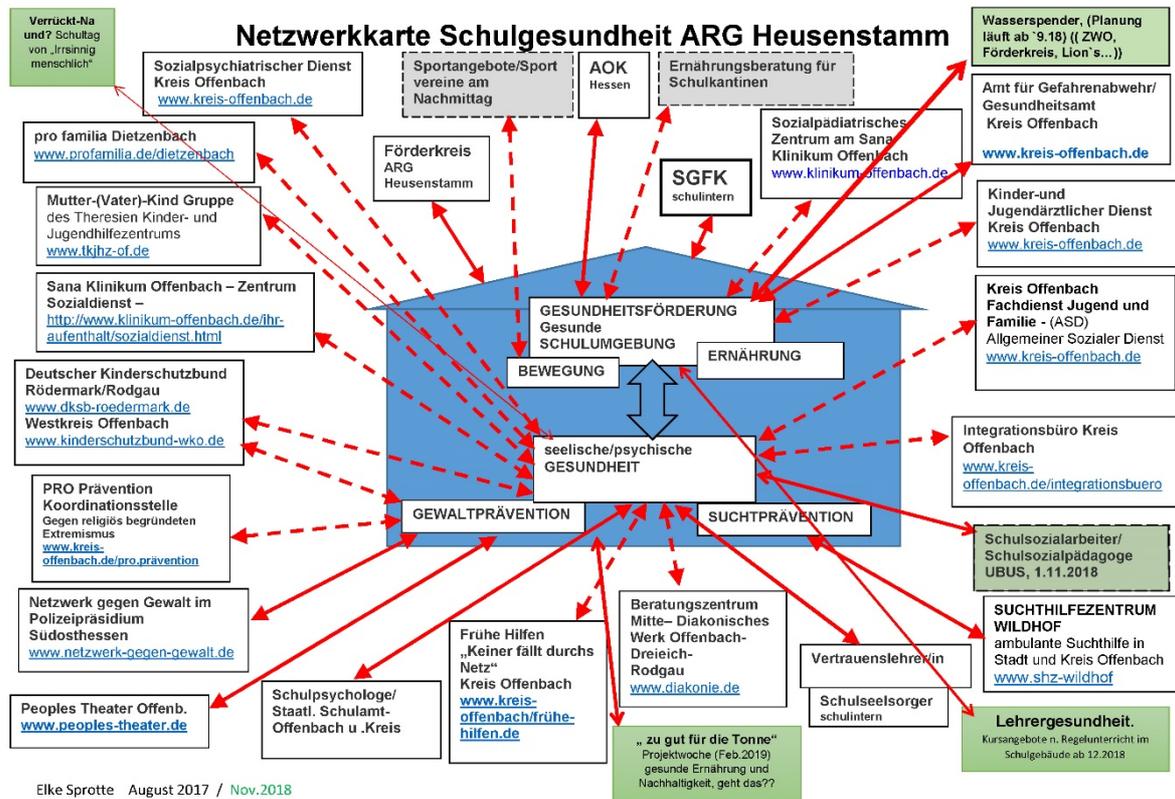


Abbildung 18 Netzwerkkarte HE Heusenstamm (DGUV V, 2020)

Ein Beispiel für eine zusammenfassende Darstellung der Kooperationen zeigt die Zusammenfassung von 15 einzelnen Netzwerkkarten in Brandenburg in Abbildung 19. Die dargestellten Kooperationen sind notwendig um dem geforderten Aufgabenprofil nachkommen zu können.

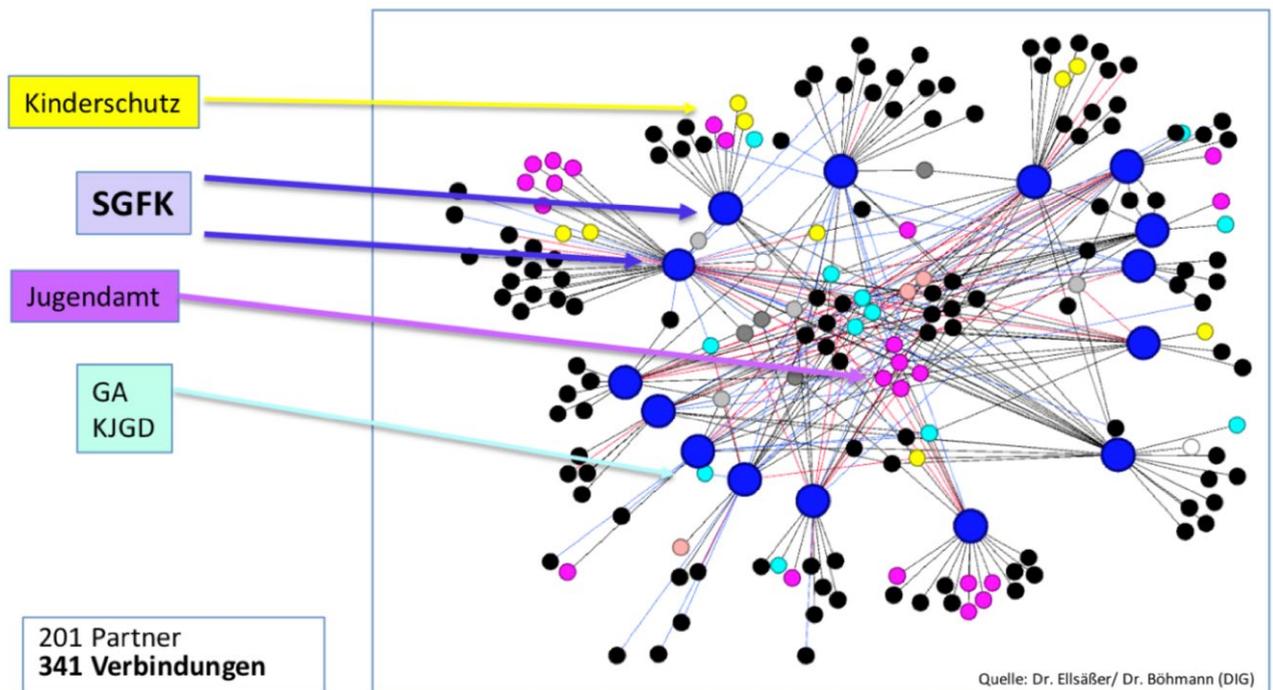


Abbildung 19 Zusammenfassung von 15 einzelnen Netzwerkkarten in Brandenburg Quelle AWO

#### 4.3 Eingruppierung über das selbstständige Arbeiten

„Selbstständige Leistungen“ im Sinne des Tarifvertrags für den öffentlichen Dienst der Länder (TV-L) und des TVöD setzen ein den vorausgesetzten Fachkenntnissen entsprechendes selbstständiges Erarbeiten eines Ergebnisses unter Entwicklung einer eigenen geistigen Initiative voraus, eine leichte geistige Arbeit kann diese Anforderung nicht erfüllen.“

Weiter heißt es hier „Eine selbstständige Leistung verlangt eine Gedankenarbeit, die hinsichtlich des einzuschlagenden Weges, insbesondere aber hinsichtlich des zu findenden Ergebnisses eine eigene geistige Beurteilung und Entschließung verlangt.“ Folglich werden von einer Schulgesundheitsfachkraft „Abwägungsprozesse verlangt, in deren Rahmen Anforderungen an dessen Überlegungsvermögen gestellt werden.“

Eine Entscheidungsfindung durch eine Schulgesundheitsfachkraft ist immer eine individuelle und situationsspezifische Angelegenheit und erfordert ein hohes Maß an Empathie und Einfühlungsvermögen unter Einbezug aller wichtigen Kompetenzen, insbesondere der hohen Fachkompetenz.

Eine Übersicht der „selbstständigen Leistungen“ von Schulgesundheitsfachkräften zeigt Abbildung 20.

**Schulgesundheits-  
fachkräfte**

**Verlaufsbeobachtung und  
Begleitung bei gesundheit-  
lichen Beschwerden der  
SuS im Schulalltag**

**Arbeit in Gruppen**

**Gesundheitsbezogene Zu-  
sammenarbeit mit dem  
KJGD**

**Individuelle Unterstützung**

**Netzwerke**

**Ansprech- und Vertrauens-  
person für Schüler/innen  
mit gesundheitlichen Auffäl-  
ligkeiten**

**Interdisziplinäre inner- und  
außerschulische Zusam-  
menarbeit/ Lotsenfunktion**

**Prävention**

**Akutversorgung**

**Beratung**

**Administrative und sons-  
tige Tätigkeiten**

**Beratung**



„Selbständige Leistungen erfordern die Möglichkeit mehrerer Entscheidungsvarianten, wobei die Auswahl unter Abwägung von verschiedenen Argumenten und Kriterien zu treffen ist. Nur dann ist eine eigene Beurteilung und Entscheidung hinsichtlich des einzuschlagenden Weges i.S.d. tariflichen Merkmals festzustellen. Hierzu werden Abwägungsprozesse verlangt, der Angestellte muss also unterschiedliche Informationen verknüpfen, untereinander abwägen und so zu einer Entscheidung kommen (vgl. BAG Urteil vom 14. August 1985 – 4 AZR 21/84).“

„Eine "selbständige Leistung" ist eine Gedankenarbeit, die hinsichtlich des einzuschlagenden Weges und des zu findenden Ergebnisses eine eigene geistige Beurteilung und eine eigene EntschlieÙung verlangt.“

„Eine "selbständige Leistung" im tariflichen Sinne ist im Regelfall dann als gegeben anzusehen, wenn das Recht die Ermessensbetätigung eröffnet, wenn unbestimmte Rechtsbegriffe zu interpretieren sind oder wenn im Rahmen des Rechts Beurteilungsspielräume vorhanden sind.“

„Vom Angestellten werden Abwägungsprozesse verlangt, es werden Anforderungen an das Überlegungsvermögen gestellt; der Angestellte muss also unterschiedliche Informationen verknüpfen, untereinander abwägen und zu einer Entscheidung kommen.“



Abbildung 20 Darstellungsgrundlage für die Eingruppierung einer Schulgesundheitsfachkraft

#### 4.4 Fazit Baustein 4

Die Eingruppierung in die Entgeltgruppe E 9 des TVL und TVöD für die Schulgesundheitsfachkräfte wird auf Grundlage folgender Aspekte zusammenfassend empfohlen:

1. Laut der Eingruppierungsordnung gilt die Entgeltgruppe für „Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit schwierigen und vielseitigen Tätigkeiten, die umfassender Fachkenntnisse und überwiegend selbstständige Leistungen erfordern mit besonders verantwortlichen Tätigkeiten.“.

→ Diesem Aspekt wird in vollem Umfang durch eine Schulgesundheitsfachkraft nachgekommen, da sie ein sehr komplexes Aufgabenportfolio abzuleisten hat und dies unter Einbezug ihrer Qualifikation (Ausbildung + Weiterbildung) selbstständig durchführt, da keine direkten Mitarbeiter vor Ort zur Verfügung stehen.

2. Definition E 9

„In der E 9 werden die Eingruppierungsmerkmale ergänzt durch die Anforderlichkeit besonders **verantwortlicher Tätigkeiten**. Hierunter ist zu verstehen, dass der / die Mitarbeitende dafür einstehen muss, dass in dem ihm / ihr übertragenen Arbeitsbereich die dort von ihm / ihr selbst oder von anderen Angestellten zu erledigenden Aufgaben **sachgerecht, pünktlich und vorschriftsmäßig**, insbesondere nach den **fachlichen Standards des Berufs** ausgeführt werden. Für das Vorhandensein dieses Merkmals spricht, dass die Tätigkeit **keiner oder nur einer lockeren Überprüfung** durch die / den Vorgesetzte / n unterliegt.“

→ In dieser Definition wurden die Unterschiede hinsichtlich der Entgeltgruppe E 8 dargestellt. Durch die oben aufgeführten Darstellungen des Aufgabenportfolios, der damit verbundenen Komplexität und der eigenständigen Umsetzung auf Grundlage eines selbst erarbeiteten Netzwerkes, wird eine sehr hohe Übereinstimmung der Merkmale zur Entgeltgruppe E 9 festgestellt, was einer diesbezüglichen Eingruppierung der Schulgesundheitsfachkräfte in E 9 als Grundlage dient. Die fach- und sachgerechte sowie bedürfnis- und bedarfsgerechte Ausübung der geforderten Leistungen der Schulgesundheitsfachkraft geht eine entsprechende mindestens 3-jährige Ausbildung mit einem staatlichen Examen, sowie einer theoretische-akademische und praxisbezogene Weiterbildung an einer Hochschule voraus.

Auf Grundlage der aufgeführten Aspekte wird eine Eingruppierung in die Entgeltstufe E 9 für Schulgesundheitsfachkräfte dringend empfohlen.

## **Baustein 5 - Aussagen zum ökonomischen Nutzen des Einsatzes von Schulgesundheitsfachkräften**

Der Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften wurde im Rahmen des Modellprojektes in Brandenburg von März 2017 bis Juni 2018 Hessen von August 2017 bis Juni 2018 (11 Monate) bezüglich der Wirkung im Setting Schule durch Befragungen von Schülerinnen und Schüler, Lehrern, Eltern und der Schulleitungen evaluiert. Zusätzlich wurde durch die AWO Brandenburg e.V. eine weiterführende Evaluation beauftragt, die im März 2019 begann und im November 2020 beendet wurde. Die Schulgesundheitsfachkraft wurde als Instanz für Erste Hilfe, Gesundheitsberatung und Gesundheitsvorsorge wahrgenommen und genutzt. Als erstes Ergebnis wurden reduzierte Abwesenheiten vom Unterricht und Entlastungseffekte der Lehrer, des Schulpersonals und der Eltern ermittelt (SPLASH II, Tannen, Yvonne, Ebert, & Ewers, 2018).

Anknüpfend an diese Ergebnisse sollen systematische Kosten-Nutzen-Analysen damit verbundene Wertschöpfungen analysiert und dargestellt werden. Dabei wurden zwei Ansätze gewählt:

- 1 Ermittlung der Wertschöpfung des Einsatzes von Schulgesundheitsfachkräften mittels Fallszenarien in der Lebenslaufperspektive
- 2 Vergleichende Analyse des Unfallgeschehens an Schulen mit Schulgesundheitsfachkräften und ohne Schulgesundheitsfachkräfte. Ermittlung des Differentials der Heilbehandlungskosten und der Rettungswageneinsätze sowie eine prä-post-Analyse an den Schulen mit Schulgesundheitskräften.

### **5.1 Ermittlung der Wertschöpfung des Einsatzes von Schulgesundheitsfachkräften mittels Fallszenarien in der Lebenslaufperspektive**

Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse sowohl von Fallszenarien als auch von der Analyse der Rettungswageneinsätze dargestellt. Ableitend aus den Fallszenarien erfolgt für jedes einzelne Szenario eine Kosten–Nutzen–Analyse. Um die Priorität des Einsatzes der Schulgesundheitsfachkräfte im ländlichen Raum zu definieren, wird darauf aufbauend, ein differenzierter Vergleich fokussiert auf den städtischen und dem ländlichen Bereich besonders dargestellt. Die Darstellung richtet dabei ihr Augenmerk insbesondere auf einen Vergleich bezüglich der Kosten hinsichtlich der Lebenslaufperspektive mit und ohne den Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften als auch hinsichtlich der entstehenden Kosten bei Notarzteinsätzen und die steigenden Ausfallzeiten auf Seiten der Eltern.

Insgesamt wurden zwei krankheitsspezifische Fallbeispiele erarbeitet, dargestellt jeweils in zwei unterschiedlichen Bildungs- und Sozialkontexten. Zusätzlich wurde in den Fällen auch der ländliche Bereich berücksichtigt. Somit ergibt sich eine Gesamtanzahl von jeweils mehreren Fallszenarien die in den beiden Fallbeispielen, welche im Folgenden, jeweils nach der gleichen Struktur aufbereitet, vorgestellt werden.

### **Methodik zur Darstellung der Lebenslaufperspektive und dem sich daraus errechneten Kosten-Nutzen-Potenzials**

Aufgrund der Recherche bezüglich der häufigsten Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter wurden aus den Bereichen chronische Erkrankungen und psychische Erkrankungen stellvertretend Typ1-Diabetes mellitus sowie depressive Störung mit nicht suizidaler-Selbstverletzung (NSSV) als Grundlage für die Ausarbeitung der Fallszenarien gewählt. In diesen beiden Fällen wurde das Szenarium beispielhaft jeweils auch auf den ländlichen Raum übertragen und die entsprechend Konsequenzen berücksichtigt. Für jedes Szenario erfolgte ein ausführliches Beschreiben der Lebenslaufperspektive gestuft in zwei Ausprägungen mit und ohne betreuende Schulgesundheitsfachkraft. Ermittelt werden die Gesundheitskosten während der Schulzeit und die jährlich anfallenden Behandlungskosten während der Schulzeit sowie die gesellschaftliche Wertschöpfung durch Sozial- und Steuerleistungen. Die Ergebnisse dieser Berechnungen werden visuell aufbereitet und ermöglichen einen sehr guten Vergleich, wie sich die Lebenslaufperspektive hinsichtlich mit und ohne den Einfluss und Einwirken einer Schulgesundheitsfachkraft entwickeln kann.

Die inhaltliche Ausgestaltung der einzelnen Fälle erfolgte in Zusammenarbeit mit den Schulgesundheitsfachkräften. Diese wurden dann durch die Zusammenarbeit mit den jeweiligen Experten medizinisch konkretisiert. Im Fallbeispiel Diabetes waren dies Dr. Gabriele Ellsäßer und Dr. Johann Böhm, im Fallbeispiel 2 „depressive Störung mit NSSV“ war dies Prof. Dr. Volker Beck. Auf Grund der Expertenangaben zu den falltypischen medizinisch-therapeutischen Leistungen konnte deren Kostenbeitrag in beiden Fallbeispielen berücksichtigt werden. Weiterhin wurde basierend auf den Angaben der Schulgesundheitsfachkräfte und der Leistungsdokumentation eine Abschätzung des Aufwands der Schulgesundheitsfachkräfte für den entsprechenden Fall vorgenommen und tabellarisch zusammengestellt (siehe Tabellen im Anhang).

Die Berechnung der Wertschöpfung wurde durch Prof. Dr. Uta Meier-Gräwe durchgeführt, basierend auf der von ihr entwickelten Frühe Hilfen Methodologie. Sie wurde wie folgt ermittelt:

- Die Berechnungen werden in dieser Fallkonstruktion ab dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme einer Schulgesundheitsfachkraft vorgenommen.

- Lohnsteuer- und Sozialabgaben wurden mit dem Brutto-Netto-Rechner 2020 ermittelt (brutto-netto-rechner, 2020)
- Folgende Steuern wurden für das Abrechnungsjahr 2019 einbezogen:
  - a) der Solidaritätszuschlag und
  - b) die Lohnsteuer. Darüber hinaus wurden die Sozialabgaben (Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung, Krankenversicherung und Pflegeversicherung) berücksichtigt, wie sie im Bundesland Brandenburg gelten.
- Die gesellschaftliche Wertschöpfung wird in den fallbezogenen Kosten-Nutzen-Analysen lediglich als gesellschaftlicher Nutzen von Bildung für unterschiedliche Qualifikationsniveaus in Form von Sozialversicherungsabgaben und Steuern berücksichtigt.
- Der Rest ist als Nettoeinkommen dem Individualnutzen zuzurechnen, der in die Nutzenberechnung nicht einbezogen wurde.

Für die Darstellung der ländlichen Perspektive wurde in beiden Fallbeispielen der Kontext Stadt und Land vergleichend mit den Auswirkungen des Vorhandenseins und dem Fehlen einer Schulgesundheitsfachkraft gegenübergestellt und in der Lebenslaufperspektive analysiert. An dieser Ausarbeitung lässt sich sehr gut die wachsende Notwendigkeit einer Schulgesundheitsfachkraft, insbesondere auch im ländlichen Raum darstellen. Der Effekt potenziert sich einerseits durch die Auswirkungen auf die Berufstätigkeit der Eltern und andererseits in der Lebenslaufperspektive.

### 5.1.1 Fallbeispiel 1 Diabetes

Prof. Dr. Uta Meier-Gräwe in Zusammenarbeit mit Dr. Gabriele Ellsäßer und Dr. Johann Böhm.

#### **Einführung**

Diabetes mellitus Typ I, eine insulinpflichtige Erkrankung, ist die häufigste Stoffwechselerkrankung im Kindes- und Jugendalter mit einer Prävalenz von 0,3 % mit leicht steigender Tendenz (Rosenbauer, et al., 2012). In einer Schule von rund 700 Schülerinnen und Schülern sind daher rund zwei Schülerinnen und Schüler mit Diabetes mellitus Typ I gesundheitlich zu versorgen. Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ I haben nachweislich einen hohen Bedarf an individueller medizinischer Versorgung (Insulin- und Ernährungsplan, Schulung von Kind, Eltern, und Lehrkräften über die spezifischen Gesundheitsprobleme). Der Unterstützungsbedarf ist laut Deutscher Diabetes Gesellschaft besonders groß im Grundschulalter und in der Pubertät. Die Erkrankung wirkt sich auf den schulischen Alltag stark aus. So ist zum

Beispiel der Insulinbedarf an die sportlichen Aktivitäten in der Schule bzw. Ernährung anzupassen. Ein Drittel der Kinder mit Diabetes mellitus Typ I, so die Ergebnisse einer bundesweiten Befragung von Eltern mit an Diabetes mellitus Typ I erkrankten Kindern in Kita und Schule (n=1189), haben eine schulische Teilhabekraft von rund 19 Stunden pro Woche in der Grundschule (Heinrich, et al., 2019). Dennoch kommt es immer wieder zu Fehlzeiten in der Schule, wenn der Diabetes der Schülerinnen und Schüler medizinisch nicht gut eingestellt ist und so kritische Ereignisse (wie Blutzuckerentgleisung) entstehen. Hinzu kommen Einschränkungen in der schulischen Teilhabe wie Ausschluss von Schulausflügen, da Lehrerinnen und Lehrer sich überfordert fühlen (Heinrich, et al., 2019). Internationale Studien konnten zeigen, dass Schülerinnen und Schüler mit Diabetes mellitus Typ I insbesondere von der Anwesenheit einer Schulgesundheitsfachkraft profitierten, beispielsweise durch die Begleitung der Blutzuckerkontrollen und Insulineinstellungen, durch Ernährungsberatung, Notfallpläne und Aufklärung von Lehrerinnen und Lehrern und auch Mitschülern. Die Blutzuckereinstellung verbesserte sich, es kam zu weniger Notfallsituationen und Fehlzeiten der Schülerinnen und Schüler und ermöglichte ihnen eine kontinuierliche Bildungsteilhabe. Darüber hinaus zeigte sich eine starke Entlastung der Lehrkräfte und Eltern (Leroy, Wallin, & Lee, 2016).

Auf Grund der Prävalenz dieser Erkrankung und des besonderen gesundheitlichen Unterstützungsbedarfes dieser Schülerinnen und Schüler in Schule zur Ermöglichung ihrer Bildungsteilhabe wurde einerseits diese chronische Erkrankung, andererseits ein typischer Fall aus der Praxis für die gesundheitsökonomische Berechnung (Ellsäßer & Böhm) und nachfolgende Kosten- Nutzen-Analyse in der Lebensperspektive (Meier-Gräwe) ausgewählt. Die Auswirkungen auf schulische Fehlzeiten und auf die Erwerbstätigkeit der Eltern wurden ebenso berücksichtigt.

#### 5.1.1.1 Fallbeispiel 1a

##### **Clara, akademisches Herkunftsmilieu, späterer Beruf: Ärztin, 1 Kind, Individuums bezogene Perspektive**

##### **Szenario mit Schulgesundheitsfachkraft (lebenslaufbezogen)**

Clara erhält die Diagnose ihrer Diabetes mellitus Typ I -Erkrankung mit 11 Jahren. Es erfolgt die stationäre Aufnahme der Schülerin zur Einstellung des Blutzuckers sowie eine erste Schulung dort. Im Anschluss findet durch die Schulgesundheitsfachkraft in Kooperation mit der diabetologischen Schwerpunktpraxis im letzten Grundschuljahr eine engmaschige pflegerische Betreuung statt. Darüber hinaus informiert sie das Lehrpersonal zu möglichen Notfallsituationen, zum Notfallplan und zu den Notfallmedikamenten. Ebenso führt sie regelmäßige Gespräche mit den Eltern über Ernährung, Freizeitaktivitäten und Blutzuckerkontrollen (Tagebuch).

Zuhause kommt es zwei Monate später zu einer Blutzucker-Entgleisung. Das Mädchen muss nochmals stationär eingestellt werden und wird von einem Insulin Pen auf eine Insulinpumpe umgestellt. Der Wechsel auf die Oberschule im neuen Schuljahr wird von der Schulgesundheitsfachkraft vorbereitet und mit Einverständnis der Eltern erhält diese alle relevanten Gesundheitsinformationen. Die Schulgesundheitsfachkraft setzt die pflegerische Betreuung der Schülerin in der Oberschule fort. Auf Grund des bestehenden Vertrauensverhältnisses der Schülerin zur Schulgesundheitsfachkraft und des regelmäßigen Kontaktes zu ihr werden sich anbahnende Krisensituationen in der Schule rechtzeitig erkannt und in Kooperation mit der Schulgesundheitsfachkraft bewältigt, so dass bisher notwendige Krankenhausaufenthalte vermieden werden können. Daher kommt es nur noch zu wenigen Diabetes bedingten Fehlzeiten, z.B. wenn wieder ein Arztbesuch ansteht (siehe Tabelle 1a im Anhang)<sup>1</sup>. Da das Mädchen inzwischen sehr sicher mit ihrer Erkrankung umgeht, selbständig die Blutzucker-Kontrollen durchführt, mit der Insulinpumpe sehr gut klarkommt und ihre Ernährung im Griff hat, können die Kontakte zur Schulgesundheitsfachkraft auf einmal pro Woche reduziert werden (siehe Tabelle 1 d Anhang). Es entwickelt sich im weiteren Verlauf eine andere Beziehung zur Schulgesundheitsfachkraft, die mehr von psychosozialen Themen geprägt ist. Die schulischen Leistungen der Schülerin sind unverändert gut. Die kontinuierliche Kooperation der Schulgesundheitsfachkraft mit der diabetologischen Schwerpunktpraxis, den Lehrkräften und Eltern trägt dazu bei, dass in der Schule ein für die Schülerin „sicheres“ Lernklima entstanden ist. Die Schülerin entscheidet sich in der 10. Klasse, die gymnasiale Oberstufe anzuschließen. Sie schließt die 13. Klasse mit einem sehr guten Abitur ab. Im Verlauf ihrer Schulzeit vom 11. Lebensjahr bis zum Abitur **sind mit nur einem Krankenhausaufenthalt und einer** Krisensituation **16.754 Euro** an direkten Gesundheitskosten **entstanden**. Diese Kosten schließen die Betreuungskosten durch die Schulgesundheitsfachkraft von insgesamt 6.958,80 Euro ein (siehe Tabelle im Anhang).<sup>2</sup> Sie entscheidet sich, einen heilenden Beruf zu ergreifen, weil sie inzwischen aufgrund ihrer eigenen Krankheitsgeschichte eine hohe Gesundheitskompetenz erworben hat und ihrerseits kranken Menschen helfen will. Deshalb nimmt sie in Berlin ein Medizinstudium auf. Während des Studiums lernt sie ihren späteren Ehemann kennen. Nach erfolgreichem Abschluss ihres Studiums heiratet sie im Alter von 25 Jahren ihren Studienkollegen und beide beginnen ihre Berufstätigkeit in einer brandenburgischen Mittelstadt als Assistenzärzte. In Vollzeit bezieht sie als **Assistenzärztin** einen monatlichen Bruttolohn von

---

<sup>1</sup> Die in diesem Fallbeispiel verwendeten Tabellen 1a-1e zu den behandlungsbedingten Fehlzeiten, zum Tätigkeitsaufwand für die SGFK und die stationären bzw. ambulanten Behandlungskosten mit und ohne SGFK wurden von Gabriele Ellsäßer und Johann Böhmman erarbeitet.

<sup>2</sup> Dadurch konnten aber außerdem Kosten verhindert werden, die bei Nichtvorhandensein einer Schulgesundheitsfachkraft und fehlender schulischer Präventionsarbeit ansonsten durch die Ausfall- und Fehlzeiten der berufstätigen Eltern wegen der akuten Krankheitssituation ihres Kindes immer wieder entstanden wären. Das wird in einer familiensystemischen Perspektive gesondert berücksichtigt.

5.500 Euro und generiert eine monatliche Wertschöpfung<sup>3</sup> durch Sozial- und Steuerleistungen in Höhe von 2.259 Euro (Steuerklasse 4 Faktor 0,914). Das sind im Jahr **27.108 Euro**.<sup>4</sup>

Als sie 36 Jahre alt ist, kommt ihr Sohn Jannis zur Welt. Bis zu diesem Zeitpunkt hat sie in 11 Jahren eine Wertschöpfung in Höhe von **298.188 Euro** generiert.

Nach der Elternzeit arbeitet sie für 5 Jahre in Teilzeit und generiert in dieser Zeit bei einem monatlichen Bruttoverdienst von 3.300 Euro weitere **67.260 Euro** durch Steuern und Sozialabgaben. Als ihr Sohn in die Schule kommt, arbeitet sie wieder in Vollzeit. Bis zum Eintritt ins Rentenalter (25 Jahre) kommt dadurch eine weitere Wertschöpfung von **677.950 Euro** dazu. Die Gesamtwertschöpfung in ihrer erfolgreichen Erwerbsbiographie beträgt insgesamt **1.053.148 Euro**.

Dreimal nimmt sie in ihrer Erwerbsbiographie eine Erholungskur in Anspruch (a 4.500 Euro). Sie profitiert dabei von ihren Erfahrungen nach ihrer Krankheitsdiagnose, als sie von der an ihrer Schule präsenten Schulgesundheitsfachkraft begleitet wurde und gelernt hat, sich passgenaue Unterstützung zu suchen. Da sie ihr anspruchsvoller Beruf und die Familie sie stark in Anspruch nehmen, beantragt sie im Sinne ihrer Selbstfürsorge diese Erholungskuren. Bis zum Eintritt ins Rentenalter ergibt sich folglich eine Gesamtsumme an Gesundheitskosten von **30.254 Euro**.

Die Kosten-Nutzen-Relation dieses Fallbeispiels wird in Abbildung 22 graphisch dargestellt:

---

<sup>3</sup> Lohnsteuer- und Sozialabgaben wurden mit dem Brutto-Netto-Rechner 2020 ermittelt, wie er sich im Netz findet ([www.brutto-netto-rechner.info](http://www.brutto-netto-rechner.info)). Folgende *Steuern* wurden für das Abrechnungsjahr 2019 einbezogen: a) der Solidaritätszuschlag und b) die Lohnsteuer. Darüber hinaus wurden die *Sozialabgaben* (Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung, Krankenversicherung und Pflegeversicherung) berücksichtigt, wie sie im Bundesland Brandenburg gelten.

<sup>4</sup> Die gesellschaftliche Wertschöpfung wird in den fallbezogenen Kosten-Nutzen-Analysen lediglich als gesellschaftlicher Nutzen von Bildung für unterschiedliche Qualifikationsniveaus in Form von Sozialversicherungsabgaben und Steuern berücksichtigt. Der Rest ist als Nettoeinkommen dem Individualnutzen zuzurechnen, der in die Nutzenberechnung nicht einbezogen wurde. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass Frau A. in ihrem Erwerbsverlauf mit Gehaltserhöhungen rechnen kann, so dass die Wertschöpfung eher noch höher ausfallen wird als im Szenario mit einer Schulgesundheitsfachkraft ausgewiesen.

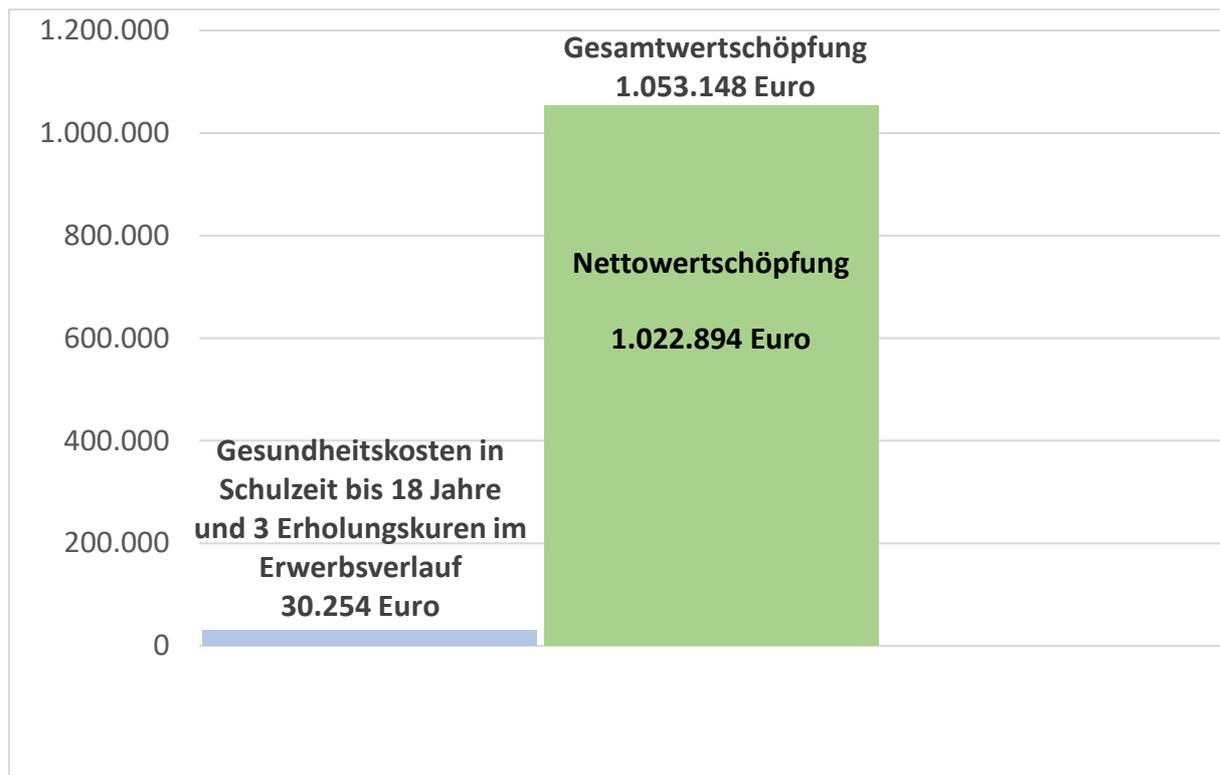


Abbildung 21 Graphik 1 Fallbeispiel 1: Kosten-Nutzen-Relation Clara Szenario mit Schulgesundheitsfachkraft (lebenslaufbezogen)

### 5.1.1.2 Fallbeispiel 1b

**Clara, akademisches Herkunftsmilieu, späterer Beruf: Ärztin, 1 Kind, ländlicher Raum**

**Individuums bezogene Perspektive - Szenario mit Schulgesundheitsfachkraft (lebenslaufbezogen)**

Clara lebt mit ihren Eltern im ländlichen Raum. Die Anwesenheit einer Schulgesundheitsfachkraft in der Grund- und Oberschule erweist sich aufgrund der großen Entfernungen zu den Fachärzten als besonders unterstützend. Daher sind weniger Routinekontakte der Schülerin im Jahresverlauf bei ihrem niedergelassenen Diabetologen notwendig. Dies macht sich wieder positiv bei den schulischen Fehlzeiten bemerkbar (siehe Tabelle 1a im Anhang). Die verlässliche Betreuung der Schülerin durch die Schulgesundheitsfachkraft entlastet die Eltern stark. Es kommt zu keinen Blutzucker-Entgleisungen während der Schulzeit. Berufliche Fehlzeiten der Eltern sind planbar und entstehen nur, wenn sie ihre Tochter zum niedergelassenen Diabetologen begleiten (siehe Tabelle 1 a im Anhang). Die Tätigkeiten der Schulgesundheitsfachkraft beziehen sich wie im Fallbeispiel mit dem städtischen Bezug auf die individuelle gesundheitliche und psychosoziale Unterstützung der Schülerin, schulinterne Zusammenarbeit mit

den Lehrkräften, Gesundheitsaufklärung der Klasse und schulexterne Kooperation mit dem medizinischen Versorgungssystem. Es entsteht ein „sicheres“ Schulklima, das die Bildungsteilhabe der Schülerin fördert. Die Schülerin schließt ihre Schullaufbahn mit dem Abitur ab.

### 5.1.1.3 Fallbeispiel 1c in Kombination mit 1a

#### **Clara, akademisches Herkunftsmilieu, späterer Beruf: Ärztin, 1 Kind und Mutter A., Richter\*in im öffentlichen Dienst**

##### **Familiensystemische Perspektive - Szenario mit Schulgesundheitsfachkraft**

Im Szenario mit Einsatz einer Schulgesundheitsfachkraft gelingt es, dass auch nach Eintreten der Diabetes mellitus Typ 1- Erkrankung der Clara und des damit einhergehenden erhöhten Unterstützungs- und Betreuungsbedarfs ihre Mutter weiter als Richter\*in im Amtsgericht mit einer 35-Stunden-Woche erwerbstätig bleiben kann<sup>5</sup>. Außerdem profitiert Mutter A. von den durch die Bundesregierung seit dem 1.01.2021 eingeführten Zuschüssen für Gutscheine zur Inanspruchnahme von haushaltsnahen Dienstleistungen (HHDL). Sie wird dadurch pro Woche für zwei Stunden durch eine hauswirtschaftliche Dienstleistungsfachkraft entlastet. Das Dienstleistungsunternehmen übernimmt auch die Abrechnungsmodalitäten und garantiert eine Vertretung im Urlaubs- und Krankheitsfall der Dienstleisterin, so dass Mutter A. ihren verantwortungsvollen Beruf am örtlichen Amtsgericht fortführen kann und ihre Arbeitszeit nicht reduzieren muss.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Aktuelle Studien belegen, dass beispielsweise im Fall des Auftretens einer Diabetes mellitus Typ 1-Erkrankung eines Kindes im Schulalter aufgrund der derzeit vorhandenen Versorgungslücken zwischen 53,1 bis 72,3 Prozent der befragten Eltern – je nach ihrem Bildungsgrad – angegeben haben, ihre Arbeitszeit reduzieren zu müssen; 27 Prozent mussten ihre Erwerbstätigkeit sogar gänzlich aufgeben (Vgl. Heinrich Heinrich, Michaela/Boß, Karina/Wendenburg, Jutta/Hilgard, Dörte/Sengbusch, Simone/Kapellen, Michael Thomas (2019): Unzureichende Versorgung gefährdet Inklusion von Kindern mit Diabetes mellitus Typ 1. In: Diabetologie 2019; 14, S. 380 ff. Online publiziert am 30.07.2019). In einer familiensystemischen Perspektive wird somit deutlich, dass bei fehlender Unterstützung im Setting Schule und am Wohnstandort erhebliche Bildungs- und Wertschöpfungsverluste nicht nur im weiteren Lebensverlauf von chronisch erkrankten Schüler\*innen entstehen können, sondern auch die Erwerbsbiographien der elterlichen Bezugspersonen oft massiv betroffen sind, in der Regel die der Mütter. Sie verfügen heutzutage zwar über vergleichbar gute Bildungs- und Studienabschlüsse wie Männer, können ihre erworbenen beruflichen Qualifikationen aufgrund ihrer Zuständigkeit für familial-häusliche Care-Arbeit allerdings – oft schon mit gesunden Kindern – nicht in vergleichbarem Umfang am Arbeitsmarkt einbringen (BMFSFJ 2017: Erwerbs- und Sorgearbeit gemeinsam neugestalten. Zweiter Gleichstellungsbericht der Bundesregierung. Berlin). Dieser Tatbestand wird bei einer Erkrankung ihres Kindes/ihrer Kinder nochmal verstärkt und führt nach Absenkung des Erwerbsumfangs auf Teilzeit bzw. Minijob oder gar nach dem Verzicht auf die eigene Erwerbstätigkeit häufig zu prekären Lebenslagen bis hin zu Altersarmut (Meier-Gräwe, Uta/Buck, Katharina/Kriege-Steffen, Astrid (2014): Wiedereinstieg mit besonderen Herausforderungen. Eine Studie im Auftrag des Bundesverbandes für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V., Berlin). Zudem gehen damit Beschäftigungspotenziale von qualifizierten Müttern sowohl in weiblich konnotierten Sorgeberufen als auch in MINT-Berufen verloren, was in Zeiten des Fachkräftemangels einer alternierenden Gesellschaft zum Verlust von getätigten Bildungsinvestitionen und schließlich zu beträchtlichen volkswirtschaftlichen Verlusten führt.

<sup>6</sup> Im aktuellen Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD (2018) „Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land“ wurde dieses Vorhaben auf S. 25 verankert: <https://www.bundesregierung.de>, abgerufen am 14.06.2020.

Mutter A. bezieht einen monatlichen Bruttolohn von 4.560 Euro, was bei Steuerklasse 4 zu monatlichen Abgaben in Höhe von 1.726 Euro führt. Pro Jahr ergibt sich somit ein Wertschöpfungspotenzial von 20.712 Euro. Im Zeitraum zwischen dem 11. Lebensjahr ihrer Tochter, als diese an Diabetes mellitus Typ I erkrankt, und dem Abschluss ihres Abiturs im 18. Lebensjahr (7 Jahre) erzielt Mutter A. somit eine Wertschöpfung von **144.984 Euro**. Die Gesamtwertschöpfung von Tochter A. und ihrer Mutter beläuft sich auf **1.198.132 Euro**. Das wäre ohne die Brückenfunktion der Schulgesundheitsfachkraft zwischen Schule und medizinischer Versorgung sowie durch die häusliche Entlastung mit subventionierten Gutscheinen für haushaltsnahe Dienstleistungen nicht möglich gewesen.

Abzüglich der zusätzlichen, aber relativ geringen Investitionen in subventionierte Gutscheine (8 Stunden pro Monat a 12 Euro = 96 Euro x 12 Monate = 1.152 Euro x 7 Jahre = 8.064 Euro) belaufen sich die zusätzlichen Kosten im städtischen Kontext auf insgesamt lediglich **8.064 Euro**. Somit wird der generierte Nettoertrag in familiensystemischer Perspektive nur unwesentlich geringer, er liegt bei **1.159.814 Euro**. Für das Alltagsarrangement zwischen Beruf und Familie mit einem chronisch kranken Kind kann diese Form der Entlastung aber die Entscheidung darüber, ob die elterliche Betreuungsperson ihre Berufstätigkeit fortsetzt, einschränkt oder gänzlich aufgibt, maßgeblich beeinflussen.

#### **5.1.1.4 Fallbeispiel 1d**

**Clara, akademisches Herkunftsmilieu, späterer Beruf: Ärztin, 1 Kind und Mutter A., Richterin im öffentlichen Dienst, ländlicher Raum**

#### **Familiensystemische Perspektive - Szenario mit Schulgesundheitsfachkraft**

In **familiensystemischer** Betrachtung gelingt es auch im ländlichen Raum aufgrund des Einsatzes einer Schulgesundheitsfachkraft, dass die chronische Erkrankung von Clara trotz des damit einhergehenden erhöhten Betreuungsbedarfs unter Einschluss von logistischen Unterstützungsleistungen **nicht** zur Einschränkung der Erwerbstätigkeit der Mutter von Clara führt: Durch das intakte schulische Netzwerk mit einer versierten Schulgesundheitsfachkraft, die die regionale medizinischen Versorgungsstruktur im ländlichen Raum, wo Familie A. lebt, und in den nächstgelegenen Städten gut kennt und koordiniert, kann Mutter A. ihren Beruf als Richterin im öffentlichen Dienst mit einer 35-Stunden-Woche auch nach Eintreten der Diabetes mellitus Typ I Erkrankung ihrer Tochter fortführen. Zudem profitiert Mutter A. von den durch die Bundesregierung seit dem 1.01.2021 eingeführten Zuschüssen für Gutscheine zur Inanspruchnahme von haushaltsnahen Dienstleistungen. Sie wird pro Woche für vier Stunden durch eine hauswirtschaftliche Dienstleistungsfachkraft entlastet, die wegen längerer Anfahrts-

wege Hol- und Bringdienste zu den behandelnden Ärzten übernimmt. Das Dienstleistungsunternehmen vor Ort regelt auch die Abrechnungsmodalitäten und garantiert eine Vertretung im Urlaubs- und Krankheitsfall der Dienstleisterin, so dass Mutter A. ihren verantwortungsvollen Beruf fortführen kann und ihre Arbeitszeit nicht reduzieren muss.

Mutter A. bezieht einen monatlichen Bruttolohn von 4.560 Euro, was bei Steuerklasse 4 zu monatlichen Abgaben in Höhe von 1.726 Euro führt. Pro Jahr ergibt sich somit ein Wertschöpfungspotenzial von 20.712 Euro. Im Zeitraum zwischen dem 11. Lebensjahr ihrer Tochter, als diese an Diabetes mellitus Typ I erkrankt, und dem Abschluss ihres Abiturs im 18. Lebensjahr (7 Jahre) erzielt Mutter A. somit eine Wertschöpfung von **144.984 Euro**.

Somit erhöht sich die Nettowertschöpfung von Familie A. in familiensystemischer, d. h. generationenübergreifender Perspektive auf insgesamt **1.167.878 Euro**. Das wäre ohne vernetzte Versorgungsstrukturen zwischen medizinischer diabetologischer Versorgung, Schulgesundheitsfachkraft und Schule nicht möglich und beruht auf einem über die Jahre gewachsenen Vertrauensverhältnisses zwischen Clara, Schulgesundheitsfachkraft und Eltern. Hinzu kommt die häusliche Entlastung mit subventionierten Gutscheinen für HHDL, die aufgrund des höheren Bedarfs doppelt so hoch ist wie im städtischen Raum.

Abzüglich der zusätzlichen, relativ geringen Kosten für subventionierte Gutscheine (16 Stunden pro Monat a 12 Euro = 192 Euro x 12 Monate = 2.304 Euro x 7 Jahre = **16.128 Euro**) und **6.000 Euro** für schulische Vernetzungs- und Unterstützungsleistungen im ländlichen Raum belaufen sich die zusätzlichen Kosten auf insgesamt lediglich **22.128 Euro**.

Somit wird der generierte Nettoertrag in familiensystemischer Perspektive nur unwesentlich geringer, er liegt bei **1.145.750 Euro**. Für das Alltagsarrangement zwischen Beruf und Familie mit einem chronisch kranken Kind kann diese Form der Entlastung – zumal im ländlichen Raum – aber die Entscheidung darüber, ob die elterliche Betreuungsperson ihre Berufstätigkeit fortsetzt, einschränkt oder gänzlich aufgibt, ganz maßgeblich beeinflussen.

#### 5.1.1.5 Fallbeispiel 2a

**Clara, akademisches Herkunftsmilieu, späterer Beruf: Optikerin, nach Scheidung Sozialhilfeempfängerin, 1 Kind**

**Szenario ohne Schulgesundheitsfachkraft** (lebenslaufbezogen)

Clara erhält die Diagnose ihrer Diabetes mellitus Typ I -Erkrankung mit 11 Jahren. Es erfolgt die stationäre Aufnahme der Schülerin zur Einstellung des Blutzuckers mit Insulin-Pen sowie

eine erste Schulung dort. Sie hat zirka alle 5 Wochen (8 x jährlich) einen Arzttermin bei ihrem Diabetologen zur Kontrolle ihres Blutzuckers. Zuhause kommt es zu einer Blutzucker-Entgleisung. Das Mädchen muss nochmals stationär eingestellt werden und wird von einem Insulin Pen auf eine Insulinpumpe umgestellt (siehe Tabelle 1e im Anhang). An ihrer Schule gibt es keine Schulgesundheitsfachkraft. Die Eltern führen ein Gespräch mit dem Klassenlehrer und informieren darüber, was bei einer Unterzuckerung notfallmäßig zu tun ist. Sie machen sich während der Schulzeit ihres Kindes große Sorgen, ob alles gut geht. Die Blutzucker -Werte ihrer Tochter lassen sie sich von ihr per SMS schicken. Die ständige Thematisierung ihrer Erkrankung, insbesondere durch ihre Mutter, führt zu einem Verlust an Selbstbewusstsein bei der 11-jährigen, die eigentlich ihr Abitur und danach ein Medizinstudium angestrebt hat, und sie beginnt, sich zurückzuziehen. Ihre Klassenlehrerin versucht zwar in einem Gespräch mit den Eltern beruhigend auf diese einzuwirken, was aber nicht gut gelingt. Zudem gibt es an der Schule keine fachlich versierten Ansprechpartner, um angemessen mit dieser Krankheit und den übervorsichtigen Eltern umzugehen. Dadurch verliert Clara mehr und mehr den Kontakt zu ihren Mitschülerinnen und Mitschülern. An Schulausflügen nimmt sie nicht teil. Hinzu kommt, dass sie von ihrer Mutter bei geringsten Unpässlichkeiten ein Entschuldigungsschreiben für die Schule erhält, so dass sich am Ende jedes folgenden Schuljahres viele Fehlitage aufsummieren und sie den versäumten Unterrichtsstoff nicht mehr ohne weiteres nacharbeiten kann.

Zu den schulischen Schwierigkeiten kommen immer wieder Blutzucker-Entgleisungen, da Diätfehler unterlaufen oder Blutzucker-Krisen durch Infekte verursacht werden - pro Jahr ein stationärer Aufenthalt von rund 5 Tagen. Der behandelnde Diabetologe empfiehlt alle zwei Jahre eine Schulung zur Anpassung der Insulineinstellung. Diese wird ganztägig im Krankenhaus /Tagesklinik durchgeführt, was die Anwesenheit ihrer Mutter erfordert (Vgl. Tabelle 1b im Anhang).

Eigentlich war sie eine sehr gute Schülerin, doch durch die Diabeteserkrankung ist ihre Motivation für die Schule rapide gesunken und sie schafft angesichts dieser suboptimalen Rahmenbedingungen und des Fehlens einer Schulgesundheitsfachkraft schließlich nur den Real-schulabschluss. Zwischen ihrem 11. und 18. Lebensjahr summieren sich die ambulanten und stationären Behandlungskosten auf insgesamt **46.748 Euro** (Vgl. Tabelle 1e im Anhang). Sie hat nach ihrem MSA eine Berufsausbildung als Optikerin begonnen. Diese Arbeit gefällt ihr anfänglich und sie schließt die Ausbildung trotz ihrer chronischen Erkrankung mit guten Ergebnissen ab. Ihr Freund, den sie im 2. Ausbildungsjahr kennengelernt hat, ist ihr dabei eine große Stütze.

Ab ihrem 20. Lebensjahr arbeitet sie in diesem Beruf als Optikerin im Einzelhandel vollzeitnah. Da die Wegezeiten zwischen Wohn- und Arbeitsort nur 10 Minuten betragen, kann sie eine 32-Stundenwoche übernehmen und bezieht ein Bruttoeinkommen von 1.850 Euro. Monatlich

generiert sie eine Wertschöpfung durch Sozialabgaben und Steuern in Höhe von 521 Euro, das sind jährlich 6.252 Euro. Als sie mit 35 Jahren ihr erstes Kind erwartet, gibt sie ihre Berufstätigkeit auf. Bis zu diesem Zeitpunkt (15 Jahre) hat sie durch Steuern und Sozialabgaben eine Wertschöpfung von **93.780 Euro** erzielt. Insgesamt fühlte sie sich in ihrem Beruf unterfordert und bedauert mehr und mehr, dass sie ihr ursprüngliches Berufsziel, Ärztin werden zu wollen, aufgegeben hat. Ihre persönliche Unzufriedenheit tritt zwar in den ersten Monaten nach der Geburt ihres Kindes etwas in den Hintergrund. Sie fühlt sich aber in der Rolle der Ehefrau und Mutter doch zunehmend finanziell abhängig und sozial isoliert, was sich belastend auf ihre eheliche Beziehung auswirkt. Es gibt öfter Konflikte und verbale Auseinandersetzungen. Es gelingt ihr nicht, sich entsprechende professionelle Unterstützung zu organisieren – weder für ihre psychische Erschöpfung noch für die ehelichen Probleme.

Als sie 47 Jahre alt ist, trennt sich der Kindesvater von ihr. Sie findet nicht mehr ins Erwerbsleben zurück und ist fortan auf staatliche Transferleistungen angewiesen, die sich bis zum 67. Lebensjahr auf **210.432 Euro** aufsummieren (Regelsatz, Wohnen und Heizung). Zuzüglich der Gesundheitskosten zwischen ihrem 11. und 18. Lebensjahr entstehen Gesamtkosten in Höhe von **257.180 Euro**. Abzüglich ihrer Wertschöpfung vor der Geburt ihres Kindes in Höhe von 93.780 Euro verbleiben Kosten für staatliche Transferleistungen von **163.400 Euro**. Im Rentenalter kommen weitere Kosten (z. B. Grundsicherung im Alter, Wohngeld, Gesundheitskosten) hinzu.

Die Kosten-Nutzen-Relation dieses Fallbeispiels wird in Abbildung 22 graphisch dargestellt:

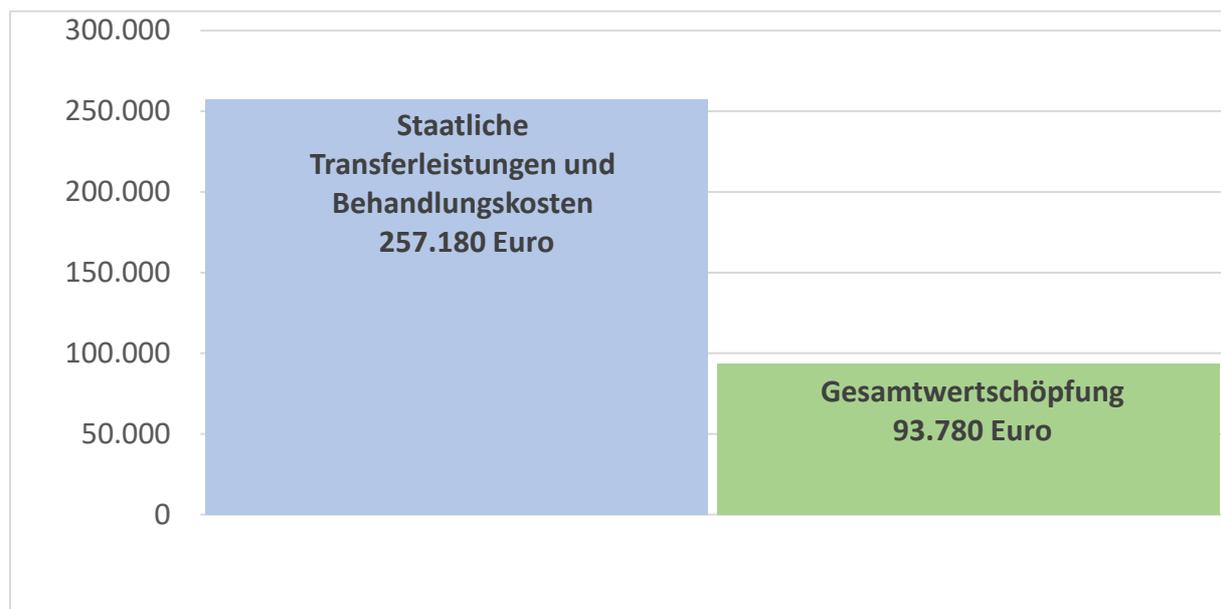


Abbildung 22 Graphik 2 Fallbeispiel 2a: Kosten-Nutzen-Relation Frau A. Szenario ohne Schulgesundheitsfachkraft (lebenslaufbezogen)

### 5.1.1.5 Fallbeispiel 2b

**Clara, akademisches Herkunftsmilieu, späterer Beruf: Optikerin, nach Scheidung Sozialhilfeempfängerin, 1 Kind, ländlicher Raum**

**Szenario ohne Schulgesundheitsfachkraft** (lebenslaufbezogen)

Clara lebt mit ihren Eltern im ländlichen Raum. Aufgrund des Fehlens einer SGFK kommt es zu langen Fahrzeiten zu verschiedenen behandelnden Ärzten und zu einer suboptimalen Behandlung ihrer Diabetes Erkrankung, so dass sie am Ende ihrer Schulzeit nur dem Mittleren Schulabschluss und danach einen Ausbildungsabschluss als Optikerin erreicht. Wegen der täglich langen Arbeitswege übernimmt sie lediglich eine Teilzeitstelle von 20 Wochenstunden. Sie bezieht einen Bruttolohn von 1.100 Euro und generiert bis zur Geburt ihres Kindes jährlich 2.688 Euro, d.h. in den 15 Jahren ihrer Erwerbstätigkeit (Steuerklasse 1) lediglich **40.320 Euro**.

Im Vergleich mit dem Szenario 2a im städtischen Kontext ist die Wertschöpfung durch eigene Erwerbsarbeit von Frau A. bis zur Geburt ihres ersten Kindes bei gleicher Qualifikation dementsprechend erheblich geringer, die Kosten für den Staat entsprechend höher, d.h. um 53.460 Euro (- 216.860 Euro).

### 5.1.1.6 Fallbeispiel 2c in Kombination mit 2a

**Clara, akademisches Herkunftsmilieu, späterer Beruf: Optikerin, nach Scheidung Sozialhilfeempfängerin, 1 Kind und Mutter A.**

**Familiensystemische Perspektive - Szenario ohne Schulgesundheitsfachkraft**

In **familiensystemischer** Perspektive wird berücksichtigt, dass die chronische Erkrankung von Clara aufgrund des damit einhergehenden erhöhten Unterstützungs- und Betreuungsbedarfs dazu führt, dass sich Mutter A. für 9 Jahre beurlauben lässt. Aufgrund des Fehlens einer fachlich versierten Ansprechperson (Schulgesundheitsfachkraft) in der Schule und der teils erheblichen räumlichen Distanzen zum medizinischen Versorgungssystem, die häufig aufgesucht werden, treffen Mutter A. und ihr Mann diese Entscheidung.

Dadurch verzichtet Mutter A. auf ihr monatliches Nettoeinkommen von 2.834 Euro (Monatlichen Bruttolohn von 4.560 Euro). Volkswirtschaftlich bedeutet das, dass im Zeitraum zwischen dem 11. Lebensjahr ihrer Tochter, als sie an Diabetes mellitus Typ 1 erkrankt, bis zum Abschluss ihrer Berufsausbildung im 20. Lebensjahr (9 Jahre) für Mutter A. ein Wertschöpfungsverlust in Höhe von - **186.408 Euro** entsteht.

Im Szenario ohne Schulgesundheitsfachkraft wird folglich in familiensystemischer Perspektive insgesamt kein Wertschöpfungsgewinn generiert, sondern ein Verlust von - **443.588 Euro**. (Mutter A.: - 186.408 Euro zzgl. der Gesundheits- und Transferkosten für Tochter A. = 257.180 Euro, siehe Fallbeispiel 2a). Diese Kosten werden durch die Wertschöpfung von Tochter A. bis zur Geburt ihres einzigen Kindes um 93.780 Euro gemindert. Es verbleiben Kosten bzw. Wertschöpfungsverluste von insgesamt **349.808 Euro**.

#### 5.1.1.6 Fallbeispiel 2d

**Clara, akademisches Herkunftsmilieu, späterer Beruf: Optikerin, nach Scheidung Sozialhilfeempfängerin, 1 Kind und Mutter A., ländlicher Raum**

#### Familiensystemische Perspektive - Szenario ohne Schulgesundheitsfachkraft

In **familiensystemischer** Perspektive wird im Szenario ohne Schulgesundheitsfachkraft schließlich berücksichtigt, dass die chronische Erkrankung von Clara aufgrund des damit einhergehenden erhöhten Unterstützungs- und Betreuungsbedarfs dazu führt, dass sich Mutter A. für 9 Jahre beurlauben lässt. Aufgrund des fehlenden schulischen Netzwerks mit einer fachlich versierten Ansprechperson und der teils erheblichen räumlichen Distanzen zu Ärzten und Therapeuten, die in elterlicher Verantwortung häufig aufgesucht und individuell arrangiert werden (müssen), treffen Mutter A. und ihr Mann diese Entscheidung.

Dadurch verzichtet Mutter A. auf ihr monatliches Nettoeinkommen von 2.834 Euro (Monatlichen Bruttolohn von 4.560 Euro). Volkswirtschaftlich bedeutet das, dass im Zeitraum zwischen dem 11. Lebensjahr ihrer Tochter, als sie an Diabetes mellitus Typ I erkrankt, und dem Abschluss ihrer Berufsausbildung im 20. Lebensjahr (9 Jahre) für Mutter A. ein Wertschöpfungsverlust in Höhe von - **186.408 Euro** entsteht. Ihre Tochter arbeitet bis zur Geburt ihres ersten Kindes wegen der täglich langen Arbeitswege lediglich in Teilzeit mit 20 Wochenstunden. Sie bezieht einen Bruttolohn von 1.100 Euro und generiert jährlich 2.688 Euro, d.h. in den 15 Jahren ihrer Erwerbstätigkeit (Steuerklasse 1) lediglich **40.320 Euro**.

Im Vergleich mit dem Szenario 2a im städtischen Kontext ist die Wertschöpfung durch eigene Erwerbsarbeit von Tochter A bis zur Geburt ihres ersten Kindes bei gleicher Qualifikation dementsprechend geringer, die Kosten für den Staat entsprechend höher, d.h. um - 53.460 Euro. Die Höhe der Transferkosten für Frau A. nach Scheidung entspricht der Summe im Fallbeispiel 2c.

Somit kommt es in diesem Szenario von Familie A. im ländlichen Raum in familiensystemischer Perspektive nicht zur Generierung eines Wertschöpfungsgewinns, sondern zu einem

Wertschöpfungsverlust in Höhe von - **146.088 Euro**. (Mutter A. - 186.408 Euro plus Wertschöpfung Tochter A. bis zur Geburt ihres einzigen Kindes = + 40.320 Euro)

Der Kostenvergleich (Abbildung 23) zeigt, dass es sich im **Szenario mit einer Schulgesundheitsfachkraft** bei den im schulischen Kontext um vorausschauende Investitionen handelt, die im weiteren Lebensverlauf von Frau A. einen hohen individuellen, aber auch volkswirtschaftlichen Nutzen generieren. Im **Szenario ohne Schulgesundheitsfachkraft** fallen in der verbleibenden Schulzeit deutlich höhere ambulante und stationäre Behandlungskosten an. Im weiteren Lebensverlauf kommen nach Scheidung erhebliche staatliche Transferleistungen und Gesundheitskosten hinzu, die nur zu einem geringen Teil durch die Wertschöpfung in den 15 Berufsjahren von Frau A. vor der Geburt ihres Sohnes getilgt werden können.

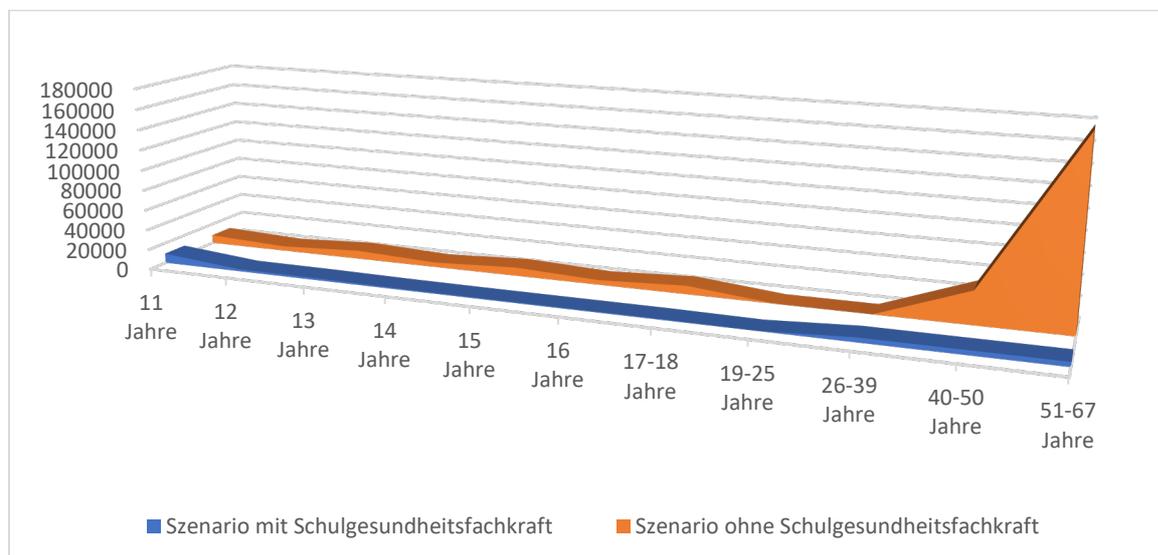


Abbildung 23 Fallbeispiel 1: Kostenvergleich der beiden Szenarien (Akademikermilieu) in der Individuums bezogenen Lebensverlaufsperspektive\* Quelle: Berechnung nach Meier-Gräwe

\*Die Behandlungskosten des Diabetes mellitus Typ 1 im weiteren Lebensverlauf werden hier nicht berücksichtigt, da sie in jedem Fall aufgebracht werden müssen.

Noch offensichtlicher wird die Präsenz von versierten und gut vernetzten Schulgesundheitsfachkräften im ländlichen Raum: Die Kosten dafür sowie für diverse Vereinbarkeitsmaßnahmen wie subventionierte Gutscheine für haushaltsnahe Dienstleistungen sind im Vergleich zu den Wertschöpfungsgewinnen, die Mütter in ihrer Erwerbsbiographie generieren, wenn sie ihre qualifizierte Berufstätigkeit nach Erkrankung ihres Kindes nicht aufgeben müssen, vergleichsweise gering. Im Szenario mit einer Schulgesundheitsfachkraft wäre Frau A. aufgrund ihrer kontinuierlichen Erwerbstätigkeit selbst im Scheidungsfall in der Lage, ihren Unterhalt

selbständig zu erwirtschaften und bliebe auch im Rentenalter unabhängig von staatlichen Transferleistungen.

Insgesamt bestätigt sich in diesem Fallbeispiel: „**An ounce of prevention is better than a pound of cure.**“

Sehr eindrücklich zeigt sich das auch in den nachfolgenden Tabellen 9 und 10:

	<b>Szenario mit Schulgesundheitsfachkraft</b>	<b>Szenario ohne Schulgesundheitsfachkraft</b>
Einnahmen für den Staat	1.053.148 Euro	93.780 Euro
Kosten für den Staat	- 30.254 Euro <sup>1</sup>	- 257.180 Euro <sup>2</sup>
<b>= Nettoertrag</b>	<b>1.022.894 Euro</b>	<b>- 163.400 Euro</b>
<b><u>Einnahmen</u> für den Staat bzw. verbleibende Kosten</b>	Kosten <sup>1</sup> ): Gesundheitskosten und Vernetzungskosten	Kosten <sup>2</sup> ): Gesundheitskosten und Transferleistungen

Tabelle 9 Vergleich der beiden Szenarien (individuumbezogen auf Clara)

	<b>Szenario mit Schulgesundheitsfachkraft</b>	<b>Szenario ohne Schulgesundheitsfachkraft</b>
Einnahmen für den Staat	1.198.132 Euro	93.780 Euro
Kosten für den Staat	- 38.318 Euro <sup>1</sup>	- 257.180 Euro <sup>2</sup>
<b>= Nettoertrag</b>	<b>1.159.814 Euro</b>	<b>- 349.808 Euro*</b>
<b><u>Einnahmen</u> für den Staat bzw. verbleibende Kosten und entgangene Wertschöpfung</b>	Kosten <sup>1</sup> ): Gesundheits- und Vernetzungskosten sowie für HHDL im städtischen Kontext	Kosten <sup>2</sup> ): Gesundheitskosten und Transferleistungen

Tabelle 10: Vergleich der beiden Szenarien (familiensystemische Perspektive, bezogen auf Schülerin. A. und ihre Mutter)

\* Diese Negativsumme entsteht durch die Differenz der Wertschöpfung von Tochter A. in Höhe von 93.780 Euro und dem Wertschöpfungsverlust von Mutter A. in Höhe von 186.408 Euro,

weil sie ihre Erwerbstätigkeit nach der chronischen Erkrankung ihrer Tochter für einen Zeitraum von 9 Jahren bis zu deren Berufsabschluss als Optikerin im 20. Lebensjahr aufgegeben hat sowie durch die Gesundheits- und staatliche Transferkosten für Tochter A. im Lebensverlauf. Im ländlichen Raum fällt diese Pflegefachfrau Wertschöpfungsverlust noch höher aus, da Tochter A. wegen der weiten Entfernung zwischen Arbeitsplatz und Wohnort schon vor der Geburt ihres ersten Kindes lediglich 20 Wochenstunden im erlernten Beruf arbeitet und insgesamt lediglich 40.320 Euro an Wertschöpfung erzielt.

#### 5.1.1.7 Fallbeispiel 3a

Clara, Dienstleistungsmilieu, späterer Beruf: Pflegefachfrau, 1 Kind, *städtischer Kontext*, Individuums bezogene Perspektive - Szenario mit Schulgesundheitsfachkraft (*lebenslaufbezogen*) Clara erhält die Diagnose ihrer Diabetes Typ I -Erkrankung mit 11 Jahren. Es erfolgt die stationäre Aufnahme der Schülerin zur Einstellung des Blutzuckers sowie eine erste Schulung dort. Im Anschluss findet durch die Schulgesundheitsfachkraft in Kooperation mit der diabetologischen Schwerpunktpraxis im letzten Grundschuljahr eine engmaschige pflegerische Betreuung statt. Darüber hinaus informiert sie das Lehrpersonal zu möglichen Notfallsituationen, zum Notfallplan und zu den Notfallmedikamenten. Ebenso führt sie regelmäßige Gespräche mit den Eltern über Ernährung, Freizeitaktivitäten und Blutzuckerkontrollen (Tagebuch). Zuhause kommt es zwei Monate später zu einer Blutzucker-Entgleisung. Das Mädchen muss nochmals stationär eingestellt werden und wird von einem Insulin Pen auf eine Insulinpumpe umgestellt. Der Wechsel auf die Oberschule im neuen Schuljahr wird von der Schulgesundheitsfachkraft vorbereitet und mit Einverständnis der Eltern übergibt sie alle relevanten Gesundheitsinformationen an ihre Kollegin. Diese setzt die pflegerische Betreuung der Schülerin in der Realschule fort. Auf Grund des bestehenden Vertrauensverhältnisses der Schülerin zur SGFK und des regelmäßigen Kontaktes zu ihr werden sich anbahnende Krisensituationen in der Schule rechtzeitig erkannt und in Kooperation mit der Schulgesundheitsfachkraft bewältigt, so dass Krankenhausaufenthalte vermieden werden können (siehe Tabelle 1d im Anhang). Daher kommt es nur noch zu wenigen krankheitsbedingten Fehlzeiten, z.B., wenn wieder ein Arztbesuch ansteht (siehe Tabelle 1a im Anhang). Da das Mädchen inzwischen sehr sicher mit ihrer Erkrankung umgeht, selbständig die Blutzucker-Kontrollen durchführt, mit der Insulinpumpe sehr gut klarkommt und ihre Ernährung im Griff hat, können die Kontakte zur Schulgesundheitsfachkraft auf einmal pro Woche reduziert werden (siehe Tabelle 1 e im Anhang). Es entwickelt sich im weiteren Verlauf eine andere Beziehung zur Schulgesundheitsfachkraft, die mehr von psychosozialen Themen geprägt ist. Die schulischen Leistungen der Schülerin sind unverändert gut. Die kontinuierliche Kooperation der Schulgesundheitsfachkraft mit der diabetologischen Schwerpunktpraxis, den Lehrkräften und Eltern trägt dazu bei, dass in der Schule ein für die Schülerin „sicheres“ Lernklima entstanden ist. Die Schülerin erwirbt ihren

mittleren Schulabschluss (MSA), wie geplant. Im Verlauf ihrer Schulzeit sind mit nur einem Krankenhausaufenthalt und einer Krisensituation 16.754 Euro an direkten Gesundheitskosten entstanden. Diese Kosten schließen die Betreuungskosten durch die Schulgesundheitsfachkraft von insgesamt 6.958,80 Euro ein (siehe Tabelle 1d im Anhang).<sup>7</sup>

Sie entscheidet sich, einen heilenden Beruf zu ergreifen, weil sie inzwischen aufgrund ihrer eigenen Krankheitsgeschichte eine hohe Gesundheitskompetenz erworben hat und ihrerseits kranken Menschen helfen will. Deshalb nimmt sie in an ihrem Heimatort eine Ausbildung als examinierte Pflegefachfrau auf. Sie hat durch die Schulgesundheitsfachkraft an ihrer ehemaligen Schule gelernt, gut mit ihrer chronischen Krankheit zu leben. Während der Ausbildung lernt sie ihren späteren Ehemann kennen. Nach erfolgreichem Ausbildungsabschluss heiratet sie im Alter von 19 Jahren. Sie beginnt am örtlichen Krankenhaus ihres Heimatorts in Vollzeit zu arbeiten und bezieht ab ihrem 19. Lebensjahr als examinierte Pflegefachfrau einen monatlichen Bruttolohn von 2.923 Euro und generiert eine monatliche Wertschöpfung<sup>8</sup> durch Sozial- und Steuerleistungen in Höhe von 971,47 Euro (Steuerklasse 4 Faktor 0,914). Das sind im Jahr 11.652 Euro.<sup>9</sup>

Als sie 31 Jahre alt ist, kommt ihr Sohn Max zur Welt. Bis zu diesem Zeitpunkt hat sie in 11 Jahren eine Wertschöpfung in Höhe von 128.172 Euro generiert.

Nach der Elternzeit arbeitet sie für 5 Jahre in Teilzeit und generiert in dieser Zeit bei einem monatlichen Bruttoverdienst von 1.492 Euro weitere 21.391 Euro durch Steuern und Sozialabgaben. Als ihr Sohn in die Schule kommt, arbeitet sie wieder in Vollzeit. Bis zum Eintritt ins Rentenalter (30 Jahre) kommt dadurch eine weitere Wertschöpfung von 349.560 Euro dazu. Die Gesamtwertschöpfung in ihrer erfolgreichen Erwerbsbiografie beträgt insgesamt 499.123 Euro.

Dreimal nimmt sie eine Erholungskur in Anspruch (a 4.500 Euro). Bis zum Eintritt ins Rentenalter ergibt sich eine Gesamtsumme an Kosten von 30.254 Euro.

Die Kosten-Nutzen-Relation dieses Fallbeispiels wird in Abbildung 24 graphisch dargestellt:

---

<sup>7</sup> Dadurch konnten aber außerdem Kosten verhindert werden, die bei Nichtvorhandensein einer SGFK und fehlender schulischer Präventionsarbeit ansonsten durch die Ausfall- und Fehlzeiten der berufstätigen Eltern wegen der akuten Krankheitssituation ihres Kindes immer wieder entstanden wären. Das wird in einer familiensystemischen Perspektive gesondert berücksichtigt.

<sup>8</sup> Lohnsteuer- und Sozialabgaben wurden mit dem Brutto-Netto-Rechner 2020 ermittelt, wie er sich im Netz findet ([www.brutto-netto-rechner.info](http://www.brutto-netto-rechner.info)). Folgende *Steuern* wurden für das Abrechnungsjahr 2019 einbezogen: a) der Solidaritätszuschlag und b) die Lohnsteuer. Darüber hinaus wurden die *Sozialabgaben* (Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung, Krankenversicherung und Pflegeversicherung) berücksichtigt, wie sie im Bundesland Brandenburg gelten.

<sup>9</sup> Die gesellschaftliche Wertschöpfung wird in den fallbezogenen Kosten-Nutzen-Analysen lediglich als gesellschaftlicher Nutzen von Bildung für unterschiedliche Qualifikationsniveaus in Form von Sozialversicherungsabgaben und Steuern berücksichtigt. Der Rest ist als Nettoeinkommen dem Individualnutzen zuzurechnen, der in die Nutzenberechnung nicht einbezogen wurde. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass Frau A. in ihrem Erwerbsverlauf mit Gehaltserhöhungen rechnen kann, so dass die Wertschöpfung eher noch höher ausfallen wird als in diesem Szenario mit Schulgesundheitsfachkraft ausgewiesen.

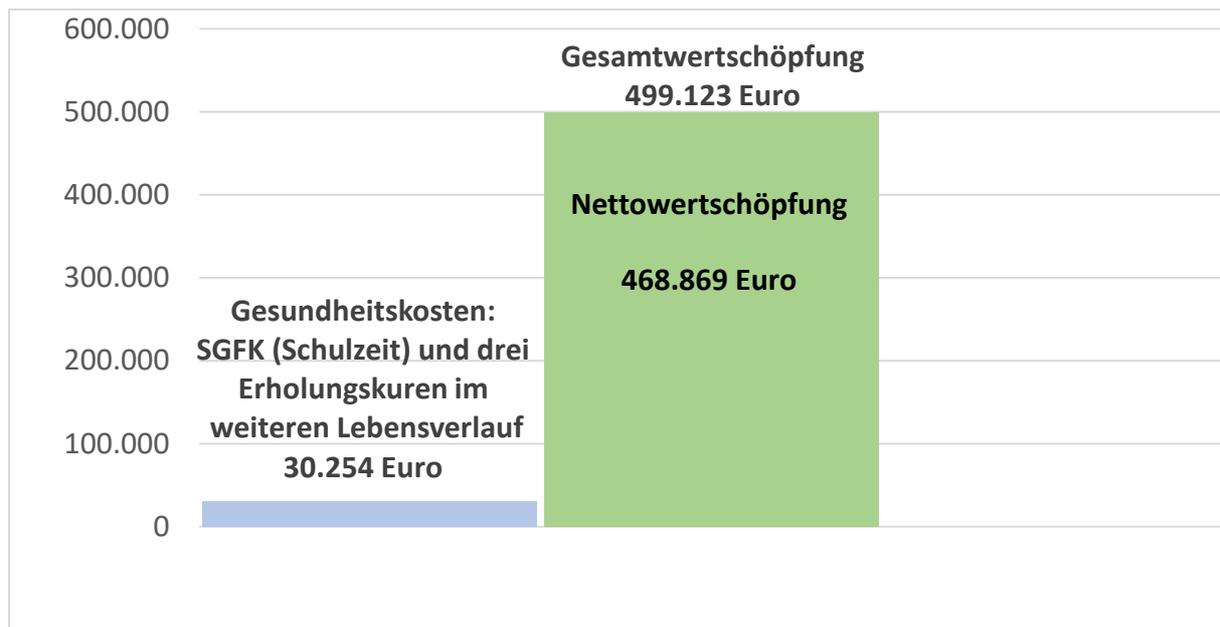


Abbildung 24 Fallbeispiel 1: Kosten-Nutzen-Relation Clara - Szenario mit Schulgesundheitsfachkraft (lebenslaufbezogen)

### 5.1.1.8 Fallbeispiel 3b

#### **Clara, Dienstleistungsmilieu, späterer Beruf: Pflegefachkraft, 1 Kind, ländlicher Raum**

##### **Individuums bezogene Perspektive - Szenario mit Schulgesundheitsfachkraft (lebenslaufbezogen)**

Clara lebt mit ihren Eltern im ländlichen Raum. Die Anwesenheit einer Schulgesundheitsfachkraft in der Grund- und Realschule erweist sich aufgrund der großen Entfernungen zu den Fachärzten als besonders unterstützend. Daher sind weniger Routinekontakte der Schülerin im Jahresverlauf bei ihrem niedergelassenen Diabetologen notwendig. Dies macht sich wieder positiv bei den schulischen Fehlzeiten bemerkbar (siehe Tabelle 1a im Anhang). Die verlässliche Betreuung der Schülerin durch die Schulgesundheitsfachkraft entlastet die Eltern stark. Es kommt zu keinen Blutzucker-Entgleisungen während der Schulzeit (siehe Tabelle 1d im Anhang). Berufliche Fehlzeiten der Eltern sind planbar und entstehen nur, wenn sie ihre Tochter zum niedergelassenen Diabetologen begleiten (siehe Tabelle 1 a im Anhang) Die Tätigkeiten der Schulgesundheitsfachkraft beziehen sich wie im Fallbeispiel mit dem städtischen Bezug auf die individuelle gesundheitliche und psychosoziale Unterstützung der Schülerin, schulinterne Zusammenarbeit mit den Lehrkräften, Gesundheitsaufklärung der Klasse und schulexterne Kooperation mit dem medizinischen Versorgungssystem (siehe Tabelle 1 c im Anhang). Es entsteht ein „sicheres“ Schulklima, das die Bildungsteilhabe der Schülerin fördert. Die Schülerin schließt ihre Schullaufbahn mit dem mittleren Schulabschluss ab.

Sie entscheidet sich, einen heilenden Beruf zu ergreifen, weil sie inzwischen aufgrund ihrer eigenen Krankheitsgeschichte eine hohe Gesundheitskompetenz erworben hat und ihrerseits kranken Menschen helfen will. Deshalb nimmt sie in an ihrem Heimatort eine Ausbildung als examinierte Krankenpflegerin auf. Sie hat durch die Schulgesundheitsfachkraft an ihrer ehemaligen Schule gelernt, gut mit ihrer chronischen Krankheit zu leben. Während der Ausbildung lernt sie ihren späteren Ehemann kennen. Nach erfolgreichem Ausbildungsabschluss heiratet sie im Alter von 19 Jahren. Sie beginnt am örtlichen Krankenhaus ihres Heimatorts in Vollzeit zu arbeiten und bezieht ab ihrem 19. Lebensjahr als **examinierte Pflegefachkraft** einen monatlichen Bruttolohn von **2.923 Euro** und generiert eine monatliche Wertschöpfung durch Sozial- und Steuerleistungen in Höhe von **971,47 Euro** (Steuerklasse 4 Faktor 0,914). Das sind im Jahr **11.652 Euro**.

Als sie 31 Jahre alt ist, kommt ihr Sohn Max zur Welt. Bis zu diesem Zeitpunkt hat sie in 11 Jahren eine Wertschöpfung in Höhe von **128.172 Euro** generiert.

Nach der Elternzeit arbeitet sie für 5 Jahre in Teilzeit und generiert in dieser Zeit bei einem monatlichen Bruttoverdienst von **1.492 Euro** weitere **21.391 Euro** durch Steuern und Sozialabgaben. Als ihr Sohn in die Schule kommt, arbeitet sie wieder in Vollzeit. Bis zum Eintritt ins Rentenalter (30 Jahre) kommt dadurch eine weitere Wertschöpfung von **349.560 Euro** dazu. Die Gesamtwertschöpfung in ihrer erfolgreichen Erwerbsbiographie beträgt insgesamt **499.123 Euro**.

Dreimal nimmt sie eine Erholungskur in Anspruch (a 4.500 Euro). Sie hat in den ersten Jahren nach der Diagnose ihrer Erkrankung in Kooperation mit ihrer Schulgesundheitsfachkraft gelernt, sich Hilfe und passgenaue Unterstützung zu holen. Bis zum Eintritt ins Rentenalter ergibt sich eine Gesamtsumme an Präventions- und Gesundheitskosten von **36.254 Euro**. Der Nettoertrag ist folglich nur unwesentlich geringer als im städtischen Kontext, wäre aber ohne die Unterstützung durch die Schulgesundheitsfachkraft und das Gesundheitssetting in und um ihre Schule zwischen ihrem 11. und 16. Lebensjahr mit großer Wahrscheinlichkeit gar nicht zu generieren gewesen.

### 5.1.1.9 Fallbeispiel 3c in Kombination mit 1a

#### **Clara, Dienstleistungsmilieu, späterer Beruf: Pflegefachkraft, 1 Kind und Mutter A., Verkäuferin im Einzelhandel**

##### **Familiensystemische Perspektive - Szenario mit Schulgesundheitsfachkraft**

Im diesem Szenario gelingt es aufgrund des Einsatzes einer Schulgesundheitsfachkraft, dass die chronische Erkrankung von Clara trotz des damit einhergehenden erhöhten Unterstützungs- und Betreuungsbedarfs **nicht** zur Einschränkung der Erwerbstätigkeit ihrer Mutter führt: Durch das intakte schulische Netzwerk mit einer versierten Schulgesundheitsfachkraft und wegen der ausgebauten medizinischen Versorgungsstruktur in der Landeshauptstadt, wo Familie A. lebt, kann Mutter A. ihren Beruf als Verkäuferin im Einzelhandel mit einer 35-Stunden-Woche (mit Früh- und Spätschichten) auch nach Eintreten der Diabetes mellitus Typ 1 - Erkrankung ihrer Tochter fortführen. Außerdem profitiert Mutter A. von den durch die Bundesregierung seit dem 1.01.2021 eingeführten Zuschüssen für Gutscheine zur Inanspruchnahme von haushaltsnahen Dienstleistungen (HHDL). Sie wird dadurch pro Woche für zwei Stunden durch eine hauswirtschaftliche Dienstleistungsfachkraft entlastet. Das Dienstleistungsunternehmen übernimmt auch die Abrechnungsmodalitäten und garantiert eine Vertretung im Urlaubs- und Krankheitsfall, so dass Mutter A. ihre Arbeitszeit nicht reduzieren muss.

Mutter A. bezieht einen monatlichen Bruttolohn von 2.220 Euro, was bei Steuerklasse 4 zu monatlichen Abgaben in Höhe von 651,27 Euro führt. Pro Jahr ergibt sich somit ein Wertschöpfungspotenzial von 7.815,24 Euro. Im Zeitraum zwischen dem 11. Lebensjahr ihrer Tochter, als diese an Diabetes mellitus Typ I erkrankt, bis zum mittleren Schulabschluss im 16. Lebensjahr (7 Jahre) erzielt Mutter A. somit eine Wertschöpfung von **54.707 Euro**. Somit erhöht sich die Nettowertschöpfung von Familie A. in familiensystemischer, d.h. generationenübergreifender Perspektive auf insgesamt **553.830 Euro**. Das wäre ohne vernetzte Versorgungsstrukturen zwischen Schule und örtlichen Gesundheitsangeboten, die von der Schulgesundheitsfachkraft flexibel und passgenau auf die konkrete gesundheitliche Situation von Clara bezogen wurde und die den Aufbau eines vertrauensvollen Verhältnisses zum Elternhaus von Clara hergestellt hat, nicht möglich gewesen. Hinzu kommt die häusliche Entlastung mit subventionierten Gutscheinen für HHDL.

Abzüglich der zusätzlichen, aber relativ geringen Investitionen in subventionierte Gutscheine (8 Stunden pro Monat a 12 Euro = 96 Euro x 12 Monate = 1.152 Euro x 7 Jahre = 8.064 Euro) belaufen sich die zusätzlichen Kosten im städtischen Kontext auf insgesamt lediglich **8.064 Euro**. Der Nettoertrag liegt bei **545.766 Euro**.

### 5.1.1.10 Fallbeispiel 3d

**Clara, Dienstleistungsmilieu, späterer Beruf: Pflegefachkraft, 1 Kind und Mutter A., Verkäuferin im Einzelhandel, ländlicher Raum**

#### Familiensystemische Perspektive - Szenario mit Schulgesundheitsfachkraft

In **familiensystemischer** Betrachtung gelingt es auch im ländlichen Raum aufgrund des Einsatzes einer Schulgesundheitsfachkraft, dass die chronische Erkrankung von Clara trotz des damit einhergehenden erhöhten Betreuungsbedarfs unter Einschluss von logistischen Unterstützungsleistungen **nicht** zur Einschränkung der Erwerbstätigkeit der Mutter von Clara führt: Durch das intakte schulische Netzwerk mit einer versierten Schulgesundheitsfachkraft, die die regionale medizinischen Versorgungsstruktur im ländlichen Raum, wo Familie A. lebt, und in den nächstgelegenen Städten gut kennt bzw. mit diesen zusammenarbeitet, kann Mutter A. ihren Beruf Verkäuferin im Einzelhandel mit einer 35-Stunden-Woche auch nach Eintreten der Diabetes mellitus Typ 1- Erkrankung ihrer Tochter fortführen. Zudem profitiert Mutter A. von den durch die Bundesregierung seit dem 1.01.2021 eingeführten Zuschüssen für Gutscheine zur Inanspruchnahme von haushaltsnahen Dienstleistungen. Sie wird pro Woche für vier Stunden durch eine hauswirtschaftliche Dienstleistungsfachkraft entlastet, die wegen längerer Anfahrtswege Hol- und Bringdienste zu den behandelnden Ärzten übernimmt. Das Dienstleistungsunternehmen vor Ort regelt auch die Abrechnungsmodalitäten und garantiert eine Vertretung im Urlaubs- und Krankheitsfall der Dienstleisterin, so dass Mutter A. ihren verantwortungsvollen Beruf fortführen kann und ihre Arbeitszeit nicht reduzieren muss.

Mutter A. bezieht einen monatlichen Bruttolohn von 2.220 Euro, was bei Steuerklasse 4 zu monatlichen Abgaben in Höhe von 651,27 Euro führt. Pro Jahr ergibt sich somit ein Wertschöpfungspotenzial von 7.815,24 Euro. Im Zeitraum zwischen dem 11. Lebensjahr ihrer Tochter, als diese an Diabetes mellitus erkrankt, bis zum mittleren Schulabschluss Abschluss im 16. Lebensjahr (7 Jahre) erzielt Mutter A. somit eine Wertschöpfung von **54.707 Euro**. Somit erhöht sich die Nettowertschöpfung von Familie A. in familiensystemischer, d.h. generationenübergreifender Perspektive auf insgesamt **553.830 Euro**. Das wäre ohne vernetzte Versorgungsstrukturen zwischen medizinischer diabetologischer Versorgung, Schulgesundheitsfachkraft und Schule nicht möglich und

Abzüglich der zusätzlichen, aber relativ geringen Kosten für subventionierte Gutscheine (16 Stunden pro Monat a 12 Euro = 192 Euro x 12 Monate = 2.304 Euro x 7 Jahre = **16.128 Euro**) und **6.000 Euro** für schulische Vernetzungs- und Unterstützungsleistungen im ländlichen Raum belaufen sich die zusätzlichen Kosten auf insgesamt lediglich **22.128 Euro**.

Somit wird der generierte Nettoertrag in familiensystemischer Perspektive nur unwesentlich geringer, er liegt bei **531.702 Euro**. Für das Alltagsarrangement zwischen Beruf und Familie mit einem chronisch kranken Kind kann diese Form der Entlastung – zumal im ländlichen Raum – die Entscheidung darüber, ob die elterliche Betreuungsperson ihre Berufstätigkeit fortsetzt, einschränkt oder gänzlich aufgibt, ganz maßgeblich beeinflussen.

#### 5.1.1.11 Fallbeispiel 4a

##### **Clara, Dienstleistungsmilieu, kein Berufsabschluss, Sozialhilfeempfängerin, 1 Kind, städtischer Kontext**

###### **Szenario ohne Schulgesundheitsfachkraft (lebenslaufbezogen)**

Clara erhält die Diagnose ihrer Diabetes-Erkrankung mit 11 Jahren. An ihrer Schule gibt es keine gesundheitsförderlichen Strukturen und keine Schulgesundheitsfachkraft. Zwar bemüht sich ihre Klassenlehrerin, als sie von der diabetischen Erkrankung von Clara in ihrem 11. Lebensjahr erfährt, um einen regelmäßigen Informationsaustausch mit ihrer Mutter, die allerdings die Ernsthaftigkeit der Lage anfänglich nicht erkennt und durch ihre unregelmäßigen Arbeitszeiten im Schichtdienst im Einzelhandel häufig nicht erreichbar ist. Darüber hinaus fehlen professionelle Ansprechpartner im schulischen Kontext, so dass medizinische Fragen oft nicht fachversiert beantwortet werden können und vermeidbare Gefahrensituationen mitunter unerkannt bleiben (z. B. im Sportunterricht). Die Blutzuckerwerte von Clara werden weder kontinuierlich ermittelt noch regelmäßig an den Diabetologen weitergeleitet. Insgesamt gelingt es unter diesen Voraussetzungen nicht, ausreichend Unterstützung im Schulalltag zu geben. Die intensiveren Behandlungskosten summieren sich auf **46.748 Euro** (siehe Tabelle 1 e im Anhang). Clara kann häufig nicht am Unterricht teilnehmen, ihre schulischen Leistungen sind insbesondere in Mathematik, Deutsch und Geschichte mangelhaft. Sie erreicht zwar einen Hauptschulabschluss, scheitert jedoch an den Anforderungen einer Berufsausbildung als Fachverkäuferin und bezieht, nachdem sie mit 18 Jahren mit ihrem Freund zusammenzieht, staatliche Transferleistungen. Nachdem ihr Sohn geboren ist und das fünfte Lebensjahr erreicht hat, verdient sie sich ab und zu über einen Minijob im Einzelhandel etwas hinzu, bleibt aber als ungelernte Arbeitskraft in ihrem gesamten Lebensverlauf auf staatliche Hilfen angewiesen, insgesamt 449.820 Euro. Bis zum Eintritt ins Rentenalter entstehen somit ganz erhebliche soziale Transferleistungen und belaufen sich zusammen mit den Behandlungskosten auf insgesamt **496.568 Euro**.

Die Kosten-Nutzen-Relation dieses Fallbeispiels wird in Abbildung 25 graphisch dargestellt:



Abbildung 25 Fallbeispiel 1: Kosten-Nutzen-Relation Clara - Szenario ohne Schulgesundheitsfachkraft (lebenslaufbezogen)

\* Es ist davon auszugehen, dass im typischen Lebensverlauf von Clara als Transferempfängerin und den damit verbundenen prekären Lebensumständen weitere Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Arteriosklerose hinzukommen. Die dadurch entstehenden Gesundheitskosten sind hier noch gar nicht berücksichtigt. Ebenso wenig sind die nach Eintritt ins Rentenalter entstehenden Kosten der Grundsicherung im Alter eingerechnet worden.

#### 5.1.1.12 Fallbeispiel 4b

**Clara, Dienstleistungsmilieu, kein Berufsabschluss, Sozialhilfeempfängerin, 1 Kind, ländlicher Raum**

**Szenario ohne Schulgesundheitsfachkraft** (lebenslaufbezogen)

Es fallen keine unterschiedlichen Transfer- und Behandlungskosten im Vergleich zum städtischen Kontext an.

#### 5.1.1.13 Fallbeispiel 4a in Kombination mit 4c

**Clara, Dienstleistungsmilieu, kein Berufsabschluss, Sozialhilfeempfängerin, 1 Kind und Mutter A., städtischer Kontext**

**Familiensystemische Perspektive - Pessimistisches Szenario**

In **familiensystemischer** Perspektive wird im pessimistischen Szenario schließlich davon ausgegangen, dass Mutter A. ihre Berufstätigkeit als Verkäuferin im Einzelhandel für 7 Jahre

aufgibt, als sie die Tragweite der chronischen Erkrankung ihrer Tochter erkennt. Dadurch verzichtet Mutter A. auf ihr monatliches Bruttoeinkommen von 2.200 Euro. Volkswirtschaftlich bedeutet das, dass im Zeitraum zwischen dem 11. Lebensjahr ihrer Tochter, als sie an Diabetes mellitus Typ I erkrankt, bis zum Zeitpunkt, wo sie mit 18 Jahren zu ihrem Freund zieht (7 Jahre), für Mutter A. ein Wertschöpfungsverlust in Höhe von **54.707 Euro** entsteht.

Somit wird im Szenario ohne Schulgesundheitsfachkraft von Familie A. in familiensystemischer Perspektive insgesamt kein Wertschöpfungsgewinn generiert, sondern Kosten für erhebliche Transferleistungen und Behandlungskosten von Tochter A. bis zum Alter von 18 Jahren auf Grund ihres Diabetes Typ 1 in Höhe von insgesamt 496.568 Euro. Hinzu kommt ein Wertschöpfungsverlust von 54.707 Euro bei ihrer Mutter, die ihren Beruf für 7 Jahre aufgibt.

#### 5.1.1.14 Fallbeispiel 4d

**Clara, Dienstleistungsmilieu, kein Berufsabschluss, Sozialhilfeempfängerin, 1 Kind und Mutter A., ländlicher Raum**

#### Familiensystemische Perspektive

Die Kosten unterscheiden sich im Vergleich zum städtischen Kontext nicht.

Der Kostenvergleich (Abbildung 26) zeigt, dass es sich auch beim **Dienstleistungsmilieu-Szenario mit einer Schulgesundheitsfachkraft** im schulischen Kontext um vorausschauende Investitionen handelt, die im weiteren Lebensverlauf von Clara einen hohen individuellen, aber auch volkswirtschaftlichen Nutzen generieren. Im **Szenario ohne Schulgesundheitsfachkraft** fallen dagegen bis zu ihrem 18. Lebensjahr insgesamt **46.748 Euro** an Kosten zur Behandlung ihres Diabetes mellitus Typ I an (siehe Tabelle 1 e im Anhang). Im weiteren Lebensverlauf kommen dann außerdem staatliche Transferleistungen hinzu. Eine Wertschöpfung in Form von Steuern und Sozialabgaben erfolgt im gesamten Lebensverlauf nicht. Im Rentenalter kommen weitere Kosten (z. B. Grundsicherung im Alter, Wohngeld, Gesundheitskosten) hinzu.

Im **Szenario** mit einer Schulgesundheitsfachkraft im ländlichen Raum wird die Implementierung einer versierten und gut vernetzten Fachkraft noch deutlicher. Die Kosten dafür sowie für diverse Vereinbarkeitsmaßnahmen wie subventionierte Gutscheine für haushaltsnahe Dienstleistungen sind im Vergleich zu den Wertschöpfungsgewinnen, die Mütter in ihrer Erwerbsbiografie generieren, wenn sie ihre Berufstätigkeit nach Erkrankung ihres Kindes nicht aufgeben müssen, vergleichsweise gering. Im Szenario mit einer Schulgesundheitsfachkraft wäre Frau

A. aufgrund ihrer kontinuierlichen Erwerbstätigkeit selbst im Scheidungsfall in der Lage, ihren Unterhalt selbständig zu erwirtschaften und bliebe auch im Rentenalter unabhängig von staatlichen Transferleistungen.

Insgesamt bestätigt sich auch in diesem Fallbeispiel, dass sich Prävention rentiert, im Sinne von dem bereits erwähnten Satz „**An ounce of prevention is better than a pound of cure.**“

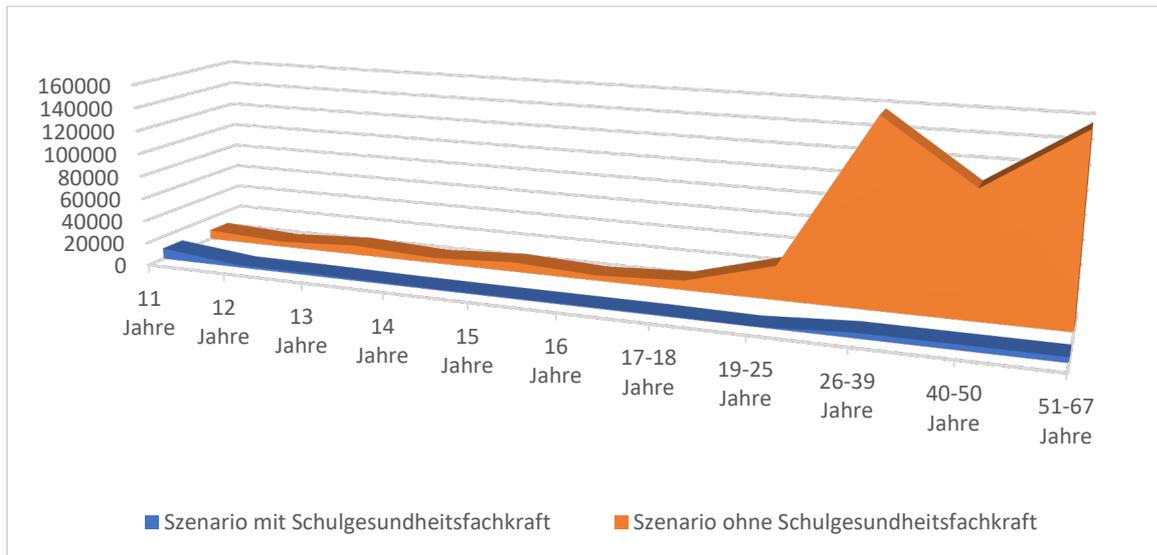


Abbildung 26 Fallbeispiel 1: Kostenvergleich der beiden Szenarien (Dienstleistungsmilieu) in der Individuums bezogenen Lebensverlaufsperspektive Quelle: Berechnung nach Meier-Gräwe

Sehr eindrücklich zeigt sich das auch nachfolgend in den Tabellen 11 und 12:

	<b>Szenario mit Schulgesundheitsfachkraft</b>	<b>Szenario ohne Schulgesundheitsfachkraft</b>
Einnahmen für den Staat	499.123 Euro	0 Euro
Kosten für den Staat	- 30.254 Euro <sup>1*</sup>	-496.568 Euro <sup>2</sup>
<b>= Nettoertrag</b>	<b>468.869 Euro</b>	
<b><u>Einnahmen</u> für den Staat bzw. verbleibende Kosten</b>		<b>- 496.568 Euro</b>

Kosten <sup>1)</sup>: Gesundheitskosten und Vernetzungskosten

Kosten <sup>2)</sup>: Gesundheitskosten und Transferleistungen

Tabelle 11 Vergleich der beiden Szenarien (Individuums bezogen auf Clara)

\* Im ländlichen Raum erhöhen sich die Kosten für den Staat um weitere 6.000 Euro für zusätzliche Vernetzungs- und Logistikkosten sowie um 8.064 Euro für die Subventionierung der doppelten Stundenzahl für haushaltsnahe Dienstleistungen.

	<b>Szenario mit Schulgesundheitsfachkraft</b>	<b>Szenario ohne Schulgesundheitsfachkraft</b>
Einnahmen für den Staat	553.830 Euro	0 Euro
Kosten für den Staat	- 38.318 Euro <sup>1*</sup>	- 496.568 Euro <sup>2</sup>
<b>= Nettoertrag</b>	<b>515.512 Euro</b>	<b>0 Euro</b>
<b><u>Einnahmen</u> für den Staat bzw. verbleibende Kosten und entgangene Wertschöpfung</b>		
	Kosten <sup>1</sup> ): Gesundheits- und Vernetzungskosten sowie für HHDL im städtischen Kontext	Kosten <sup>2</sup> ): Gesundheitskosten und Transferleistungen

Tabelle 12 Vergleich der beiden Szenarien (familiensystemische Perspektive, bezogen auf Clara und ihre Mutter) städtischer Kontext

\* Im ländlichen Raum erhöhen sich die Kosten für den Staat um weitere 6.000 Euro für zusätzliche Vernetzungs- und Logistikkosten sowie um 8.064 Euro für die Subventionierung der doppelten Stundenzahl für haushaltsnahe Dienstleistungen. Der Nettoertrag liegt jedoch im Szenario mit SGFK nur unwesentlich niedriger, nämlich bei 501.448 Euro.

\*\* Hier kommt die entgangene Wertschöpfung Mutter A. in Höhe von 54.707 Euro durch Aufgabe ihrer Erwerbsarbeit für 7 Jahre zu den Gesundheits- und Transferkosten im Lebensverlauf ihrer Tochter hinzu.

In der Zusammenschau der Ergebnisse der vorliegenden Kosten-Nutzen-Analyse belegt das Fallbeispiel einer Diabeteserkrankung sowohl für das modellierte akademische Milieu als auch für das Dienstleistungsmilieu, dass nur in der Systemstärkung des Settings „Schule“ mit zusätzlichen Schulgesundheitsfachkräften, die eng mit dem medizinischen Versorgungssystem (ambulante Pädiatrie und Kinder- und Jugendgesundheitsdienst) zusammenarbeiten, die zukünftigen Anforderungen gelingender Bildungs- und Gesundheitsbiographien von chronisch kranken Kindern zu bewältigen sind. Hier geht es nicht allein um einen medizinisch gut eingestellten Befund, sondern um die Notwendigkeit einer multidisziplinären Zusammenarbeit mit gegenseitigem Respekt (Troost-Brinkhues, 2018, S. 279). Außerdem zeigt sich in familiensystemischer respektive generationenübergreifender Perspektive, wie dringend notwendig es ist, im Fall der Diagnose einer chronischen Erkrankung eines Kindes im Interesse der Stabilisierung der Erwerbsbiographien und der Gesundheit der elterlichen Bezugspersonen dieser Kinder und Jugendlichen auch diesen Müttern (und Vätern) weitgehende Entlastungen zu ihrer Gesunderhaltung bereitzustellen (Zuschüsse für haushaltsnahe Dienstleistungen, Hol- und Bringdienste im ländlichen Raum, Erholungskuren etc.). Diese Forderung fügt sich ein in den überfälligen Strukturwandel der bundesdeutschen Gesellschaft, eine gesundheitsförderliche

und alltagsunterstützende Dienstleistungsökonomie von guter Qualität als zweites Standbein einer zukunftsfähigen Volkswirtschaft voranzubringen, und zwar auf Augenhöhe mit der digitalisierten Fach- und Wissensarbeit im Zeitalter von Industrie 4.0.

Wang et al hatten 2014 in ihrer „Cost-Benefit“- Studie zum Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften in 78 Schulbezirken in den USA geschätzt, dass allein im Schuljahr 2009/10 für jeden investierten Dollar, der in das Programm investiert wurde, die Gesellschaft 2,20 Dollar gewinnt (Wang, et al., 2014).

In der Lebensverlaufsperspektive bis zum Eintritt ins Rentenalter des hier erstellten Szenarios mit Schulgesundheitsfachkraft (Individuums bezogen) vergrößern sich die Earn-back-Effekte deutlich: Im Szenario mit Schulgesundheitsfachkraft des Fallbeispiels (Akademisches Milieu im städtischen Kontext) generiert jeder investierte Euro **34,81 Euro**, im ländlichen Raum sind es 29,04 Euro. Im Szenario mit einer Schulgesundheitsfachkraft (Dienstleistungsmilieu im städtischen Kontext) generiert jeder investierte Euro **14,45 Euro**, im ländlichen Raum sind es 11,81 Euro. In familiensystemischer Sicht sind die Earn-back-Effekte jeweils noch größer.

Vor dem Hintergrund ansteigender Kinderzahlen insgesamt, einer Zunahme von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen bei gleichzeitig bestehendem gravierendem Fachkräftemangel in Kindertagesstätten und Schulen sowie beim Gesundheits- und Krankenpflegepersonal ist folglich ein radikales Umdenken erforderlich. Mangelhafte Bildung, fehlende Integration und Inklusion, aber auch brachliegende Bildungs- und Qualifikationspotenziale der elterlichen Bezugspersonen aus dem akademischen und dem Dienstleistungsmilieu verursachen erheblich höhere Folgekosten als präventive Investitionen. Das wird durch die vorliegende Kosten-Nutzen-Analyse mehr als deutlich.

## 5.1.2 Fallbeispiel 2 Depressive Störung mit nicht suizidalem selbstverletzendem Verhalten

**Prof. Dr. Uta Meier-Gräwe in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Volker Beck**

### **Einführung**

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellt die geistig-seelische („mentale“) Gesundheit in das Zentrum der Definition von Gesundheit und beschreibt mentale Gesundheit als wesentliches Element des individuellen und kollektiven Wohlergehens. Dieses hohe Ideal ist in der Praxis vieler Gesellschaften schwer zu realisieren. Mehr und mehr etabliert sich deswegen der Bereich von „Public Mental Health“ zu einer wichtigen Aufgabe und Herausforderung für die Gesundheitssysteme weltweit. Im Jahr 2013 beschloss die Versammlung der WHO einen umfassenden Aktionsplan für psychische Gesundheit („Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020“). (Plener, et al., 2018) (The Lancet, 2013) Anlässlich des „Internationalen Tages der seelischen Gesundheit 2020“ am 10. Oktober 2020 spricht die WHO von „zunehmenden Raten an Einsamkeit, Depressionen, schädlichem Alkohol- und Drogenkonsum sowie selbstschädigendem oder suizidalem Verhalten.“ Auch in Deutschland wird Public Mental Health, verschärft durch die andauernde Corona Pandemie, mehr und mehr zu einem großen Thema für das Gesundheitswesen. Dies gilt besonders für den Bereich der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und deren Lebenswelten.

Ergebnisse der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland des Robert Koch-Instituts (RKI) zeigen, dass schätzungsweise 20% der deutschen Kinder und Jugendlichen von psychischen Auffälligkeiten betroffen sind. Diese können mit erheblichen Beeinträchtigungen im familiären, schulischen oder erweiterten sozialen Umfeld einhergehen. (Klasen, et al., 2017) Dabei zeigen die Affektiven Störungen (ICD, F3) (DIMDI, 2019) eine besonders starke Zunahme. Im Jahr 2017 erhielten knapp 128.000 Heranwachsende in einem Quartal eine Diagnose einer affektiven Störung. (Steffen, 2019) (Versorgungsatlas, 2020) Die Versorgungssituation dieser Jugendlichen ist häufig schwierig. „Fast acht Prozent aller depressiven Kinder zwischen zehn und 17 Jahren kommen innerhalb eines Jahres ins Krankenhaus, durchschnittlich für 39 Tage. Nach der Entlassung fehlt oft eine passende ambulante Nachsorge. Folge: Fast jedes vierte dieser Kinder wird innerhalb von zwei Jahren mehrfach stationär behandelt“ zeigt der im November 2019 der Öffentlichkeit vorgestellte Kinder- und Jugendreport der DAK-Gesundheit mit dem Schwerpunkt „Ängste und Depressionen bei Schulkindern“. (Greiner, Batram, & Witte, 2019) Die Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e.V. gibt im „Report Psychotherapie“ einen Überblick über die Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychiatrischer Fachversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Danach nahmen im Jahr 2017 47 % der Kinder und Jugendlichen mit einer diagnostizierten

psychischen Erkrankung eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung in Anspruch. Insgesamt 14 % der Betroffenen erhielten eine psychosomatische Grundversorgung, 19 % nahmen „therapeutische Gespräche, psychiatrische Behandlungen oder eine supportive Psychotherapie“ in Anspruch, bei knapp 10 % wurde eine antragspflichtige Psychotherapie durchgeführt. (Rabe-Menssen, Dazer, & Maaß, 2020) Diese Daten spiegeln die enorme Belastung unserer Gesellschaft durch psychische Erkrankungen und die parallel damit einhergehende Bedeutung von Public Mental Health. Die Erkenntnisse der Entwicklungspsychologie zeigen deutlich, dass die Weichen für das gesamte Leben in der Kindheit und Jugend gestellt werden. Wer als Kind oder Jugendliche psychisch erkrankt, ist auch als Erwachsene psychisch stärker gefährdet als andere. (BPtK I, 2020) Neben der Familie kommt der Schule deswegen eine herausragende Position zu. Die Schule besitzt die Aufgabe, psychisch gesundes Aufwachsen zu sichern und zu unterstützen. Zugleich ist die Schule der Ort, in dem psychisch belastete oder erkrankte Jugendliche einen großen Teil ihrer Zeit verbringen und an dem sich die Symptomatik und der Charakter ihrer Erkrankung wesentlich gestaltet. Mit Depressionen geht ein erhöhtes Risiko für Schulversagen, Zurückweisung durch Gleichaltrige, soziale Isolation, Mobbing und Suizid einher. Die Schule als zentrale Institution des Bildungswesens mit ihren Unterstützungssystemen im psychosozialen Bereich (Schulsozialarbeit, Schulpsychologie, Schulgesundheitsfachkraft) ist mit ihrem Bildungsauftrag auch eine Schlüsselinstitution auf dem Gebiet von Public Mental Health. Sie kann, ja muss in enger Zusammenarbeit mit Partnern aus dem Gesundheitswesen und der Gesundheitsversorgung dazu beitragen, die enorme Belastung von Kindern und Jugendlichen durch psychosoziale Störungen und Erkrankungen zu mindern. Dabei ist Schule auch der Ort, an dem die Menschen sich ein Bewusstsein über seelische und mentale Gesundheit bilden und dabei lernen, was dies für ihr Leben und das Leben anderer bedeutet. Der Sozialpsychologe Erich Fromm geht in seiner Beschreibung von seelischer Gesundheit deutlich über die Definition der WHO hinaus wenn er von mentaler Gesundheit spricht: „ Seelische Gesundheit ist gekennzeichnet durch die Fähigkeit zu lieben und etwas zu schaffen, durch die Loslösung von den inzestuösen Bindungen an Klan und Boden, durch ein Identitätserleben, das sich auf die Erfahrung seiner selbst als dem Subjekt und dem Urheber der eigenen Kräfte gründet, durch das Begreifen der Realität innerhalb und außerhalb von uns selbst, das heißt durch die Entwicklung von Objektivität und Vernunft.“ (Fromm, 1955) Dieses Bild von mentaler Gesundheit sollte Schule beherzigen und sich zur Aufgabe machen.

### 5.1.2.1 Fallbeispiel 1a

**Schülerin B., 16 Jahre, akademisches Herkunftsmilieu, in der 10. Klasse Selbstverletzung, assoziiert mit einer depressiven Störung, nach 4-monatiger stationärer Therapie Rückführung in ihre Schulklasse, späterer Beruf: Medienexpertin, ein Kind**

**Individuums bezogene Perspektive - Szenario mit Schulgesundheitsfachkraft** (lebenslaufbezogen)

Nach dem selbstverletzenden Verhalten der 16-jährigen (Die Berechnungen werden in dieser Fallkonstruktion ab dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme einer SGFK vorgenommen.) Franziska wurde diese spät abends von der chirurgischen Ambulanz der städtischen Kliniken zunächst zur Krisenintervention in der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung einer Fachklinik aufgenommen. Dort wurde nach einem mehrtägigen Aufenthalt die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung (ICD F32.1)) (DuBois & Resch, 2005) (Hopf & Windaus, 2009) mit zusätzlichem Nicht-Suizidalem Selbstverletzendem Verhalten (NSSV) (Plener, et al., 2018) gestellt. Dieses Krankheitsbild zählt zu den häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. (Plener, et al., 2018) Franziska berichtete während der Krisenintervention von einer tiefreichenden Traurigkeit, für die sie in den Monaten vor ihrer Einweisung in die Klinik keine Ursachen benennen konnte. Sie wurde von starken Versagensängsten, Selbstwertproblemen und quälenden, diffusen Schuldgefühlen geplagt, die bei ihr mehr und mehr zu einem sozialen Rückzug geführt haben. Nach dem Aufenthalt zur Krisenintervention folgte ein insgesamt 4-monatiger stationärer Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. (Hintzpeter, et al., 2014) Entsprechend der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (DGKJP, 2020) wurde dort für die Behandlung von Franziska die Kognitive Verhaltenstherapie angewandt. Diese Methode hat sich im klinischen Kontext als besonders wirksam erwiesen. (Groen & Petermann, 2008) Auf eine zusätzliche Pharmakotherapie wurde aufgrund des Schweregrades der Erkrankung verzichtet. Das Ziel der Therapie bestand in einer Reduktion und bestenfalls dem Abbau der Symptomatik und in einer Verfestigung und Ausbau des Therapieerfolgs sowie in einer Rückfallprophylaxe. Für die Zeit nach der Rückkehr von Franziska in ihre Klasse wurden folgende Ziele definiert: - Aufbau und Förderung von Freizeitinteressen und angenehmen Aktivitäten, - Training sozialer Kompetenzen, - Selbstsicherheitstraining, - Exploration und Veränderung von dysfunktionalen Kognitionen, - Problemlösetraining und – Verbesserung der Selbstkontrolle.

Nach dem stationären Aufenthalt finden unter Beteiligung aller relevanten Akteure koordinierte Gesprächstermine statt, die aufgrund des vorhandenen medizinischen Fachwissens der Schulgesundheitsfachkraft sehr strukturiert und inhaltlich gehaltvoll ablaufen. Es werden klare Verabredungen und Richtlinien für den Umgang mit den Krankheitssymptomen von Franziska

vereinbart. In enger Zusammenarbeit mit den Lehrkräften, Schulsozialarbeitern und Schulpsychologen geht es darum, die schulischen Belastungsfaktoren von Franziska zu identifizieren und eine mögliche Verschlechterung ihres Krankheitszustands frühzeitig festzustellen und in diesem Fall die notwendigen Maßnahmen sowie Hilfen einzuleiten.

Es entsteht eine erste Vertrauensbasis, so dass die im weiteren Verlauf auftretenden Fragen offener angesprochen und passgenaue Lösungen rechtzeitig gefunden werden können. Zudem können die beteiligten Akteure die notwendigen Kompetenzen in Kooperation mit der Schulgesundheitsfachkraft aufbauen, die über das erforderliche Fachwissen verfügt, um psychische Verhaltensauffälligkeiten angemessen zu interpretieren, in einen entsprechenden Kontext zu stellen (z.B. Einflussfaktoren wie Schulsport, Leistungsdruck, verbale Auseinandersetzungen usw.) und schließlich auch an andere schulische Akteure zu kommunizieren. In diesem interdisziplinären Kontext gelingt es allen Beteiligten, die Depressionssymptomatik der Schülerin wirksam zu reduzieren und mögliche soziale Rückzugsneigungen, soziale Probleme und ein erneutes autoaggressives, selbstverletzendes Verhalten sowie Selbstwertprobleme der Schülerin wahrzunehmen und zu vermindern und sie dabei zu unterstützen, dass sie diese Symptomatik nicht wieder entwickelt. Somit können bestimmte Auffälligkeiten schneller erfragt bzw. erfasst werden. Das wiederum ermöglicht eine umfassende und zielgerichtete Informationsweitergabe an den behandelnden Facharzt in Zusammenarbeit mit der Psychotherapeutin von Franziska, um heikle Situationen schneller einzudämmen und einem Rückfall vorzubeugen oder um gegebenenfalls zeitnah eine Therapieanpassung vorzunehmen.

Als gleichermaßen bedeutsam erweist sich die empathische Grundhaltung, die Kompetenz und Erfahrung der Schulgesundheitsfachkraft, die in persönlichen Gesprächen die Bedürfnisse und Fragen von Franziskas Eltern wahrnimmt und darauf eingeht. Informationslücken in Bezug auf Wissen und Kenntnisse in Bezug auf den Umgang mit der Erkrankung können durch hilfreiche Tipps und entsprechende Beratungsgespräche geschlossen werden. Dabei übernimmt die Schulgesundheitsfachkraft vielfältige Aufgaben und Abstimmungsprozesse an der Schnittstelle zwischen schulinternen und schulexternen Akteuren. In diesem Zusammenhang ist die anhaltend mangelhafte schulpsychologische Versorgung kritisch zu benennen. (BDP, 2016)

Bei Bedarf werden Schulungen durchgeführt (Kommunikationsstrategien, Umgang mit Konfliktsituation, vertrauensvolle Gesprächssituationen schaffen). (Schulte-Körne, 2016) Die Schulgesundheitsfachkraft kann in dem interdisziplinär tätigen Team realisieren und gewährleisten, dass sich Franziska in einem positiven psychosozialen Klassen- und Schulumfeld bewegen kann und nicht mit Stigmatisierung oder Mobbing konfrontiert wird. Dieses schulische Umfeld zeichnet sich durch ein hohes Maß an Sicherheit in der Schule (sozial-emotionale als

auch physische Sicherheit) aus, bietet eine enge Schulverbundenheit an, sorgt für eine vertrauensvolle Lehrer-Schüler Interaktion und für ein

hohes Kohärenzgefühl im Klassenverband. (Dolle & Schulte-Körne, 2013) Außerdem gibt es Ansprechpartner für Fragen vor Ort, so dass etwa Anzeichen von aufkommendem Leistungsdruck, Konflikten usw. zeitnah erkannt und weitergegeben werden können, z. B. an einen Schulpsychologen. (schulpsychologie, 2020) Zudem findet im Schulalltag konkreter Aufklärungsunterricht statt, in dem aufkommende Fragen der Mitschülerinnen und Mitschüler fachgerecht beantwortet werden, wie beispielsweise in dem Programm „Verrückt – na und“ des Vereins „Irrsinnig menschlich“ (Irrsinnig Menschlich e.V., 2020) Dadurch erkennen auch die Mitschülerinnen und Mitschüler Symptome des Krankheitsbildes und können adäquat reagieren. Einige bieten ihre konkrete Unterstützung an. Da kommunikative Kompetenzen in diesem Prozess eine besonders große Rolle spielen, erwerben folglich auch die Mitschülerinnen und Mitschüler einen erheblichen Kompetenzzuwachs für ihr späteres Leben.

Durch das offene Gesprächsklima können auftretende Konflikte direkt bearbeitet und entsprechende Lösungen generiert werden, so dass es nicht zum Anstauen von Aggressionspotenzial kommt, was durch selbstverletzendes Verhalten („Ritzen“) abgebaut wird.

Franziska wächst in diesem unterstützenden Setting zu einer selbstbewussten, umsichtigen jungen Erwachsenen heran. Zwar führt der verspätete Einstieg in das neue Schuljahr nach ihrer Rückkehr aus der stationären Therapie anfänglich für sie zu einem erhöhten Leistungsdruck, um den verpassten Lehrstoff nachzuholen. Es gelingt jedoch in dem beschriebenen vertrauensvollen Schulkontext in ihrer alten Klasse und durch eine engmaschige Beobachtung des Wohlbefindens der Schülerin, die Versäumnisse aufzuholen, so dass sie ihr Abitur am Ende erfolgreich mit einem Durchschnitt von 2,4 besteht. Durch die verlässlichen Kontaktzeiten von Seiten der Schulgesundheitsfachkraft<sup>10</sup> und ihre intensiven Beratungsgespräche mit der Schülerin, die erforderliche Vernetzungsarbeit mit dem Lehrpersonal, den Eltern, der Klasse, aber auch mit der niedergelassenen Psychotherapeutin für Kinder- und Jugendpsychotherapie, in der sie nach Rückführung in ihre Klasse regelmäßig behandelt wird, entsteht ein Tätigkeitsaufwand für die SGFK von insgesamt 6.698 Euro<sup>11</sup> sowie 2.252 Euro für ihre psychotherapeutische Behandlung (12 x 40 Minuten Stunden pro Jahr a 93,84 Euro (BPtK II, 2020) = 2.252 Euro). Somit sind im Verlauf der verbleibenden Schulzeit **8.950 Euro** an direkten Kosten entstanden. (Ewest, Reinhold, Vloet, Wenning, & Bachmann, 2013)

---

<sup>10</sup> Die Tabellen zu den Kosten für das Fallszenario Depressive Störung mit nicht suizidalem Verhalten mit und ohne SGFK wurden durch Herrn Prof. Volker Beck, Hochschule Darmstadt erarbeitet (Tabelle im Anhang).

<sup>11</sup> <https://www.schulpsychologie.de/wws/265546.php?sid=97276241938600944060347234723200>.

Die Berechnung orientiert sich am Tätigkeitsaufwand für die SGFK, wie er in den ersten beiden Jahren für den Diabetes-Fall ermittelt wurde (siehe Tabelle 1c). Es wird hypothetisch angenommen, dass der Unterstützungsaufwand durch die SGFK im Psycho-Fallbeispiel doppelt so hoch ist wie bei einer Diabetes Typ 1-Erkrankung.

Nach einem längeren Sommerurlaub mit ihren Eltern beginnt sie im Wintersemester mit einem Studium der Medienwissenschaft an ihrem Heimatort. Sie beendet ihr Studium mit gutem Erfolg und beginnt ihre Berufslaufbahn in einer Medienagentur in Frankfurt.

Dort lernt sie ihren späteren Lebenspartner kennen. Die beiden wohnen zunächst noch in ihrer je eigenen Wohnung. Sie bezieht als **Medienexpertin** in Vollzeit (Steuerklasse 1) einen monatlichen Bruttolohn von 3.344 Euro, so dass sie jährlich durch Steuern und Sozialabgaben eine Wertschöpfung<sup>12</sup> von 14.328 Euro generiert. In ihren ersten zwölf Berufsjahren bis zur Geburt ihrer Tochter Nina sind das insgesamt **171.936 Euro** in Form von Lohnsteuer- und Sozialabgaben<sup>13</sup>.

Nachdem sie mit dem Vater ihres Kindes zusammengezogen ist und beide in einer ehelichen Lebensgemeinschaft ihren Alltag gestalten, arbeitet sie zwischen ihrem 37. und 39. Lebensjahr (Steuerklasse 4 mit Faktor) 25 Wochenstunden und bezieht einen monatlichen Bruttolohn von 1.800 Euro, so dass sie darüber in drei Jahren eine gesellschaftliche Wertschöpfung von **17.676 Euro** erzielt.

Nachdem sie für ihre Tochter einen Platz in einem Ganztagskindergarten gefunden hat, stockt sie auf 34 Wochenstunden auf und verbleibt bis zum Abitur ihrer Tochter, also insgesamt 12 Jahre, in diesem Arbeitszeitmodell. Ihr monatlicher Bruttolohn beträgt 3.100 Euro. Insgesamt macht die von ihr in Form von Lohnsteuer- und Sozialabgaben generierte Wertschöpfung (Steuerklasse 4 mit Faktor) in diesem Zeitraum **148.176 Euro** aus.

Mit 50 Jahren, nachdem ihre Tochter mit dem Studium begonnen hat, übernimmt sie die Leitung der Abteilung „Digitale Medien“ in ihrem Verlag und übt diese Funktion bis zum Rentenalter aus. Ihr durchschnittliches Bruttogehalt beträgt in diesem Zeitraum 4.900 Euro, das sind pro Monat 1.878 Euro an Lohnsteuern und Sozialabgaben. Dadurch kommt bis zu ihrem Renteneintritt (17 Jahre) eine weitere Wertschöpfung von **383.112 Euro** hinzu.

Insgesamt generiert sie in ihrem Erwerbsverlauf ein Wertschöpfungspotential von rd. **720.900 Euro**.

---

<sup>12</sup> Lohnsteuer- und Sozialabgaben wurden mit dem Brutto-Netto-Rechner 2020 ermittelt, wie er sich im Netz findet ([www.brutto-netto-rechner.info](http://www.brutto-netto-rechner.info)). Folgende *Steuern* wurden für das Abrechnungsjahr 2019 einbezogen: a) der Solidaritätszuschlag und b) die Lohnsteuer. Darüber hinaus wurden die *Sozialabgaben* (Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung, Krankenversicherung und Pflegeversicherung) berücksichtigt, wie sie im Bundesland Brandenburg gelten.

<sup>13</sup> Die gesellschaftliche Wertschöpfung wird in den fallbezogenen Kosten-Nutzen-Analysen lediglich als gesellschaftlicher Nutzen von Bildung für unterschiedliche Qualifikationsniveaus in Form von Sozialversicherungsabgaben und Steuern berücksichtigt. Der Rest ist als Nettoeinkommen dem Individualnutzen zuzurechnen, der in die Nutzenberechnung nicht einbezogen wurde. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass Frau B. in ihrem Erwerbsverlauf mit Gehaltserhöhungen rechnen kann, so dass die Wertschöpfung eher noch höher ausfallen wird als im optimistischen Szenario ausgewiesen.

Abzüglich der Kosten für das schulische Unterstützungssetting, das Frau B. bis zum Abitur in Anspruch genommen hat (6.698 Euro), der Kosten für eine in zwei Jahren insgesamt 24 Stunden umfassende Kurzzeittherapie nach ihrer Selbstverletzung (2.252 Euro) sowie der Kosten für zwei Erholungskuren in einer gemeinnützigen Familienerholungsstätte (a 4.000 Euro) mit ihrer Tochter (**insgesamt 16.950 Euro**) ergibt sich ein gesellschaftlicher Nettoertrag von **703.950 Euro**. Diese Berechnungen stützen sich auf Angaben der Bundespsychotherapeutenkammer<sup>14</sup> und auf aktuelle Forschungsergebnisse. (Wunsch, Kliem, Grocholewski, & Kröger, 2013) (Puschner & Kraft, 2008) (König, Heinzl-Gutenbrunner, Meinlschmidt, Maier, & Bachmann, 2019)

Die Kosten-Nutzen-Relation dieses Fallbeispiels wird in Abbildung 27 graphisch dargestellt:

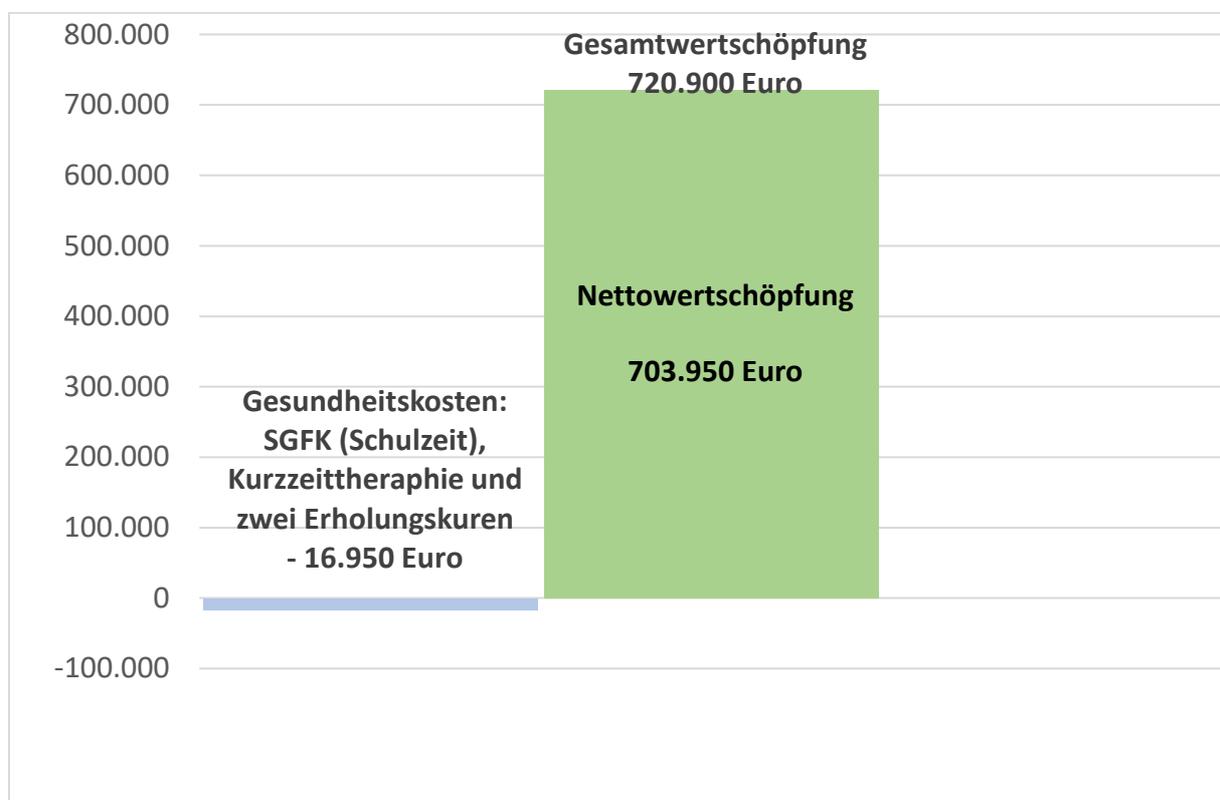


Abbildung 27 Fallbeispiel 2: Kosten-Nutzen-Relation Tochter B., Medienexpertin - Szenario mit Schulgesundheitsfachkraft (lebenslaufbezogen)

<sup>14</sup> Aus: Bundespsychotherapeutenkammer: Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. file:///E:/STICK%20Herbst%20%202020/Themen%201/%C3%96konomie%20Psychotherapie/Fall/BPtK-Faktenblatt-Psychische-Erkrankungen-bei-Kinder-und-Jugendlichen.pdf

### 5.1.2.2 Fallbeispiel 1b

**Schülerin B., 16 Jahre, akademisches Herkunftsmilieu, in der 10. Klasse Selbstverletzung, assoziiert mit einer depressiven Störung, nach 4-monatiger stationärer Therapie Rückführung in ihre Schulklasse, späterer Beruf: Medienexpertin, 1 Kind, ländlicher Raum**

**Szenario mit Schulgesundheitsfachkraft** (lebenslaufbezogen)

Franziska lebt mit ihren Eltern im ländlichen Raum. Die Anwesenheit einer Schulgesundheitsfachkraft in der Oberschule erweist sich aufgrund der größeren Entfernungen zu Fachärzten als besonders unterstützend. Die engmaschige und verlässliche Begleitung nach der 4-monatigen stationären Therapie und Rückführung in ihre alte Klasse durch die Schulgesundheitsfachkraft entlastet die Eltern stark. Berufliche Fehlzeiten der Eltern sind somit planbar und beschränken sich darauf, dass sie ihre Tochter über 2 Jahre zur Kurzzeittherapie in die Kreisstadt fahren müssen. Sie können das beide abwechselnd organisieren, so dass sie dafür nur einige Urlaubstage in Anspruch nehmen müssen. Die Tätigkeiten der Schulgesundheitsfachkraft beziehen sich wie im Fallbeispiel mit städtischem Bezug auf die individuelle gesundheitliche und psychosoziale Unterstützung der Schülerin, die schulinterne Zusammenarbeit mit den Lehrkräften, Gesundheitsaufklärung der Klasse und schulexterne Kooperation mit dem medizinischen Versorgungssystem. Es entsteht ein „sicheres“ Schulklima, das die Bildungsteilhabe der Schülerin fördert. Die Schülerin schließt ihre Schullaufbahn mit dem Abitur ab.

### 5.1.2.3 Fallbeispiel 1c in Kombination mit 1a

**Schülerin B., akademisches Herkunftsmilieu, späterer Beruf: Medienexpertin, 1 Kind und Mutter B., Richterin im öffentlichen Dienst**

**Familiensystemische Perspektive - Szenario mit Schulgesundheitsfachkraft**

Im Szenario mit Einsatz einer Schulgesundheitsfachkraft gelingt es, dass auch nach Eintreten der ärztlichen Diagnose von Franziska und des damit einhergehenden erhöhten Unterstützungs- und Betreuungsbedarfs ihre Mutter weiter als Richterin im Amtsgericht mit einer 35-Stunden-Woche erwerbstätig bleiben kann. Außerdem profitiert Mutter B. von den durch die Bundesregierung eingeführten Zuschüssen für Gutscheine zur Inanspruchnahme von hausnahen Dienstleistungen (HHDL). Sie wird dadurch pro Woche für zwei Stunden durch eine hauswirtschaftliche Dienstleistungsfachkraft entlastet. Das Dienstleistungsunternehmen übernimmt auch die Abrechnungsmodalitäten und garantiert eine Vertretung im Urlaubs- und

Krankheitsfall der Dienstleisterin, so dass Mutter B. ihren verantwortungsvollen Beruf am örtlichen Amtsgericht fortführen kann und ihre Arbeitszeit nicht reduzieren muss.<sup>15</sup>

Mutter B. bezieht einen monatlichen Bruttolohn von 4.560 Euro, was bei Steuerklasse 4 zu monatlichen Abgaben in Höhe von 1.726 Euro führt. Pro Jahr ergibt sich somit ein Wertschöpfungspotenzial von 20.712 Euro. Im Zeitraum zwischen dem 16. Lebensjahr ihrer Tochter, als diese nach einem 4-monatigen stationären Aufenthalt infolge ihrer Selbstverletzung in Assoziation mit einer depressiven Störung wieder in ihre alte Klasse zurückgeführt wird, und dem Abschluss ihres Abiturs im 18. Lebensjahr (2 Jahre) erzielt Mutter B. somit eine Wertschöpfung von **41.424 Euro**. Die Gesamtwertschöpfung von Tochter Franziska B. und ihrer Mutter beläuft sich somit auf **762.324 Euro**. Das wäre ohne die Brückenfunktion der Schulgesundheitsfachkraft zwischen Schule, medizinischer Versorgung sowie durch die häusliche Entlastung mit subventionierten Gutscheinen für haushaltsnahe Dienstleistungen, nicht möglich gewesen.

Abzüglich der zusätzlichen, aber relativ geringen Investitionen in subventionierte Gutscheine von 2.304 Euro (8 Stunden pro Monat a 12 Euro = 96 Euro x 12 Monate = 1.152 Euro x 2 Jahre) und **der Kosten für Franziska von 16.950 Euro** belaufen sich die Kosten im städtischen Kontext auf insgesamt lediglich **19.254 Euro**. Somit beträgt der generierte Nettoertrag in familiensystemischer Perspektive **743.070 Euro**. Für das Alltagsarrangement zwischen Beruf und Familie mit einem chronisch kranken Kind kann diese Form der Entlastung aber die Entscheidung darüber, ob die elterliche Betreuungsperson ihre Berufstätigkeit fortsetzt, einschränkt oder gänzlich aufgibt, maßgeblich beeinflussen.

#### 5.1.2.4 Fallbeispiel 1d

**Schülerin B., akademisches Herkunftsmilieu, späterer Beruf: Medienexpertin, 1 Kind und Mutter B., Richterin im öffentlichen Dienst, ländlicher Raum**

#### **Familiensystemische Perspektive - Szenario mit Schulgesundheitsfachkraft**

In **familiensystemischer** Betrachtung gelingt es auch im ländlichen Raum aufgrund des Einsatzes einer Schulgesundheitsfachkraft, dass die chronische Erkrankung von Franziska B. trotz des damit einhergehenden erhöhten Betreuungsbedarfs unter Einschluss von logistischen Unterstützungsleistungen **nicht** zur Einschränkung der Erwerbstätigkeit ihrer Mutter führt: Durch das intakte schulische Netzwerk mit einer versierten Schulgesundheitsfachkraft,

---

<sup>15</sup> Im aktuellen Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD (2018) „Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land“ wurde dieses Vorhaben auf S. 25 verankert: <https://www.bundesregierung.de>, abgerufen am 14.06.2020.

die die regionale medizinischen Versorgungsstruktur im ländlichen Raum, wo Familie B. lebt, und in den nächstgelegenen Städten gut kennt und koordiniert, kann Mutter B. ihren Beruf als Richterin im öffentlichen Dienst mit einer 35-Stunden-Woche auch nach Eintreten der psychischen Erkrankung ihrer Tochter fortführen. Zudem profitiert Mutter B. von den durch die Bundesregierung seit dem 1.01.2021 eingeführten Zuschüssen für Gutscheine zur Inanspruchnahme von haushaltsnahen Dienstleistungen. Sie wird pro Woche für vier Stunden durch eine hauswirtschaftliche Dienstleistungsfachkraft entlastet, die wegen längerer Anfahrtswege teilweise auch Hol- und Bringdienste zum behandelnden Psychotherapeuten übernimmt. Das Dienstleistungsunternehmen vor Ort regelt auch die Abrechnungsmodalitäten und garantiert eine Vertretung im Urlaubs- und Krankheitsfall der Dienstleisterin, so dass Mutter B. ihren verantwortungsvollen Beruf fortführen kann und ihre Arbeitszeit nicht reduzieren muss.

Mutter B. bezieht einen monatlichen Bruttolohn von 4.560 Euro, was bei Steuerklasse 4 zu monatlichen Abgaben in Höhe von 1.726 Euro führt. Pro Jahr ergibt sich somit ein Wertschöpfungspotenzial von **20.712 Euro**. Im Zeitraum zwischen dem 16. Lebensjahr ihrer Tochter, als diese psychisch erkrankt, und dem Abschluss ihres Abiturs im 18. Lebensjahr (2 Jahre) erzielt Mutter A. somit eine Wertschöpfung von **41.424 Euro**.

Somit erhöht sich die Gesamtwertschöpfung von Mutter und Tochter B. in familiensystemischer, d. h. generationenübergreifender Perspektive auf insgesamt **762.324 Euro**. Das wäre ohne vernetzte Versorgungsstrukturen zwischen Schule und örtlichen Gesundheitsangeboten, die von der Schulgesundheitsfachkraft flexibel und passgenau auf die konkrete gesundheitliche Situation von Franziska B. bezogen wird und die zugleich den Aufbau eines vertrauensvollen Verhältnisses zum Elternhaus von Schülerin B. herstellt, sowie durch die häusliche Entlastung mit subventionierten Gutscheinen für HHDL nicht möglich gewesen.

Abzüglich der zusätzlichen, relativ geringen Kosten für subventionierte Gutscheine in Höhe von 4.608 Euro (16 Stunden pro Monat a 12 Euro = 192 Euro x 12 Monate = 2.304 Euro x 2 Jahre) belaufen sich die zusätzlichen Kosten im ländlichen Raum auf insgesamt lediglich **4.608 Euro**.

Somit wird der generierte Nettoertrag in familiensystemischer Perspektive nur unwesentlich geringer, er liegt bei **740.766 Euro**. Für das Alltagsarrangement zwischen Beruf und Familie mit einem chronisch kranken Kind kann diese Form der Entlastung – zumal im ländlichen Raum – aber die Entscheidung darüber, ob die elterliche Betreuungsperson ihre Berufstätigkeit fortsetzt, einschränkt oder gänzlich aufgibt, ganz maßgeblich beeinflussen.

### 5.1.2.5 Fallbeispiel 2a

**Schülerin B., 16 Jahre, akademisches Herkunftsmilieu, in der 10. Klasse Selbstverletzung, assoziiert mit einer depressiven Störung, nach 4-monatiger stationärer Therapie Rückführung in ihre Schulklasse, späterer Beruf: Bürokauffrau, ein Kind, nach Scheidung: Sozialtransferempfängerin**

**Individuums bezogene Perspektive - Szenario ohne Schulgesundheitsfachkraft (lebenslaufbezogen)**

An der Schule gibt es nach der Selbstverletzung der 16-jährigen Schülerin B., gepaart mit einer depressiven Störung und ihrer Rückkehr von der 4-monatigen stationären Therapie weder eine Schulgesundheitsfachkraft noch eine strukturierte Gesprächsorganisation zwischen den schulischen Akteuren. Durch die Unterversorgung mit Schulpsychologen, können diese den Gesprächs- und Koordinierungsbedarf nicht leisten. Medizinische Fragestellungen können deshalb nicht fachversiert beantwortet werden, so dass viele Fragen offenbleiben und ein insgesamt eher diffuses Bild der Erkrankung entsteht. Zudem werden wichtige schulische und weitere Akteure nur sporadisch oder gar nicht eingebunden. Deshalb können vermeidbare Gefahrensituationen auch nicht erfasst, Inhalte nicht ausreichend gelenkt und keine empathische und kontinuierliche Austausch- und Kommunikationsplattform entwickelt werden, die auch die Mitschüler\*innen einbezieht.

Die Eltern der 16-jährigen verfügen über einen hohen Bildungsstand und schalten sich immer wieder in den Schulalltag ein. Dabei sind sie jedoch übergenau und fragen sehr viel nach, was dazu führt, dass ihre Tochter gereizt reagiert und mit ihnen noch weniger als zuvor kommuniziert. Daraufhin werden Kontakte zum Psychologen oder der Kinder- und Jugendpsychotherapeutin auf Betreiben der Eltern intensiviert. Es wird eine Langzeittherapie begonnen, was bis zum Ende ihrer Schulzeit zu Kosten in Höhe von **10.133 Euro** führt. Bei dem Versuch alles richtig machen zu wollen, bewerten sie den Rückzug ihrer Tochter und ihre fehlende Bereitschaft, mit ihnen zu kommunizieren, über. Das Mädchen verliert zunehmend an Selbstbewusstsein und es kommt zu Rückfällen, was zwei weitere stationäre Aufenthalte nach sich zieht mit Gesamtkosten in Höhe von **24.000 Euro**. Es gelingt ihr infolgedessen nicht mehr, den versäumten Schulstoff nachzuholen. Zudem wird sie von ihrer Mutter schon bei geringsten Stimmungsschwankungen für ihr Fernbleiben vom Unterricht übervorsichtig entschuldigt, so dass sie am Ende die 10. Klasse wiederholen muss. Dadurch rückt sie schließlich von ihrem ursprünglichen Ziel, ihr Abitur machen zu wollen, ab. Bis zu ihrem vollendeten 17. Lebensjahr entstehen Kosten für die stationäre Therapie in Höhe von **34.133 Euro**.

Sie erlernt nach dem Mittleren Schulabschluss den Beruf einer Bürokauffrau, der sie allerdings wenig fordert und ihr überhaupt keine Freude macht.

Als sie wenige Monate nach ihrer Eheschließung mit 34 Jahren ihr Kind zur Welt bringt, gibt sie ihre Berufstätigkeit auf. Zwischen ihrem 21. und 34. Lebensjahr hat sie bei einem monatlichen Durchschnittsbruttolohn von 1.900 Euro durch Steuern und Sozialabgaben eine Wertschöpfung von **93.100 Euro** generiert. Mit 45 Jahren wird die Ehe geschieden. Sie arbeitet fortan als Bürokauffrau in Teilzeit und ist mit ihren beiden Kindern auf ergänzende Sozialhilfe in Höhe von 5.640 Euro (jährlich) angewiesen. Bis die Kinder volljährig sind und ihre eigene Wohnung beziehen, summiert sich dieser Betrag auf - **56.400 Euro**. Ihre Wertschöpfung speist sich in dieser Dekade lediglich aus den Sozialabgaben (**23.730 Euro**), sie ist nicht steuerpflichtig. Als ihr Kind ausgezogen ist, prägt sie eine generalisierte Angststörung (F41.1) aus, die behandlungsbedürftig ist. Im Alter von 56 Jahren muss sie ihre Erwerbsarbeit aufgeben. Bis zum Eintritt ins Rentenalter entstehen folglich weitere Gesundheitskosten für die Behandlung einer Angststörung (ambulant und stationär über 10 Jahre - **60.460 Euro**) sowie Kosten für Regelsatz, Unterkunft und Heizung in Höhe von - **119.520 Euro**, insgesamt - **270.513 Euro**. Dem steht eine Gesamtwertschöpfung in ihrem Erwerbsverlauf von **116.830 Euro** gegenüber. Im Rentenalter kommen weitere Kosten für die Grundsicherung im Alter hinzu. Frau B. wird 76 Jahre alt.

Die Kosten-Nutzen-Relation dieses Fallbeispiels wird in Abbildung 28 graphisch dargestellt:

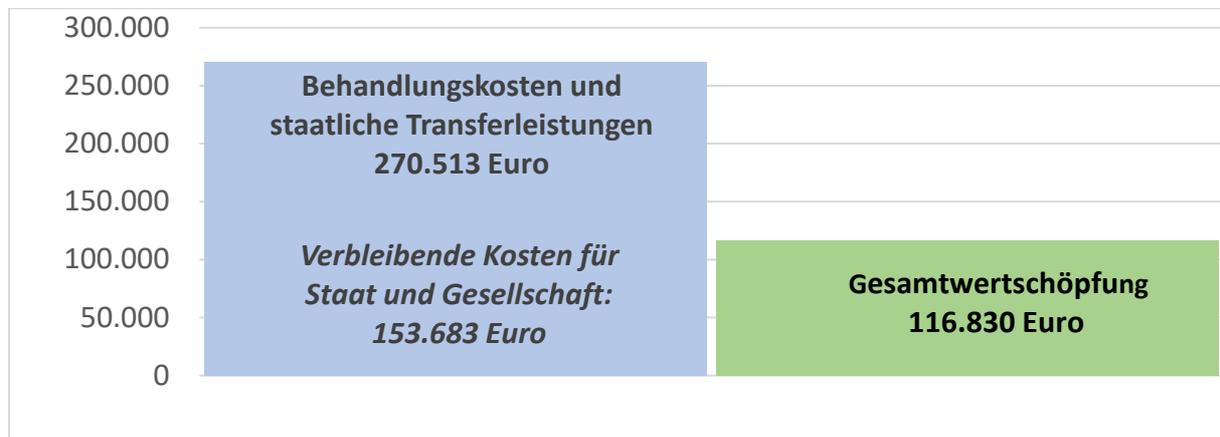


Abbildung 28 Fallbeispiel 1: Kosten-Nutzen-Relation Tochter B. - Szenario ohne Schulgesundheitsfachkraft (lebenslaufbezogen)

### 5.1.2.6 Fallbeispiel 2b

**Tochter B., akademisches Herkunftsmilieu, späterer Beruf: Bürokauffrau, ein Kind, nach Scheidung Sozialtransferempfängerin, ländlicher Raum**

**Szenario ohne Schulgesundheitsfachkraft** (lebenslaufbezogen)

Schülerin B. lebt mit ihren Eltern im ländlichen Raum. Aufgrund des Fehlens einer Schulgesundheitsfachkraft kommt es zu langen Fahrzeiten zu verschiedenen behandelnden Ärzten und zu einer suboptimalen Behandlung ihrer depressiven Störung mit nichtsuizidalem selbstverletzendem Verhalten (NSSV), so dass sie am Ende ihrer Schulzeit nur dem Mittleren Schulabschluss und danach einen Ausbildungsabschluss als Bürokauffrau erreicht. Wegen der täglich langen Arbeitswege übernimmt sie lediglich eine Teilzeitstelle von 20 Wochenstunden. Sie bezieht einen Bruttolohn von 1.100 Euro und generiert bis zur Geburt ihres Kindes jährlich 2.688 Euro, d.h. in den 15 Jahren ihrer Erwerbstätigkeit (Steuerklasse 1) lediglich **40.320 Euro**.

Nach ihrer Scheidung kommen nochmal **23.730 Euro** an Wertschöpfung durch ihre Teilzeitstelle hinzu (insgesamt: **64.050 Euro**). Im Vergleich mit dem Szenario 2a im städtischen Kontext ist die Wertschöpfung durch eigene Erwerbsarbeit von Franziska B. bis zur Geburt ihres Kindes bei gleicher Qualifikation dementsprechend erheblich geringer, die Kosten für den Staat entsprechend höher, d.h. um 49.780 Euro (**- 203.463 Euro**).

### 5.1.2.7 Fallbeispiel 2c in Kombination mit 2a

**Schülerin B., akademisches Herkunftsmilieu, späterer Beruf: Bürokauffrau, nach Scheidung Sozialhilfeempfängerin, 1 Kind und Mutter B., Richterin im öffentlichen Dienst**

**Familiensystemische Perspektive - Szenario ohne Schulgesundheitsfachkraft**

In **familiensystemischer** Perspektive wird berücksichtigt, dass die chronische Erkrankung von Schülerin B. aufgrund des damit einhergehenden erhöhten Unterstützungs- und Betreuungsbedarfs dazu führt, dass Mutter B. ihre Berufstätigkeit für zwei Jahre aufgibt. Aufgrund des Fehlens einer fachlich versierten Ansprechperson (Schulgesundheitsfachkraft) in Schule und der teils erheblichen räumlichen Distanzen zum medizinischen Versorgungssystem, die häufig aufgesucht werden, treffen Mutter B. und ihr Mann diese Entscheidung.

Dadurch verzichtet Mutter B. auf ihr monatliches Nettoeinkommen von 2.834 Euro (monatlichen Bruttolohn von 4.560 Euro). Volkswirtschaftlich bedeutet das, dass im Zeitraum zwischen dem 16. und 18. Lebensjahr ihrer Tochter, als diese psychisch erkrankt, für Mutter B. ein Wertschöpfungsverlust in Höhe von **- 41.424 Euro** entsteht.

Im Szenario ohne Schulgesundheitsfachkraft wird folglich in familiensystemischer Perspektive insgesamt kein Wertschöpfungsgewinn generiert, sondern ein Verlust von - **311.937 Euro**. (Mutter B.: - **41.424 Euro** und die Gesundheits- und staatliche Transferkosten für Tochter B. = - **270.513 Euro**). Diese Kosten werden durch die Wertschöpfung von Tochter B. bis zur Geburt ihres einzigen Kindes und nach ihrer Scheidung um 116.830 Euro gemindert. Es verbleiben Kosten bzw. Wertschöpfungsverluste von insgesamt - **195.107 Euro**.

#### 5.1.2.8 Fallbeispiel 2d

**Schülerin B., akademisches Herkunftsmilieu, späterer Beruf: Optikerin, nach Scheidung Sozialhilfeempfängerin, 1 Kind und Mutter B., Richterin im öffentlichen Dienst, ländlicher Raum**

##### Familiensystemische Perspektive - Szenario ohne Schulgesundheitsfachkraft

In **familiensystemischer** Perspektive wird im Szenario ohne SGFK schließlich berücksichtigt, dass die depressive Störung mit nichtsuizidalem selbstverletzendem Verhalten (NSSV) von Schülerin B. aufgrund des damit einhergehenden erhöhten Unterstützungs- und Betreuungsbedarfs dazu führt, dass Mutter B. ihre Berufstätigkeit für zwei Jahre aufgibt. Aufgrund des fehlenden schulischen Netzwerks mit einer fachlich versierten Ansprechperson und der teils erheblichen räumlichen Distanzen zu Ärzten und Therapeuten, die in elterlicher Verantwortung häufig aufgesucht und individuell arrangiert werden (müssen), treffen Mutter A. und ihr Mann diese Entscheidung.

Dadurch verzichtet Mutter B. auf ihr monatliches Nettoeinkommen von 2.834 Euro (monatlichen Bruttolohn von 4.560 Euro). Volkswirtschaftlich bedeutet das, dass im Zeitraum zwischen dem 16. und 18. Lebensjahr ihrer Tochter, als diese psychisch erkrankt, für Mutter B. ein Wertschöpfungsverlust in Höhe von - **41.424 Euro** entsteht.

Im Szenario ohne Schulgesundheitsfachkraft im ländlichen Raum wird folglich in familiensystemischer Perspektive insgesamt kein Wertschöpfungsgewinn generiert, sondern ein Verlust von - **311.937 Euro**. (Mutter B.: - **41.424 Euro** und die Gesundheits- und staatliche Transferkosten für Tochter B. = - **270.513 Euro**). Diese Kosten werden durch die im Vergleich mit dem städtischen Kontext geringere Wertschöpfung von Tochter B. bis zur Geburt ihres einzigen Kindes und nach ihrer Scheidung um lediglich **64.050 Euro** gemindert.

Somit kommt es in diesem Szenario von Familie B. im ländlichen Raum in familiensystemischer Perspektive nicht zur Generierung eines Wertschöpfungsgewinns, sondern zu einem noch größeren Wertschöpfungsverlust.

Der Kostenvergleich (Abbildung 29) zeigt, dass es sich im Szenario mit einer Schulgesundheitsfachkraft um vorausschauende, relativ bescheidene Investitionen handelt, die im weiteren Lebensverlauf von Frau B. einen hohen individuellen, aber auch volkswirtschaftlichen Nutzen generieren. Demgegenüber wird im Szenario ohne Schulgesundheitsfachkraft eine vergleichsweise geringe Wertschöpfung erzielt, die nur einen Teil der lebenslaufbezogenen staatlichen Transferleistungen sowie der Gesundheitskosten tilgt. Im Rentenalter kommen weitere Kosten (z. B. Grundsicherung im Alter) hinzu.

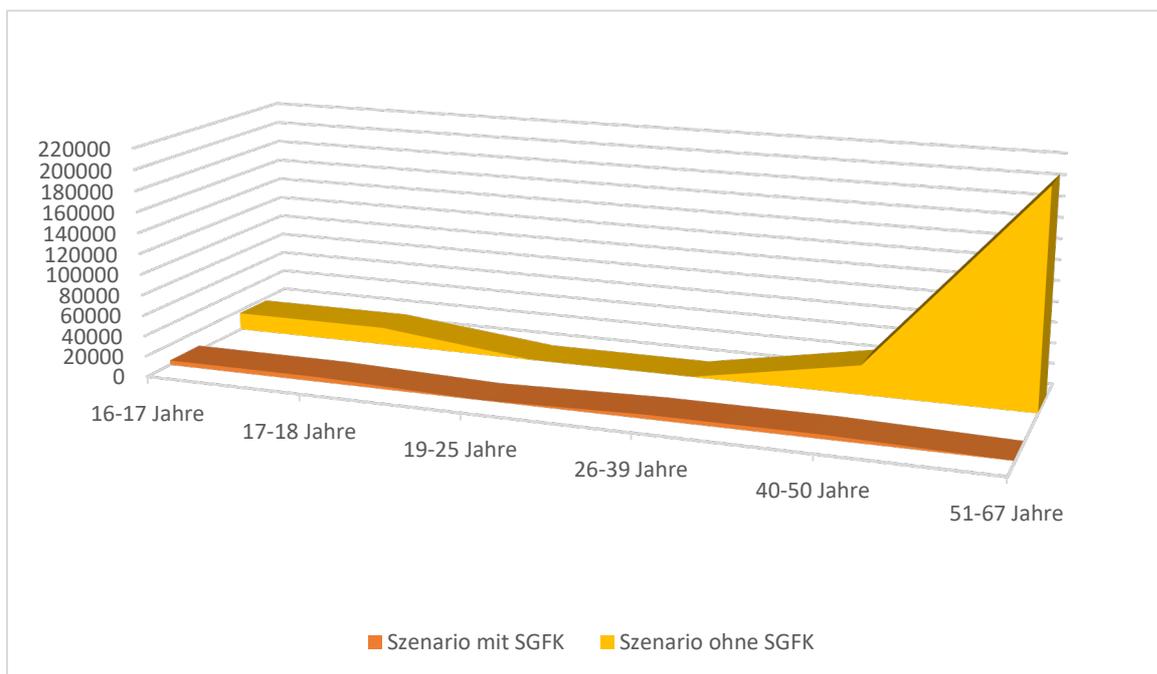


Abbildung 29 Fallbeispiel 2: Kostenvergleich der beiden Szenarien mit SGFK und ohne SGFK in der Lebensverlaufsperspektive (Individuums bezögen) Quelle: Berechnung nach Meier-Gräwe

\*Die Behandlungskosten für die psychische Erkrankung im weiteren Lebensverlauf (z. B. Kosten für eine Pharmakotherapie) werden hier nicht berücksichtigt, da sie in jedem Fall aufgebracht werden müssen.

Noch offensichtlicher wird die Präsenz von versierten und gut vernetzten Schulgesundheitsfachkräften im ländlichen Raum: Die Kosten dafür sowie für diverse Vereinbarkeitsmaßnahmen wie subventionierte Gutscheine für haushaltsnahe Dienstleistungen sind im Vergleich zu den Wertschöpfungsgewinnen, die Mütter in ihrer Erwerbsbiographie generieren, wenn sie ihre qualifizierte Berufstätigkeit nach Erkrankung ihres Kindes nicht aufgeben müssen, vergleichsweise gering. Im Szenario mit einer Schulgesundheitsfachkraft wäre Franziska B. auf-

grund ihrer kontinuierlichen Erwerbstätigkeit selbst im Scheidungsfall in der Lage, ihren Unterhalt selbständig zu erwirtschaften und bliebe auch im Rentenalter unabhängig von staatlichen Transferleistungen.

Insgesamt bestätigt sich auch in diesem Fallbeispiel die Relevanz der Prävention im Kontext der Aussage: „An ounce of prevention is better than a pound of cure.“

Sehr eindrücklich zeigt sich das auch in den nachfolgenden Tabellen 13 und 14:

	Szenario mit Schulgesundheitsfachkraft	Szenario ohne Schulgesundheitsfachkraft
Einnahmen für den Staat	720.900 Euro	116.830 Euro
Kosten für den Staat	- 16.950 Euro <sup>1</sup>	- 270.513 Euro <sup>2</sup>
<b>= Nettoertrag</b>	<b>703.950 Euro</b>	<b>- 153.683 Euro</b>
<b><u>Einnahmen</u> für den Staat bzw. verbleibende Kosten</b>		
	Kosten <sup>1)</sup> : Gesundheitskosten und Vernetzungskosten	Kosten <sup>2)</sup> : Gesundheitskosten und Transferleistungen

Tabelle 13 Vergleich der beiden Szenarien

	Szenario mit Schulgesundheitsfachkraft	Szenario ohne Schulgesundheitsfachkraft
Einnahmen für den Staat	762.324 Euro	116.830 Euro
Kosten für den Staat	- 19.254 Euro <sup>1</sup>	- 270.513 Euro <sup>2</sup>
<b>= Nettoertrag</b>	<b>743.070 Euro</b>	<b>- 195.107 Euro*</b>
<b><u>Einnahmen</u> für den Staat bzw. verbleibende Kosten und entgangene schöpfung</b>		
	Kosten <sup>1)</sup> : Gesundheits- und Vernetzungskosten sowie für HHDL im städtischen Kontext	Kosten <sup>2)</sup> : Gesundheitskosten und Transferleistungen

Tabelle 14 Vergleich der beiden Szenarien (familiensystemische Perspektive, bezogen auf Schülerin. A. und ihre Mutter)

\* Diese Negativsumme entsteht durch die Differenz der Wertschöpfung von Tochter B. in Höhe von 116.830 Euro und dem Wertschöpfungsverlust von Mutter B. in Höhe von - 41.424 Euro, weil sie ihre Erwerbstätigkeit nach der chronischen Erkrankung ihrer Tochter für einen Zeitraum von 2 Jahren unterbricht sowie durch die Gesundheits- und staatliche Transferkosten für Franziska B. im Lebensverlauf. Im ländlichen Raum fällt dieser Wertschöpfungsverlust noch höher aus, da Franziska B. wegen der weiten Entfernung zwischen Arbeitsplatz und Wohnort schon vor der Geburt ihres ersten Kindes lediglich 20 Wochenstunden im erlernten Beruf arbeitet und in diesem Zeitraum lediglich 40.320 Euro an Wertschöpfung erzielt.

Die Ergebnisse der vorliegenden Kosten-Nutzen-Fall-Analyse bei Diagnose einer depressiven Störung mit NSSV im schulischen Kontext, die nach Rückführung der Schülerin in ihre Schulklasse eine sofortige engmaschige Unterstützung im Setting „Schule“ mit zusätzlichen Schulgesundheitsfachkräften, Schulsozialarbeiter\*innen, aber auch mit einer erweiterten therapeutischen-psychologischen Fachexpertise die komplexen Anforderungen gelingender Bildungs- und Gesundheitsbiographien dieser Jugendlichen gut zu bewältigen sind. Außerdem wird in familiensystemischer Perspektive deutlich, wie dringend notwendig es ist, im Fall einer solchen Diagnose im Interesse der Stabilisierung der Erwerbsbiographien und der Gesundheit der elterlichen Bezugspersonen weitgehende Entlastungen zu ihrer Gesunderhaltung bereitgestellt werden müssen (Zuschüsse für haushaltsnahe Dienstleistungen, Hol- und Bringdienste im ländlichen Raum etc.). Diese Forderung fügt sich ein in den überfälligen Strukturwandel der bundesdeutschen Gesellschaft, eine gesundheitsförderliche und alltagsunterstützende Dienstleistungsökonomie von guter Qualität als zweites Standbein einer zukunftsfähigen Volkswirtschaft voranzubringen und zwar auf Augenhöhe mit der digitalisierten Fach- und Wissensarbeit im Zeitalter von Industrie 4.0.

Wang et al hatten 2014 in ihrer „Cost-Benefit“- Studie zum Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften in 78 Schulbezirken in den USA geschätzt, dass allein im Schuljahr 2009/10 für jeden investierten Dollar, der in das Programm investiert wurde, die Gesellschaft 2,20 Dollar gewinnt. (Wang, et al., 2014)

Das hier methodisch im Anschluss an die Kosten-Nutzen-Analyse für Frühe Hilfen (Meier-Gräwe & Wagenknecht, 2011) erstellte Lebenslauf-Szenario (Individuums bezogen) nach der Diagnose einer psychischen Störung bei Schülerin Franziska B. zeigt eindrücklich, dass die Earn-back-Effekte des Einsatzes einer Schulgesundheitsfachkraft deutlich höher ausfallen als bei der Betrachtung in lediglich einem Schuljahr: Im Szenario mit Schulgesundheitsfachkraft des Fallbeispiels (Akademisches Milieu im städtischen Kontext) generiert jeder investierte Euro für die SGFK und für zwei Erholungskuren im weiteren Lebensverlauf bis zum Erreichen des Rentenalters **42,53 Euro**. In familiensystemischer Perspektive ist der Earn-back-Effekt mit **39,59 Euro** nur etwas geringer.

## 5.2 Auswirkungen des Einsatzes einer Schulgesundheitsfachkraft auf das Unfallgeschehen

Im folgenden Abschnitt werden die Auswirkungen des Einsatzes einer Schulgesundheitsfachkraft auf das Unfallgeschehen an der jeweiligen Einsatzschule untersucht. Die RKI Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) erhebt in regelmäßigen Abständen Daten zu Kinderunfällen. Während der Folgerhebung (KiGGS Welle 2, 2014–2017) erlitten 16,5 % der 1 bis 17-jährigen Kinder innerhalb von 12 Monaten Unfälle mit ärztlicher Behandlungsnotwendigkeit. (Saß, Kuhnert, & Gutsche, 2018) Weiterhin erlitten im Jahr 2019 nach den Statistiken der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) 10 % aller Schülerinnen und Schüler an allgemeinbildenden Schulen einen meldepflichtigen Unfall. (DGUV IV, 2020) Daraus lässt sich ein Handlungsbedarf ableiten, dem durch einen Einsatz einer Schulgesundheitsfachkraft nachgekommen werden könnte. Aufgrund ihrer Qualifikation und ihres Aufgabenprofils ist die Schulgesundheitsfachkraft an ihrer Schule meist die hauptverantwortliche Person bei der Bewältigung verschiedener Unfallszenarien. Sie hat großen Einfluss auf Abläufe und Handlungsketten nach einem Unfallgeschehen und bestimmt somit die Einflüsse auf betroffene Schülerinnen und Schüler, deren Familien, das Schulpersonal und nicht zuletzt auf die entstehenden Kosten durch eingeleitete Prozeduren. Der Tätigkeitsbereich einer Schulgesundheitsfachkraft erstreckt sich von der Erstversorgung nach Verletzungen durch Unfälle oder tätlicher Auseinandersetzungen, über die Beruhigung verletzter Schülerinnen und Schüler durch Gespräche, kleinere Wunderversorgungen, Elterngespräche, Rückführungen in den Unterricht, bis hin zur Notfallpflege und der Organisation des Rettungsdienstes. (Elsässer G BH, 2020)

Aus diesem Tätigkeitsprofil ergeben sich eine Reihe von nicht- oder bedingt monetär bezifferbaren Entlastungseffekten für betroffene Schülerinnen und Schüler, deren Familien und das Schulpersonal. Nach den Ergebnissen der Studie zur Schulgesundheitspflege an allgemeinbildenden Schulen (SPLASH) des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité Berlin fühlen sich Eltern und Lehrende durch einen Einsatz einer Schulgesundheitsfachkraft deutlich entlastet. (SPLASH II, Tannen, Yvonne, Ebert, & Ewers, 2018) So trägt die Schulgesundheitsfachkraft zur Entlastung von Schulsekretariaten und Lehrerinnen und Lehrer durch die Befreiung von fachfremden Aufgaben wie zum Beispiel der Ersten-Hilfe bei. (SPLASH II, Tannen, Yvonne, Ebert, & Ewers, 2018) (Wang, et al., 2014) Im zweiten Teil der SPLASH Studie wird eine anonyme Lehrerin an einer Schule mit einer Schulgesundheitsfachkraft mit folgenden Worten zitiert:

*„Mich beruhigt es Fachpersonal in diesem Sinne an der Schule zu haben. Zu wissen, da ist jemand, der im Notfall kompetent handelt, fachgerecht handelt. Weil wir haben zwar teilweise unsere Ersthelferausbildung. Aber wissen in manchen Momenten gar*

*nicht: Was mache ich so schnell? Und: Was mache ich richtig? Und: Was mache ich falsch? Auch für uns Lehrer ist es schön, dass wir mal nachfragen können: Wie hast du das gemacht? Oder: Wie wird das gemacht? Dass man selbst nochmal Input durch die Schulgesundheitsfachkraft bekommt.“ (SPLASH II, Tannen, Yvonne, Ebert, & Ewers, 2018)*

Durch die Versorgung kleinerer Wunden vor Ort können Arztbesuche und Rettungsdiensteinsätze vermieden werden. Dadurch wird an Schulen mit Schulgesundheitsfachkräften eine häufigere direkte Rückkehr verunfallter Schülerinnen und Schüler in den Unterricht ermöglicht. (SPLASH II, Tannen, Yvonne, Ebert, & Ewers, 2018) (Wang, et al., 2014) Diese führt wiederum zu weniger schulischen Fehlzeiten und stellt dadurch einen Beitrag zur Sicherung der Bildungsteilhabe dar. (Wyman, 2005) (Paulus & Petzel, Evaluation des Modellprojekts des Modellprojekts Schulgesundheitsfachkräfte in Brandenburg: Effekte im Bereich Bildung Endbericht, 2018) Weiterhin entstehen durch einen Einsatz einer Schulgesundheitsfachkraft Entlastungseffekte für die Familien der Schülerinnen und Schüler. Da verunfallte oder erkrankte Kinder von einer Schulgesundheitsfachkraft bis zum Schulschluss betreut werden können, müssen deren Eltern seltener ihren Arbeitsplatz verlassen und können so verlässlicher ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen. (Wang, et al., 2014)

Einfacher monetär zu beziffern sind Entlastungseffekte durch vermiedene Rettungswageneinsätze (RTW-Einsätze) und eingesparte Kosten durch ärztliche Heilbehandlungen. Im Folgenden werden gemeinsam mit den Unfallkassen der Länder Brandenburg und Hessen (UKBB und UKH) sowie dem Hessischen Kultusministerium (HKM) die Effekte eines Einsatzes einer Schulgesundheitsfachkraft auf das Unfallgeschehen untersucht. An Brandenburger und Hessischen Schulen mit Schulgesundheitsfachkräften wurde die Anzahl der Rettungswageneinsätze im Vergleich zu anderen Schulen gleichen Typs analysiert. Ergänzend wurde eine Prä-Post-Analyse an den jeweiligen Schulen mit Schulgesundheitsfachkräften durchgeführt, um den direkten Effekt des Einsatzes von Schulgesundheitsfachkräften unabhängig von Unterschieden zwischen den Schulen zu beziffern. Da viele Brandenburger Schulen nur anteilig von den jeweiligen Schulgesundheitsfachkräften betreut werden können, wurden den Ergebnissen die jeweiligen Anwesenheitszeiten der Schulgesundheitsfachkräfte gegenübergestellt. An Hessischen Schulen wurden zusätzlich Unterschiede der durchschnittlichen Heilbehandlungskosten pro Unfall an Schulen mit Schulgesundheitsfachkräften und jeweils mehreren Vergleichsschulen betrachtet. Auch hier wurde zusätzlich eine Prä-Post-Analyse durchgeführt. Ein Vergleichsbezug der durchschnittlichen Heilbehandlungskosten an Brandenburger Schulen konnte anhand der zur Verfügung gestellten Datensätze nicht hergestellt werden. Anschließend wurde für beide Bundesländer eine Hochrechnung der möglichen Einsparungen für die

jeweiligen gesetzlichen Unfallversicherungen bei Implementierung von Schulgesundheitsfachkräften im gesamten Bundesland vorgenommen.

Aufgrund der Datenschutzbestimmungen der Unfallkassen Brandenburg und Hessen werden die Namen der jeweiligen Schulen mit Schulgesundheitsfachkräften anonymisiert dargestellt.

### **5.2.1 Analyse der Rettungswageneinsätze pro 100 Schülerinnen und Schülern und Jahr an Brandenburger Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft**

In Zusammenarbeit mit der Unfallkasse Brandenburg wurden die Effekte eines Einsatzes einer Schulgesundheitsfachkraft auf die Anzahl der Rettungswageneinsätze an Schulen mit Schulgesundheitsfachkräften anhand der Leistungsdokumentation der Brandenburger Schulgesundheitsfachkräfte untersucht. Ausgangspunkt ist jeweils eine vergleichende Analyse des Unfallgeschehens an Schulen mit und ohne Schulgesundheitsfachkraft und eine Prä-Post-Analyse an den Brandenburger Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft. Den Ergebnissen an den einzelnen Schulen wurden jeweils die Anwesenheitszeiten der Schulgesundheitsfachkräfte gegenübergestellt. Auf Basis der Ergebnisse wurde anschließend eine Hochrechnung der möglichen Einsparungen für die UKBB bei Implementierung von Schulgesundheitsfachkräften im gesamten Bundesland vorgenommen. Die untersuchten Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft werden in anonymisierter Form dargestellt.

#### **5.2.1.1 Beschreibung der Datensätze in Brandenburg**

Die Unfallkasse Brandenburg stellte für den Zweck dieser Analyse einen Datensatz mit Anzahl und Kosten der Rettungswageneinsätze für die Schuljahre 2016 / 2017 bis 2019 / 2020 bereit.

- Dateiname: SGFK\_Anzahl\_Rettungsdienst
- Dateityp: .docx
- Erstellung: am 02.10.2020 durch Barbara Melcher
- Stand: 12.10.2020
- Versand: am 12.10.2020 durch Barbara Melcher

Das Dokument beinhaltet die Anzahl und Kosten der Versicherungsfälle mit RTW-Einsatz für die Schuljahre 2016 / 2017 bis 2019 / 2020. Es sind 20 Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft gelistet, davon 12 Grund- und acht Oberschulen. Außerdem werden Anzahl und Kosten der Versicherungsfälle mit RTW-Einsatz an allen Brandenburger Grund-/ und Förderschulen und Oberschulen vom Schuljahr 2016 / 2017 bis 2019 / 2020 benannt.

Die AWO Brandenburg e.V. übersandte ein Dokument mit den Einsatzzeiten und den Abwesenheiten der Schulgesundheitsfachkräften an ihren jeweiligen Schulen.

- Dateiname: Modellschulen und SGFK Einsatz + Fehlzeiten 16122020
- Dateityp: .pdf
- Erstellung: am 16.12.2020 durch Stefan Engelbrecht
- Stand: 16.12.2020
- Versand: am 16.12.2020 durch Stefan Engelbrecht

Den jeweiligen Brandenburger Modellschulen werden die durchschnittlichen Einsatzzeiten und die Abwesenheiten der Schulgesundheitsfachkräfte seit Projektbeginn im Februar 2017 zugeordnet.

Die Anzahl der Schülerinnen und Schüler an den jeweiligen Schulen mit Schulgesundheitsfachkräften und an Schulen eines Typs in Brandenburg wurden am 18.06.2020 vom Bildungsserver Berlin Brandenburg des Landesinstituts für Schule und Medien Berlin-Brandenburg abgerufen. Die Website ist erreichbar unter: <https://www.bildung-brandenburg.de/schulportraits> (LISUM, 2020)

### 5.2.1.2 Erläuterung der Vorgehensweise

Der folgende Abschnitt erläutert die Methodik der Berechnung der RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr, die Berechnung der durchschnittlichen RTW-Einsatzkosten in Brandenburg und die Hochrechnung des resultierenden ökonomischen Nutzens für das Land Brandenburg.

#### **Berechnung der Rettungswageneinsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr in Brandenburg**

Da sich jedes Schuljahr aus unterschiedlich vielen Schultagen zusammensetzt, wurden die durchschnittlichen Schultage pro Jahr im Zeitraum von 2016 / 2017 bis 2019 / 2020 ermittelt (Tabelle 15). Für die weiteren Berechnungen wird von einem Schuljahr bestehend aus durchschnittlich 184 Schultagen ausgegangen.

<b>Berechnung eines durchschnittlichen Schuljahres</b>	
<b>Jahr</b>	<b>Schultage</b>
2016 / 2017	192
2017 / 2018	177

2018 / 2019	177
2019 / 2020	190
<b>Ø</b>	<b>184</b>

Tabelle 15 Berechnung der Schultage in einem durchschnittlichen Schuljahr

Die Anzahl der beobachteten Schuljahre einer Schule mit Schulgesundheitsfachkraft wurde aus den vergangenen Schultagen im Beobachtungszeitraum sowie den Schultagen eines durchschnittlichen Schuljahres ermittelt. Eine beispielhafte Berechnung anhand der Grundschule 1 kann Tabelle 16 entnommen werden:

Schule		Grundschule 1
Beobachtungszeitraum	von	04.09.2017
	bis	19.06.2019
Schultage im Beobachtungszeitraum		354
Schultage eines Ø Schuljahres		184
<b>Schuljahre im Beobachtungszeitraum</b>		$\frac{354}{184} = 1,92$

Tabelle 16 Beispiel: Berechnung der Schuljahre im Beobachtungszeitraum

Auch für die jeweilige Anzahl der Schülerinnen und Schüler an den Schulen mit Schulgesundheitsfachkräften wurde ein Mittelwert über den Beobachtungszeitraum gebildet. Für die Grundschule 1 ergibt sich eine durchschnittliche Schülerinnen- und Schüleranzahl von 155,67 (Tabelle 17):

Berechnung der durchschnittlichen SuS-Anzahl im Beobachtungszeitraum		
Schule		Grundschule 1
Beobachtungszeitraum	von	04.09.2017
	bis	19.06.2019
Schuljahr		Anzahl der SuS
2017 / 2018		157
2018 / 2019		154
<b>Ø</b>		<b>155,50</b>
SuS: Schülerinnen und Schüler		

Tabelle 17 Beispiel: Berechnung der durchschnittlichen Schülerinnen und Schüler Anzahl

Die Anzahl der RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr wurde mithilfe der zuvor ermittelten Werte berechnet. Für die Grundschule 1 kann ein Wert von 0,51 RTW-Einsätzen pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr errechnet werden (Tabelle 18):

<b>Berechnung der RTW-Einsätze / 100 SuS / Jahr im Beobachtungszeitraum</b>	
<b>Schule</b>	<b>Grundschule 1</b>
Schuljahre im Beobachtungszeitraum	1,92
SuS	155,67
RTW-Einsätze	2
<b>RTW-Einsätze / 100 SuS / Jahr</b>	$\frac{2}{\frac{155,50}{1,92}} * 100 = 0,67$
SuS: Schülerinnen und Schüler	

Tabelle 18: Beispiel: Berechnung der RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr

Bei der Berechnung des Quotienten wurden die RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr an Schulen des gleichen Typs in Brandenburg als Grundwert verwendet.

### **Hochrechnung in Brandenburg**

Dem von der Unfallkasse Brandenburg übersandten Dokument konnten jeweils, die in einem Schuljahr entstandenen Kosten für RTW-Einsätze nach Schultyp in Brandenburg entnommen werden. Um eine Hochrechnung der möglichen Einsparungen bei Implementierung von Schulgesundheitsfachkräften im gesamten Land vorzunehmen, wurden die zuvor errechneten Einsparpotenziale von den entstandenen Kosten der gesetzlichen Unfallversicherer anteilig abgezogen. Die Hochrechnungen wurden basierend auf den Ergebnissen der Prä-Post-Analyse durchgeführt.

#### **5.2.1.3 Ergebnisse in Brandenburg**

Im Folgenden wird dargestellt welchen Einfluss der Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften auf die Anzahl der RTW-Einsätze an Brandenburger Schulen hat. Dazu wird für Grund- und Oberschulen einerseits ein Vergleich mit allen Schulen gleichen Typs gezogen. Andererseits werden die Ergebnisse jeder Schule mit den jeweiligen RTW-Einsatzzahlen in einem Schuljahr vor dem Einsatz einer Schulgesundheitsfachkraft verglichen. Abschließend werden die durch-

schnittlichen Kosten für RTW-Einsätze an Grund- und Oberschulen berechnet und die möglichen finanziellen Einsparungen bei Einsätzen von Schulgesundheitsfachkräften in ganz Brandenburg beschrieben.

### Vergleich mit allen Brandenburger Schulen gleichen Typs

Die Ergebnisse des Vergleichs der Anzahl der RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr an Brandenburger Grundschulen mit Schulgesundheitsfachkräften mit der Gesamtzahl aller Grundschulen in Brandenburg können Tabelle 19 entnommen werden. Die jeweiligen wöchentlichen Arbeitszeiten der Schulgesundheitsfachkräfte wurden den Ergebnissen gegenübergestellt:

Schule	Ø Anzahl der SuS (17 / 18 bis 18 / 19)	RTW-Einsätze	RTW-Einsätze / 100 SuS / Jahr	wöchentliche Arbeitszeit SGFK	
				Stunden ...	an ... Tagen
Grundschule 1	155,67	2	0,67	14	3
Grundschule 2	454,33	2	0,23	24	3
Grundschule 3	265,50	5	0,98	14	3
Grundschule 4	207,33	2	0,50	20	2,5
Grundschule 5	342,33	8	1,21	20,5	3,5
Grundschule 6	452,33	7	0,80	28	3,3
Grundschule 7	311,33	8	1,34	24	3
Grundschule 8	156,33	1	0,33	16	2
Grundschule 9	324,67	2	0,32	20	3,3
Grundschule 10	315,67	6	0,99	20	3,3
Grundschule 11	379,33	6	0,82	18	3,5
<b>SGFK-Grundschulen*</b>			<b>0,74</b>	<b>19,5</b>	<b>3</b>
<b>Standardabweichung</b>			<b>0,37</b>	-	
<b>Grundschulen in Brandenburg</b>	117.657	2077	<b>0,71</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Quotient</b>			<b>0,95</b>	-	
SuS: Schülerinnen und Schüler					
SGFK: Schulgesundheitsfachkraft					
*Aufgrund eines extremen statistischen Ausreißers (sehr viele RTW-Einsätze bei sehr geringer Schülerzahl) wurde eine Schule von der Betrachtung ausgenommen.					

Tabelle 19: RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr an Brandenburger Grundschulen mit Schulgesundheitsfachkraft im Vergleich mit allen Brandenburger Grundschulen

Die Tabelle zeigt, dass an Brandenburger Grundschulen mit Schulgesundheitsfachkraft durchschnittlich 0,74 RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr gefahren wurden. Die Standardabweichung der Streuung um den Mittelwert liegt bei 0,37. Dabei wurden während der Schuljahre 17 / 18 und 18 / 19 an jeder der beobachteten Schulen RTW-Einsätze gefahren. An allen Grundschulen in Brandenburg wurden im selben Zeitraum durchschnittlich 0,71 RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr gefahren.

Somit fanden an Brandenburger Grundschulen mit Schulgesundheitsfachkräften mehr RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr statt als an allen Brandenburger Grundschulen. Der Quotient beträgt 0,95. An fünf von zwölf Grundschulen mit Schulgesundheitsfachkräften wurde der Vergleichswert unterschritten.

Die wöchentliche Arbeitszeit der Schulgesundheitsfachkräfte betrug im beobachteten Zeitraum durchschnittlich 19,5 Stunden an drei Einsatztagen.

Die Ergebnisse des Vergleichs der Anzahl der RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr an Brandenburger Oberschulen mit Schulgesundheitsfachkräften mit allen Oberschulen in Brandenburg können Tabelle 20 entnommen werden. Die jeweiligen wöchentlichen Arbeitszeiten der Schulgesundheitsfachkräfte wurden den Ergebnissen gegenübergestellt:

Schule	Ø Anzahl der SuS (17 / 18 bis 18 / 19)	RTW-Einsätze	RTW-Einsätze / 100 SuS / Jahr	wöchentliche Arbeitszeit SGFK	
				Stunden ...	an ... Tagen
<b>Oberschule 1</b>	700,67	14	1,04	40	5
<b>Oberschule 2</b>	310,33	3	0,50	22	4
<b>Oberschule 3</b>	167,33	3	0,93	16	3
<b>Oberschule 4</b>	318,00	9	1,47	24	3
				In 2018 4 Monate unbesetzt	
<b>Oberschule 5</b>	342,00	15	2,28	16	2
<b>Oberschule 6</b>	250,33	6	1,25	18	3,5
<b>Oberschule 7</b>	531,00	6	0,59	24	3
<b>Oberschule 8</b>	1113,67	8	0,39	40	5
<b>SGFK-Oberschulen</b>			<b>1,06</b>	<b>25</b>	<b>3,6</b>
<b>Standardabweichung</b>			<b>0,62</b>	-	
<b>Oberschulen in Brandenburg</b>	43212,67	2317	<b>2,14</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

<b>Quotient</b>	<b>2,03</b>	-
SuS: Schülerinnen und Schüler		
SGFK: Schulgesundheitsfachkraft		

Tabelle 20: RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr an Brandenburger Oberschulen mit Schulgesundheitsfachkraft im Vergleich mit allen Brandenburger Oberschulen

An Brandenburger Oberschulen mit Schulgesundheitsfachkräften fanden im Beobachtungszeitraum durchschnittlich 1,06 RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr statt. Die Standardabweichung beträgt 0,62. Dabei wurden an allen betreffenden Schulen Einsätze gefahren. An allen Oberschulen in Brandenburg haben Während der Schuljahre 17 / 18 und 18 / 19 durchschnittlich 2,14 RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr stattgefunden.

Somit wurden in Brandenburg an Oberschulen mit Schulgesundheitsfachkraft 2,03-mal weniger RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr gefahren als an allen Brandenburger Oberschulen. Der Vergleichswert wurde sieben von acht Oberschulen mit Schulgesundheitsfachkraft unterschritten.

Die wöchentliche Arbeitszeit der Schulgesundheitsfachkräfte betrug im beobachteten Zeitraum durchschnittlich 25 Stunden an 3,6 Einsatztagen. Dabei war die Oberschule 4 im Jahr 2018 für vier Monate unbesetzt.

### Prä-Post Analyse der Brandenburger Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft

Die Ergebnisse der Prä-Post-Schulgesundheitsfachkraft-Analyse der Anzahl der RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr an Brandenburger Grundschulen mit Schulgesundheitsfachkraft können Tabelle 21 entnommen werden. Die jeweiligen wöchentlichen Arbeitszeiten der Schulgesundheitsfachkräfte wurden den Ergebnissen gegenübergestellt:

Schule	RTW-Einsätze / 100 SuS / Jahr		wöchentliche Arbeitszeit SGFK	
	Prä (16 / 17)	Post (17 / 18 bis 18 / 19)	... Stunden	an ... Tagen
<b>Grundschule 1</b>	1,23	0,67	14	3
<b>Grundschule 2</b>	1,05	0,23	24	3
<b>Grundschule 3</b>	0,72	0,98	14	3
<b>Grundschule 4</b>	0,46	0,50	20	2,5
<b>Grundschule 5</b>	1,68	1,21	20,5	3,5
<b>Grundschule 6</b>	0,21	0,80	28	3,3
<b>Grundschule 7</b>	0,62	1,34	24	3
<b>Grundschule 8</b>	0,00	0,33	16	2

<b>Grundschule 9</b>	0,59	0,32	20	3,3
<b>Grundschule 10</b>	2,13	0,99	20	3,3
<b>Grundschule 11</b>	1,01	0,82	18	3,5
<b>SGFK-Grundschulen*</b>	<b>0,88</b>	<b>0,74</b>	<b>19,5</b>	<b>3</b>
<b>Standardabweichung</b>	<b>0,63</b>	<b>0,37</b>	-	
<b>Quotient</b>	<b>1,19</b>		-	
SuS: Schülerinnen und Schüler SGFK: Schulgesundheitsfachkraft				
*Aufgrund eines extremen statistischen Ausreißers (sehr viele RTW-Einsätze bei sehr geringer Schülerzahl) wurde eine Schule von der Betrachtung ausgenommen.				

Tabelle 21: Prä-Post-Schulgesundheitsfachkraft Analyse der RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr an Brandenburger Grundschulen mit Schulgesundheitsfachkraft

Insgesamt fanden an den beobachteten Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft durchschnittlich 1,19-mal weniger RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr statt als ohne Schulgesundheitsfachkraft. Im Schuljahr 2016 / 2017 fanden an zehn von elf Schulen RTW-Einsätze statt. Der Mittelwert der Prä-Betrachtung liegt bei 0,88 RTW-Einsätzen pro 100 Schülerinnen und Schülern. Die Standardabweichung beträgt 0,63. An fünf von elf Grundschulen wurde der Prä-Wert während des Einsatzes der Schulgesundheitsfachkraft überschritten.

Die Ergebnisse der Prä-Post-Schulgesundheitsfachkraft-Analyse der Anzahl der RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr an Brandenburger Oberschulen mit Schulgesundheitsfachkraft können Tabelle 22 entnommen werden. Die jeweiligen wöchentlichen Arbeitszeiten der Schulgesundheitsfachkräfte wurden den Ergebnissen gegenübergestellt:

Schule	RTW-Einsätze / 100 SuS / Jahr		wöchentliche Arbeitszeit SGFK	
	Prä (16 / 17)	Post (18 / 19 bis 19 / 20)	Stunden ...	an ... Tagen
<b>Oberschule 1</b>	0,68	1,04	40	5
<b>Oberschule 2</b>	0,31	0,50	22	4
<b>Oberschule 3</b>	2,29	0,93	16	3
<b>Oberschule 4</b>	0,90	1,47	24	3
			In 2018 4 Monate unbesetzt	
<b>Oberschule 5</b>	1,40	2,28	16	2
<b>Oberschule 6</b>	3,06	1,25	18	3,5
<b>Oberschule 6</b>	0,32	0,59	24	3

<b>Oberschule 8</b>	0,80	0,39	40	5
<b>SGFK-Oberschulen</b>	<b>1,22</b>	<b>1,06</b>	<b>25</b>	<b>3,6</b>
<b>Standard- abweichung</b>	<b>0,98</b>	<b>0,62</b>	-	
<b>Quotient</b>	<b>1,15</b>		-	
SuS: Schülerinnen und Schüler				
SGFK: Schulgesundheitsfachkraft				

Tabelle 22: Prä-Post-Schulgesundheitsfachkraft Analyse der RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr an Brandenburger Oberschulen mit Schulgesundheitsfachkraft

Insgesamt fanden an den beobachteten Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft durchschnittlich 1,15-mal weniger RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr statt als ohne Schulgesundheitsfachkraft. Der Mittelwert der Prä-Analyse beträgt 1,22 RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schülern. Die Standardabweichung liegt bei 0,98. Im Schuljahr 2016 / 2017 fanden an allen beobachteten Schulen Rettungswageneinsätze statt. An drei von acht Schulen wurde der Prä-Wert während des Einsatzes von Schulgesundheitsfachkräften unterschritten.

### **Hochrechnung: Mögliche Einsparungen durch landesweiten Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften in Brandenburg**

Die möglichen Einsparungen durch vermiedene RTW-Einsätze an Brandenburger Schulen bei einem landesweiten Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften sind in Tabelle 23 dargestellt. Die Schuljahre 2016 / 2017 bis 2018 / 2019 werden retrospektiv betrachtet.

<b>Hochrechnung der möglichen Einsparungen durch vermiedene RTW-Einsätze an Brandenburger Grund- und Oberschulen</b>		
<b>Zeitraum</b>	<b>Kosten für Krankentransport</b>	<b>mögliche Einsparungen mit SGFK</b>
Grundschulen		Prä-Post-Analyse (Quotient: 1,19)
2016 / 2017	641.958,21 €	102.000 €
2017 / 2018	669.064,61 €	107.000 €
2018 / 2019	750.561,69 €	120.000 €
Oberschulen		Prä-Post-Analyse (Quotient: 1,15)
2016 / 2017	793.918,56 €	104.000 €
2017 / 2018	799.026,77 €	104.000 €
2018 / 2019	859.904,07 €	112.000 €

## SGFK: Schulgesundheitsfachkraft

Tabelle 23: Hochrechnung der möglichen Einsparungen durch vermiedene RTW-Einsätze an Brandenburger Grund- und Oberschulen

Unabhängig vom Schultyp zeigen sich ähnliche Einsparpotenziale. Die Ergebnisse der Prä-Post-Analyse Brandenburger Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft, ergeben an Grund- und Oberschulen landesweit ein jährliches Einsparpotenzial zwischen 102.000 € und 112.000 €. Pro 1.000 Brandenburger Schülerinnen und Schüler an Grundschulen beträgt das jährliche Einsparpotenzial etwa 900 €. An Brandenburger Oberschulen beträgt es etwa 2600 €.

### 5.2.2 Analyse der durchschnittlichen Heilbehandlungskosten pro Unfall an Hessischen Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft

Analog zu der Brandenburger Analyse wurden in Zusammenarbeit mit der Unfallkasse Hessen die Effekte eines Einsatzes von Schulgesundheitsfachkräften auf die Anzahl der Rettungswageneinsätze an Schule mit Schulgesundheitsfachkraft untersucht. Anschließend an die jeweilige vergleichende Analyse des Unfallgeschehens an Schulen mit und ohne Schulgesundheitsfachkraft und einer Prä-Post-Analyse an den Hessischen Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft wurde eine Hochrechnung der möglichen Einsparungen für die UKH bei Implementierung von Schulgesundheitsfachkräften im ganz Hessen vorgenommen. Die untersuchten Schulen mit Schulgesundheitsfachkräften werden in anonymisierter Form dargestellt.

#### 5.2.2.1 Beschreibung der Datensätze in Hessen

Die Unfallkasse Hessen stellte in zwei Dokumenten Informationen mit Anzahl und Kosten der Rettungswageneinsätze bereit.

1. Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft und alle Hessischen Schulen 2015 / 2016 und 2016 / 2017
  - Dateiname: SUV Schuljahr 2015-2017 Schulunfälle und Transportkosten an Schulen mit ...
  - Dateityp: .xlsx
  - Erstellung: am 27.08.2020 durch Christof Jochheim
  - Stand: 27.08.2020
  - Versand: am 28.08.2020 durch Michael Protsch
2. Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft 2017 / 2018 und 2018 / 2019
  - Dateiname: SUV 2017-2019 Transportkosten Schulen mit Schulgesundheitsfachkräften
  - Dateityp: .xlsx
  - Erstellung: am 27.10.2020 durch Christof Jochheim

- Stand: 27.10.2020
- Versand: am 27.10.2020 durch Michael Protsch

Die Dokumente listen die Anzahl und Kosten der getätigten Zahlungen für Krankentransporte auf. Dabei werden im Zeitraum der vier Schuljahre von 2015 / 2016 bis 2018 / 2019 speziell die Daten von neun Hessischen Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft aufgeschlüsselt. Darunter sind fünf Gesamtschulen und vier Gymnasien. Außerdem werden Anzahl und Kosten der getätigten Zahlungen für Krankentransporte an allen Hessischen Schulen der Schuljahre 2015 / 2016 und 2016 / 2017 gelistet.

Die Anzahl der Schülerinnen und Schüler an den jeweiligen Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft und an Schulen eines Typs in Hessen wurden am 28.10.2020 von der Webseite des Hessischen Statistischen Landesamtes abgerufen. Sie ist erreichbar unter: <https://statistik.hessen.de/> (HSL, 2020)

#### **5.2.2.2 Erläuterung der Vorgehensweise**

Der Folgende Abschnitt erläutert die Methodik der Berechnung der RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr, die Berechnung der durchschnittlichen RTW-Einsatzkosten in Hessen und die Hochrechnung des resultierenden ökonomischen Nutzens für das gesamte Bundesland im Falle eines flächendeckenden Einsatzes von Schulgesundheitsfachkräften. Da im Rahmen des Hessischen Schulgesundheitsfachkräfteprojektes werden alle Schulen in Vollzeit betreut. Eine Gegenüberstellung der Ergebnisse mit den jeweiligen wöchentlichen Arbeitszeiten der Schulgesundheitsfachkräfte ist somit nicht notwendig.

#### ***Berechnung der Rettungswageneinsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr***

Die Berechnung der RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr erfolgt analog zu der unter 5.2.2.1 beschriebenen Vorgehensweise für die Brandenburger Schulen.

#### ***Hochrechnung***

Den von der UKH zur Verfügung gestellten Dokumenten konnten jeweils die in einem Schuljahr entstandenen Kosten für RTW-Einsätze an allen hessischen Schulen entnommen werden. Die Daten beziehen sich auf die Schuljahre 2015 / 2016 und 2016 / 2017. Um eine Hochrechnung der möglichen Einsparungen bei Implementierung von Schulgesundheitsfachkräften im gesamten Land vorzunehmen, wurden die zuvor errechneten Einsparpotenziale von den entstandenen Kosten anteilig abgezogen. Die Hochrechnungen wurden basierend auf den Ergebnissen der Prä-Post-Analyse durchgeführt.

### 5.2.2.3 Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt wird dargestellt, welchen Einfluss der Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften auf die Anzahl der RTW-Einsätze an Hessischen Schulen hat. Dazu wird für Gymnasien und Gesamtschulen einerseits ein Vergleich mit allen Schulen gleichen Typs gezogen, andererseits werden die Ergebnisse jeder Schule mit den jeweiligen RTW-Einsatzzahlen vor Einsatz der Schulgesundheitsfachkräfte verglichen. Außerdem werden die durchschnittlichen Kosten für RTW-Einsätze an Hessischen Schulen berechnet. Abschließend werden die möglichen finanziellen Einsparungen bei Einsätzen von Schulgesundheitsfachkräften in ganz Hessen beschrieben.

#### **Vergleich mit allen Hessischen Schulen gleichen Typs**

Tabelle 24 zeigt die Ergebnisse des Vergleichs der Anzahl der RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr an Hessischen Gymnasien mit Schulgesundheitsfachkraft mit der Gesamtzahl aller Gymnasien in Hessen:

Schule	Schuljahre	Ø Anzahl der SuS	RTW-Einsätze	RTW-Einsätze / 100 SuS / Jahr
<b>Gymnasium 1</b>	2 (Schuljahre 17 / 18 und 18 / 19)	854	9	0,53
<b>Gymnasium 2</b>		786	5	0,32
<b>Gymnasium 3</b>		1.107	10	0,45
<b>Gymnasium 4</b>		1.124	9	0,40
<b>SGFK-Gymnasien</b>				<b>0,42</b>
<b>Standardabweichung</b>				<b>0,09</b>
<b>Gymnasien in Hessen</b>	2 (Schuljahre 15 / 16 und 16 / 17)	147.714	2.343	<b>0,79</b>
<b>Quotient</b>				<b>1,88</b>
SuS: Schülerinnen und Schüler				
SGFK: Schulgesundheitsfachkraft				

Tabelle 24: RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr an Hessischen Gymnasien mit Schulgesundheitsfachkraft im Vergleich mit allen Hessischen Gymnasien

Der Tabelle kann entnommen werden, dass an Hessischen Gymnasien mit Schulgesundheitsfachkraft durchschnittlich 0,42 RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr gefahren wurden. Die Standardabweichung beträgt 0,09. Dabei fanden im Beobachtungszeitraum an allen Gymnasien mit Schulgesundheitsfachkraft RTW-Einsätze statt. An allen Gymnasien in Hessen wurden während der Schuljahre 2015 / 2016 und 2016 / 2017 durchschnittlich 0,79 RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr gefahren.

Somit waren an Gymnasien mit Schulgesundheitsfachkraft 1,88-mal weniger RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr notwendig als an allen Hessischen Gymnasien. Der Vergleichswert wurde an allen Gymnasien mit Schulgesundheitsfachkraft unterschritten.

Die Ergebnisse des Vergleichs der Anzahl der RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr an Hessischen Gesamtschulen mit Schulgesundheitsfachkraft mit allen Gesamtschulen in Hessen können Tabelle 25 entnommen werden:

Schule	Schuljahre	Ø Anzahl der SuS	RTW-Einsätze	RTW-Einsätze / 100 SuS / Jahr
<b>Gesamtschule 1</b>	2 (Schuljahre 17 / 18 und 18 / 19)	1.215	1	0,04
<b>Gesamtschule 2</b>		999	7	0,35
<b>Gesamtschule 4</b>		431	4	0,46
<b>Gesamtschule 5</b>		702	10	0,71
<b>Gesamtschule 6</b>		914	8	0,44
<b>SGFK-Gesamtschulen</b>				<b>0,39</b>
<b>Standardabweichung</b>				<b>0,24</b>
<b>Gesamtschulen in Hessen</b>	2 (Schuljahre 15 / 16 und 16 / 17)	179.462	2.125	<b>0,59</b>
<b>Quotient</b>				<b>1,51</b>
SuS: Schülerinnen und Schüler				
SGFK: Schulgesundheitsfachkraft				

Tabelle 25: RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr an Hessischen Gesamtschulen mit Schulgesundheitsfachkraft im Vergleich mit allen Hessischen Gesamtschulen

An Hessischen Gesamtschulen mit Schulgesundheitsfachkraft fanden durchschnittlich 0,39 RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr statt. Die Standardabweichung beträgt 0,24. Dabei wurden allen Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft RTW-Einsätze während des Beobachtungszeitraums registriert. An allen Gesamtschulen in Hessen haben während der Schuljahre 2015 / 2016 und 2016 / 2017 durchschnittlich 0,59 RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr stattgefunden.

Somit wurden in Hessischen Gesamtschulen mit Schulgesundheitsfachkraft 2,03-mal weniger RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr gefahren als an allen Hessischen Gesamtschulen. Der Vergleichswert wurde an vier von fünf Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft unterschritten.

## Prä-Post Analyse der Hessischen Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft

Die Ergebnisse der Prä-Post-Schulgesundheitsfachkraft-Analyse der Anzahl der RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr an Hessischen Gymnasien mit Schulgesundheitsfachkraft werden in Tabelle 26 dargestellt:

Schule	RTW-Einsätze / 100 SuS / Jahr	
	Prä (15 / 16 und 16 / 17)	Post (17 / 18 und 18 / 19)
<b>Gymnasium 1</b>	0,82	0,53
<b>Gymnasium 2</b>	0,51	0,32
<b>Gymnasium 3</b>	0,90	0,45
<b>Gymnasium 4</b>	0,89	0,40
<b>SGFK-Gymnasien</b>	<b>0,78</b>	<b>0,42</b>
<b>Standardabweichung</b>	<b>0,18</b>	<b>0,09</b>
<b>Quotient</b>	<b>1,86</b>	
SGFK: Schulgesundheitsfachkraft		

Tabelle 26: Prä-Post- Schulgesundheitsfachkraft Analyse der RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schülern und Jahr an Hessischen Gymnasien mit Schulgesundheitsfachkraft

An den beobachteten Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft fanden durchschnittlich 1,86-mal weniger RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr statt als an jeweils der gleichen Schule ohne Schulgesundheitsfachkraft. Der Mittelwert der Prä-Betrachtung liegt bei 0,78 RTW-Einsätzen pro 100 Schülerinnen und Schülern. Die Standardabweichung beträgt 0,18. Während der Beobachtungszeiträume wurden an allen Gymnasien mit Schulgesundheitsfachkraft RTW-Einsätze gefahren. Dabei wurde der Prä-Wert an keiner Schule unterschritten.

Tabelle 27 stellt die Ergebnisse der Prä-Post-Schulgesundheitsfachkraft-Analyse der Anzahl der RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr an Hessischen Gesamtschulen mit Schulgesundheitsfachkraft dar:

Schule	RTW-Einsätze / 100 SuS / Jahr	
	Prä (15 / 16 und 16 / 17)	Post (17 / 18 und 18 / 19)
<b>Gesamtschule 1</b>	1,28	0,04
<b>Gesamtschule 2</b>	1,05	0,35
<b>Gesamtschule 4</b>	0,23	0,46
<b>Gesamtschule 5</b>	1,78	0,71
<b>Gesamtschule 6</b>	1,59	0,44
<b>SGFK-Gesamtschulen</b>	<b>1,08</b>	<b>0,39</b>

<b>Standardabweichung</b>	<b>0,60</b>	<b>0,24</b>
<b>Quotient</b>	<b>2,77</b>	
SGFK: Schulgesundheitsfachkraft		

Tabelle 27: Prä-Post- Schulgesundheitsfachkraft Analyse der RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr an Hessischen Gesamtschulen mit Schulgesundheitsfachkraft

Insgesamt fanden an den beobachteten Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft durchschnittlich 2,77-mal weniger RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr statt als an der jeweils gleichen Schule ohne Schulgesundheitsfachkraft. Der Mittelwert der Prä-Analyse beträgt bei 1,08 RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schülern. Die Standardabweichung liegt bei 0,60. Während der beiden Beobachtungszeiträume wurden an allen Gesamtschulen RTW-Einsätze gefahren. An allen Schulen wurde der Prä-Wert während des Einsatzes einer Schulgesundheitsfachkraft unterschritten.

### Hochrechnung: Mögliche Einsparungen durch landesweiten Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften in Hessen

In Tabelle 28 werden die möglichen Einsparungen durch vermiedene RTW-Einsätze an Hessischen Schulen bei einem landesweiten Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften an Gymnasien und Gesamtschulen dargestellt. Die Schuljahre 2015 / 2016 und 2016 / 2017 werden retrospektiv betrachtet.

<b>Hochrechnung der möglichen Einsparungen durch vermiedene RTW-Einsätze an Hessischen Gymnasien und Gesamtschulen</b>		
<b>Zeitraum</b>	<b>Kosten für Krankentransport</b>	<b>mögliche Einsparungen mit SGFK</b>
Gymnasien		Prä-Post-Analyse (Quotient: 1,86)
2015 / 2016	422.440,34 €	193.000 €
2016 / 2017	413.428,86 €	189.000 €
Gesamtschulen		Prä-Post-Analyse (Quotient: 2,77)
2015 / 2016	789.784,95 €	504.000 €
2016 / 2017	805.714,71 €	515.000 €
SGFK: Schulgesundheitsfachkraft		

Tabelle 28: Hochrechnung der möglichen Einsparungen durch vermiedene RTW-Einsätze an Hessischen Gymnasien und Gesamtschulen

Abhängig von Schultyp zeigen sich verschiedene Einsparpotenziale. Den Ergebnissen der Analyse an Hessischen Gymnasien folgend, kann ein jährliches Einsparpotenzial von 189.000

€ bis 193.000 € ausgemacht werden. An den Gesamtschulen liegen die Werte zwischen 540.000 € und 515.000 € nach der Prä-Post-Analyse.

Pro 1.000 Hessischen Schülerinnen und Schüler an Gymnasien beträgt das jährliche Einsparpotenzial etwa 1.300 €. Für 1.000 Schülerinnen und Schüler an Gesamtschulen beträgt es etwa 2.900 €.

### 5.2.3 Gegenüberstellung der Ergebnisse von Brandenburg und Hessen

Die Ergebnisse der Analysen der Anzahl der RTW-Einsätze an Brandenburger und Hessischen Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft werden in Tabelle 29 zusammenfassend dargestellt:

Schulform	RTW-Einsätze pro 100 SuS und Jahr			Ergebnisse
	Land	Schulen vor SGFK-Einsatz	SGFK-Schulen	
<b>Grundschulen (BB)</b>	0,71	0,88	0,74	Vergleich BB: 0,05-mal mehr Prä-Post: 1,19-mal weniger
<b>Oberschulen (BB)</b>	2,14	1,22	1,06	Vergleich BB: 2,03-mal weniger Prä-Post: 1,15-mal weniger
<b>Gymnasien (H)</b>	0,79	0,78	0,42	Vergleich H: 1,88-mal weniger Prä-Post: 1,86-mal weniger
<b>Gesamtschulen (H)</b>	0,59	1,08	0,39	Vergleich H: 1,51-mal weniger Prä-Post: 2,77-mal weniger

Tabelle 29: Zusammenfassende Ergebnisdarstellung der RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr in Brandenburg und Hessen

### 5.2.4 Analyse der durchschnittlichen Heilbehandlungskosten pro Unfall an Hessischen Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft

In Zusammenarbeit mit der Unfallkasse Hessen und dem Hessischen Kultusministerium wurden im Folgenden die Effekte eines Einsatzes von Schulgesundheitsfachkräften auf die ärztlichen Heilbehandlungskosten untersucht. Ausgangspunkt sind je eine vergleichende Analyse des Unfallgeschehens an Schulen mit und ohne Schulgesundheitsfachkraft und eine Prä-Post-Analyse des Unfallgeschehens an den Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft. Auf Basis der Ergebnisse wird anschließend eine Hochrechnung der möglichen Einsparungen für die UKH bei Implementierung von Schulgesundheitsfachkräften im gesamten Bundesland vorgenommen. Die untersuchten Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft werden in anonymisierter Form dargestellt.

#### 5.2.4.1 Beschreibung des Datensatzes

Im Folgendem werden zwei Datensätze der UKH mit Unfalldaten der Hessischen Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft und Vergleichsschulen in unterschiedlichen Zeiträumen verwendet.

1. Unfalldaten aller Hessischen Schulen von Schuljahresbeginn 2017 / 2018 bis Ende Dezember 2019
  - Dateiname: Anfrage US\_Schulen\_SGF
  - Dateityp: .xlsx
  - Erstellung: 23.01.2020 durch Michael Protsch
  - Stand: 23.01.2020
  - Versand: am 23.01.2020 durch Michael Protsch

Der Datei können die Heilbehandlungskosten für die einzelnen Unfälle an allen ausgewählten Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft und Vergleichsschulen entnommen werden. Das erste Schulhalbjahr 2019 / 2020 (bis Ende Januar 2020) wurde nicht vollständig erfasst und konnte somit in der Auswertung nicht vollständig abgebildet werden. Es fehlen die Daten aus Januar 2020.

2. Unfalldaten der zukünftigen Hessischen Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft 2015 / 2016 und 2016 / 2017
  - Dateiname: SUV 2015-2017 Heilbehandlungskosten an Schulen mit Schulgesundheitskräften
  - Dateityp: .xlsx
  - Erstellung: 16.11.2018 durch Christof Jochheim
  - Stand: 27.10.2020
  - Versand: am 27.10.2020 durch Michael Protsch

Der Datensatz listet die durchschnittlichen Heilbehandlungskosten pro Unfall an neun zukünftigen Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft in den Schuljahren 2015 / 2016 und 2016 / 2017 auf. Darunter sind fünf Gesamtschulen und vier Gymnasien.

#### 5.2.4.2 Erläuterung der Vorgehensweise

Im folgenden Abschnitt wird die Methodik der Vergleichs- und Prä-Post-Analysen und der Hochrechnung der Ergebnisse auf ganz Hessen erläutert.

## **Auswahl der Vergleichsschulen**

Um für die einzelnen Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft möglichst aussagekräftige Vergleichswerte bilden zu können, wurden Kriterien mit signifikantem statistischem Einfluss auf Anzahl und Kosten von Unfällen an Hessischen Schulen hinzugezogen.

Folgende Kriterien konnten identifiziert werden (Hofmann & Hübner, 2015):

1. Schulform (höchste Auswirkung auf das Unfallgeschehen)
2. Ganztagsprofil (mittlere Auswirkungen auf das Unfallgeschehen)
3. Bevölkerungsdichte im Umfeld (mittlere Auswirkungen auf das Unfallgeschehen)

Innerhalb dieser Kriterien besetzen die Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft folgende Dimensionen:

1. Schulformen
  - 6x Integrierte- und Kooperative Gesamtschulen (IGS und KGS)
  - 4x Gymnasium (GYM)
2. Ganztagsprofil
  - 5x Profil 1 (Ganztagsangebot an mind. 3 Wochentagen bis 14:30 Uhr)
  - 5x Profil 2 (Ganztagsangebot an allen 5 Schultagen bis 17:00 Uhr)
3. Bevölkerungsdichte im Umfeld
  - 6x Großstadt (ab 100.000 Einwohner)
  - 3x Mittelstadt (20.000 bis 100.000 Einwohner)
  - 1x Kleinstadt (5.000 bis 20.000 Einwohner)

Für jede Schule mit Schulgesundheitsfachkraft wurde eine Vergleichsgruppe aus allen Hessischen Schulen gebildet, von denen die genannten Kriterien in Kombination erfüllt werden. Pro Schule mit Schulgesundheitsfachkraft wurden zwischen fünf und 16 Vergleichsschulen identifiziert. Grundlage war ein Datensatz aller Hessischen Ganztagschulen mit Adressinformationen und Informationen zu Schulform und Ganztagsprofil der jeweiligen Schulen. Dieser Datensatz wurde vom Hessischen Kultusministerium zur Verfügung gestellt:

- Dateiname: GTA\_PfdN\_1920\_an\_LSB
- Dateityp: .xlsx
- Erstellung: 02.12.2019 durch Dr. Jutta Alt
- Stand: 02.12.2019
- Versand: am 11.12.2019 durch Ulrich Striegel

Zusätzlich wurde ein Gesamtvergleich aller Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft mit dem Durchschnittswert aller Vergleichsschulen gezogen.

In Tabelle 30 sind alle Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft mit ihren jeweiligen Auswahlkriterien für Vergleichsschulen, sowie deren Anzahl, aufgeschlüsselt:

Schul- typ	Schule	Bevölkerungsdichte im Um- feld	Ganz- tags- profil	Anzahl der Vergleichs- schulen
<b>SGFK-Schulen</b>				
<b>IGS</b>	Gesamtschule 1	Großstadt (ab 100.000 Einwohner)	2	11
<b>IGS</b>	Gesamtschule 2	Großstadt (ab 100.000 Einwohner)	1	6
<b>IGS</b>	Gesamtschule 3	Großstadt (ab 100.000 Einwohner)	1	6
<b>IGS</b>	Gesamtschule 4	Mittelstadt (20.000 bis 100.000 Einwohner)	2	13
<b>IGS</b>	Gesamtschule 5	Mittelstadt (20.000 bis 100.000 Einwohner)	1	6
<b>KGS</b>	Gesamtschule 6	Mittelstadt (20.000 bis 100.000 Einwohner)	1	5
<b>GYM</b>	Gymnasium 1	Großstadt (ab 100.000 Einwohner)	2	16
<b>GYM</b>	Gymnasium 2	Großstadt (ab 100.000 Einwohner)	2	16
<b>GYM</b>	Gymnasium 3	Großstadt (ab 100.000 Einwohner)	2	16
<b>GYM</b>	Gymnasium 4	Kleinstadt (5.000 bis 20.000 Einwohner)	1	8
<b>SGFK: Schulgesundheitsfachkraft</b>				

Tabelle 30: Hessische Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft und jeweilige Anforderungen an Vergleichsschulen

## Datenbereinigung

### Wegeunfälle

Die Statistik der UKH deckt nicht nur Unfälle auf dem Schulgelände, sondern auch Wegeunfälle und Unfälle auf Ausflügen und Klassenfahrten ab. Diese sind Unfallsituationen, auf die

eine Schulgesundheitsfachkraft wenig Einfluss nehmen kann. Da die Angaben zum Unfallort in einzelnen Fällen widersprüchlich sind, konnten diese Fälle nicht klar zugeordnet werden. Aus diesem Grund werden Unfälle außerhalb des Schulgeländes gleichberechtigt in der Auswertung berücksichtigt.

#### Unfälle mit Heilbehandlungskosten von „0 €“

Einige Unfälle weisen Heilbehandlungskosten von 0 € auf. Aufgrund der jeweiligen Unfallbeschreibungen ist davon auszugehen, dass diese Unfälle durch Fremdverschulden verursacht wurden. Die Kosten tragen somit die Verursacher\*innen bzw. deren Versicherungen und wurden durch die UKH nicht beziffert. Diese Fälle werden bei der Auswertung nicht berücksichtigt.

#### Umgang mit extremen Ausreißern

In seltenen Fällen weisen die Werte in einem Schulhalbjahr extreme Ausreißer mit Abweichungen von über 10.000 % vom Mittelwert auf. Somit kann ein einzelner Fall den Durchschnittswert stark beeinflussen. Um diese Verzerrung zu minimieren, wurden zunächst alle Ausreißer für jede Schule mit Schulgesundheitsfachkraft und für die entsprechende Vergleichsgruppe durch die 1,5 x IQR Methode<sup>16</sup> identifiziert. Die oberen 2 % dieser Ausreißer werden in der Auswertung aus diesem Grund nicht berücksichtigt.

#### ***Berechnung der prozentualen Abweichung***

Bei der Berechnung der prozentualen Abweichung werden die durchschnittlichen Heilbehandlungskosten der jeweiligen Vergleichsschulen als Grundwert verwendet.

#### **Erläuterung der Prä-Post-Analyse**

Den Datensätzen der UKH können die durchschnittlichen Heilbehandlungskosten pro Unfall an den zukünftigen Hessischen Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft während der Schuljahre 2015 / 2016 und 2016 / 2017 entnommen werden. Diese Zahlen werden den zuvor berechneten Werten an denselben Schulen nach Einsatz einer Schulgesundheitsfachkraft gegenübergestellt.

#### **Hochrechnungen**

Dem von der UKH übersandten Dokument konnten jeweils die in einem Schuljahr entstandenen Kosten für Heilbehandlungen in Hessen entnommen werden. Um eine Hochrechnung der möglichen Einsparungen bei Implementierung von Schulgesundheitsfachkräften im gesamten

---

<sup>16</sup> Interquartilsabstand (IQR): Bereich in dem die mittleren 50% der Stichprobenwerte liegen.

1,5 x IQR – Methode: Der IQR wird um das 1,5-fache nach oben verlängert (oberer Whisker). Alle Werte außerhalb dieses Bereichs gelten als Ausreißer.

Bundesland vorzunehmen, wurden die zuvor errechneten Einsparpotenziale den entstandenen Kosten der gesetzlichen Unfallversicherer anteilig abgezogen.

### 5.2.4.3 Ergebnisse

Im Folgenden wird dargestellt, wie sich die durchschnittlichen Heilbehandlungskosten an Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft im Gegensatz zu den entsprechenden Kosten an Schulen ohne Schulgesundheitsfachkraft verhalten. Die Ergebnisse werden über einen Zeitraum von zweieinhalb Schuljahren dargestellt. Außerdem werden die Ergebnisse der Prä-Post-Analyse der durchschnittlichen Heilbehandlungskosten an den Hessischen mit Schulgesundheitsfachkraft abgebildet. Im Anschluss werden die möglichen finanziellen Einsparungen der Heilbehandlungskosten bei Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften in ganz Hessen beschrieben.

#### **Auswirkungen eines Einsatzes von Schulgesundheitsfachkräften auf die durchschnittlichen Heilbehandlungskosten pro Unfall**

Die Gesamtergebnisse des Vergleichs der durchschnittlichen Heilbehandlungskosten bei Unfällen an Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft pro Schuljahr und deren jeweiliger Vergleichsgruppe werden in Abbildung 30 und Tabelle 31 dargestellt. Die Ergebnisse der einzelnen Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft können den Tabellen 32 bis 41 entnommen werden:

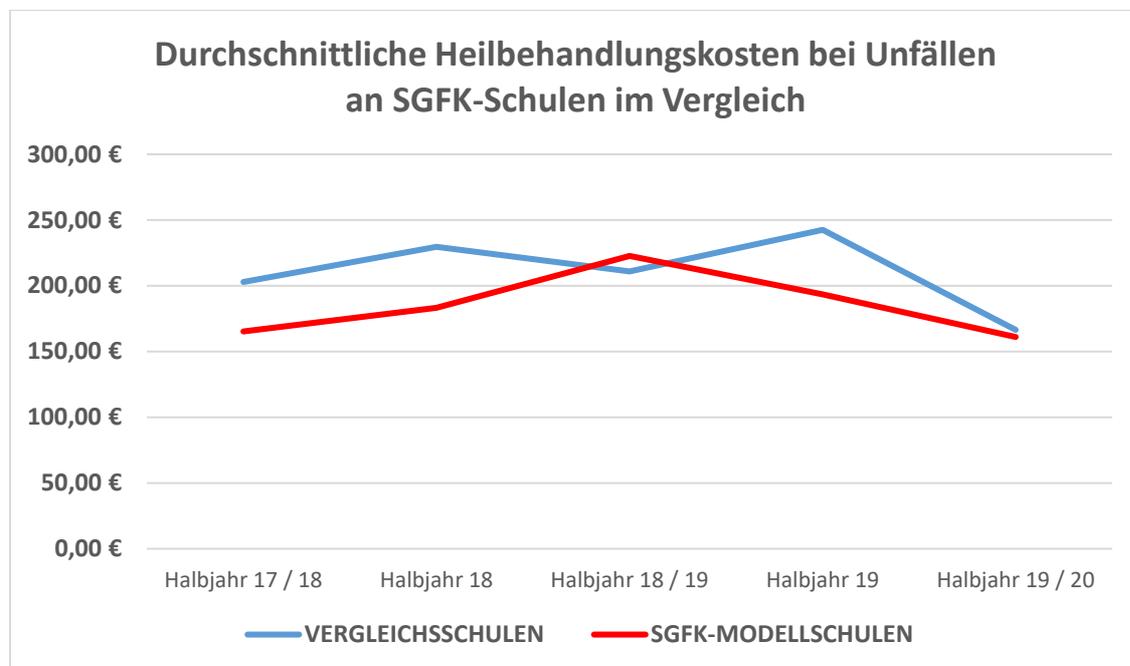


Abbildung 30: Vergleich – aller Hessischen Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft graphisch

<b>Durchschnittliche Heilbehandlungskosten bei Unfällen an SGFK-Schulen im Vergleich</b>						
<b>Zeitraum / Schulen</b>	<b>17 / 18</b>	<b>18</b>	<b>18 / 19</b>	<b>19</b>	<b>19 / 20</b>	<b>Gesamt</b>
<b>SGFK-Schulen</b>	165,30 €	183,36 €	222,73 €	193,49 €	161,09 €	<b>185,19 €</b>
<b>Vergleichsschulen</b>	202,97 €	229,59 €	210,98 €	242,58 €	166,50 €	<b>210,52 €</b>
Abweichung	37,67 €	46,23 €	-11,74 €	49,09 €	5,41 €	<b>25,33 €</b>
%-Abweichung	23%	25%	-5%	25%	3%	<b>14%</b>
<b>SGFK: Schulgesundheitsfachkraft</b>						

Tabelle 31: Vergleich – aller Hessischen Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft tabellarisch

Die Heilbehandlungskosten pro Unfall sind an den hessischen Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft im Durchschnitt 14 % geringer als an den Vergleichsschulen. Betrachtet wurden fünf Schulhalbjahre vom 1. Halbjahr 2017 / 2018 bis zum 1. Halbjahr 2019 / 2020. Monetär lässt sich diese Abweichung auf 25,33 € pro gemeldeten Unfall beziffern. Im Rahmen von statischen Schwankungen nähert sich die prozentuale Abweichung in den Halbjahren 18 / 19 und 19 / 20 auf -5 % bzw. 3 % annähert. In den verbleibenden Zeiträumen schwankt sie im Bereich von 23-25 %. Bei der Betrachtung der Ergebnisse der einzelnen Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft wird deutlich, dass acht von zehn Schulvergleiche und 40 von 50 verglichenen Schulhalbjahren eine positive Bilanz im Sinne der Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft zeigen. In diesem Sinne sind die Gesamtschule 5 mit 46 % / 68,13 €, die Gesamtschule 3 mit 39 % / 59,75 € und die Gesamtschule 2 mit 33 % / 62,77 € durchschnittlicher Abweichung besonders auffällig. Weiterhin sind ebenfalls die Gesamtschule 5 und die Gesamtschule 3 die einzigen Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft mit einer positiven Bilanz gegenüber den Vergleichsschulen in allen beobachteten Halbjahren. Die beiden Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft mit negativer Bilanz gegenüber der Vergleichsgruppe sind das Gymnasium 4 mit -3 % / -7,12 € und die Gesamtschule 6 mit -28 % / -72,40 € Abweichung.

#### Ergebnisse Gesamtschule 1:

<b>Zeitraum / Schulen</b>	<b>17 / 18</b>	<b>18</b>	<b>18 / 19</b>	<b>19</b>	<b>19 / 20</b>	<b>Gesamt</b>
<b>IGS 1</b>	122,84 €	172,10 €	267,44 €	178,38 €	138,18 €	<b>175,79 €</b>
<b>Vergleichsschulen (11)</b>	214,18 €	178,21 €	191,26 €	195,31 €	205,84 €	<b>196,96 €</b>
Abweichung	91,35 €	6,11 €	-76,19 €	16,93 €	67,67 €	<b>21,17 €</b>
%-Abweichung	74%	4%	-28%	9%	49%	<b>12%</b>

Tabelle 32: Vergleich Heilbehandlungskosten pro Unfall - Gesamtschule 1 (Hessen)

### Ergebnisse Gesamtschule 2:

<b>Zeitraum / Schulen</b>	<b>17 / 18</b>	<b>18</b>	<b>18 / 19</b>	<b>19</b>	<b>19 / 20</b>	<b>Gesamt</b>
<b>IGS 2</b>	120,61 €	353,67 €	150,24 €	118,82 €	197,27 €	<b>188,12 €</b>
<b>Vergleichsschulen (6)</b>	220,27 €	365,22 €	225,50 €	279,27 €	164,20 €	<b>250,89 €</b>
Abweichung	99,66 €	11,56 €	75,26 €	160,46 €	-33,07 €	<b>62,77 €</b>
%-Abweichung	83%	3%	50%	135%	-17%	<b>33%</b>

Tabelle 33: Vergleich Heilbehandlungskosten pro Unfall - Gesamtschule 2 (Hessen)

### Ergebnisse Gesamtschule 3:

<b>Zeitraum / Schulen</b>	<b>17 / 18</b>	<b>18</b>	<b>18 / 19</b>	<b>19</b>	<b>19 / 20</b>	<b>Gesamt</b>
<b>IGS 3</b>	127,96 €	186,41 €	204,69 €	146,83 €	109,26 €	<b>155,03 €</b>
<b>Vergleichsschulen (6)</b>	220,21 €	214,55 €	225,50 €	249,45 €	164,20 €	<b>214,78 €</b>
Abweichung	92,25 €	28,14 €	20,81 €	102,62 €	54,94 €	<b>59,75 €</b>
%-Abweichung	72%	15%	10%	70%	50%	<b>39%</b>

Tabelle 34: Vergleich Heilbehandlungskosten pro Unfall - Gesamtschule 3 (Hessen)

### Ergebnisse Gesamtschule 4:

<b>Zeitraum / Schulen</b>	<b>17 / 18</b>	<b>18</b>	<b>18 / 19</b>	<b>19</b>	<b>19 / 20</b>	<b>Gesamt</b>
<b>IGS 4</b>	78,52 €	76,35 €	299,68 €	238,67 €	169,97 €	<b>172,64 €</b>
<b>Vergleichsschulen (13)</b>	207,32 €	224,30 €	211,78 €	263,83 €	188,43 €	<b>219,13 €</b>
Abweichung	128,80 €	147,95 €	-87,90 €	25,15 €	18,46 €	<b>46,49 €</b>
%-Abweichung	164%	194%	-29%	11%	11%	<b>27%</b>

Tabelle 35: Vergleich Heilbehandlungskosten pro Unfall - Gesamtschule 4 (Hessen)

### Ergebnisse Gesamtschule 5:

<b>Zeitraum / Schulen</b>	<b>17 / 18</b>	<b>18</b>	<b>18 / 19</b>	<b>19</b>	<b>19 / 20</b>	<b>Gesamt</b>
<b>IGS 5</b>	202,97 €	135,72 €	112,49 €	177,49 €	104,58 €	<b>146,65 €</b>
<b>Vergleichsschulen (6)</b>	220,21 €	214,55 €	225,50 €	249,45 €	164,20 €	<b>214,78 €</b>
Abweichung	17,24 €	78,83 €	113,01 €	71,97 €	59,62 €	<b>68,13 €</b>
%-Abweichung	8%	58%	100%	41%	57%	<b>46%</b>

Tabelle 36: Vergleich Heilbehandlungskosten pro Unfall - Gesamtschule 5 (Hessen)

### Ergebnisse Gesamtschule 6:

<b>Zeitraum / Schulen</b>	<b>17 / 18</b>	<b>18</b>	<b>18 / 19</b>	<b>19</b>	<b>19 / 20</b>	<b>Gesamt</b>
<b>IGS 6</b>	254,60 €	135,53 €	413,83 €	234,72 €	262,39 €	<b>260,21 €</b>
<b>Vergleichsschulen (6)</b>	134,12 €	148,61 €	239,57 €	239,09 €	177,69 €	<b>187,82 €</b>
Abweichung	-120,48 €	13,08 €	-174,26 €	4,37 €	-84,69 €	<b>-72,40 €</b>
%-Abweichung	-47%	10%	-42%	2%	-32%	<b>-28%</b>

Tabelle 37: Vergleich Heilbehandlungskosten pro Unfall - Gesamtschule 6 (Hessen)

### Ergebnisse Gymnasium 1:

<b>Zeitraum / Schulen</b>	<b>17 / 18</b>	<b>18</b>	<b>18 / 19</b>	<b>19</b>	<b>19 / 20</b>	<b>Gesamt</b>
<b>Gymnasium 1</b>	296,72 €	145,28 €	174,07 €	104,35 €	155,66 €	<b>175,22 €</b>
<b>Vergleichsschulen (16)</b>	188,55 €	233,05 €	206,11 €	227,15 €	155,98 €	<b>202,17 €</b>
Abweichung	-108,17 €	87,77 €	32,03 €	122,80 €	0,32 €	<b>26,95 €</b>
%-Abweichung	-36%	60%	18%	118%	0%	<b>15%</b>

Tabelle 38: Vergleich Heilbehandlungskosten pro Unfall - Gymnasium 1 (Hessen)

### Ergebnisse Gymnasium 2:

<b>Zeitraum / Schulen</b>	<b>17 / 18</b>	<b>18</b>	<b>18 / 19</b>	<b>19</b>	<b>19 / 20</b>	<b>Gesamt</b>
<b>Gymnasium 2</b>	91,44 €	232,82 €	187,59 €	262,14 €	134,84 €	<b>181,77 €</b>
<b>Vergleichsschulen (16)</b>	188,55 €	233,05 €	206,11 €	217,11 €	155,98 €	<b>200,16 €</b>
Abweichung	97,11 €	0,23 €	18,51 €	-45,03 €	21,13 €	<b>18,39 €</b>
%-Abweichung	106%	0%	10%	-17%	16%	<b>10%</b>

Tabelle 39: Vergleich Heilbehandlungskosten pro Unfall - Gymnasium 2 (Hessen)

### Ergebnisse Gymnasium 3:

<b>Zeitraum / Schulen</b>	<b>17 / 18</b>	<b>18</b>	<b>18 / 19</b>	<b>19</b>	<b>19 / 20</b>	<b>Gesamt</b>
<b>Gymnasium 3</b>	150,24 €	156,79 €	230,24 €	185,72 €	131,97 €	<b>170,99 €</b>
<b>Vergleichsschulen (16)</b>	188,55 €	233,05 €	206,11 €	217,11 €	155,98 €	<b>200,16 €</b>
Abweichung	38,31 €	76,26 €	-24,14 €	31,39 €	24,01 €	<b>29,17 €</b>
%-Abweichung	25%	49%	-10%	17%	18%	<b>17%</b>

Tabelle 40: Vergleich Heilbehandlungskosten pro Unfall - Gymnasium 3 (Hessen)

#### Ergebnisse Gymnasium 4:

<b>Zeitraum / Schulen</b>	<b>17 / 18</b>	<b>18</b>	<b>18 / 19</b>	<b>19</b>	<b>19 / 20</b>	<b>Gesamt</b>
<b>Gymnasium 4</b>	207,12 €	238,91 €	186,97 €	287,76 €	206,80 €	<b>225,51 €</b>
<b>Vergleichsschulen (8)</b>	247,73 €	251,30 €	172,38 €	288,01 €	132,53 €	<b>218,39 €</b>
Abweichung	40,62 €	12,39 €	-14,59 €	0,25 €	-74,27 €	<b>-7,12 €</b>
%-Abweichung	20%	5%	-8%	0%	-36%	<b>-3%</b>

Tabelle 41: Vergleich Heilbehandlungskosten pro Unfall - Gymnasium 4 (Hessen)

#### ***Prä-Post Analyse der durchschnittlichen Heilbehandlungskosten pro Unfall an Hessischen Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft***

Die Ergebnisse der Prä-Post-Analyse der durchschnittlichen Heilbehandlungskosten pro Unfall an den Hessischen Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft werden in Tabelle 42 gezeigt:

<b>Schule</b>	<b>Prä</b>			<b>Post Gesamt</b>	<b>%-Abweichung</b>
	<b>15 / 16</b>	<b>16 / 17</b>	<b>Prä-Gesamt</b>		
<b>Gesamtschule 1</b>	281,29 €	212,46 €	246,88 €	175,79 €	118 %
<b>Gesamtschule 2</b>	138,92 €	207,49 €	173,21 €	188,12 €	-42 %
<b>Gesamtschule 4</b>	66,05 €	135,38 €	100,71 €	172,64 €	36 %
<b>Gesamtschule 5</b>	366,18 €	274,28 €	320,23 €	146,65 €	15 %
<b>Gesamtschule 6</b>	298,47 €	241,93 €	270,20 €	260,21 €	7 %
<b>Gymnasium 1</b>	151,52 €	221,89 €	186,71 €	175,22 €	10 %
<b>Gymnasium 2</b>	169,38 €	326,05 €	247,71 €	181,77 €	-8 %
<b>Gymnasium 3</b>	212,32 €	180,13 €	196,22 €	170,99 €	40 %
<b>Gymnasium 4</b>	131,77 €	363,92 €	247,84 €	225,51 €	4 %
<b>Durchschnitt</b>			<b>221,08 €</b>	<b>188,54 €</b>	<b>20 %</b>

Tabelle 42 Prä-Post Analyse der durchschnittlichen Heilbehandlungskosten pro Unfall an Hessischen Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft

Insgesamt sind die durchschnittlichen Heilbehandlungskosten pro Unfall mit Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften um 20 % geringer als ohne. Finanziell lässt sich diese Differenz auf 32,53 € pro Unfall beziffern. Insgesamt konnten für neun von zehn Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft in Hessen Prä-Post-Vergleiche durchgeführt werden. Sieben der neun

durchgeführten Vergleiche zeigen, dass der Prä-Wert nach Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften unterschritten wurde.

### **Hochrechnung: Mögliche Einsparungen durch landesweiten Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften in Hessen**

Tabelle 43 zeigt die möglichen Einsparungen durch geringere Heilbehandlungskosten an Hessischen Schulen bei einem landesweiten Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften:

<b>Hochrechnung der möglichen Einsparungen durch geringere Heilbehandlungskosten an Hessischen Schulen</b>		
<b>Zeitraum</b>	<b>Kosten für Heilbehandlungen</b>	<b>mögliche Einsparungen mit SGFK</b>
		Prä-Post-Analyse (20 % geringere Kosten)
2017 / 2018	10.219.683,99 €	2.044.000 €
2018 / 2019	11.179.290,96 €	2.236.000 €
SGFK: Schulgesundheitsfachkraft		

Tabelle 43: Hochrechnung der möglichen Einsparungen durch geringere Heilbehandlungskosten an Hessischen Schulen

Nach den Ergebnissen der vorangegangenen Prä-Post-Analyse könnten die potenziellen Einsparungen in Höhe von 20 % der jährlichen Gesamtkosten ausfallen. Es ergäben sich mögliche Einsparungen von 2.044.000 € bis 2.236.000 € pro Jahr. Es ergibt sich ein Einsparpotenzial von 2.300 € bis 3.500 € pro 1.000 Schülerinnen und Schüler.

## **5.2.5 Diskussion der Ergebnisse**

Die Ergebnisse der vorangegangenen Analysen zeigen, dass der ökonomische Nutzen einer Schulgesundheitsfachkraft auch durch ihre Einflüsse auf das schulische Unfallgeschehen deutlich messbar ist. Im folgenden Teil sollen diese Ergebnisse detailliert besprochen und in Bezug zueinander gesetzt werden. Im Mittelpunkt der Diskussion steht der Vergleich zwischen den untersuchten Bundesländern Brandenburg und Hessen.

### **5.2.5.1 Weniger Rettungswageneinsätze durch Schulgesundheitsfachkräfte**

Die Analyse der Rettungswageneinsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr in Brandenburg und Hessen zeigt je nach beobachteter Schulform, Auswertungsmethode und Bundesland deutlich unterschiedliche Ergebnisse. Nach der Vergleichsanalyse an Brandenburger Grundschulen befinden die RTW-Einsätze mit 0,71 und 0,74 Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr innerhalb der statistischen Schwankungen etwa auf gleichem Niveau. Jedoch sinken die Werte nach der Prä-Post-Analyse von 0,88 um das 1,19-fache. Anders stellt

sich die Lage an Brandenburger Oberschulen dar. Die Vergleichsanalyse ergibt hier deutlich weniger RTW-Einsätze an Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft (1,06) als an allen Brandenburger Oberschulen (2,14). Das sind 2,3-mal weniger RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr. Dabei zeigt sich der Durchschnittswert der Brandenburger Oberschulen im Vergleich mit den anderen Durchschnittswerten auf Länderebene ausgesprochen hoch. Der Prä-Post-Analyse an den Brandenburger Oberschulen folgend lag der Wert an den Modellschulen vor Einsatz der Schulgesundheitsfachkräfte mit 1,22 deutlich niedriger als im Landesdurchschnitt.

Auch an Hessischen Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft konnte sowohl in der Vergleichs- als auch in der Prä-Post-Analyse eine reduzierte Anzahl von jährlichen RTW-Einsätzen ausgemacht werden. Für die Gymnasien mit Schulgesundheitsfachkraft ergeben sich die nahe beieinanderliegenden Werte von 1,88 und 1,86-mal weniger RTW-Einsätzen. Etwas differenzierter fällt das Ergebnis an den Hessischen Gesamtschulen aus. Die Vergleichsanalyse liefert einen Wert von 1,51-mal weniger RTW-Einsätzen. Nach den Ergebnissen der Prä-Post-Analyse liegt der Wert bei einer 2,77-fachen Reduzierung der Einsatzzahlen. Dieser, im Vergleich höhere Wert, ist durch die ebenfalls höhere Anzahl der RTW-Einsätze an den zukünftigen Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft im Vergleich mit allen Hessischen Gesamtschulen zu erklären. Somit zeigt sich auch in Hessen, dass die Anzahl der RTW-Einsätze an Schulen durch den Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften deutlich verringert werden kann.

Bei der Bewertung der beiden Analysemethoden sollte der Prä-Post-Analyse ein höherer Stellenwert eingeräumt werden als der Vergleichsanalyse. Der Vergleich der Prä-Werte mit den Werten des Landesdurchschnitts an gleichen Schulformen zeigt in mehreren Fällen deutliche Abweichungen. So weisen die Brandenburger Oberschulen schon vor Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften eine deutlich verringerte Anzahl an Rettungswageneinsätzen auf als der Landesdurchschnitt. An Hessischen Gesamtschulen stellt sich die Lagen genau andersherum dar. Nur die Prä-Post-Analyse berücksichtigt diese jeweils unterschiedlichen Ausgangslagen und kann durch den Vergleich der verschiedenen Schülerpopulationsstrukturen mit sich selbst validere Ergebnisse liefern. Folgerichtig wurden auch die späteren Hochrechnungen der möglichen Kostenersparnisse auf Landesebene anhand der Ergebnisse der Prä-Post-Vergleiche vorgenommen.

Grundsätzlich lässt sich ablesen, dass durch den Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften die Anzahl der jährlichen Rettungswageneinsätze deutlich verringert werden kann. Im Vergleich zum üblichen Schulpersonal verfügt eine Schulgesundheitsfachkraft über ein medizinisch-pflegerisch fundierteres Urteilsvermögen und kann die Notwendigkeit eines RTW-Einsatzes nach einem Unfallgeschehen deutlich besser abschätzen. Zudem kann sie kleinere Verletzungen, für deren Versorgung ohne Schulgesundheitsfachkraft externe Hilfe notwendig wäre, direkt vor Ort behandeln. Dass eine deutlich unterdurchschnittliche Anzahl an RTW-

Einsätzen an Brandenburger Oberschulen im Schuljahr 2016 / 2017 durch den Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften weiter verringert werden konnte, zeigt ihren Nutzen in besonderer Weise. Mit Blick auf die aktuell in Brandenburg und Hessen tätigen Schulgesundheitsfachkräfte lassen sich die Ergebnisse noch differenzierter einordnen.

Im Rahmen der kleinen Brandenburger Vergleichsgruppen untereinander lässt sich keine Korrelation zwischen Anwesenheitszeiten der Schulgesundheitsfachkräfte und deren Auswirkung auf die Einsatzzahlen erkennen. Jedoch werden nur wenige Brandenburger Schulen in Vollzeit betreut. Die meisten Brandenburger Schulgesundheitsfachkräfte betreuen zwei oder gar drei Schulen in Personalunion. Da Unfälle häufig ein schnelles Handeln erfordern, ist davon auszugehen, dass die Schulgesundheitsfachkräfte an diesen Schulen entsprechend seltener die Abläufe nach geschehenem Unfall beeinflussen können. Ob eine Schulgesundheitsfachkraft dauerhaft an einer oder wechselnd an mehreren Schulen tätig ist, dürfte großen Einfluss auf die Anzahl der RTW-Einsätze der jeweiligen Schulen haben.

Im Vergleich von Hessischen zu Brandenburger Schulen fällt auf, dass die durchschnittliche Anzahl an Schülerinnen und Schülern an Hessischen Schulen deutlich höher ist. Trotz geringem Betreuungsschlüssel von Schulgesundheitsfachkräften zu Schülerinnen und Schülern in Hessen konnten die RTW-Einsatzzahlen nach allen Analysemethoden deutlicher reduziert werden als in Brandenburg. Die höheren Anwesenheitszeiten der Schulgesundheitsfachkräfte an den einzelnen Schulen durch die jeweilige Vollzeitbetreuung liefern eine Erklärung für diesen Unterschied und ein Argument für die permanente Präsenz der Schulgesundheitsfachkräfte an der jeweiligen Schule.

#### **5.2.5.2 Geringere Kosten für Heilbehandlungen an Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft**

Im Rahmen der Analyse der durchschnittlichen Heilbehandlungskosten pro Unfall in Hessen konnten, durch die Struktur der vorliegenden Daten, Vergleichsschulen mit sehr spezifischem Anforderungsprofil ausgewählt werden. Somit wurden nicht nur die Schulform, sondern auch das Bevölkerungsumfeld und das jeweilige Ganztagsprofil in die Auswertung einbezogen. Im Ergebnis sind die durchschnittlichen Heilbehandlungskosten an Hessischen Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft um 14 % geringer als an den jeweiligen Vergleichsschulen. Jedoch weisen deutliche Schwankungen der durchschnittlichen Kosten pro gemeldetem Unfall zwischen den einzelnen Schulhalbjahren wie in den Halbjahren 18 / 19 und 19 / 20, auf ein sehr dynamisches Geschehen hin. Diese Schwankungen könnten durch die kleinere Vergleichsgruppe im Gegensatz zu einem Abgleich mit allen Schulen des gleichen Typs entstehen. Insbesondere für das Halbjahr 19 / 20 ist zu beachten, dass nur Unfalldaten bis Dezember 2019 berücksichtigt werden konnten.

Acht von zehn Schulvergleichen und 40 von 50 verglichene Schulhalbjahre mit positiver Bilanz im Sinne der Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft zeigen, dass die Abweichung von 14 %

keinen zufälligen Ausreißern geschuldet ist. Das Ergebnis der Prä-Post-Analyse mit einer 20 % Reduzierung der Heilbehandlungskosten im Gegensatz zum Beobachtungszeitraum ohne Schulgesundheitsfachkraft unterstreicht dies zusätzlich. Bei sieben von neun Prä-Post-Vergleichen wurde der Prä-Wert während des Einsatzes der Schulgesundheitsfachkräfte unterschritten werden. Diese deutliche Reduzierung ist nach den Ergebnissen der RTW-Analyse folgerichtig. Wenn es zu keinem RTW-Einsatz kommt entfallen auch die hohen Folgekosten einer Krankenhausbehandlung. Somit kann von einer Reduzierung der durchschnittlichen Heilbehandlungskosten als Folge von durchschnittlich weniger Rettungswageneinsätzen durch Schulgesundheitsfachkräfte ausgegangen werden.

Zur besseren Einordnung der Ergebnisse wäre ein Vergleichsbezug anhand der durchschnittlichen Heilbehandlungskosten pro Unfall an Brandenburger Schulen wünschenswert. Dieser konnte auf Grundlage der zur Verfügung gestellten Datensätze jedoch nicht hergestellt werden. Auch in Brandenburg wäre eine Reduktion der durchschnittlichen Heilbehandlungskosten als Folge weniger RTW-Einsätze an den betreffenden Schulen zu erwarten.

#### **5.2.5.3 Unterschiedliche Kosten für Rettungswageneinsätze in Brandenburg und Hessen**

Ein Vergleich der Einsatzkosten in beiden Ländern ist im Kontext dieser Analyse nicht zielführend. Die Zusammensetzung der Rettungsdienstkosten der einzelnen Bundesländer ist sehr unterschiedlich. Beispielsweise beeinflussen die, in den jeweiligen Rettungsdienstgesetzen vorgegebenen Hilfsfristen die Dichte der Rettungswachen in den jeweiligen Bundesländern und haben somit großen Einfluss auf die entstehenden Kosten. Außerdem ist anzunehmen, dass die in Stadtgebieten bessere Anbindung an medizinische Versorgungsstrukturen zur Reduktion der Einsatzzahlen beitragen kann. Grundsätzlich kann jedoch von höheren Kosten in eher ländlich geprägten Gebieten ausgegangen werden. Wilhelm Schier, ehemaliger Referatsleiter Rettungsdienst im hessischen Sozialministerium schreibt zu den unterschiedlichen Einsatzkosten in Brandenburg und Hessen:

*„Naturgemäß haben Rettungswachen im ländlichen Raum mit einer geringen Einwohnerdichte auch wenig Einsätze, so dass die Rettungswagen samt Personal oft in der Wache stehen und auf Einsätze warten. Da die Vorhaltekosten einschließlich der Personalkosten ca. 80 % der Gesamtkosten ausmachen, sind die Kosten in den dünnbesiedelten Landkreisen pro Einsatz höher als in den Städten mit hohen Einsatzzahlen.“*  
(Schier, 2020)

#### **5.2.5.4 Betrachtung des ökonomischen Nutzens**

Die Hochrechnung der jährlich möglichen Einsparungen, aufgrund von weniger RTW-Einsätzen im Land Brandenburg, ergibt für alle Grundschulen eine Spanne von 102.000 € bis

120.000 € und an Oberschulen von 104.000 € bis 112.000 €. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass durch einen Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften an allen Schultypen Einsparungen möglich sind. Die jeweiligen Größenordnungen können jedoch noch nicht genauer beziffert werden. Pro 1.000 Brandenburger Schülerinnen und Schüler an Grundschulen beträgt das jährliche Einsparpotenzial etwa 900 €. Für 1.000 Schülerinnen und Schüler an Oberschulen beträgt es etwa 2.600 €.

Im Rahmen der Hessischen Analyse ergeben sich mögliche gesamte Einsparungen von 189.000 € bis 193.000 € an hessischen Gymnasien und 504.000 € bis 515.000 € an den Gesamtschulen. Der Unterschied zwischen den beiden Schulformen erklärt sich einerseits durch die höhere Reduzierung von RTW-Einsätzen, andererseits durch die ebenfalls höheren Gesamtkosten für RTW-Einsätze an Hessischen Gymnasien. Das jährliche Einsparpotenzial pro 1.000 Hessischen Schülerinnen und Schülern beträgt an Gymnasien etwa 1.300 € und an Gesamtschulen etwa 2.900 €. Die Ergebnisse der Hochrechnungen in beiden Bundesländern lassen sich aufgrund der unterschiedlichen Anzahl von Schulen und Schülerinnen und Schülern in beiden Ländern nicht in Bezug zueinander setzen.

Im Rahmen der Analyse der Heilbehandlungskosten pro Unfall an den Hessischen Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft konnten schulspezifische Einflüsse auf das Unfallgeschehen berücksichtigt werden. Daher erlauben die Ergebnisse eine schulformübergreifende Hochrechnung der potenziellen Einsparungen auf ganz Hessen. Die möglichen Einsparungen lassen sich, bei einem landesweiten Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften mit 2.044.000 € bis 2.236.000 € beziffern. Es ergibt sich ein Einsparpotenzial von 2.300 € bis 3.500 € pro 1.000 Schülerinnen und Schülern. Es ist davon auszugehen, dass ein Teil dieser Einsparungen ebenfalls auf die Vermeidung von nicht notwendigen RTW-Einsätzen zurückgeführt werden kann. Jedoch werden hier auch weitere finanzielle Entlastungseffekte des Einsatzes von Schulgesundheitsfachkräften abgebildet. Ein Beispiel wäre die Versorgung kleinerer Wunden vor Ort und die Vermeidung von Arztbesuchen. Dennoch können diese Effekte und ihre jeweiligen Auswirkungen durch die Ergebnisse der Analyse nicht im Einzelnen identifiziert werden. Außerdem ist davon auszugehen, dass einige Einsparungen, beispielsweise durch vermiedene Arztbesuche, nicht abgebildet werden konnten. So werden vermutlich Unfälle, die eine Versorgung kleinerer Wunden durch eine Schulgesundheitsfachkraft nach sich ziehen, häufig nicht gemeldet und finden somit in der Statistik keine Berücksichtigung. Nach einer Wundversorgung durch externe Hilfe, durch den Rettungsdienst oder einen Arztbesuch, erfolgt die Unfallmeldung in jedem Fall. Hier verbirgt sich also ein weiteres, bisher nicht bezifferbares Einsparpotenzial durch den Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften. Im Rahmen des vorliegenden Gutachtens konnte diese Vermutung jedoch nicht überprüft werden.

### 5.2.6 Fazit zum Einfluss von Schulgesundheitsfachkräften auf das Unfallgeschehen in Brandenburg und Hessen

Zusammengefasst zeichnen die Ergebnisse der unterschiedlichen Analysen aus beiden Bundesländern ein deutliches Bild. Schulgesundheitsfachkräfte haben im Schulalltag nicht nur Einfluss auf weiche Kennzahlen, wie die Zunahme eines Entlastungsempfindens bei Schülerinnen und Schülern, Eltern und Schulpersonal, sondern die Effekte ihrer Arbeit lassen sich auch ökonomisch beziffern. Insbesondere lässt sich dies an den Ausgaben der gesetzlichen Unfallversicherer ablesen. Es konnte nachgewiesen werden, dass die Anzahl der RTW-Einsätze und die Höhe der Heilbehandlungskosten an Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft in der Regel deutlich geringer ausfallen als an Schulen ohne Schulgesundheitsfachkraft.

Jedoch bilden sich auch weitere Forschungsbedarfe ab. Große Schwankungen sind, auch im Rahmen der vorliegenden Analyse, charakteristisch für das schulische Unfallgeschehen. Somit wäre zukünftig ein Vergleich weiterer Schuljahre mit Schulgesundheitsfachkraft mit einem entsprechend größeren Zeitraum ohne Schulgesundheitsfachkraft an allen Schulen wünschenswert. Dabei müssten jedoch die von der aktuellen Corona-Pandemie beeinflussten Schuljahre ausgeklammert werden. Idealerweise würde eine genauere Erfassung des Unfallgeschehens im Rahmen der Dokumentationsarbeit der Schulgesundheitsfachkräfte diese Analysen unterstützen. Im Vergleich mit den Leistungsdaten der gesetzlichen Unfallversicherer der jeweiligen Länder ließe sich so der ökonomische Nutzen von Schulgesundheitsfachkräften zukünftig verlässlich ablesen und weiter präzisieren. Aufgrund des fehlenden Vergleichsbezugs zur Hessischen Analyse der Heilbehandlungskosten könnten die Ergebnisse durch weitere Untersuchungen ebenfalls präzisiert werden. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass sich finanzielle Einsparungen durch vermiedene RTW-Einsätze in Gänze nur abbilden lassen, wenn neben den reinen Transportkosten auch die durchschnittlichen Anschlusskosten für Heilbehandlungen nach Unfällen gleichermaßen berücksichtigt werden.

Ebenfalls Einfluss auf den ökonomischen Nutzen des Einsatzes einer Schulgesundheitsfachkraft hat das direkte Bevölkerungsumfeld der jeweiligen Schule. So bestehen im ländlichen Raum, durch höhere Durchschnittskosten für RTW-Einsätze, entsprechend höhere Einsparpotenziale. Zusätzlich ergeben sich weitere, bisher nicht untersuchte Einsparpotenziale. Dazu zählen vermiedene Arztbesuche oder ein geringerer Ausfall an Bruttowertschöpfung, indem Eltern auch nach kleineren Unfällen oder Erkrankungen ihrer Kinder einer nicht unterbrochenen Erwerbstätigkeit bis zum Schulschluss nachgehen können.

Effekte wie weniger Fehltage und eine schnellere Rückkehr in den Unterricht wirken sich auf den Bildungserfolg der Schülerinnen und Schüler aus. Die hohen Unfallzahlen in Deutschland, im Jahr 2019 waren dies insgesamt 828.720 gemeldete Schulunfälle in allgemeinbildenden und 53.772 in beruflichen Schulen, unterstreichen den Bedarf an der Unterstützung durch Schulgesundheitsfachkräfte nicht nur aus ökonomischer Perspektive. (DGUV IV, 2020)

### 5.3 Fazit Baustein 5

Die beschriebenen Kosten-Nutzen-Analysen verdeutlichen mit zwei ganz unterschiedlichen Ansätzen den ökonomischen Nutzen, im Einklang mit internationalen Studien.

Der erste Ansatz war eine in der Lebenslaufperspektive gerechnete Szenarien Analyse anhand von typischen Fallbeispielen aus der Arbeit der Schulgesundheitsfachkräfte in methodischer Anlehnung an Frühe Hilfen Szenarien Rechnungen. Die zwei Fallbeispiele Diabetes und psychische Erkrankungen wurden zusammen mit den Schulgesundheitsfachkräften aus Tätigkeitsbeispielen entwickelt und in Zusammenarbeit mit klinischen Fachexperten ergänzt und validiert.

In den beiden Fallszenarien wurde der Nutzen, der durch den Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften entsteht, berechnet, d.h. monetär bewertet und kontrastiert mit den Folgekosten bzw. Wertschöpfungsverlusten, die für die Gesellschaft entstehen, wenn kein unterstützendes schulisches Setting mit einer Schulgesundheitsfachkraft vorhanden ist. Das erfolgte unter Rückgriff auf Erkenntnisse der Gesundheitsökonomie, der Bildungs- und Lebenslaufforschung sowie in Anlehnung an die Methodik der Kosten-Nutzen-Analyse für Frühe Hilfen. (Meier-Gräwe & Wagenknecht, 2011)

Im Unterschied zur Kurzfrisperspektive von Wang (2014), der die monetären Effekte des Einsatzes von Schulgesundheitsfachkräften in den USA lediglich für den Zeitraum eines Schuljahres mit 1:2,2 ermittelt hat, ergibt sich in der Lebensverlaufperspektive im Diabetes-Szenario mit einer Schulgesundheitsfachkraft (akademisches Milieu) eine deutlich höhere Kosten-Nutzen-Relation für die Gesellschaft von 1:35 und im Szenario psychische Erkrankung von 1:43 – trotz des Unterschieds in der Betreuungszeit durch die Schulgesundheitsfachkraft. In der Langfrisperspektive fallen insbesondere die Wertschöpfungspotenziale im Erwerbsleben (Sozialabgaben und Steuern) als Resultat einer erfolgreichen Bildungs- und Erwerbsbiografie ins Gewicht. Diese Kosten-Nutzen-Relationen entsprechen in etwa den in der Kosten-Nutzen-Analyse für Frühe Hilfen ermittelten Relation von 1:34. (Meier-Gräwe & Wagenknecht, 2011) Demgegenüber sind die Folgekosten ohne Schulgesundheitsfachkraft beträchtlich und liegen im 6-stelligen Bereich.

Die Fallszenarien machen darüber hinaus deutlich, dass es gleichermaßen wichtig ist, Eltern, insbesondere die Mütter von chronisch oder psychisch kranken Kindern passgenau und zeitnah zu unterstützen, um auch deren Gesundheit zu stabilisieren und ihnen die Fortführung ihrer Erwerbstätigkeit zu ermöglichen.

Der zweite Ansatz der Kosten-Nutzen-Analyse war die Analyse von Realdaten aus dem Unfallgeschehen der beiden Unfallkassen in Brandenburg und Hessen.

Die Analyse der Heilbehandlungskosten und Rettungswageneinsätze wurde basierend auf zwei methodischen Ansätzen durchgeführt. Eine Prä-Post-Analyse betrachtete die gleiche Schule vor dem Einsatz einer Schulgesundheitsfachkraft und dann in den Jahren mit Schulgesundheitsfachkraft. Im Rahmen einer Vergleichsanalyse wurden die SGFK-Schulen mit ähnlichen Schulen ohne Schulgesundheitsfachkraft verglichen. In beiden Bundesländern und mit beiden Methoden konnte eine maßgebliche Reduktion der Rettungswageneinsätze gezeigt werden. Vergleichs- und Prä-Post-Analyse für die Brandenburger Grundschulen zeigen ähnliche Ergebnisse von 0,05 bis 1,19-mal weniger RTW-Einsätzen. In Oberschulen waren es 2,03 bis 1,15-mal weniger Einsätze. Die Analyseergebnisse werden in Abbildung 31 zusammengefasst:

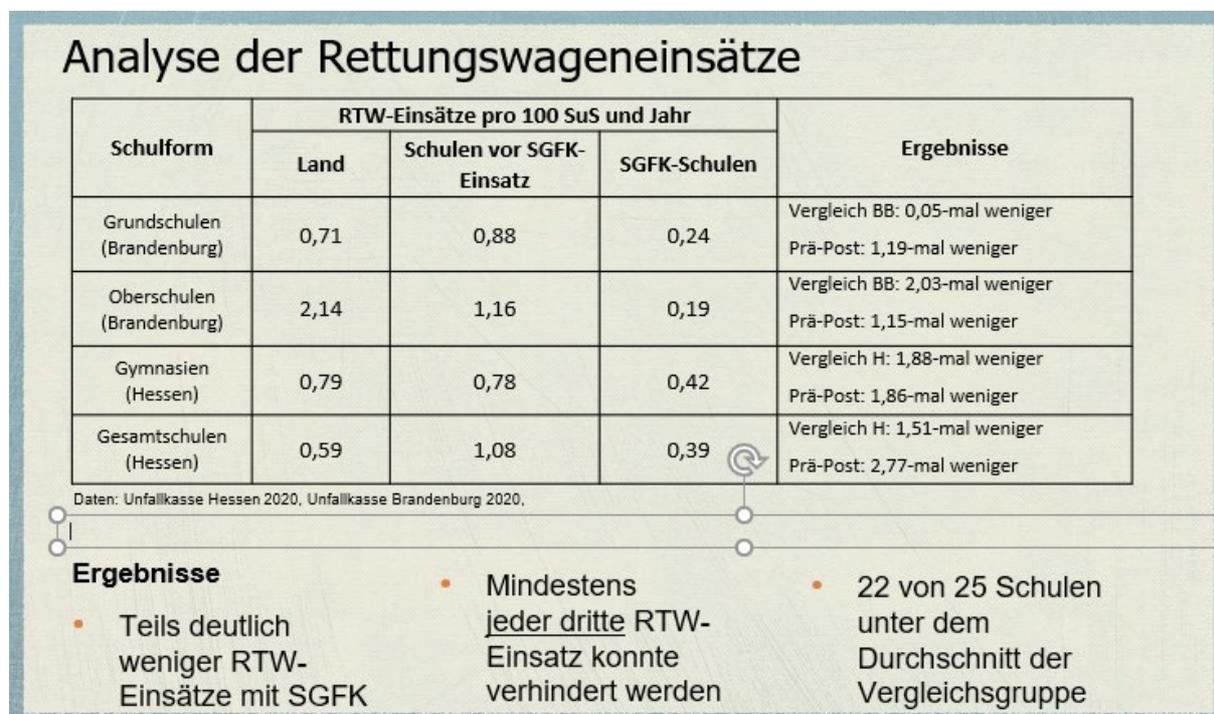


Abbildung 31 Zusammenfassung der Ergebnisse der Rettungswageneinsatzanalyse

Durch den Einsatz einer Schulgesundheitsfachkraft und der dadurch verringerten Anzahl an Rettungswageneinsätzen beträgt das jährliche Einsparpotenzial an Brandenburger Grundschulen pro 1.000 Schülerinnen und Schülern etwa 900 €. Für 1.000 Schülerinnen und Schüler an Oberschulen beträgt es etwa 2.600. Außerdem konnte in Brandenburg und Hessen eine deutliche Reduzierung der Heilbehandlungskosten an Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft nachgewiesen werden. Der Gesamteffekt wird in der nachfolgenden Hochrechnung dargestellt (Abbildung 32):

Schulform	Kosten für Krankentransport (landesweit)	Mögliche Einsparungen
<b>Grundschulen</b> (Brandenburg)	750.561,69 € (2018 / 2019)	<b>120.000 €</b> (1,19-mal weniger RTW-Einsätze)
<b>Oberschulen</b> (Brandenburg)	859.904,07 € (2018 / 2019)	<b>112.000 €</b> (1,15-mal weniger RTW-Einsätze)
<b>Gymnasien</b> (Hessen)	413.428,86 € (2016 / 2017)	<b>189.000 €</b> (1,86-mal weniger RTW-Einsätze)
<b>Gesamtschulen</b> (Hessen)	805.714,71 € (2016 / 2017)	<b>515.000 €</b> (2,77-mal weniger RTW-Einsätze)

Land	Kosten für Heilbehandlungen (landesweit)	Mögliche Einsparungen
<b>Hessen</b>	11.179.290,96 € (2018 / 2019)	<b>2.236.000 €</b> (20 % geringere Heilbehandlungskosten)

Abbildung 32 Zusammenfassung der möglichen Einsparungen durch den Einfluss von Schulgesundheitsfachkräften auf das Unfallgeschehen

### Baustein 6 - Vorschläge und mögliche Festlegungen für eine zukünftige institutionelle Anbindung der Schulgesundheitsfachkräfte

Eine Basis für den Erfolg des Modellprojektes in Brandenburg und Hessen war und ist ein breit angelegtes konsentiertes Vorgehen, orientiert an den spezifischen Bedarfen der teilnehmenden Schulen in den beiden Bundesländern.

Die vorliegende Evaluation des Wirkungsspektrums der Schulgesundheitsfachkräfte erlaubt die Ausformulierung von Empfehlungen zur zukünftigen organisatorischen Anbindung der Schulgesundheitsfachkräfte unter Berücksichtigung der Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Berufsbilds und Aufgabenprofils. Dabei gilt es hervorzuheben, dass sowohl die Gesundheitsversorgung der Schülerinnen und Schüler als auch die Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung im Aufgabenprofil miteinander verbunden sind.

Das Ziel sollte es sein, sowohl eine funktionierende Einbindung in das System Schule zu erreichen als auch eine strukturelle Anbindung an die bestehenden gesundheitlich- medizinischen Versorgungsstrukturen.

## 6.1 Organisationsmodelle

### 6.1.1 Brandenburg/Modellprojekt

Seit Februar 2017 werden an 27 allgemeinbildenden Schulen im gesamten Land Schulgesundheitsfachkräfte eingesetzt. Die Dienstaufsicht obliegt dem AWO Bezirksverband Potsdam e.V. als Anstellungsträger. Je nach Größe der Schule sind die Schulgesundheitsfachkräfte für eine, zwei oder drei Schulen zuständig. Die Gesundheitsämter unterstützen die Schulgesundheitsfachkräfte. Das Aufgabenspektrum umfasst: Akutversorgung von erkrankten und verletzten Personen, Unterstützung bei Früherkennung von gesundheitlichen Entwicklungsstörungen, Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte, Unterstützung von chronisch kranken Kindern im Schulalltag, Ansprechpartner und Vertrauenspersonen, interdisziplinäre innerschulische und außerschulische Kooperation. Das Land Hessen wurde 2015 als Kooperationspartner gewonnen und ist seitdem eng in die konzeptionelle und inhaltliche Umsetzung eingebunden.

In allen 9 Modellregionen wurden regionale Arbeitskreise gegründet. Grundlage für die Zusammenarbeit ist eine Kooperationsvereinbarung zwischen den Partnern. Es wurden in drei Sitzungen pro Jahr in Brandenburg durchgeführt. Eine Erweiterung aller regionalen Kooperationsvereinbarungen erfolgte 2019 um die Schulämter und Schulträger. Mitglieder der Arbeitskreise sind die Schulleitungen, die Pat\*innen der Schule, die Schulgesundheitsfachkräfte, das Gesundheitsamt, das Schulamt, der Schulträger und der Projektträger. Die Themen der Sitzungen waren u.a. Tätigkeitsbeschreibung der Schulgesundheitsfachkräfte, Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation, Erweiterung der regionalen Arbeitskreise, Berichte der SGFK und Zusammenarbeit mit Gesundheitsämtern und Netzwerkpartnern. Die Planung der Schuljahre, sowie die Zusammenarbeit mit Ersthelfern und Aufbau eines Schulsanitätsdienstes nehmen einen hohen Stellenwert ein. Des Weiteren wurde die Konzeption der Phasen des Modellprojektes erarbeitet, die Erweiterung des Modellprojektes, die Arbeitszeit der Schulgesundheitsfachkräfte und die zukünftige Leitung der Arbeitskreise nach der Modellprojektphase. Alle Sitzungen wurden vom Projektträger organisiert, geleitet und protokolliert und 2020 vereinzelt erstmalig von einzelnen Mitgliedern der Arbeitskreise übernommen. Auf der Grundlage der Konzeption ist geplant, dass ab 2021 ein Mitglied des regionalen Arbeitskreises die Leitung übernimmt. Die regionalen Arbeitskreise nehmen einen hohen Stellenwert im Projekt ein und leisten durch die Zusammenarbeit der Kooperationspartner einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für die gesundheitliche Unterstützung und Förderung von Kindern und Jugendlichen an den Modellschulen. Die Schulgesundheitsfachkräfte sind jeweils einer Schule zugeordnet und so in die Schulgemeinschaft eingebunden (Kollegium, Schulsozialarbeit, Unterstützung durch sozialpädagogische Fachkräfte, Schulpsychologen).

### 6.1.2 Hessen

Seit Juni 2017 sind - zunächst im Rahmen eines Modellprojekts - an 10 allgemeinbildenden Schulen in Frankfurt und Offenbach 10 Schulgesundheitsfachkräfte im Einsatz. Die Schulgesundheitsfachkräfte sind beim Land/Kultusministerium, bzw. den kommunalen Schulämtern angestellt. Die Fachkräfte sind jeweils einer Schule zugeordnet und so in die Schulgemeinschaft eingebunden (Kollegium, Schulsozialarbeit, Unterstützung durch sozialpädagogische Fachkräfte /UBUS Kräfte, Schulpsychologen) (Maulbecker-Armstrong). Die Gesundheitsämter unterstützen die Arbeit der Schulgesundheitsfachkraft durch regelmäßige Netzwerktreffen. Das Aufgabenspektrum ist analog zu Brandenburg. Der Einsatz der Fachkräfte wurde durch das hessische Kultusministerium im Jahr 2020 verstetigt. Der Einsatz von 10 weiteren Fachkräften wird im Jahre 2021, verteilt im gesamten Bundesland, durch das Kultusministerium in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Schulämtern umgesetzt.

### 6.1.3 Schleswig-Holstein

In Schleswig-Holstein gibt es regelhaft ein Angebot für die dänische Bevölkerung in Südschleswig durch den dänischen Gesundheitsverein und den Dänischen Gesundheitsdienst. Hier werden in den Kindergärten und Schulen Gesundheitspflegerinnen eingesetzt, die ausschließlich beratende Aufgaben übernehmen und für mehrere Einrichtungen zuständig sind. Eine Gesundheitsversorgung erfolgt hier nicht. Die Fachkräfte sind für mehrere Schulen zuständig und besuchen diese an einzelnen Tagen in der Woche. Sie bieten Sprechstunden für Schülerinnen und Schüler, ihre Eltern und auch Lehrer an. Sie unterstützen bei gesundheitsbezogenen Themen im Unterricht. Eine Einbindung ins Kollegium ist hier kaum möglich. (Möller I, 2015, S. 45-46)

Seit Dezember 2015 wird an einer Grundschule Flensburg (290 Schülerinnen und Schüler), die in einem Stadtteil mit einem hohen Anteil von Familien in schwierigen sozialen Lebensverhältnissen liegt eine School Nurse eingesetzt. Im September 2016 kam eine weitere Fachkraft an einer anderen Grundschule (360 Schülerinnen und Schüler) zum Einsatz. Beide School Nurses sind medizinische Fachangestellte mit mehreren Jahren Berufserfahrung im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst der Stadt sowie einem Studium zur Gesundheitsbildung durch Gesundheitsförderung. Zu den zentralen Arbeitsfeldern gehören neben Erste-Hilfe-Leistungen bei kleineren Verletzungen, die Gesundheitsförderung für Klassen oder im Rahmen der offenen Ganztagschule auch die Beratung und Vermittlung von Hilfen, die Mitwirkung bei der Schulentwicklung sowie allgemeine Vernetzungsarbeit, beispielsweise mit den Gesundheitsdiensten oder anderen Professionen im Gesundheitsbereich. Die Stadt Flensburg ist Anstellungsträger mit Dienst- und Fachaufsicht. Die Schulgesundheitsfachkräfte sind im Fachbereich Soziales und Gesundheit, hier bei den Gesundheitsdiensten im Sachgebiet Gesundheitspla-

nung, angebunden. „Das Flensburger Modellprojekt hat sich bereits jetzt als eine ausgesprochen effiziente Maßnahme im Rahmen des kommunalen Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen in Flensburg“ erwiesen; es ist eingebettet in die Ziele des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Gesundheitsdienstgesetz - SH) und in die Landesverordnung über die schulärztlichen Aufgaben. Eine Anbindung der Schulgesundheitsfachkräfte beim Öffentlichen Gesundheitsdienst erweist sich als äußerst sinnvoll.“ (Stadt Flensburg, 2017)

#### **6.1.4 Gesundheitsfachkräfte an Bremer Grundschulen**

In insgesamt zwölf Grundschulen in Bremen und Bremerhaven werden seit Beginn des Schuljahres 2018 / 2019 sieben Gesundheitsfachkräfte eingesetzt. Es handelt sich dabei zunächst um ein dreijähriges Modellprojekt, das im Rahmen des Präventionsgesetzes und dem Leitfaden Prävention der GKV gemeinsam von der Bremer Gesundheitsssenatorin und den Krankenkassen im Land Bremen je zur Hälfte finanziert wird. Die Fachkräfte für Prävention und Gesundheitsförderung sind beim Gesundheitsamt Bremen in der Sozialpädiatrischen Abteilung angestellt. Die Fachkräfte für Prävention und Gesundheitsförderung bilden gemeinsam mit allen an der Schule Tätigen, insbesondere den Lehrenden und den Sonderpädagoginnen und Sonderpädagogen, ein multiprofessionelles Team. Sie sind Teil des nicht unterrichtenden Personals.

Ausgangspunkt für die Arbeit der Fachkräfte sind die individuellen Bedarfe an der Schule und die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen. Darauf aufbauend werden die Fachkräfte im kontinuierlichen Dialog mit den Projektbeteiligten

- Projekte zu Themen wie gesunde Ernährung, Bewegung & Entspannung, Hygiene, Medienkonsum und Sucht sowie psychische Gesundheit initiieren,
- gesundheitsbezogenen Unterricht unterstützen,
- Gesundheitsthemen in die Elternarbeit einbringen,
- individuelle Beratungen mit Schülerinnen und Schüler, Schulpersonal, Eltern durchführen,
- Vernetzung mit außerschulischen Angeboten fördern und in relevanten Netzwerken im Stadtteil mitwirken.

Ausgeschlossen ist u.a. die gesundheitliche Versorgung der Schülerinnen und Schüler. Das Projekt wird in Kooperation mit der Landesvereinigung für Gesundheit Bremen und dem Gesundheitsamt Bremen durchgeführt.

#### **6.1.5 Hamburg**

Der Verband der Ersatzkassen (vdek) sowie die Gesundheits- und Schulbehörde setzen das Projekt ab 2020 für einen Zeitraum von fünf Jahren um. Insgesamt soll je eine halbe Kraft pro

Schule eingesetzt werden. Mit diesem Modellprojekt/Pilotprojekt sollen in Hamburg insbesondere Schülerinnen und Schüler erreicht werden, für deren gesundheitliche Entwicklung eine gezielte Unterstützung förderlich sein kann. Die Schulgesundheitsfachkräfte sollen an bis zu 29 Grundschulen in weniger privilegierter Lage eingesetzt werden und eine Brückenfunktion zwischen der Schule, dem Elternhaus, dem Stadtteil und dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst übernehmen. Eine Koordinierungsstelle, angesiedelt am Gesundheitsministerium oder Gesundheitsamt wird das Projekt fachlich begleiten. Das Projekt wird auf Grundlage einer Evaluation ausgewertet, die Ergebnisse werden in die weitere Ausgestaltung und die Empfehlungen zur Fortsetzung einfließen.

Die Schulgesundheitsfachkräfte sollen eine Qualifikation als Gesundheits- und Kinderkrankenschwester/-pfleger/-innen und zusätzlich einen Bachelor-Abschluss in Gesundheitswissenschaften mitbringen und Aufgaben analog des Projektes in Bremen an den Grundschulen übernehmen. Die Schulgesundheitsfachkräfte sind beim Gesundheitsamt angestellt.

#### **6.1.6 Schulen in freier Trägerschaft**

Die Schulen in freier Trägerschaft insbesondere die europäischen und internationalen Schulen orientieren sich beim Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften und ihren Aufgaben an internationalen Standards für School Nurses und sind in deren Netzwerke eingebunden. In der Regel begleitet ein Schularzt die Tätigkeiten der Schulgesundheitsfachkräfte, so dass gemeinsame fallbezogene Entscheidungen für die weitere Unterstützung der Schülerinnen und Schüler möglich sind. Die Finanzierung ist durch das Schulgeld über die Eltern abgedeckt. Eine Zusammenarbeit mit dem ÖGD findet kaum statt, jedoch ist der betreuende niedergelassene Kinder-/Jugendarzt in der Regel eingebunden.

#### **6.1.7 Weitere Projekte**

In Mainz wurde der Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften in Teilzeit an zwei Grundschulen im Rahmen eines Forschungsprojektes erprobt. Forschungsschwerpunkt: Versorgung von akuten und chronischen Erkrankungen, insbesondere Machbarkeit eines schulischen Case Managements. Erste Ergebnisse sind in publiziert (ikids3, 2020)

Nach Auslaufen der Projektfinanzierung wurden kommunale Mittel zur Weiterfinanzierung der beiden Teilzeitkräfte bereitgestellt.

### **6.2 Rahmenbedingungen und Aufgaben**

Die Aufgaben der Schulgesundheitspflege sind in den Bundesländern über die Schulgesetze und die Schule und Schüler\*innen bezogenen Aufgaben sind über die Gesetze des Öffentlichen Gesundheitsdienst bzw. den dazugehörigen KJGD Ausführungsregelungen geregelt.

„Der hierzulande in einschlägigen Schulgesetzen (z.B. von Brandenburg § 45 BbgSchulG und Hessen § 149 HSchG) verwendete Begriff der „Schulgesundheitspflege“ ist tendenziell missverständlich, denn dahinter verbergen sich – anders als international üblich und dem Begriff nach zu vermuten wäre – keine gesundheitsförderlich oder präventiv-kurativ ausgerichteten Leistungen von Pflegefachkräften innerhalb von Schulen (i.S.d. „School Health Nursing“). Vielmehr werden darunter überwiegend Maßnahmen nach dem Infektionsschutzgesetz sowie schul-(zahn-)ärztliche Reihenuntersuchungen gefasst, die sich überwiegend an einem eher traditionellen „Public Health“-Verständnis ausrichten.“ (SPLASH I, Adam, Ebert, & Ewers, 2018, S. 11)

Die institutionelle Anbindung der Schulgesundheitsfachkräfte hat neben dem genannten Verständnis von Schulgesundheitspflege auch weitreichende Auswirkungen auf das Tätigkeitsfeld und die Befugnisse im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung der Kinder, die Einbindung ins Kollegium der Schule, die Zusammenarbeit mit anderen Professionen an der Schule und nicht zuletzt mit den Eltern.

### 6.3 Anbindung an den ÖGD

Die jeweiligen Landesgesetze regeln die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Darüber hinaus hat die Akademie des öffentlichen Gesundheitsdienstes gemeinsam mit den Vertretern der Gesundheitsämter ein neues Leitbild erstellt, das von der Gesundheitsministerkonferenz im März 2018 begrüßt und verabschiedet wurde. (GMK I, 2018)

Das Leitbild sieht den ÖGD als einen zentralen Akteur der öffentlichen Sorge um die Gesundheit aller, schlägt eine Brücke zwischen Praxis und Theorie der Öffentlichen Gesundheit (Public Health), ebenso wie zwischen Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung, und will dabei insbesondere den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Gesundheitsämtern Orientierung geben.

Leitbild für einen modernen öffentlichen Gesundheitsdienst

Der Öffentliche Gesundheitsdienst

1. hat die öffentliche Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung
2. ist integraler Baustein des modernen Sozialstaats
3. ist bürgernah und eingebunden in kommunale Strukturen
4. orientiert sich an lokalen und globalen Herausforderungen
5. ist gemeinwohlorientiert, ohne kommerzielle Interessen
6. hat als Kernaufgaben Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung, Beratung und Information sowie Steuerung und Koordination

7. nimmt hoheitliche Aufgaben wahr und arbeitet sozialkompensatorisch, planerisch und gestalterisch, um gesundheitliche Chancengleichheit und bestmögliche Gesundheit für alle zu ermöglichen (Public Health)
8. basiert auf medizinischen, insbesondere fachärztlichen, und sozial- sowie gesundheitswissenschaftlichen Qualifikationen
9. arbeitet wissenschaftsbasiert und vernetzt
10. ist ethisch reflektiert in Respekt vor der Würde des einzelnen Menschen

Mit diesem neuen Selbstverständnis gilt es die Grundfrage nach der Anbindung von Schulgesundheitsfachkräften an den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in den Blick zu nehmen (Ellsäßer, Korebrits, & Trost-Brinkhues, 2020). In einigen Kommunen in Deutschland ist dieses Selbstverständnis im ÖGD bereits umgesetzt und der ÖGD ist als Koordinator bei der Entwicklung von regionalen Strukturen und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung insbesondere in der Entwicklung und Gestaltung von Präventionsketten tätig, mit dem Ziel die gesundheitlichen Chancen von benachteiligten Kindern, Jugendlichen und deren Familien zu verbessern. (siehe auch Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit). Die Verknüpfung von gesundheitlichen, individuellen und strukturellen Aufgaben entspricht den gesetzlichen Vorgaben des ÖGD in den kommunalen Lebenswelten und damit auch in den Schulen. Die Modellprojekte zeigen die zentrale Rolle des ÖGD. Es empfiehlt sich daher eine enge Einbindung, die auch so weit gehen kann, dass der ÖGD die Dienst- und Fachaufsicht über die Schulgesundheitsfachkräfte übernimmt. Damit ist auch die Möglichkeit gegeben für eine fachliche Unterstützung der Schulgesundheitsfachkräfte durch den ÖGD in Alltagsfragen.

Alternativ dazu müssen Beratungsmodelle konstruiert werden, die schnell und kompetent Unterstützung leisten. Regelmäßige gemeinsame Fallbesprechungen aller Schulgesundheitsfachkräfte einer Region sind eine weitere Möglichkeit des Kompetenzerhalts und der Kompetenzsteigerung.

Darüber hinaus wird empfohlen, die Schulgesetze der Länder zum Themenfeld Schulgesundheitspflege entsprechend dem aktuellen Selbstverständnis des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu überarbeiten und anzupassen. In einem Rechtsgutachten und einer Vorlage für einen Gesetzentwurf wurden die gesetzlichen Rahmenbedingungen dafür erarbeitet. (Dombert, 2020).

#### **6.4 Anbindung an die Schulämter**

Einsatzort der Schulgesundheitsfachkräfte ist die Schule. Die dauerhafte Beschäftigung durch die staatlichen Schulämter, wie in Hessen umgesetzt, ist ebenfalls denkbar und hat sich in der Praxis bewährt. Die Schulgesundheitsfachkräfte wurden in Bewerbungsverfahren durch ein multidisziplinäres Auswahlteam mit Vertreterinnen und Vertretern des staatlichen Schulamts

u.a. unter Beteiligung einer Vertreterin des Gesundheitsamtes, der betreffenden Schulleitung, eines Schulpsychologen und des Projektträgers ausgewählt. Die beschäftigten Schulgesundheitsfachkräfte agieren in den Schulen als ein Teil des Schulkollegiums und multiprofessionellen Schulteams und konnten so schnell in die jeweilige Schulstruktur integriert werden. Sie können an schulinternen Konferenzen und Besprechungen mitwirken und haben Zugriff auf Schülerdaten. Durch diese enge Anbindung wird die Akzeptanz der Schulgesundheitsfachkräfte bei den Lehrerinnen und Lehrern, den Schülerinnen und Schülern und Eltern erhöht. Dies vereinfacht z.B. die Unterstützung im Unterricht aber auch die Einbindung in das schulische Netzwerk aus Lehrkräften, sozialpädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Sekretariat, Schulsanitätsdienst, Vertrauenslehrkräften, usw. Die Dienstaufsicht liegt bei der Schulleitung. Die Vernetzung mit den regionalen Gesundheitsämtern wurde eng und regelmäßig organisiert. Allerdings zeigen sich bei dem Thema Gesundheitsversorgung der Schülerinnen und Schüler rechtliche Probleme, die für Unsicherheiten bei den Schulgesundheitsfachkräften sorgen. Hier bedarf es der rechtlichen Klärung. Im Gutachten der wissenschaftlichen Begleitforschung durch die Charité wird allerdings vor einer Überregulierung gewarnt. (Punkt 5 Empfehlungen der Charité: „Die modellhafte Erprobung hat gezeigt, dass die Schulgesundheitspflege im Alltag zahlreiche Regeln des Datenschutzes sowie des Schul- und Berufsrechts berücksichtigen muss. Im Interesse der Arbeitsfähigkeit der Pflegenden sollte aber Überregulierung vermieden und flexibles Handeln ermöglicht werden.“)

Bundesland	Projekt	Schulen	Aufgaben	Berufliche Voraussetzungen Qualifizierungsmaßnahmen	Anstellungsträger	Finanzierung	Bemerkungen
<b>Brandenburg</b>	Einführung von Schulgesundheitsfachkräften an öffentlichen Schulen im Land Brandenburg	27 Grundschulen, Oberschulen, Oberstufenzentrum 18 SGFK Geteilter Einsatz an bis zu 2 Schulen Orientierung am Schlüssel 1:700	Akutversorgung Gesundheitsförderung und Prävention Früherkennung Netzwerkarbeit Unterstützung chron. Kranke SUS	abgeschlossene Ausbildung zur Gesundheits- und (Kinder-) Krankenschwesterin+ mind. 3-jährige Berufserfahrung, Qualifizierungsmaßnahme	AWO Bezirksverband Potsdam	Land Brandenburg, AOK Nordost, Unfallkasse Brandenburg, AWO Bezirksverband Potsdam e.V.	Planungsphase 2009-2016 Modellprojekt 01.08.2016 bis 31.12.2020 Verlängerung bis 31.12.2021 Verstetigung geplant
<b>Bremen</b>	Gesundheitsfachkräfte an Schulen (GefaS)	12 Grundschulen 7 GefaS stationär 1 Vollzeitkraft betreut je 2 Grundschulen	Prävention und Gesundheitsförderung (entsprechend Präventionsgesetz)	abgeschlossene Ausbildung zur Gesundheits- und (Kinder-) Krankenschwesterin + Studienabschluss im Bereich Public Health	ÖGD/ KJGD	Senatorin für Gesundheit & alle gesetzlichen Krankenkassen des Landes (jeweils 50%)	Modellprojekt 07/2018 -12/2020 Verstetigung geplant
<b>Hamburg</b>	Gesundheitsfachkräfte an Grundschulen	bis zu 29 Grundschulen 15 GefaS davon 1 Koordinierungsstelle beim Bezirksamt, Dezernat Soziales, Jugend und Gesundheit (Gesundheitsamt) 1 Vollzeitkraft betreut je 2 Grundschulen	Prävention und Gesundheitsförderung (entsprechend Präventionsgesetz)	abgeschlossene Ausbildung zur Gesundheits- und (Kinder-) Krankenschwesterin zusätzlich Studienabschluss (BA) im Bereich Public Health	ÖGD/KJGD	Behörde für Gesundheit, Behörde für Schule & Verband der Ersatzkassen	Modellprojekt 2020 - 2025
<b>Hessen</b>	Einführung von Schulgesundheitsfachkräften	10 Schulen: je eine SGFK	Akutversorgung	abgeschlossene Ausbildung zur Gesundheits-	Land Hessen, vertreten durch	-12/2018 AOK + Sozialministerium	Modellprojekt 07/2017 – 12/2019

Bundesland	Projekt	Schulen	Aufgaben	Berufliche Voraussetzung Qualifizierungs- Maßnahmen	Anstellungsträger	Finanzierung	Bemerkungen
	an öffentlichen Schulen in Hessen	Grund- und weiterführende Schulen stationärer Einsatz Schlüssel 1: 497 bis 1: 1250	Gesundheitsförderung und Prävention Früherkennung Netzwerkarbeit Unterstützung chron. Kranke SUS	und (Kinder-) Krankenpflegerin+ mind. 3-jährige Berufserfahrung, Qualifizierungsmaßnahme	die staatlichen Schulämter	Seit 01/2019 Kultusministerium	Verstetigung ist umgesetzt 2020 Umsetzung in 10 weiteren Schulen
<b>Schleswig-Holstein</b>	Dänischer Schulgesundheitsdienst	Etwa 50 Schulen Grund- und Gemeinschaftsschulen, 2 Oberstufen Etwa 6000 SchülerInnen 3 Teams á 3 Schulkrankenschwestern sowie 4 Ärztinnen, 3 Sozialpädagogen Familienberatern	Gesprächsführung mit Schülern individuell oder in Gruppen Themen wie Pubertät, Mobbing, Stress, Trauergruppen oder Drogenprävention Reihenuntersuchungen wie Hör- und Sehtests Teilnahme an Schulprojekten/Themenwochen Elternabende Familienberatung Ambulante Beratung „Übergewicht“	D oder DK Abschluss als Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegerin+ mind. 5-jährige Berufserfahrung	Dansk Sundhedstjeneste for Sydslesvig e.V.- eine Einrichtung der dänischen Minderheit.	Bezuschussung durch das dänische Gesundheitsministerium, aber auch Zuwendungen einzelner Kreise und Kommunen	Dauerhafte Einrichtung der dänischen Minderheit Grundlage ist eine Vereinbarung mit dem Schulträger. Die Dienstaufsicht obliegt der ärztlichen Leitung, teilweise in Rücksprache mit den 4 örtlichen Gesundheitsämtern.

Bundesland	Projekt	Schulen	Aufgaben	Berufliche Voraussetzungen Qualifizierungsmaßnahmen	Anstellungsträger	Finanzierung	Bemerkungen
	Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften an ausgewählten Grundschulen in Flensburg	2 Grundschulen Mit 290 und 370 SchülerInnen 2 SGFK in Teilzeit	Akutmedizinische Versorgung* und Beratung, Förderung von Gesundheitskompetenz, Schulentwicklung, Netzwerkarbeit, Koordination	Medizinische Fachangestellte + Kontaktstudium Gesundheitsbildung	ÖGD	Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung; Seit 2020 Bildungsministerium	Förderung seit 12/2015. Finanzierung bis 2025 über Förderprogramme gesichert
<b>Rheinland-Pfalz</b>	Machbarkeitsstudie zur SGFK	2 Grundschulen in der Stadt Mainz mit 305/355 SchülerInnen 2 SGFK in Teilzeit	Versorgung chronisch kranker Kinder	Abschluss Kinderkrankenpflege, Zusatzerfahrung Pflegewissenschaften, Study Nurse erwünscht	Universitätsklinik Mainz	BMBF, Stiftung Seit 01/2020 Bildungsministerium des Landes	Forschungsprojekt Universität Mainz 09/2018 - 12/2019 Projektfinanzierung 01/2020 - 12/2020

Tabelle 44 Übersicht Anbindung der Schulgesundheitsfachkraft

\* akutmedizinische Versorgung: Laut Jahresberichten nimmt die akutmedizinische Versorgung 2016 26,0 %, 2017 25,3 %; 2018 25,9 % der Arbeit ein (Gesundheitsdienste der Stadt Flensburg, 2020)

## 6.5 Fazit Baustein 6

Das Aufgabenfeld der Schulgesundheitsfachkräfte wird von den gesetzlichen Vorgaben der landesbezogenen Schulgesetze, der Gesetze über den öffentlichen Gesundheitsdienst der Länder und den Schulstrukturen vor Ort bestimmt. Daher können Schulgesundheitsfachkräfte sowohl über die Schulämter direkt an den Schulen angebunden sein, als auch über den öffentlichen Gesundheitsdienst. Dies haben die bisherigen Projekte gezeigt. Allerdings hat sich auch gezeigt, dass ein Tätigkeitsfeld, das sich ausschließlich auf Gesundheitsförderung und Prävention fokussiert, nicht das Potential der individuellen pflegerischen Unterstützung und Versorgung der Kinder nutzt.

Wichtig ist eine enge Kooperation mit dem ÖGD, um einerseits die Qualität der Arbeit der Schulgesundheitskräfte zu sichern und andererseits die Netzwerke des ÖGD zu nutzen und so für eine kontinuierliche Unterstützung der Kinder und ihren Familien im Sinne der Fortsetzung der Präventionskette zu sorgen.

Unabhängig von der Anbindung der Schulgesundheitsfachkräfte gilt es die Schnittstellen in der Zusammenarbeit der verschiedenen Kooperationspartner verbindlich zu regeln und entsprechende Vereinbarungen zu treffen, basierend auf den guten Erfahrungen in der Zusammenarbeit in den Kooperationsvereinbarungen. Hier sind insbesondere die Kinder/Jugendärzte vor Ort zu nennen. (Abbildung 20)

Gerade im Hinblick auf die neuen Herausforderungen durch die aktuelle Pandemie gilt es auch die Lebenswelt Schule zu betrachten. Schulgesundheitsfachkräfte bekommen hier eine wichtige Rolle: Sie können die Schule bei der Entwicklung von Hygienekonzepten und deren Umsetzung maßgeblich unterstützen. Sie leisten einen Beitrag zur Aufklärung zum Beispiel im Unterricht. In der Sprechstunde kann eine Erstabklärung erfolgen und falls notwendig die weitere Versorgung organisiert werden. Die Schulgesundheitsfachkräfte können Vertrauen im Umgang mit der Pandemie bei den Schülerinnen und Schülern, bei den Lehrerinnen und Lehrern und nicht zuletzt bei den Eltern schaffen.

## Baustein 7 - Finanzierungsoptionen für die Anstellung von Schulgesundheitsfachkräften nach der Modellphase

Unabhängig von der institutionellen Anbindung wird die Finanzierung des Einsatzes von Schulgesundheitsfachkräften bisher aus verschiedenen Töpfen geleistet. Landesministerien, Krankenkassen, Unfallkassen und Fördervereine sind beteiligt. Bis auf wenige Ausnahmen handelt es sich dabei im Wesentlichen um Projektfinanzierungen. Es gilt daher die Möglichkeiten einer Regelfinanzierung zu prüfen.

## 7.1 Konzeptionelle Bedingungen

„Schulgesundheitspflege (School Health Nursing) steht für Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung im Setting Schule. Sie setzt da an, wo Kinder und Jugendliche viel Zeit verbringen, lernen, spielen, arbeiten und lieben, also genau dort, wo Gesundheit entsteht und erhalten werden muss.“ (WHO, 1986).

Schulgesundheitspflege steht aber auch für eine fachgerechte Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen. Der niederschwellige Zugang zu medizinisch-pflegerischen und psychosozialen Leistungen außerhalb des Gesundheitssystems bietet Begleitung und Beratung bei anfallenden Anpassungs- und Bewältigungsanforderungen von Familien mit chronisch kranken oder behinderten Kindern und Jugendlichen.

Als eine innerhalb von Bildungseinrichtungen angesiedelte Instanz kann die Schulgesundheitspflege von innen heraus mittels gesundheitsbezogener und Pflegeexpertise sowie kommunikativen und edukativen Fähigkeiten unmittelbar auf die Gesundheitskompetenz der Schülerinnen und Schüler, aber auch der Lehrkräfte reagieren und diese positiv beeinflussen, so wie es aktuellen gesundheitspolitischen Forderungen entspricht (Schaeffer, Hurrelmann, Bauer, & Kolpatzik, 2018).

In vielen Ländern mit deutlichem Erfahrungsvorsprung in der Pflege ist das Angebot von schuleigenen Pflegenden in öffentlichen Schulen bereits seit Langem etabliert (siehe Tabelle 2, Internationaler Überblick). Es wirkt dort nachweislich auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Schülerinnen und Schüler und ist als ein wichtiges Element zum Ausbau einer gesunden Schule anerkannt (NASN, 2016).

Die Effekte von Pflegeinterventionen innerhalb der Schulen sind vielfältig, darunter positive Einflüsse sowohl auf gesundheitliche Outcomes als auch auf Bildungsergebnisse (wie Schulverbleib/Beteiligung am Unterricht, Lerneinsatz, Bildungserfolge). Schülerinnen und Schüler mit chronischen Gesundheitsproblemen hatten dank der Versorgung durch die Schulgesundheitspflege geringere Langzeitprobleme (Best, Oppewal, & Travers, 2017). Nicht zuletzt konnte eine Kosten-Nutzen-Analyse aus den USA dort auch einen ökonomischen Nutzen von School Health Nurse Programmen nachweisen. (SPLASH II, Tannen, Yvonne, Ebert, & Ewers, 2018)

In diesem Sinne ist der Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften als zentraler Baustein des Gesundheitsziels „gesund aufwachsen“ und als Teil der sogenannten Präventionskette zu verstehen. In der Präventionskette gilt es in einem integrierten Ansatz, unterschiedliche Handlungsfelder, Akteure und Aufgaben lebensphasenorientiert zusammen zu führen, mit dem Ziel unterschiedlichen Bedarfen gerecht zu werden, individuelle, familiäre und soziale Eigenressourcen zu stärken sowie Chancengleichheit zu fördern. (Abbildung 33)

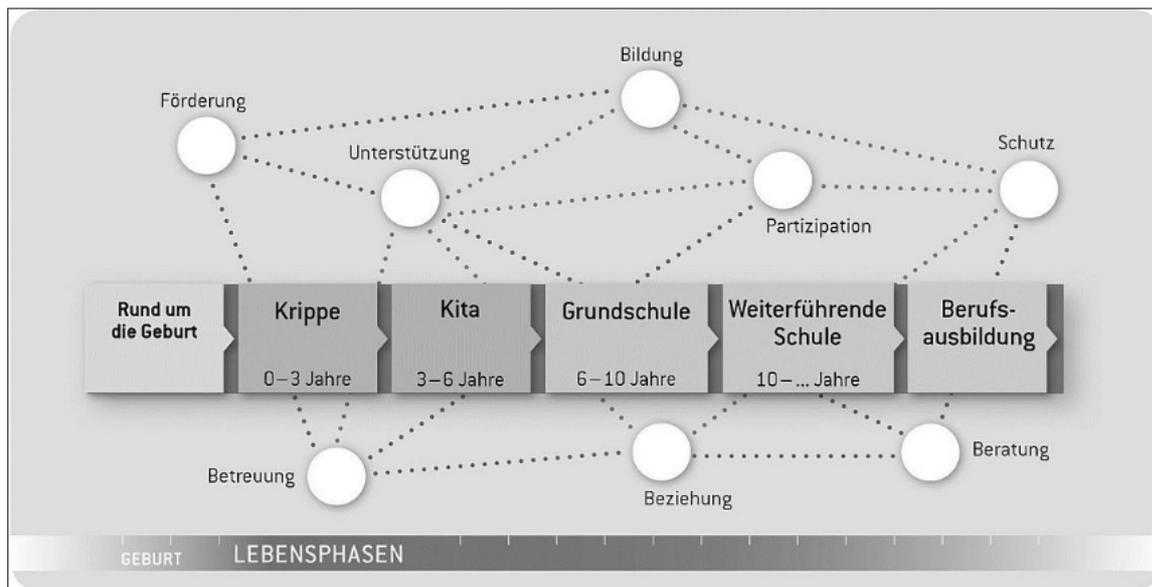


Abbildung 33 Präventionskette – Lebensphasenorientiert Quelle LVG und AFS / BZgA 2013:16, (BZgA, 2020)

Mit den „Frühen Hilfen“ ist hier ein erstes bundesweites Netzwerk entstanden.

„Frühe Hilfen bilden lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0- bis 3-Jährigen. Sie zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern leisten. Damit tragen sie maßgeblich zum gesunden Aufwachsen von Kindern bei und sichern deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe.“ (NZFH, 2020)

Schulgesundheitsfachkräfte sind als Fortsetzung dieser Unterstützung in der Lebenswelt Schule zu verstehen. Im Kapitel 5 des Gutachtens wurde darum eine Kosten-Nutzen-Analyse in Analogie zu den Frühen Hilfe vorgenommen und der Effekt des Einsatzes von Schulgesundheitsfachkräften in der Lebenslaufperspektive modelliert.

## 7.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

In den Schulgesetzen der Bundesländer finden sich nur sehr allgemeine Hinweise zum Thema Gesundheit:

Beispiele Brandenburg und Hessen.

Gesetz über die Schulen im Land Brandenburg (Brandenburgisches Schulgesetz- BbgSchulG) (BRAVORS II, 2018)

§4 Ziele und Grundsätze der Erziehung und Bildung

(5) Bei der Vermittlung von Kenntnissen, Fähigkeiten und Werthaltungen fördert die Schule insbesondere die Fähigkeit und Bereitschaft der Schülerinnen und Schüler, ihre Verantwortung für die eigene Gesundheit, für den Erhalt der Umwelt und die Sicherung der natürlichen Lebensgrundlagen zu begreifen und wahrzunehmen,

Hessisches Schulgesetz

in der Fassung vom 30. Juni 2017, (GVBl. S. 150), geändert durch Gesetz vom 3. Mai 2018 (GVBl. S. 82) Erster Teil §3

(6) Die Schule ist so zu gestalten, dass die gemeinsame Erziehung und das gemeinsame Lernen aller Schülerinnen und Schüler in einem möglichst hohen Maße verwirklicht wird und jede Schülerin und jeder Schüler unter Berücksichtigung der individuellen Ausgangslage in der körperlichen, sozialen und emotionalen sowie kognitiven Entwicklung angemessen gefördert wird.

Es ist Aufgabe der Schule, drohendem Leistungsversagen und anderen Beeinträchtigungen des Lernens, der Sprache sowie der körperlichen, sozialen und emotionalen Entwicklung mit vorbeugenden Maßnahmen entgegenzuwirken.

(9) Die Schule ist zur Wohlfahrt der Schülerinnen und Schüler und zum Schutz ihrer seelischen und körperlichen Unversehrtheit, geistigen Freiheit und Entfaltungsmöglichkeit verpflichtet.

In den Gesetzen der Länder über die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes werden Maßnahmen der Schulgesundheitspflege, der Kinder- und Jugendgesundheit sowie der Gesundheitsförderung und Prävention formuliert. § 45 BbgSchulG – Schulgesundheitspflege. Ähnlich lautende Schulgesundheitspflgeparagrafen gibt es in allen Bundesländern.

### 7.3 Finanzierungsmöglichkeiten

Aus den rechtlichen Vorgaben lassen sich entsprechende Finanzierungsmöglichkeiten ableiten. (siehe auch Rechtsgutachten Dombert und Hohage, 2020)

Die **Bundesländer** haben im Rahmen der haushaltsrechtlichen Vorgaben die Möglichkeit den Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften über ihre entsprechenden Ministerien langfristig zu finanzieren. (z.B. Hessen Haushaltsplan 2020; Einzelplan 04 des Hessischen Kultusministeriums)

Das **Präventionsgesetz** (§§ 20 SGB V) und die daraus entstandenen Bundesrahmenempfehlungen betonen die Notwendigkeit von Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten der Menschen. Dazu gehören auch die allgemeinbildenden und beruflichen Schulen. Eine Förderung von Maßnahmen durch die beteiligten Sozialversicherungsträger (Krankenkassen, Renten- und Unfallversicherungsträger) ist jedoch derzeit nur für zeitlich befristete Projekte möglich. Besonders betont wird die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für Gesundheitsförderung und Prävention auch bei Kindern und Jugendlichen. Eine zeitlich unbegrenzte Förderung von Strukturen wie es die Schulgesundheitsfachkräfte wären, im Gegensatz zu zeitlich befristeten Maßnahmen und Projekten ist im Rahmen der derzeitigen Vorgaben des Präventionsgesetzes nicht vorgesehen. (IM NRW, 2020) (Richter-Kornweitz, Kilian, & Holz, 2017) (SGB V, 2020)

#### 7.4 Fazit Baustein 7

Es bedarf gemeinsamer Anstrengungen von Bund, Ländern, Kommunen und Sozialversicherungsträgern die notwendige Finanzierung von Schulgesundheitsfachkräften dauerhaft und bedarfsbezogen sicher zu stellen.

- a. Eine Anpassung des Präventionsgesetzes im Hinblick auf die dauerhafte Finanzierung von Maßnahmen oder einer Strukturförderung, auch in der Lebenswelt Schule ist erforderlich. So könnten die Krankenkassen mit einem Euro pro Versicherten einen signifikanten Beitrag in Höhe von rund 57 Millionen Euro in einen gemeinsamen Fonds einzahlen, der nach entsprechendem Verteilerschlüssel über die Länder an die Schulen weitergegeben werden kann.
- b. Die Beteiligung der Unfallkasse Brandenburg an strukturellen und dauerhaften Maßnahmen wurde bereits im Rahmen des Modellprojektes in Brandenburg umgesetzt und sollte verstetigt werden. Ein Beispiel dafür ist die Einrichtung des Sprechzimmers der Schulgesundheitsfachkräfte (siehe Kapitel 5).
- c. Die Länder selbst sind aufgefordert zu prüfen in welcher Form und Höhe sie ihren Beitrag zur Finanzierung der Schulgesundheitsfachkräfte leisten wollen und können.
- d. Eine Finanzierungsmöglichkeit des Bundes über einen „GesundheitsPakt Schule“ analog zum „DigitalPakt Schule“ sollte in jedem Falle angedacht werden. Die gesetzlichen Grundlagen zur direkten Finanzierung der Kommunen müssten in diesem Fall angepasst werden.
- e. Ebenso sollte geprüft werden, ob analog der Bundesstiftung „Frühe Hilfen“ eine Bundesstiftung „Schulgesundheit“ gegründet werden kann.
- f. Der vom Bundesministerium für Gesundheit und der Gesundheitsministerkonferenz beschlossene Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst sieht vor „den öffentlichen

Gesundheitsdienst in seiner ganzen Aufgabenvielfalt und auf allen Verwaltungsebenen zu stärken und zu modernisieren“. (GMK II, 2020)

Für die Maßnahmen u.a. Personalaufbau, Digitalisierung und Steigerung der Attraktivität des ÖGD werden bis zum Jahr 2026 Finanzmittel vom Bund in Höhe von 4 Mrd. Euro bereitgestellt. Im Hinblick auf die Maßnahmen zum Personalaufbau heißt es: „In Umsetzung des Paktes für den ÖGD verbessern Bund und Länder, einschließlich Kommunen, jeweils in ihren Zuständigkeitsbereichen nachhaltig die Personalausstattung und stärken damit tiefgreifend die Strukturen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Die Länder tragen in einem ersten Schritt dafür Sorge, dass im Zeitraum vom 1. Februar 2020 bis zum 31. Dezember 2021 mindestens 1.500 neue, unbefristete Vollzeitstellen (Vollzeitäquivalente) für Ärztinnen und Ärzte, weiteres Fachpersonal sowie Verwaltungspersonal in den Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes geschaffen und besetzt werden, in einem weiteren Schritt werden bis Ende 2022 mindestens weitere 3.500 Vollzeitstellen (Vollzeitäquivalente) geschaffen. Maßgeblich für die personelle Verbesserung sind die im Leitbild des Öffentlichen Gesundheitsdienstes gemäß Beschluss der 91. Gesundheitsministerkonferenz beschriebenen Aufgaben.“ (BMBF, 2020)

Es ist zu prüfen, ob eine anteilige Finanzierung von Schulgesundheitsfachkräften, die über den ÖGD angestellt werden, aus diesen Mitteln möglich ist. Im Koalitionsvertrag von Brandenburg von 2019 sind 400 Stellen für multiprofessionelle Teams geplant (Dybe, 2019)

## **Baustein 8 – Gesamtfazit**

In vielen Ländern ist die Einbindung von School Nurses in die Lebenswelt der Schule gängige Praxis (siehe Tabelle 2, Internationaler Überblick). Alle Beteiligten der Schulgemeinde profitieren davon, was durch verschiedene Studien bestätigt worden ist. Auch in Deutschland rückt die Tätigkeit von Schulgesundheitsfachkräften nach der Umsetzung des Modellprojekts in Brandenburg und Hessen mehr und mehr in den Fokus. Einige Bundesländer machen haben sich auf den Weg gemacht und setzen eigene Projekte um. Kultus-, Sozial- und Gesundheitsministerien sind an diesen Projekten interessiert und suchen nach Wegen der Verstetigung. National Standards und Handlungsrahmen fehlen in Deutschland bisher. Gegenstand der vorliegenden gutachterlichen Stellungnahme ist die Darstellung von Gelingensbedingungen zum Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften und entsprechend daraus ableitende Empfehlungen auszusprechen, die hier nun zusammenfassend dargestellt werden

Stellenschlüssel: Basierend auf internationalen Erfahrungen und den nationalen Modellprojekten wird ein Stellenschlüssel von 1:700 als Orientierungsrahmen empfohlen, der jedoch kontextabhängig angepasst werden sollte. Neben der Anzahl der Schülerinnen und Schüler ist die Region (städtisch / ländlich) und der Sozialindex (z.B. Lage im Brennpunkt) der Schule, der Schultyp und das Aufgabenprofil der Schulgesundheitsfachkräfte, sowie das Profil der Schülerinnen und Schüler (chronische Erkrankungen, Migrationsanteil, Inklusionsbedarf) zu berücksichtigen. Um den Bedarf an Schulgesundheitsfachkräften zu kalibrieren, bedarf es auch der Berücksichtigung der Verfügbarkeit von anderen Berufsgruppen an der Schule, die im Themenfeld Gesundheit wirken. Diese Einflussfaktoren zur Ermittlung des schulbezogenen Stellenschlüssels werden in Abbildung 35 gezeigt:

## Schulbezogener Stellenschlüssel - Ermittlung

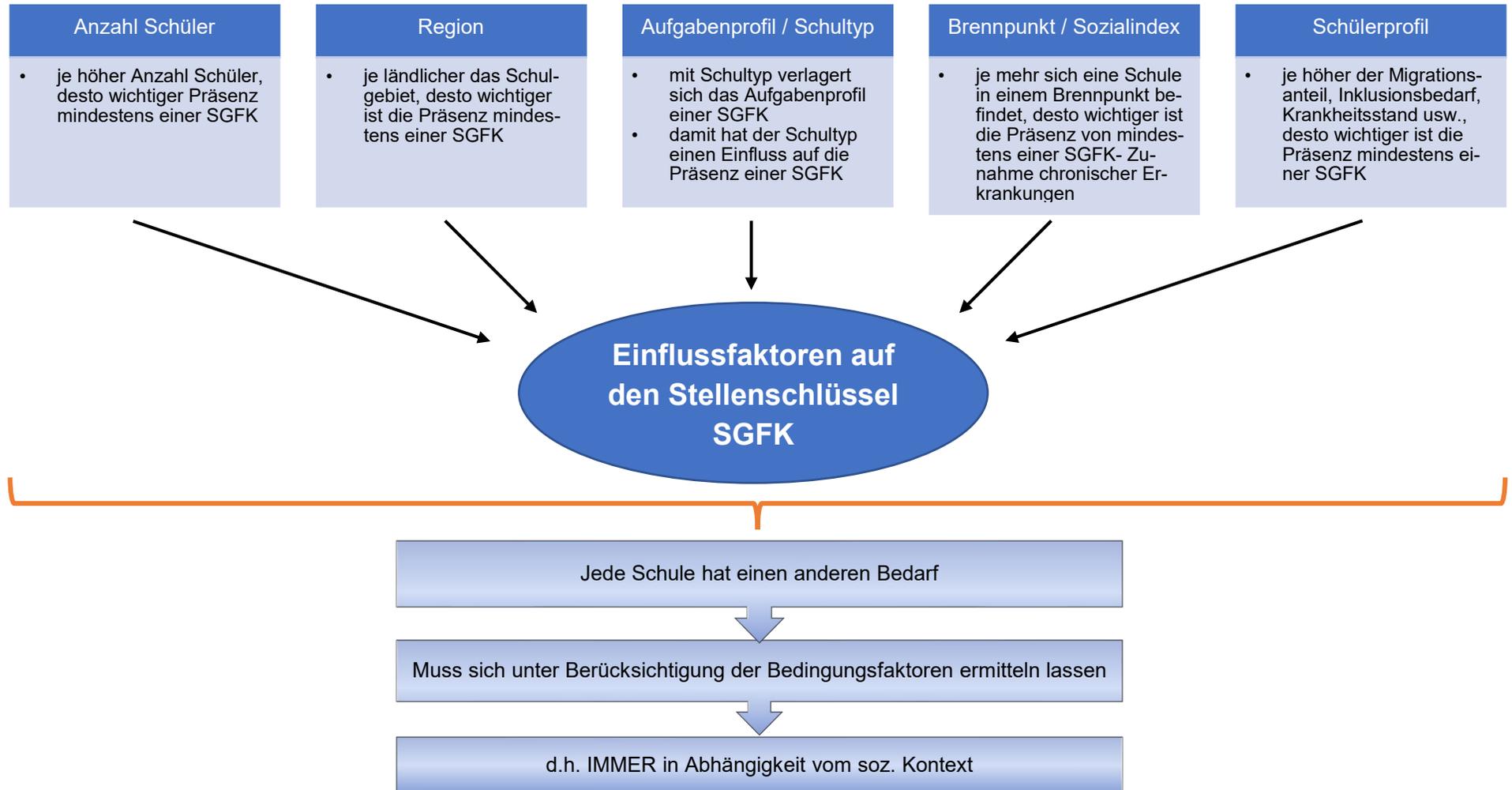


Abbildung 34 Ermittlung schulbezogener Stellenschlüssel

Im Einklang mit internationalen Erfahrungen mit School Health Nursing und in Anbetracht der Evaluationsergebnisse der Modellprojekte in Brandenburg und Hessen sollte der stationäre Einsatz einer Schulgesundheitsfachkraft pro Schule in Vollzeit bevorzugt werden, damit die Effektivität des Einsatzes gewährleistet werden kann und eine Schulgesundheitsfachkraft während der gesamten Schulzeit verlässlich ansprechbar ist. Schulen mit einer deutlich höheren Schülerzahl sollten mehrere Schulgesundheitsfachkräfte zugewiesen bekommen können, wie dies auch Praxis an Schulen freier Trägerschaft in Deutschland ist.

Beim Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften an kleineren Schulen wird empfohlen, nach Prüfung der kontextbezogenen Variablen eine Bedarfsdifferenzierung vorzunehmen und den erforderlichen Stundenanteil festzulegen. Dies kann dazu führen, dass eine Schulgesundheitsfachkraft mit all den damit verbundenen Nachteilen nicht nur eine Schule betreut. Bei einer Anstellung der Schulgesundheitsfachkraft beim öffentlichen Gesundheitsdienst ist auch denkbar, dass sie dort neben ihrer Tätigkeit an der Schule für andere Aufgaben, z.B. in der kommunalen Präventionsarbeit eingesetzt wird.

Berufsbild und Eingruppierung: Das internationale Tätigkeitsprofil ist in vielen Aspekten mit dem Aufgabenportfolio in dem Modellprojekt von Brandenburg und Hessen deckungsgleich. Abgeleitet aus dem Berufsbild und einer ausführlichen Beschreibung des Tätigkeitsprofils der Schulgesundheitsfachkräfte im Hinblick auf die Eingruppierungsanforderungen des TVöD bei kommunaler Anstellung oder TV-L bei einer Anstellung durch das Land wird folgende Empfehlung zur Eingruppierung ausgesprochen.

Die tarifliche Eingruppierung der Schulgesundheitsfachkräfte sollte in die Entgeltgruppe E 9 des TVöD (kommunal) beziehungsweise des TV-L (Land) erfolgen in Anlehnung an die Eingruppierung der Schulsozialarbeiter, in der Regel E9: Laut der Eingruppierungsordnung gilt die Entgeltgruppe 9 für „Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit schwierigen und vielseitigen Tätigkeiten, die umfassende Fachkenntnisse und überwiegend selbstständige Leistungen erfordern mit besonders verantwortlichen Tätigkeiten.“

→ Den genannten Anforderungen wird in vollem Umfang entsprochen, da Schulgesundheitsfachkräfte ein sehr komplexes Tätigkeits- und Arbeitsgebiet haben, in dem ein hohes Maß an Fach- und Handlungswissen notwendig ist und die Durchführung überwiegend eigenverantwortlich und ohne Teamanbindung erfolgt.

Sprechzimmer: Die allgemeinen räumlichen und sächlichen Voraussetzungen für den Schulbetrieb sind vielfältig und zum Teil länderspezifisch geregelt. Die Vorschriften, insbesondere

die bundesweit geltenden Vorgaben der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) sind bei der Einrichtung von Sprechzimmern für Schulgesundheitsfachkräfte zu beachten. Auf Grund der Erfahrungen der Modellprojekte in Brandenburg und Hessen wurden eine ausführliche Beschreibung und Empfehlungen zu den räumlichen Gegebenheiten, der technischen Ausstattung, dem notwendigen Mobiliar sowie den Verbrauchs- und Verbandmaterialien erstellt.

Die insgesamt zu erwartenden Kosten der sächlichen Ausstattung nach den Handlungsempfehlungen liegen etwa bei 4.100 €. Einen Großteil machen hierbei die technische Ausstattung und die Möblierung aus. Nach Auswertung der laufenden Ausgaben für den Betrieb des Sprechzimmers der Schulgesundheitsfachkräfte ist in Abhängigkeit von der Schulgröße ein Budgetrahmen von 1.200 € bis zu 2.400 € pro Schule und Schuljahr als grobem Orientierungsrahmen auszugehen. Das Budget ist an die Bedingungen der einzelnen Schule anzupassen. Es wird empfohlen den Schulgesundheitsfachkräfte die Verwaltung des Budgets zu übertragen.

Die geltenden Regeln und Gesetze legen eine Finanzierung im Rahmen des Schulträgers nahe.

Durch eingesparte Rettungswageneinsätze und Heilbehandlungskosten können bei den gesetzlichen Unfallversicherungen der Bundesländer durch den Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften erhebliche Einsparungen erzielt werden. Aus diesem Grund erscheint auch eine Beteiligung der Unfallversicherungsträger bei der Finanzierung der Sprechzimmer naheliegend. Besonders die Finanzierung des medizinischen Verbrauchsmaterials wirkt einleuchtend, da diese Güter den Unfallversicherungsträgern andernfalls durch den jeweiligen behandelnden Arzt in Rechnung gestellt würden.

Weiterbildung: Entsprechend der Ergebnisse der Machbarkeitsstudie und darauf aufbauend das Curriculum des AWO Bezirksverbands Potsdam e.V. wurden in den Bundesländern Brandenburg und Hessen jeweils Anforderungsprofile für Schulgesundheitsfachkräfte analog des Anforderungsprofils der WHO von School Health Professionals angepasst an die Gegebenheiten in Deutschland in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe erstellt. Auf dieser Basis und den Empfehlungen der Machbarkeitsstudie wurde ein modular aufgebautes Curriculum erstellt, auf dessen Grundlage die Pflegekräfte im Rahmen des Modellprojekts weitergebildet wurden. Aus den Ergebnissen der Evaluation werden folgende Empfehlungen ausgesprochen:

- Eine Weiterbildung entsprechend dem im Modellprojekt in Brandenburg entwickelten Curriculum ist Voraussetzung für den gelingenden Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften an öffentlichen Schulen.
- Die Weiterbildung sollte modular so aufgebaut sein, dass ein Erwerb des Abschlusses sowohl im Rahmen eines Studiums der Pflegewissenschaften als auch für berufstätige

Pflegekräfte möglich ist. Die evangelische Hochschule Darmstadt und der Bezirksverband Potsdam der Arbeiterwohlfahrt haben hierzu ein entsprechendes Konzept erarbeitet und bieten diese Weiterbildung ab 2020 bundesweit an. (AWO, 2020)

- Die Weiterbildung sollte regional angepasst und in die Netzwerke vor Ort (z.B. Gesundheitsämter, niedergelassene Kinder- und Jugendärzte, Beratungsstellen) eingebunden werden.
- Um den Einstieg in die Weiterbildung für die Pflegekräfte niedrigschwellig zu gestalten, sollten die Kosten weitgehend vom Arbeitgeber übernommen werden.
- Eine staatliche Anerkennung der Weiterbildung sollte angestrebt werden. Daher sind von den Trägern der Weiterbildung die Anforderungen der länderbezogenen Weiterbildungs- und Prüfungsordnungen für Pflege (WPO) in der jeweils aktuellen Fassung zu berücksichtigen.
- Die Finanzierungsmöglichkeiten bei einer Eigenbeteiligung der Schulgesundheitsfachkräfte an der Weiterbildung sind mannigfaltig.
- Die Finanzierungsmöglichkeiten für Weiterbildungsträger sind landesspezifisch auf Förderung zu prüfen. Auch Stiftungen auf Landes- und Bundesebene sowie Sozialversicherungsträger können hier Unterstützung anbieten.

#### Anstellungsträger und Finanzierungsempfehlung:

Die institutionelle Anbindung von Schulgesundheitsfachkräften hat neben dem genannten Verständnis von Schulgesundheitspflege auch weitreichende Auswirkungen auf das Tätigkeitsfeld und die Befugnisse im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung der Schülerinnen und Schüler, die Einbindung ins Kollegium der Schule, die Zusammenarbeit mit anderen Professionen an der Schule und nicht zuletzt mit den Eltern. Das Aufgabenfeld der Schulgesundheitsfachkräfte wird von den gesetzlichen Vorgaben der landesbezogenen Schulgesetze, der Gesetze über den öffentlichen Gesundheitsdienst der Länder und den Schulstrukturen vor Ort bestimmt bzw. beeinflusst. Anbindungsoptionen von Schulgesundheitsfachkräften bestehen sowohl über die staatlichen Strukturen wie die zuständigen Ministerien, als auch über den öffentlichen Gesundheitsdienst. Dieses haben die bisherigen Projekte gezeigt. Allerdings hat sich auch gezeigt, dass ein Tätigkeitsfeld, das sich ausschließlich auf Gesundheitsförderung und Prävention fokussiert und nicht das Potential der individuellen pflegerischen Unterstützung und Versorgung nutzt und dadurch nicht alle gesundheitsförderlichen Effekte der pflegerischen Intervention ausschöpfen kann. Auch international umfasst School Health Nursing in der Regel die pflegerische Versorgung.

Es bedarf gemeinsamer Anstrengungen von Bund, Ländern, Kommunen und Sozialversicherungsträgern die notwendige Finanzierung von Schulgesundheitsfachkräften dauerhaft und bedarfsbezogen sicher zu stellen. Dazu wären die folgenden Voraussetzungen zu schaffen:

- a. Eine Anpassung des Präventionsgesetzes im Hinblick auf die dauerhafte Finanzierung von Maßnahmen oder einer Strukturförderung, auch in der Lebenswelt Schule ist erforderlich. So könnten die Krankenkassen mit einem Euro pro Versicherten einen signifikanten Beitrag in Höhe von rund 57 Millionen Euro in einen gemeinsamen Fonds einzahlen, der nach entsprechendem Verteilerschlüssel über die Länder an die Schulen weitergegeben werden kann.
- b. Die Beteiligung der Unfallkassen an strukturellen und dauerhaften Maßnahmen wurde bereits im Rahmen des Modellprojektes in Brandenburg umgesetzt und sollte verstetigt werden.
- c. Die Länder selbst sind aufgefordert zu prüfen in welcher Form und Höhe sie ihren Beitrag zur Finanzierung der Schulgesundheitsfachkräfte leisten wollen und können.
- d. Eine Finanzierungsmöglichkeit des Bundes über einen „GesundheitsPakt Schule“ analog zum „DigitalPakt Schule“ sollte in jedem Falle angedacht werden. Die gesetzlichen Grundlagen zur direkten Finanzierung der Kommunen müssten in diesem Fall angepasst werden.
- e. Ebenso sollte geprüft werden, ob analog der Bundesstiftung „Frühe Hilfen“ eine Bundesstiftung „Schulgesundheit“ gegründet werden kann.
- f. Es ist zu prüfen, ob eine anteilige Finanzierung von Schulgesundheitsfachkräften, die beim öffentlichen Gesundheitsdienst angestellt sind, über die Mittel aus dem „Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst“ des Bundesministeriums für Gesundheit möglich ist.

Kosten-Nutzen-Analyse zum Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften: Die Kosten-Nutzen-Analyse zeigt mit zwei Ansätzen den ökonomischen Nutzen des Einsatzes von Schulgesundheitsfachkräften.

In einem Ansatz wurden in Zusammenarbeit mit den Schulgesundheitsfachkräften zwei Fallbeispiele entwickelt, die einen Vergleich von Schülerinnen und Schülern mit Diabetes und psychischer Erkrankung in Zusammenarbeit mit und ohne Schulgesundheitsfachkräften darstellen. Dabei wurden Szenarien mit unterschiedlichem Bildungs- und Sozialstatus und unter Berücksichtigung des Effekts ländlicher Raum modelliert. Die Ergebnisse zeigen, dass der Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften in der Lebenslaufperspektive der Schülerinnen und Schüler zu einem hohem Earn-Back Effekt (bis 1€ zu 40€) führt. Zum Vergleich in den USA

zeigt eine Kosten-Nutzen-Analyse zum Einsatz von School Nurses in einem Schuljahr 2009/2010 einen Return on Investment von 1\$ zu 2,2\$. (Wang, et al., 2014)

Der zweite Aspekt der Kosten.-Nutzen Analyse beruht auf Realdaten des Unfallgeschehens anhand von Daten der Unfallkassen in Brandenburg und Hessen

Eine Analyse der Heilbehandlungskosten und der Rettungswageneinsätze basierend auf zwei methodischen Ansätzen wurde vorgenommen: In einer Prä-post Analyse wurden die Daten der Schulen vor und nach der Anstellung der Schulgesundheitsfachkräfte angeschaut und im zweiten Ansatz wurde ein Vergleich zu einer Gruppe ähnlicher Schulen angestellt. In beiden Bundesländern und mit beiden Methoden konnte sowohl eine maßgebliche Reduktion der Rettungswageneinsätze als auch der Heilbehandlungskosten resultierend aus der Anwesenheit einer Schulgesundheitsfachkraft an der Schule gezeigt werden.

Eine zusammenfassende Übersicht dieser Effekte gibt Abbildung 35

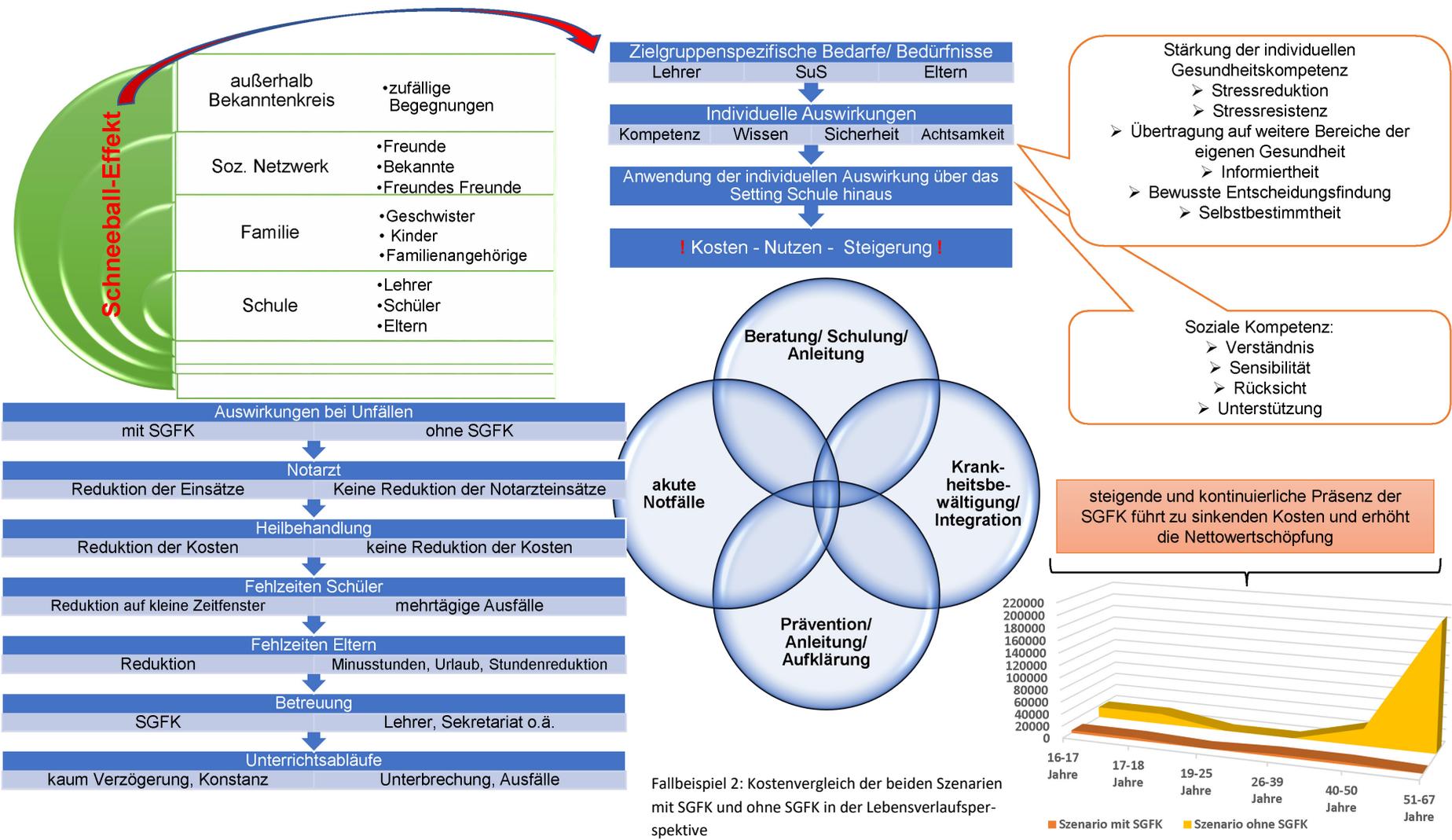


Abbildung 35 Nutzen-Effekte von Schulgesundheitsfachkräften

## Abschluss:

Schulgesundheitsfachkräfte sind ein in vielen Ländern erfolgreich etabliertes Instrument zur Professionalisierung der Gesundheitsfürsorge im so wichtigen Bildungsbereich von Kindern und Jugendlichen. Auch in Deutschland gab es in der Historie positive Erfahrungen mit vergleichbaren Maßnahmen, die aber im Zweiten Weltkrieg und der Nachkriegszeit anderen Prioritäten weichen mussten. Die in Brandenburg und Hessen durchgeführten Modellprojekte führen der Politik eindrucksvoll vor Augen, dass hier eine sich lohnende Investition geleistet werden kann, die den mit dem Präventionsgesetz und zahlreichen Gesundheitsprojekten eingeschlagenen Weg sinnvoll und glaubwürdig fortsetzt. Zudem bietet die flächendeckende Ansiedlung der Schulgesundheitsfachkräfte in Deutschland gerade für langjährig tätige, ältere Pflegekräfte sinnvolle berufliche Entwicklungsmöglichkeiten, die dem begrüßenswerten politischen Willen der Stärkung des Pflegebereiches entsprechen. Schulgesundheitsfachkräfte können zudem ein Rollenmodell sein für Schülerinnen und Schüler und dadurch für Pflegeberufe werben. Dass Erfolg versprechende Gestaltungsmöglichkeiten für eine bundesweite Etablierung der in Brandenburg und Hessen durchgeführten Modellprojekte bestehen, zeigt diese gutachterliche Stellungnahme auf.

Der Tatsache, dass die Corona Pandemie mit ihren Herausforderungen im gesamtgesellschaftlichen Kontext den Nutzen der Schulgesundheitsfachkräfte bei der Bewältigung der Krise im schulischen Lebensraum unterstreicht, hätte es zur Begründung der Sinnhaftigkeit der Maßnahme nicht bedurft, bestätigt diese aber eindrucksvoll. Schulgesundheitsfachkräfte bringen sich bei der Planung und Umsetzung von Hygienemaßnahmen, der Aufklärung und Beratung von Lehrerinnen und Lehrern, Schülerinnen und Schülern sowie der Eltern ein. Mit ihrer pflegerischen Expertise schaffen sie Sicherheit, bieten Orientierung und übernehmen teilweise das komplette Corona Management an den Schulen. Häufig arbeiten sie mit den Gesundheitsämtern vor Ort zusammen und unterstützen auch dieses in vielfältiger Weise. Die Einflüsse der Corona Pandemie auf die Arbeit der Schulgesundheitsfachkräfte werden in Abbildung 36 dargestellt:

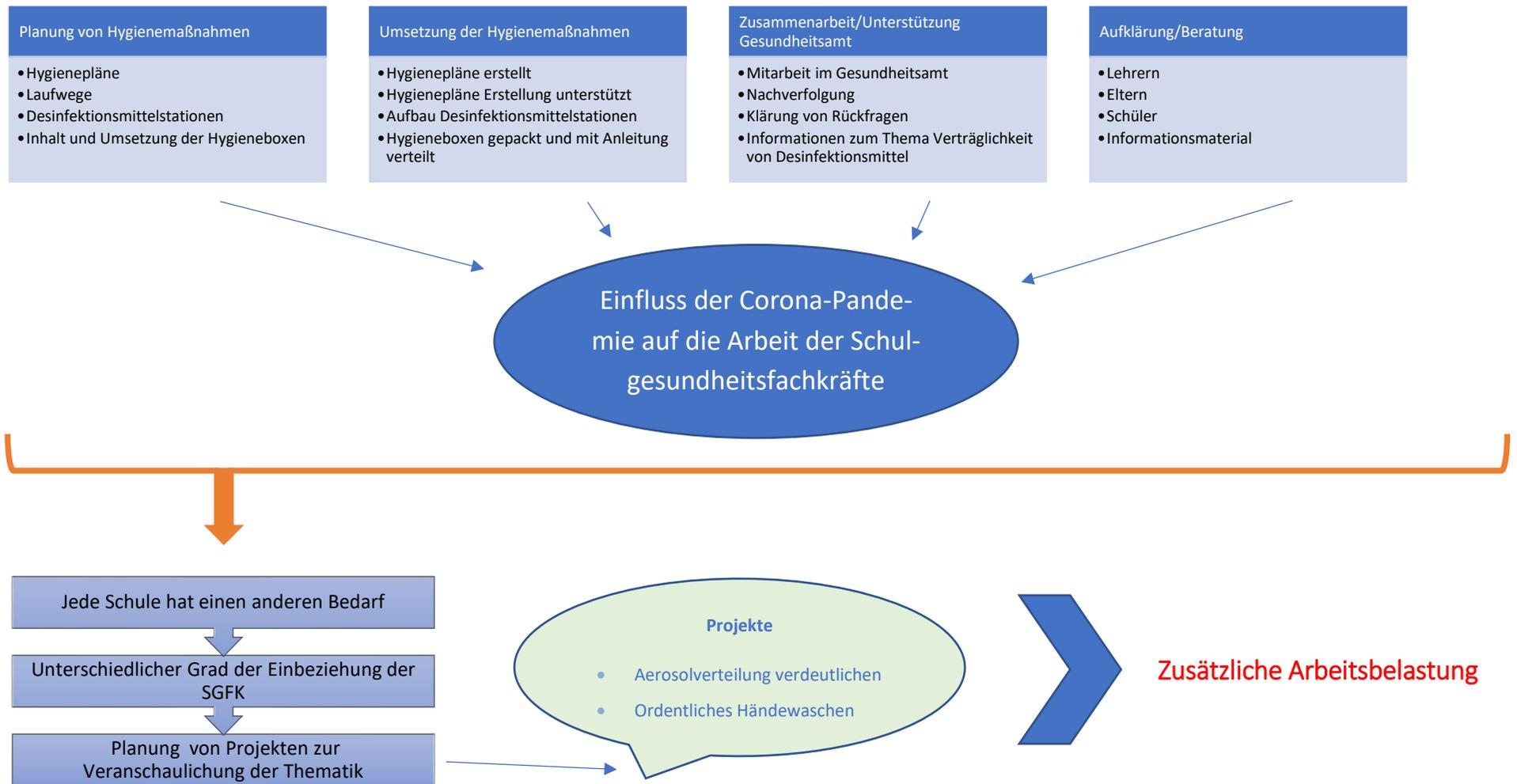


Abbildung 36 Einfluss der Corona-Pandemie

In der Zusammenschau der Ergebnisse dieser gutachterlichen Stellungnahme zeigt sich, dass die für unsere Gesellschaft so wichtige Lebenswelt Schule dringend einer Systemstärkung mit zusätzlichem Fachpersonal im Gesundheitsbereich bedarf, um den Anforderungen gelingender Bildungs- und Gesundheitsbiographien gerade von chronisch und psychisch kranken Kindern und Jugendlichen zu entsprechen. Ziel muss es sein den Kindern ein gesundes Aufwachsen in der Schule zu ermöglichen. Es gilt also für dieses Ziel Gelingensbedingungen zu schaffen. Denn „Gute Gesundheit unterstützt erfolgreiches Lernen. Erfolgreiches Lernen unterstützt die Gesundheit. Erziehung und Gesundheit sind untrennbar.“ (O’Byrne) Hierfür ist die Etablierung von Schulgesundheitsfachkräften eine besonders wichtige Maßnahme. Die dafür erforderlichen Investitionen sind nicht nur im Hinblick auf die Verwirklichung und Umsetzung von Kinderrechten relevant, sondern sie sind auch in ökonomischer Hinsicht lohnenswert. Abschließend bleibt zu hoffen, dass die in dieser gutachterlichen Stellungnahme aufgezeigten Wege und Begründungen die notwendige Überzeugungsarbeit leisten, den erhofften Prozess bei den zuständigen Entscheidungsträgern einzuleiten, zugunsten der Schulen und Schülerinnen und Schüler die erforderlichen Rahmenbedingungen bundesweit zu schaffen. Dies würde bestens zu der gerade in diesen Krisenzeiten sehr erfolgreichen Gesundheitspolitik von Bund und Ländern passen und wäre ein Signal an die Schulgemeinschaft, auch die den Bildungsauftrag begleitenden Aspekte wie die Gewährleistung bestmöglicher Rahmenbedingungen innovativ voran zu treiben.

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 "Deckblätter der Zeitschrift für Schulgesundheitspflege". Deutscher Verein für Schulgesundheitspflege. "Zeitschrift für Schulgesundheitspflege"[Internet]. 1908/1922.....	5
Abbildung 2 Einführung von Schulgesundheitsfachkräfte im Zeitverlauf national Stand: 10/2020 .....	7
Abbildung 3 Einsatzgebiet der Schulgesundheitsfachkräfte in Land Brandenburg.....	11
Abbildung 4 Vernetzung der Berufsgruppen in Bezug auf die medizinisch-unterstützende Versorgung.....	24
Abbildung 5 Zusammenfassung Frage 1: Was unterscheidet eine SGFK von einer Gesundheits- und Krankenpflegerin bezogen auf das Handeln im beruflichen Alltag in der Schule? .....	27
Abbildung 6 Frage 2 Kernaufgaben und Hauptaktivitäten der SGFK in ihrem Berufsalltag vor allem bezogen auf Aufgaben und Interaktionspartner.....	29
Abbildung 7 Relevanz des Einsatzes von Schulgesundheitsfachkräften im ländlichen Raum .....	31
Abbildung 8 Betreuung chronisch Erkrankter durch Schulgesundheitsfachkräfte.....	31
Abbildung 9 Einfluss einer chronischen Erkrankung auf Schülerinnen und Schüler.....	32
Abbildung 10 Schulbezogener Stellenschlüssel .....	38
Abbildung 11 Kostenüberblick .....	43
Abbildung 12 Sprechzimmer einer Schulgesundheitsfachkraft .....	52
Abbildung 13 Sprechzimmer einer Schulgesundheitskraft - Beispielhafte Raumaufteilung ..	54
Abbildung 14 zu erwartende Kosten der Grundausrüstung.....	61
Abbildung 15 Abgrenzung und Überschneidungspunkte Sozialarbeiter und Schulgesundheitsfachkraft .....	68
Abbildung 16 Aufgabenspektrum für die Eingruppierung einer Schulgesundheitsfachkraft..	70
Abbildung 17 Entwurf schulinternes Gesundheitsteam.....	70
Abbildung 18 Netzwerkkarte HE Heusenstamm (DGUV V, 2020) .....	71
Abbildung 19 Zusammenfassung von 15 einzelnen Netzwerkkarten in Brandenburg Quelle AWO .....	72
Abbildung 20 Darstellungsgrundlage für die Eingruppierung einer Schulgesundheitsfachkraft .....	74
Abbildung 21 Graphik 1 Fallbeispiel 1: Kosten-Nutzen-Relation Clara Szenario mit Schulgesundheitsfachkraft (lebenslaufbezogen).....	82
Abbildung 22 Graphik 2 Fallbeispiel 2a: Kosten-Nutzen-Relation Frau A. Szenario ohne Schulgesundheitsfachkraft (lebenslaufbezogen).....	87

Abbildung 23 Fallbeispiel 1: Kostenvergleich der beiden Szenarien (Akademikermilieu) in der individuumbezogenen Lebensverlaufsperspektive* Quelle: Berechnung nach Meier-Gräwe .....	90
Abbildung 24 Fallbeispiel 1: Kosten-Nutzen-Relation Clara - Szenario mit Schulgesundheitsfachkraft (lebenslaufbezogen).....	94
Abbildung 25 Fallbeispiel 1: Kosten-Nutzen-Relation Clara - Szenario ohne Schulgesundheitsfachkraft (lebenslaufbezogen).....	99
Abbildung 26 Fallbeispiel 1: Kostenvergleich der beiden Szenarien (Dienstleistungsmilieu) in der individuumbezogenen Lebensverlaufsperspektive Quelle: Berechnung nach Meier- Gräwe .....	101
Abbildung 27 Fallbeispiel 2: Kosten-Nutzen-Relation Tochter B., Medienexpertin - Szenario mit Schulgesundheitsfachkraft (lebenslaufbezogen).....	110
Abbildung 28 Fallbeispiel 1: Kosten-Nutzen-Relation Tochter B. - Szenario ohne Schulgesundheitsfachkraft (lebenslaufbezogen).....	115
Abbildung 29 Fallbeispiel 2: Kostenvergleich der beiden Szenarien mit SGFK und ohne SGFK in der Lebensverlaufsperspektive (individuumbezogen) Quelle: Berechnung nach Meier-Gräwe .....	118
Abbildung 30: Vergleich – aller Hessischen Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft graphisch .....	143
Abbildung 31 Zusammenfassung der Ergebnisse der Rettungswageneinsatzanalyse.....	155
Abbildung 32 Zusammenfassung der möglichen Einsparungen durch den Einfluss von Schulgesundheitsfachkräften auf das Unfallgeschehen.....	156
Abbildung 33 Präventionskette – Lebensphasenorientiert Quelle LVG und AFS / BZgA 2013:16, (BZgA, 2020) .....	169
Abbildung 34 Ermittlung schulbezogener Stellenschlüssel .....	174
Abbildung 35 Nutzen-Effekte von Schulgesundheitsfachkräften .....	180
Abbildung 36 Einfluss der Corona-Pandemie .....	182

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Ländervergleich international inklusive Aufgabenportfolio .....	5
Tabelle 2 Ländervergleich national mit Tätigkeitsprofil .....	10
Tabelle 3 Empfehlungen und Kosten für die technische Grundausstattung von Sprechzeiten .....	58
Tabelle 4 Empfehlungen und Kosten für die Möblierung.....	59
Tabelle 5 Empfehlungen und Kosten für die medizinische Grundausstattung von Sprechzimmern .....	59

Tabelle 6 Empfehlungen und Kosten für die Grundausrüstung mit Verbandsmaterial von Sprechzimmern .....	60
Tabelle 7 Empfehlungen und Kosten für die Büroausstattung von Sprechzimmern .....	60
Tabelle 8 Empfehlungen und Kosten für die Ausstattung von SGFK-Behandlungszimmern mit Reinigungsartikeln .....	60
Tabelle 9 Vergleich der beiden Szenarien (Individuums bezogen auf Clara) .....	91
Tabelle 10: Vergleich der beiden Szenarien (familiensystemische Perspektive, bezogen auf Schülerin. A. und ihre Mutter) .....	91
Tabelle 11 Vergleich der beiden Szenarien (individuumbezogen auf Clara) .....	101
Tabelle 12 Vergleich der beiden Szenarien (familiensystemische Perspektive, bezogen auf Clara und ihre Mutter) städtischer Kontext .....	102
Tabelle 13 Vergleich der beiden Szenarien .....	119
Tabelle 14 Vergleich der beiden Szenarien (familiensystemische Perspektive, bezogen auf Schülerin. A. und ihre Mutter) .....	119
Tabelle 15 Berechnung der Schultage in einem durchschnittlichen Schuljahr .....	125
Tabelle 16 Beispiel: Berechnung der Schuljahre im Beobachtungszeitraum .....	125
Tabelle 17 Beispiel: Berechnung der durchschnittlichen Schülerinnen und Schüler Anzahl	125
Tabelle 18: Beispiel: Berechnung der RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr .....	126
Tabelle 19: RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr an Brandenburger Grundschulen mit Schulgesundheitsfachkraft im Vergleich mit allen Brandenburger Grundschulen .....	127
Tabelle 20: RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr an Brandenburger Oberschulen mit Schulgesundheitsfachkraft im Vergleich mit allen Brandenburger Oberschulen .....	129
Tabelle 21: Prä-Post-Schulgesundheitsfachkraft Analyse der RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr an Brandenburger Grundschulen mit Schulgesundheitsfachkraft .....	130
Tabelle 22: Prä-Post-Schulgesundheitsfachkraft Analyse der RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr an Brandenburger Oberschulen mit Schulgesundheitsfachkraft .....	131
Tabelle 23: Hochrechnung der möglichen Einsparungen durch vermiedene RTW-Einsätze an Brandenburger Grund- und Oberschulen .....	132
Tabelle 24: RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr an Hessischen Gymnasien mit Schulgesundheitsfachkraft im Vergleich mit allen Hessischen Gymnasien	134

Tabelle 25: RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr an Hessischen Gesamtschulen mit Schulgesundheitsfachkraft im Vergleich mit allen Hessischen Gesamtschulen .....	135
Tabelle 26: Prä-Post- Schulgesundheitsfachkraft Analyse der RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schülern und Jahr an Hessischen Gymnasien mit Schulgesundheitsfachkraft .....	136
Tabelle 27: Prä-Post- Schulgesundheitsfachkraft Analyse der RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr an Hessischen Gesamtschulen mit Schulgesundheitsfachkraft .....	137
Tabelle 28: Hochrechnung der möglichen Einsparungen durch vermiedene RTW-Einsätze an Hessischen Gymnasien und Gesamtschulen .....	137
Tabelle 29: Zusammenfassende Ergebnisdarstellung der RTW-Einsätze pro 100 Schülerinnen und Schüler und Jahr in Brandenburg und Hessen .....	138
Tabelle 30: Hessische Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft und jeweilige Anforderungen an Vergleichsschulen .....	141
Tabelle 31: Vergleich – aller Hessischen Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft tabellarisch .....	144
Tabelle 32: Vergleich Heilbehandlungskosten pro Unfall - Gesamtschule 1 (Hessen) .....	144
Tabelle 33: Vergleich Heilbehandlungskosten pro Unfall - Gesamtschule 2 (Hessen) .....	145
Tabelle 34: Vergleich Heilbehandlungskosten pro Unfall - Gesamtschule 3 (Hessen) .....	145
Tabelle 35: Vergleich Heilbehandlungskosten pro Unfall - Gesamtschule 4 (Hessen) .....	145
Tabelle 36: Vergleich Heilbehandlungskosten pro Unfall - Gesamtschule 5 (Hessen) .....	145
Tabelle 37: Vergleich Heilbehandlungskosten pro Unfall - Gesamtschule 6 (Hessen) .....	146
Tabelle 38: Vergleich Heilbehandlungskosten pro Unfall - Gymnasium 1 (Hessen).....	146
Tabelle 39: Vergleich Heilbehandlungskosten pro Unfall - Gymnasium 2 (Hessen).....	146
Tabelle 40: Vergleich Heilbehandlungskosten pro Unfall - Gymnasium 3 (Hessen).....	146
Tabelle 41: Vergleich Heilbehandlungskosten pro Unfall - Gymnasium 4 (Hessen).....	147
Tabelle 42 Prä-Post Analyse der durchschnittlichen Heilbehandlungskosten pro Unfall an Hessischen Schulen mit Schulgesundheitsfachkraft.....	147
Tabelle 43: Hochrechnung der möglichen Einsparungen durch geringere Heilbehandlungskosten an Hessischen Schulen .....	148
Tabelle 44 Übersicht Anbindung der Schulgesundheitsfachkraft .....	166

## Literaturverzeichnis

- Auridis Stiftung gGmbH. (2020). Von <http://www.auridis.de/startseite> abgerufen
- AWO I, B. P. (2019). Projektsteckbrief Länderbesprechung „Schulgesundheitsfachkräfte“.
- AWO II, P. A. (2020). Gekürzte Fassung Gemeinsames Aufgabenprofil von Schulgesundheitsfachkräften im Rahmen des Modellprojektes in den Bundesländern Brandenburg und Hessen, Stand: 30.09.2020.
- AWO, B. P. (23. 06 2020). Pressemitteilung: Neues Berufsbild Schulgesundheitsfachkräfte. Von <https://schulgesundheitsfachkraft.de/presseartikel/neues-berufsbild-schulgesundheitsfachkraefte-kopie/> abgerufen
- Banfield, M., McGorm, K., & Sargent, G. (2015). Health promotion in schools: a multi-method evaluation of an Australian School Youth Health Nurse Program. *BMC Nurs*, S. 1-14.
- BB, L. B. (17. 12 2015). Gesetz über die Weiterbildung und Fortbildung in den Fachberufen des Gesundheitswesens (WBGesG). Von [https://bravors.brandenburg.de/gesetze/wbgesg\\_2016](https://bravors.brandenburg.de/gesetze/wbgesg_2016) abgerufen
- BDP I, B. D. (kein Datum). Berufsbild Psychologie, Schulpsychologe/in. Abgerufen am 17. 07 2020 von <https://www.bdp-verband.de/binaries/content/assets/beruf/berufsbild/schulpsychologie.pdf>
- BDP II, B. D. (11 2014). Schulpsychologie in Deutschland. Berufsprofil, Fokus: Inklusion in der Schule. Abgerufen am 17. 07 2020 von [https://www.bdp-schulpsychologie.de/backstage2/sps/documentpool/2014/berufsprofil\\_inklusion.pdf](https://www.bdp-schulpsychologie.de/backstage2/sps/documentpool/2014/berufsprofil_inklusion.pdf)
- BDP, B. D. (2016). Sektion Schulpsychologie. Schulpsychologische Versorgung in Deutschland. Von [https://www.bdp-schulpsychologie.de/backstage2/sps/documentpool/2016/160927\\_praxis\\_schulpsychologie.pdf](https://www.bdp-schulpsychologie.de/backstage2/sps/documentpool/2016/160927_praxis_schulpsychologie.pdf) abgerufen
- BDS, B. d. (2020). Von <https://www.stiftungen.org/startseite.html> abgerufen
- Becker, U. (2008). Lernzugänge: Integrative Pädagogik mit benachteiligten Schülern. Wiesbaden : VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bennack, J. (1990). Gesundheit und Schule - Zur Geschichte der Hygiene im Preussischen Volksschulwesen. Köln, Wien: Böhlau.
- Bertelsmann Stiftung I. (2020). Von <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/startseite> abgerufen
- Bertelsmann Stiftung II. (2020). Von <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/ueber-uns/was-wir-erreicht-haben/anschub> abgerufen
- Best, N., Oppewal, S., & Travers, D. (5. 12 2017). Exploring School Nurse Interventions and Health and Education Outcomes: An Integrative Review. *The Journal of School Nursing*, 34(1), S. 14-27.
- BIBB I. (18. 12 2020). Finanzierung beruflicher Weiterbildung. Von <https://www.bibb.de/de/1660.php> abgerufen

- BIBB II, P. b. (07 2009). Stiftungen für die berufliche Bildung. Abgerufen am 26. 08 2020 von [https://www.bmbf.de/upload\\_filestore/pub/Jobstarter\\_Praxis\\_Band\\_3.pdf](https://www.bmbf.de/upload_filestore/pub/Jobstarter_Praxis_Band_3.pdf)
- BIBB III, B. f. (1. 10 2012). Verzeichnis der anerkannten Ausbildungsberufe. Abgerufen am 26. 08 2020 von [https://datenreport.bibb.de/media2013/tab\\_b4\\_1-7\\_Internet.pdf](https://datenreport.bibb.de/media2013/tab_b4_1-7_Internet.pdf)
- BIBB IV, B. f. (2020). Von <https://www.bibb.de/de/index.php> abgerufen
- BIH, B. d. (01 2018). ABC Fachlexikon Beschäftigung schwerbehinderter Menschen 6. überarbeitete Ausgabe. (c. L.-I. Geschäftsstelle, & 5. Köln, Hrsg.) Von [https://www.integrationsaemter.de/files/11/ABC\\_Fachlexikon\\_2018\\_barrierefrei.pdf](https://www.integrationsaemter.de/files/11/ABC_Fachlexikon_2018_barrierefrei.pdf) abgerufen
- BMAS, B. d. (12 2006). Die UN-Behindertenrechtskonvention: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Abgerufen am 18. 12 2020 von <https://www.behindertenrechtskonvention.info/bildung-3907/>
- BMBF, B. f. (2020). DigitalPakt Schule. Von <https://www.bmbf.de/de/wissenswertes-zum-digitalpakt-schule-6496.php> abgerufen
- BPTk I, B. P. (2020). Faktenblatt: Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Berlin.
- BPTk II, B. P. (04 2020). Gebührenordnung für Psychotherapeut\*innen (GOP) - Auszug aus der GOÄ. Von [https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2020/04/GOP-Infotabelle\\_Stand-2020.pdf](https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2020/04/GOP-Infotabelle_Stand-2020.pdf) abgerufen
- BRAVORS I, B. V. (22. 07 2010). Aufgaben der Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter der Landkreise und kreisfreien Städte. Abgerufen am 16. 07 2020 von <https://bravors.brandenburg.de/de/verwaltungsvorschriften-220533>
- BRAVORS II, B. V. (18. 12 2018). Gesetz über die Schulen im Land Brandenburg (Brandenburgisches Schulgesetz - BbgSchulG). Von <https://bravors.brandenburg.de/gesetze/bbgschulg> abgerufen
- BRAVORS III, B. (2016). Verordnung über die Aufgaben des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes der Gesundheitsämter nach § 6 Absatz 2 des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes (Kinder- und Jugendgesundheitsdienst-Verordnung - KJGDV). Von [https://bravors.brandenburg.de/verordnungen/kjgdv\\_2016](https://bravors.brandenburg.de/verordnungen/kjgdv_2016) abgerufen
- BRAVORS IV, B. (2016). Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg (Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz - BbgGDG); § 6 Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen Abs.2. Von [https://bravors.brandenburg.de/gesetze/bbggdg\\_2016](https://bravors.brandenburg.de/gesetze/bbggdg_2016) abgerufen
- BReg I, B. d. (1997). § 21 Verantwortung des Unternehmers, Mitwirkung der Versicherten: § 21 SGB 7 - Einzelnorm; 1.1.1997.
- BReg II, B. d. (2004). Arbeitsstätten-Richtlinie Sanitärräume (ASR 38/2) Zu § 38 Abs. 2 der Arbeitsstättenverordnung: (ASR 38/2); 12.08.2004.

- BReg III, B. d. (1996). Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Benutzung persönlicher Schutzausrüstungen bei der Arbeit: PSA-BV; 20.12.1996.
- brutto-netto-rechner. (31. 10 2020). Von <http://www.brutto-netto-rechner.info/> abgerufen
- Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. (11 2015). Schulbegleitung: Ein Positionspapier der Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. Abgerufen am 16. 07 2020 von [https://www.lebenshilfe.de/fileadmin/Redaktion/PDF/Wissen/public/Positionspapiere/Positionspapier\\_2015-11\\_Schulbegleitung.pdf](https://www.lebenshilfe.de/fileadmin/Redaktion/PDF/Wissen/public/Positionspapiere/Positionspapier_2015-11_Schulbegleitung.pdf)
- Bürgerservice Hessenrecht. (04. 11 2011). Dienstordnung für Lehrkräfte, Schulleiterinnen und Schulleiter und sozialpädagogische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Abgerufen am 12. 05 2020 von <https://www.rv.hessenrecht.hessen.de/bshe/document/hevr-LDOHE2011pP1>
- BVÖGD, B. d. (2020). Kinder- und Jugendgesundheitsdienst. Abgerufen am 16. 07 2020 von <https://www.bvoegd.de/ueber-uns/fachausschuesse/kjgd/>
- BZgA, B. f. (2020). Von <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praeventionskette-integrierte-kommunale-gesundheitsstrategie/> abgerufen
- Dansk Sundhedstjeneste, f. (2019). Projektsteckbrief Länderbesprechung "Schulgesundheitsfachkräfte".
- DBfK, D. B. (2014). Gesund Aufwachsen: Schulgesundheitspflege in Deutschland. Berlin. Abgerufen am 04. 05 2020 von [https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Schulgesundheitspflege\\_2014-12-11.pdf](https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Schulgesundheitspflege_2014-12-11.pdf)
- Deutsches Ärzteblatt. (2009). Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst: Keine Ärzte zweiter Klasse. Abgerufen am 16. 07 2020 von <https://www.aerzteblatt.de/archiv/64718/Aerzte-im-Oeffentlichen-Gesundheitsdienst-Keine-Aerzte-zweiter-Klasse>
- DGKJP, D. G.-u. (2020). Information zu DGKJP-Leitlinien. Von <https://www.dgkjp.de/wissen/leitlinien-information/> abgerufen
- DGUV I, D. G. (2017). DGUV Information 202-059 "Erste Hilfe in Schulen". 1st ed. Berlin.
- DGUV II, D. G. (2019). Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, DGUV Regel 102-601 „Branche Schule“. Berlin.
- DGUV III, D. G. (2019). DGUV Information 212-017 „Auswahl, Bereitstellung und Benutzung von beruflichen Hautmitteln“. Berlin.
- DGUV IV, D. G. (2020). Statistik: Schülerunfallgeschehen 2019. Berlin.
- DGUV V, D. G. (2020). Netzwerkkarte HE Heusenstamm [in Druck]. Striegel, U.
- DIMDI, D. I. (2019). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, F3 (F30–F39) Affektive Störungen Depression, bipolare affektive Störung, manische Episode.

- DIN, D. I. (2014). Brandschutzordnung: Regeln für das Erstellen und das Aushängen 01.05.2014; 13.220.01. Berlin: Beuth Verlag GmbH.
- Dolle, K., & Schulte-Körne, G. (2013). The treatment of depressive disorders in children and adolescents. *Deutsches Ärzteblatt international* 110 (50), S. 854-860.
- DuBois, R., & Resch, F. (2005). *Klinische Psychotherapie des Jugendalters: Ein integratives Praxisbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Dybe, D. G. (2019). Ein neues Kapitel für Brandenburg: Zusammenhalt, Nachhaltigkeit, Sicherheit. Von [https://www.brandenburg.de/media/bb1.a.3833.de/Koalitionsvertrag\\_Endfassung.pdf](https://www.brandenburg.de/media/bb1.a.3833.de/Koalitionsvertrag_Endfassung.pdf) abgerufen
- Eichwald, F. (2020). Förderprogramme: So wird Ihre Weiterbildung finanziell gefördert. Von <https://arbeits-abc.de/foerderprogramme-so-wird-ihre-weiterbildung-finanziell-gefoerdert/> abgerufen
- Elsässer, G., Korebrits, C., & Trost-Brinkhues, G. (2020). Leitbild für einen modernen Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) in Deutschland: Stellungnahme des Fachausschusses KJGD im BVÖGD. *Gesundheitswesen* 82, S. 947-954.
- Elsässer G BH. (2020). Schulgesundheitsfachkräfte an öffentlichen Schulen - eine neue Ressource für die Schülergesundheit: Evaluation der Tätigkeit auf Grundlage der SGFK-Dokumentation im Auftrag der AWO Bezirksverband Potsdam e.V.
- Elternzentrum Berlin e.V. (kein Datum). Leitfaden zur Schulassistenz. Abgerufen am 16. 07 2020 von [https://www.elternzentrum-berlin.de/download/ezb\\_handreichungen/100629LF\\_Schulassistenz\\_A4download.pdf](https://www.elternzentrum-berlin.de/download/ezb_handreichungen/100629LF_Schulassistenz_A4download.pdf)
- Etschenberg, P. D. (kein Datum). Chronische Erkrankungen im Kindesalter. Ein gemeinsames Thema von Elternhaus, Kindertagesstätte und Schule. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Abgerufen am 16. 03 2020 von <https://service.bzga.de/pdf.php?id=e05f658900490094770014ef64d9643e>
- Ewest, F., Reinhold, T., Vloet, T. D., Wenning, V., & Bachmann, C. J. (2013). Durch Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens ausgelöste Krankenkassenausgaben. *Kindheit und Entwicklung* 22 (1).
- Finck, I., Poser-Radeke, C., & Ohder, S. (2012). Sonderpädagogische Förderung in Brandenburger Schulen, Autismus. Ludwigsfelde-Struveshof: Landesinstitut für Schule und Medien Berlin-Brandenburg (LISUM). Abgerufen am 16. 07 2020 von [https://bildungsserver.berlin-brandenburg.de/fileadmin/bbb/unterricht/sonderpaedagogische\\_Foerderung\\_und\\_ge-meinsamer\\_Unterricht/Autismus.pdf](https://bildungsserver.berlin-brandenburg.de/fileadmin/bbb/unterricht/sonderpaedagogische_Foerderung_und_ge-meinsamer_Unterricht/Autismus.pdf)
- Florian, I.-L. (1954). *Aufgaben und Organisation der Schulgesundheitspflege im Kreise Herford* [Dissertation]. Münster: Westphälische Wilhelms-Universität zu Münster.
- foerderdatenbank. (2020). Abgerufen am 26. 08 2020 von [https://www.foerderdatenbank.de/SiteGlobals/FDB/Forms/Suche/Expertensuche\\_Formular.html?cl2Processes\\_Foerdergebiet=brandenburg&cl2Processes\\_Foerdergebiet](https://www.foerderdatenbank.de/SiteGlobals/FDB/Forms/Suche/Expertensuche_Formular.html?cl2Processes_Foerdergebiet=brandenburg&cl2Processes_Foerdergebiet)

=brandenburg&submit=Suchen&cl2Processes\_Foerderberechtigte=verband\_vereinigung&filterCategories=Fundin

- Fromm, E. (1955). Wege aus einer kranken Gesellschaft. Erich-Fromm-Gesamtausgabe (GA) Band IV, A. 52.
- Gemeinsam leben Hessen e.V. (04 2018). Schulbegleitungen nach SGB VIII. Abgerufen am 16. 07 2020 von [https://gemeinsamleben-hessen.de/de/dokumente/GLH\\_Schulbegleitung\\_SGB\\_VIII.pdf](https://gemeinsamleben-hessen.de/de/dokumente/GLH_Schulbegleitung_SGB_VIII.pdf)
- Gesundheitsamt Bremen. (2020). GefaS, Gesundheitsfachkräfte an Schulen. Abgerufen am 23. 05 2020 von [https://www.gesundheitsamt.bremen.de/gesundheitsfachkraefte\\_an\\_schulen\\_gefas-22434](https://www.gesundheitsamt.bremen.de/gesundheitsfachkraefte_an_schulen_gefas-22434)
- Gesundheitsdienste der Stadt Flensburg. (2020). (S. F. Gesundheitsdienste, Herausgeber) Von <https://www.flensburg.de/Leben-Soziales/Gesundheitsdienste/Gesundheitsplanung> / Leitung: Dr. Marc Wenzel abgerufen
- GEW, G. E. (2011). Schulsozialarbeit wirkt! Individuelle Förderung. Frankfurt am Main.
- GMK I, G. (2018). Beschlüsse der 91. GMK. Berlin. Von <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=730&jahr=2018> abgerufen
- GMK II, G. (2020). Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Von [https://www.gmkonline.de/documents/anlage\\_pakt-fuer-den-oegd\\_1599462712.pdf](https://www.gmkonline.de/documents/anlage_pakt-fuer-den-oegd_1599462712.pdf) abgerufen
- Greiner, P. D., Batram, M., & Witte, J. (2019). Kinder- und Jugendreport 2019: Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. 53. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 31). (A. Storm, Hrsg.) Bielefeld & Hamburg: medhochzwei Verlag GmbH.
- Groen, G., & Petermann, F. (2008). Was wirkt in der Therapie von Depression bei Kindern und Jugendlichen wirklich? Kindheit und Entwicklung 17 (4), S. 243-251.
- HAGE, H. A. (2019). Modellprojekt zur Einführung von Schulgesundheitsfachkräften an öffentlichen Schulen in Hessen.
- Hammling, K. (08. 08 2018). Weiterbildung finanzieren: Diese Fördermittel gibts für Wissensdurstige. (test.de, Herausgeber) Von <https://www.test.de/Leitfaden-Weiterbildung-finanzieren-Weiterbildung-zahlt-sich-aus-4886405-0/> abgerufen
- HE, L. H. (06. 12 2010). Hessische Weiterbildungs- und Prüfungsordnung für die Pflege und Entbindungspflege (WPO-Pflege). (A. B. GmbH, Hrsg.) Von [https://www.dgni.de/images/stories/pdf/he\\_weiterbildungs-pruefungsordnung\\_fuer\\_pflegerberufe.pdf](https://www.dgni.de/images/stories/pdf/he_weiterbildungs-pruefungsordnung_fuer_pflegerberufe.pdf) abgerufen
- Heinrich, M., Boß, K., Wendenburg, J., Hilgard, D., von Sengbusch, S., & Kapellen, T. M. (2019). Unzureichende Versorgung gefährdet Inklusion von Kindern mit Diabetes mellitus Typ 1. Diabetologie und Stoffwechsel, S. 380-387.

- Heynacher, M. (1925). Die Berufslage der Fürsorgerinnen unter Verarbeitung einer vom Preußischen Ministerium für Volkswohlfahrt vorgenommenen statistischen Erhebung. Vorbericht für den 39. deutschen Fürsorgetag in Breslau. Karlsruhe: G. Braun.
- Hillienhof, A. (2019). Schulgesundheitsfachkräfte für Hamburger Grundschulen. Abgerufen am 20. 05 2020 von <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/108265/Schulgesundheitsfachkraefte-fuer-Hamburger-Grundschulen>
- Hintzpeter, B., Metzner, F., Pawils, S., Bichmann, H., Kamtsiuris, P., Ravens-Sieberer, U., & Klasen, F. (2014). Inanspruchnahme von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen durch Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten. *Kindheit und Entwicklung* 23 (4), S. 229-238. doi:10.1026/0942-5403/a000148
- Historisches Archiv, K. (30. 03 1910). Bezahlung und Anstellung der ersten Schulschwester in Charlottenburg. Charlottenburg. Abgerufen am 15. 02 2020 von [http://historischesarchivkoeln.de:8080/actaproweb/archive.jsf?id=Vz++++++00051009hupp#Vz\\_\\_\\_\\_\\_00051009hupp](http://historischesarchivkoeln.de:8080/actaproweb/archive.jsf?id=Vz++++++00051009hupp#Vz_____00051009hupp)
- HKM I, H. K. (2017). Sozial indizierte Lehrerstellenzuweisung (Sozialindex).
- HKM II, H. K. (2018). Erlass zur Umsetzung der unterrichtsbegleitenden Unterstützung durch sozialpädagogische Fachkräfte (UBUS) zur Erfüllung des Bildungs- und Erziehungsauftrages an Grundschulen in Hessen. Abgerufen am 10. 05 2020 von [https://kultusministerium.hessen.de/sites/default/files/media/18\\_01\\_18\\_erweiterungserlass\\_ubus\\_final\\_nach\\_min-entscheid.pdf](https://kultusministerium.hessen.de/sites/default/files/media/18_01_18_erweiterungserlass_ubus_final_nach_min-entscheid.pdf)
- HKM III, H. K. (10. 05 2020). Häufig gestellte Fragen: UBUS (Unterrichtsbegleitende Unterstützung durch sozialpädagogische Fachkräfte). Von <https://kultusministerium.hessen.de/lehrkraefte/ubus-unterrichtsbegleitende-unterstuetzung-durch-sozialpaedagogische-fachkraefte#Auf%20welcher%20Datengrundlage%20wurden%20die%20Stellenanteile%20verteilt?> abgerufen
- HMSI, H. M. (2020). Schulgesundheitsfachkräfte. Abgerufen am 02. 05 2020 von <https://soziales.hessen.de/gesundheit/kinder-und-jugendgesundheit/schulgesundheitsfachkraefte>
- Hofmann, R., & Hübner, H. (2015). Regionale Unterschiede im Unfallgeschehen der Schulen: Analysen, Ursachenforschung und Präventionsansätze. Berlin: LIT VERLAG Dr. W. Hopf.
- Hopf, H. (., & Windaus, E. (. (2009). Lehrbuch der Psychotherapie. München.
- HSL, H. S. (2020). Webseite des Hessischen Statistischen Landesamtes. Von <https://statistik.hessen.de/> abgerufen
- Hubig, B. D. (2019). Machbarkeitsstudie zur Schulgesundheitsfachkraft: Rheinland-Pfalz. Mainz: Universitätsmedizin Mainz.
- ikids3. (01. 02 2020). Ich komme in die Schule: Ergebnisse der Kindergesundheitsstudie ikids. Von Informationsbroschüre Nr. 3: <https://www.unimedizin->

mainz.de/typo3temp/secure\_downloads/36570/0/b734d513e8dc736026a9291d529249a3edda3887/3.\_Broschuere\_ikidS\_2020.pdf abgerufen

- ILB, I. d. (2020). Förderung der beruflichen Weiterbildung im Land Brandenburg. Von <https://www.ilb.de/de/arbeit/uebersicht-der-foerderprogramme/foerderung-der-beruflichen-weiterbildung-im-land-brandenburg/index.html> abgerufen
- IM NRW, M. d.-W. (2020). Schulgesetz für das Land Nordrhein-Westfalen (Schulgesetz NRW - SchulG). Von [https://recht.nrw.de/lmi/owa/br\\_text\\_anzeigen?v\\_id=10000000000000000524](https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_text_anzeigen?v_id=10000000000000000524) abgerufen
- inpunkto. (05/2017). Gesundheit von Schülerinnen und Schülern in Brandenburg. inpunkto 05/2017. Von [https://gesundheitsplattform.brandenburg.de/media\\_fast/5510/Broschur\\_INPUNCTO-2017.pdf](https://gesundheitsplattform.brandenburg.de/media_fast/5510/Broschur_INPUNCTO-2017.pdf) abgerufen
- Irrsinnig Menschlich e.V. (2020). Von <https://www.irrsinnig-menschlich.de/> abgerufen
- Jung, P. (2017). Pilotprojekt in Mainz: Erste Schulgesundheitsfachkraft in der Goethe-Schule. Allgemeine Zeitung. Abgerufen am 17. 12 2020 von [https://www.allgemeinezeitung.de/lokales/mainz/nachrichten-mainz/pilotprojekt-in-mainz-erste-schulgesundheitsfachkraft-in-der-goethe-schule\\_18270725](https://www.allgemeinezeitung.de/lokales/mainz/nachrichten-mainz/pilotprojekt-in-mainz-erste-schulgesundheitsfachkraft-in-der-goethe-schule_18270725)
- Klasen, F., Reiß, F., Otto, C., Haller, A.-C., Meyrose, A.-K., Barthel, D., & Ravens-Sieberer, U. (2(S3) 2017). BELLA-Studie – das Modul zur psychischen Gesundheit in KiGGS Welle 2. Von [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/ConceptsMethods/JoHM\\_02S3\\_2017\\_BELLA.pdf;jsessionid=50467D48B71DB4FF4E47C37FBD779754.internet051?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/ConceptsMethods/JoHM_02S3_2017_BELLA.pdf;jsessionid=50467D48B71DB4FF4E47C37FBD779754.internet051?__blob=publicationFile) abgerufen
- KMK, S. d. (2019). Das Bildungswesen in der Bundesrepublik Deutschland 2016/2017: Darstellung der Kompetenzen, Strukturen und bildungspolitischen Entwicklungen für den Informationsaustausch in Europa. Berlin. Abgerufen am 10. 05 2020 von [https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/Eurydice/Bildungswesen-dt-pdfs/dossier\\_de\\_ebook.pdf](https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/Eurydice/Bildungswesen-dt-pdfs/dossier_de_ebook.pdf)
- Kocks, A. (2008). Schulgesundheitspflege: Die Rolle der schwedischen School Health Nurse und das. Pflege & Gesellschaft, S. 246-260.
- König, U., Heinzl-Gutenbrunner, M., Meinschmidt, G., Maier, W., & Bachmann, C. J. (2019). Einfluss des sozioökonomischen Status auf Gesundheitskosten für Kinder und Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens. Eine Analyse von Routinedaten einer gesetzlichen Krankenversicherung. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 62 (9), S. 1057-1066.
- Kruse, A. P. (2008). Der Anfang nach dem Ende: Krankenpflegealltag in den Nachkriegsjahren. Münster: AT Edition. Von <http://d-nb.info/988446863/04..> abgerufen
- Kultusministerkonferenz. (20. 10 2011). Inklusive Bildung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in Schulen, Beschluss der Kultusministerkonferenz. Abgerufen am

16. 07 2020 von  
[https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen\\_beschluesse/2011/2011\\_10\\_20-Inklusive-Bildung.pdf](https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2011/2011_10_20-Inklusive-Bildung.pdf)
- KV I, K. S. (2015). Schulsozialarbeit – Anforderungsprofil für einen Beruf der Sozialen Arbeit. Frankfurt am Main. Abgerufen am 10. 05 2020 von [http://www.kv-schulsozialarbeit.de/Anforderungsprofil\\_Schulsozialarbeit\\_2015.pdf](http://www.kv-schulsozialarbeit.de/Anforderungsprofil_Schulsozialarbeit_2015.pdf)
- KV II, K. S. (2015). Leitlinien zur Schulsozialarbeit. Berlin: AWO. Abgerufen am 10. 05 2020 von  
[https://www.gew.de/fileadmin/media/publikationen/hv/Schulsozialarbeit/Leitlinien\\_Schulsozialarbeit\\_A5\\_gesamt.pdf](https://www.gew.de/fileadmin/media/publikationen/hv/Schulsozialarbeit/Leitlinien_Schulsozialarbeit_A5_gesamt.pdf)
- Leroy, Z., Wallin, R., & Lee, S. (11 2016). The Role of School Health Services in Addressing the Needs of Students With Chronic Health Conditions: A Systematic Review. *The Journal of School Nursing* 33(1), S. 64-72.
- LISUM, L. f.-B. (2020). Bildungsserver Berlin Brandenburg. Von <https://www.bildungsbrandenburg.de/schulportraits> abgerufen
- Lorentz, F. (1957). Geschichtliches. *Gesundes Schulleben*.
- Maulbecker-Armstrong, C. C. (2016) Hessisches Ärzteblatt 4/2016. Einführung von Schulgesundheitsfachkräften in Hessen und Brandenburg, S. 225-226.
- MBJS I, M. f. (2020). Brandenburgisches Schulgesetz. Von <https://www.inklusion-brandenburg.de/schulgesetzliche-aenderungen> abgerufen
- MBJS II, M. f. (2020). Gute gesunde Schule – Landesprogramm. Von <https://mbjs.brandenburg.de/bildung/gute-schule/gute-gesunde-schule/gute-gesunde-schule-landesprogramm.html> abgerufen
- Meier-Gräwe, U., & Wagenknecht, I. (2011). Kosten und Nutzen Früher Hilfen. Eine Kosten-Nutzen-Analyse im Projekt »Guter Start ins Kinderleben«. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen -NZFH- c/o Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung -BZgA-.
- Möller I, D. I. (2015). Machbarkeitsstudie zum Innovationskonzept Schulpflegekräfte an Schulen in öffentlicher Hand im Land Brandenburg. (A. B. e.V., Hrsg.)
- Möller II, D. I. (2015). Curriculum zur Qualifizierungsmaßnahme für examinierte Gesundheits- und Kinder-/Krankenpflegekräfte zu Schulgesundheitsfachkräften. (A. B. V., Hrsg.)
- Möller, I. (2015). Machbarkeitsstudie: Zum Innovationskonzept Schulpflegekräfte an Schulen in öffentlicher Hand im Land Brandenburg. Potsdam: AWO.
- MSGIV, M. f. (2020). Sozialberichterstattung. Von <https://msgiv.brandenburg.de/msgiv/de/themen/soziales/sozialberichterstattung/> abgerufen
- NASN, S. N. (2016). Framework for 21st Century School Nursing Practice: National Association of School Nurses. *NASN School Nurse* 31(1), S. 45-53.

- National Association, o. S. (kein Datum). NASN: Frequently Asked Questions. Abgerufen am 17. 05 2020 von <https://web.archive.org/web/20160725122430/>
- NSB. (2020). Netzwerk Stiftungen und Bildung. Von <https://www.netzwerk-stiftungen-bildung.de/> abgerufen
- NZFH, N. Z. (18. 12 2020). Begriffsbestimmung Frühe Hilfen. Von <https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/grundlagen-der-fruehen-hilfen/begriffsbestimmung-fruehe-hilfen/> abgerufen
- O'Byrne, D. (kein Datum). Früherer Leiter der Abteilung für Gesundheitsförderung, Weltgesundheitsorganisation. Genf.
- ÖGD, A. „. (20. 04 2018). Positionspapier der Bundesärztekammer zur Stärkung der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. (Bundesärztekammer, Hrsg.) Abgerufen am 16. 07 2020 von [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/OEGD/Positionspapier\\_OEGD.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/OEGD/Positionspapier_OEGD.pdf)
- Paulus, P. D., & Petzel, D. T. (2018). Evaluation des Modellprojekts des Modellprojekts Schulgesundheitsfachkräfte in Brandenburg: Effekte im Bereich Bildung Endbericht. Lüneburg / Lübeck.
- Paulus, P. D., & Petzel, D. T. (2020). Evaluation des Modellprojekts Schulgesundheitsfachkräfte in Brandenburg: Vorläufige Ergebnisse der Befragungen Herbst/Winter 2019/2020. Lüneburg/Lübeck.
- Plener, P. L., Kaess, M., Schmahl, C., Pollak, S., Fegert, J. M., & Brown, R. C. (2018). Leitlinie Nicht-Suizidales Selbstverletzendes Verhalten (NSSV) im Kindes- und Jugendalter. Deutsches Ärzteblatt international 115 (3), S. 23-30. Von [https://www.researchgate.net/profile/Katja\\_Becker4/publication/303675630\\_Guidelines\\_NSSV/links/574c6be508ae8bc5d1575214/Guidelines-NSSV.pdf/](https://www.researchgate.net/profile/Katja_Becker4/publication/303675630_Guidelines_NSSV/links/574c6be508ae8bc5d1575214/Guidelines-NSSV.pdf/) abgerufen
- Pötter, N., & Segel, G. (2009). Profession Schulsozialarbeit: Beiträge zu Qualifikation und Praxis der sozialpädagogischen Arbeit an Schulen (Bd. 1. Auflage). Wiesbaden: Springer VS.
- Puschner, B., & Kraft, S. (2008). Kosteneffektivität ambulanter Psychotherapie. Psychotherapeut 53 (4), S. 268-276.
- Rabe-Menssen, D. C., Dazer, A., & Maaß, D. E. (03 2020). Report Psychotherapie 2020, 1. Auflage. Berlin: Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e.V. Von <https://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=11069&token=a90390e76f0e00e7f914aef6a5b47f06e3cd5329> abgerufen
- Richter-Kornweitz, A., Kilian, H., & Holz, G. (04. 01 2017). Präventionskette / Integrierte kommunale Gesundheitsstrategie. Von <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/praeventionskette-integrierte-kommunale-gesundheitsstrategie/> abgerufen
- Robert Bosch Stiftung GmbH. (2020). Projekt: Neustart für Gesundheit. Von <https://www.neustart-fuer-gesundheit.de/das-projekt> abgerufen

- Robert Bosch Stiftung GmbH. (2020). Startseite. Von <https://www.bosch-stiftung.de/de> abgerufen
- Rosenbauer, J., Bächle, C., Stahl-Pehe, A., Castillo, K., Meissner, T., Holl, R., & Giani, G. (04. 10 2012). Prevalence of type 1 diabetes mellitus in children and adolescents in Germany. DDZ German Diabetes Center, S. 55: (Suppl.1): 369.
- Royal College, o. N. (2017). Toolkit for school nurses.
- Sarimski, K. (2019). Psychosoziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung, Prävention, Intervention und Inklusion (1. Auflage Ausg.). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Saß, A.-C., Kuhnert, R., & Gutsche, J. (2018). Unfallverletzungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring. doi:10.17886/RKI-GBE-2018-079.2
- Sauer I, P. D., Nielsem, P. D., Jakobi, B., Meischer, B., Janiczek, O., Braksch, G., . . . Engelbrecht, S. (2018). Curriculum zur Weiterbildung für examinierte Gesundheits- und Kinder- / Krankenpflegekräfte zu Schulgesundheitsfachkräften. Potsdam: AWO Bezirksverband Potsdam e. V. Abgerufen am 02. 05 2020 von [https://schulgesundheitsfachkraft.de/das-curriculum/?file=files/SGF\\_DOKUMENTE/Curriculum-WEB.pdf](https://schulgesundheitsfachkraft.de/das-curriculum/?file=files/SGF_DOKUMENTE/Curriculum-WEB.pdf)
- Sauer, P. D., & Lojewski, D. P. (2017). Abschlussbericht zur Evaluation des Curriculums zur Qualifizierungsmaßnahme „Schulgesundheitsfachkräfte“. Berlin: GFSI – Gesellschaft für Soziale Innovation e.V.
- Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U., & Kolpatzik, K. (2018). Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. KomPart 2018. Berlin.
- Schier, W. (28. 10 2020). Kosten RTW ländlicher Raum versus Stadt.
- schulpsychologie. (2020). Von <https://www.schulpsychologie.de/wws/265546.php?sid=97276241938600944060347234723200> abgerufen
- Schulte-Körne, G. (2016). Mental Health Problems in a School Setting in Children and Adolescents. Deutsches Ärzteblatt international 113 (11), S. 183-190.
- SGB V. (2020). Präventionsgesetz Sozialgesetzbuch (SGB V) Fünftes Buch Gesetzliche Krankenversicherung. Von <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/20.html> abgerufen
- SPLASH I, T. A., Adam, Y., Ebert, J., & Ewers, M. (2018). Schulgesundheitspflege an allgemeinbildenden Schulen – SPLASH. Berlin: Charité Universitätsmedizin Berlin. Abgerufen am 02. 05 2020 von [https://www.hage.de/media/wp\\_18-02.pdf](https://www.hage.de/media/wp_18-02.pdf)
- SPLASH II, Tannen, A., Yvonne, A., Ebert, J., & Ewers, M. (2018). Schulgesundheitspflege an allgemeinbildenden Schulen - Teil 2: Implementationsbegleitung und Wirkungsanalyse. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin. Von

[https://igpw.charite.de/fileadmin/user\\_upload/microsites/m\\_cc01/igpw/Publikationen/Working-Paper/WP\\_18-03.pdf](https://igpw.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/igpw/Publikationen/Working-Paper/WP_18-03.pdf) abgerufen

Stadt Flensburg, F. S. (03 2017). Jahresbericht für das Modellprojekt „Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften an ausgewählten Grundschulen in Flensburg“ für das Jahr 2016. Von Fachbereich Soziales und Gesundheit Abt. Gesundheitsdienste: <https://www.flensburg.de/loadDocument.phtml?ObjSvrID=2306&ObjID=4993&ObjLa=1&Ext=PDF> abgerufen

Steffen, D. A. (2019). Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: eine Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017 (18/07; Versorgungsatlas-Bericht). Von [https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva\\_docs/93/VA\\_18-07\\_Bericht\\_PsychStoerungenKinderJugendl\\_V2\\_2019-01-15.pdf](https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/93/VA_18-07_Bericht_PsychStoerungenKinderJugendl_V2_2019-01-15.pdf) abgerufen

Stiftung Bildung und Gesellschaft. (2020). Von <https://www.stiftung-bildung-und-gesellschaft.de/home.html> abgerufen

Stöppler, R. (2014). Einführung in die Pädagogik bei geistiger Behinderung. München, Stuttgart: Reinhardt Verlag.

Tannen, A., Adam, Y., Ebert, J., & Ewers, M. (2018). Kurzfassung der Evaluationsergebnisse des Modellprojekts Schulgesundheitsfachkräfte. Berlin: Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V.

Taras, H. L. (2001). The role of the school nurse in providing school health services. *American Academy of Pediatrics*, 1231-1232.

The Lancet. (08. 06 2013). The Lancet, Vol 381. Von [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) abgerufen

Trost-Brinkhues, G. (2018). Das chronisch kranke Kind in Kindertagesstätte und Schule. *Pädiatrische Praxis*, Band 90, S. 270-282.

Turner, G., & Mackay, S. (2015). The impact of school nurse interventions: Behaviour change and mental health. *British Journal of School Nursing* Vol. 10, No. 10, S. 494-506.

Universität Heidelberg. (2014). Leitfaden für Tätigkeitsdarstellungen.

Versorgungsatlas. (2020). Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Von <https://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=93> abgerufen

Wang, L. Y., Vernon-Smiley, M., Gapinski, M. A., Desisto, M., Maughan, E., & Sheetz, A. (2014). Cost-benefit study of school nursing services. *JAMA Pediatrics*.

WFBB, W. B. (2020). Förderung der beruflichen Weiterbildung und Qualifizierung. Abgerufen am 18. 12 2020 von <https://www.wfbb.de/de/Unser-Service/F%C3%B6rderprogramme/Fachkr%C3%A4ftef%C3%B6rderung/Berufliche-Weiterbildung-und-Qualifizierung>

WHO, O. C. (1986).

- Wunsch, E.-M., Kliem, S., Grocholewski, A., & Kröger, C. (2013). Wie teuer wird es wirklich? *Psychologische Rundschau* 64 (2), S. 75-93.
- Wyman, L. L. (2005). Comparing the number of ill or injured students who are released early from school by school nursing and nonnursing personnel. *Columbus: The Journal of School Nursing (JOSN)*. doi:10.1177/10598405050210060901

## Anhang

**Tabelle 1a: Behandlungsbedingte Fehlzeiten von Schülerin mit Erstdiagnose Diabetes Typ I im Alter von 11 Jahren und berufliche Ausfallzeiten eines Elternteils in den Folgejahren - Perspektive mit SGFK in der Schule - Stand 23.09.2020 Ellsäßer / Böhmman**

Mit SGFK	Fehlzeit SUS in Tagen 11 Jahre	Ausfallzeit 1 Elternteil in Tagen	Fehlzeit SUS in Tagen 12 Jahre	Ausfallzeit 1 Elternteil in Tagen	Fehlzeit SUS in Tagen 13 Jahre	Ausfallzeit 1 Elternteil in Tagen	Fehlzeit SUS in Tagen 14 Jahre	Ausfallzeit 1 Elternteil in Tagen	Fehlzeit SUS in Tagen 15 Jahre	Ausfallzeit 1 Elternteil in Tagen	Fehlzeit SUS in Tagen 16 Jahre	Ausfallzeit 1 Elternteil in Tagen	Fehlzeit SUS in Tagen 17 Jahre	Ausfallzeit 1 Elternteil in Tagen
Tabelle 1a: Behandlung in Diabetes Schwerpunktpraxis <b>6 mal</b> pro Jahr	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2
<b>nur 1</b> Krisensituation im ersten Jahr. Grund: wegen Unterstützung durch SGFK weniger Diätfehler in Schule; BZ besser unter Kontrolle; Früherkennung von BZ Entgleisungen; Verlaufsbeobachtung durch SGFK; präventive Beratung der Eltern und des Lehrpersonals. Enge Zusammenarbeit mit Pädiater.	5	2	0		0		0		0		0		0	0
<b>1</b> Krankenhausaufenthalt zur Stoffwechseleinstellung zu Beginn der Diagnose, inklusive Schulung	10	5	0		0		0		0		0		0	0
Keine Schulungen stationär oder in der Tagesklinik, da SGFK SUS unterstützt und BZ in Schule kontrolliert	0		0		0		0		0		0		0	0
gesamt	19	9	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2
<b>Schulabschluss Abitur</b>														

**Tabelle 1b: Behandlungsbedingte Fehlzeiten von Schülerin mit Erstdiagnose Diabetes Typ I im Alter von 11 Jahren und berufliche Ausfallzeiten eines Elternteils in den Folgejahren - Perspektive ohne SGFK in der Schule - Stand 23.09.2020 Ellsäßer / Böhmnn**

	Fehlzeit SUS in Tagen 11 Jahre	Ausfallzeit 1 Elternteil in Tagen	Fehlzeit SUS in Tagen 12 Jahre	Ausfallzeit 1 Elternteil in Tagen	Fehlzeit SUS in Tagen 13 Jahre	Ausfallzeit 1 Elternteil in Tagen	Fehlzeit SUS in Tagen 14 Jahre	Ausfallzeit 1 Elternteil in Tagen	Fehlzeit SUS in Tagen 15 Jahre	Ausfallzeit 1 Elternteil in Tagen	Fehlzeit SUS in Tagen 16 Jahre	Ausfallzeit 1 Elternteil in Tagen	Fehlzeit SUS in Tagen 17 Jahre	Ausfallzeit 1 Elternteil in Tagen
Behandlung in Diabetes Schwerpunktpraxis <b>8 mal</b> pro Jahr	8	4	8	4	8	4	8	4	8	4	8	2	8	4
<b>1</b> Krisensituation pro Jahr Grund: Dosierungsfehler, Fehleinstellungen, Diätfehler, Infekte, Ausflüge	5	3	5	3	5	3	5	3	5	3	5		5	3
<b>1</b> Krankenhausaufenthalt zur Stoffwechseleinstellung zu Beginn der Diagnose, inklusive Schulung	10	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
zweijährig Schulungen nach dem ersten Krankenhausaufenthalt	0		0		5	2	0	0	5	2	0	0	5	2
gesamte Anzahl an schulischen Fehltagen	23	12	13	7	18	9	13	7	18	9	13	2	18	9
<b>Schulabschluss MSA</b>														

**Tabelle 1c: Tätigkeitsaufwand in Euro der SGFK bei einer Schülerin mit Erstdiagnose Diabetes Typ I im Alter von 11 Jahren und in den Folgejahren  
Stand 16.09.2020 Ellsäßer / Böhmann**

monatliches Brutto SGFK E 8/ 4	3300		11 Jahre	12 Jahre	13 Jahre	14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre	17 Jahre	
Stundensatz: Brutto (20 Arbeitstage x 8 Stunden)	20,6									
Kontaktzeit* 20 Minuten (Brutto)	6,9									
Kontaktzeiten pro Woche SUS a 20 Minuten: 11 J-5x/12 J-4x/ 13J- 3x/ 14J-2x/ ab 15J-1x			34,5	27,6	20,6	13,8	6,9	6,9	6,9	
Zusammenhangsarbeit pro Woche Lehrpersonal/Eltern/Pädia- ter/Klasse 1 h; ab 15 J nur 1x pro Monat		20,6	20,6	20,6	20,6	5,15	5,15	5,15	5,15	
Kontaktzeiten pro Monat (4 Wo- chen)			220,4	192,8	164,8	75,8	48,2	48,2	48,2	
Kontaktzeitraum <b>8 Monate</b> we- gen Ferien (12 Wo) und Behand- lungsfehlzeiten SUS (rund 20 Tage) im Alter von 11 Jahren			1756,8							1756,8
Kontaktzeitraum <b>9 Monate</b> wegen Ferien (12 Wo); <b>ab 12 Jahren</b> keine längeren Schulab- wesenheiten des Mädchens durch Krankenhausaufenthalte, da Diabetes gut eingestellt. Prä- ventive Beratung durch SGFK				1735,2	1483,2	682,2	433,8	433,8	433,8	5202

**Tabelle 1d: Ambulante und stationäre Behandlungskosten bei einer Schülerin mit Erstdiagnose Diabetes Typ I im Alter von 11 Jahren und in den Folgejahren unterstützt durch SGFK in der Schule - Stand 16.09.2020 Ellsäßer / Böhmnn**

Mit SGFK	Kosten in €	Kosten pro Jahr	11 Jahre	12 Jahre	13 Jahre	14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre	17 Jahre	Gesamtkosten bis 18 Jahre
Behandlung in Diabetes Schwerpunktpraxis nach GOÄ 87,0€/pro Behandlung;	87 €									
Behandlung in Diabetes Schwerpunktpraxis <b>4mal</b> pro Jahr		348	348	348	348	348	348	348	348	2436
Krisensituation stationär oder Tagesklinik K 60A Fallpauschale (ICD10: E10.1-9)	3679,62									0
<b>nur 1</b> Krisensituation im ersten Jahr. Grund: wegen Unterstützung durch SGFK weniger Diätfehler in Schule; BZ besser unter Kontrolle; Früherkennung von BZ Entgleisungen; Verlaufsbeobachtung durch SGFK; präventive Beratung der Eltern und des Lehrpersonals. Enge Zusammenarbeit mit Pädiater.		3679,62	3.679,62	0	0	0	0	0	0	3.679,62
Krankenhausaufenthalt zur Stoffwechseleinstellung; K60B Fallpauschale pro Aufenthalt	3.679,62									
<b>1</b> Krankenhausaufenthalt zur Stoffwechseleinstellung zu Beginn der Diagnose, inklusive Schulung		3.679,62	3.679,62	0	0	0	0	0	0	3.679,62
Keine Schulungen stationär oder in der Tagesklinik, da SGFK SUS unterstützt und BZ in Schule kontrolliert			0	0	0	0	0	0	0	
Kosten SGFK pro Jahr (s. Tabelle 1)			1756,8	1735,2	1483,2	682,2	433,8	433,8	433,8	6958,8
<b>gesamt</b>			<b>9464,04</b>	<b>2083,2</b>	<b>1831,2</b>	<b>1030,2</b>	<b>781,8</b>	<b>781,8</b>	<b>781,8</b>	<b>16.754,04</b>
<b>Schulabschluss Abitur</b>										

**Tabelle 1e: Ambulante und stationäre Behandlungskosten bei einer Schülerin mit Erstdiagnose Diabetes Typ I im Alter von 11 Jahren und in den Folgejahren ohne SGFK in der Schule - Stand 16.09.2020 Ellsäßer / Böhmann**

Ohne SGFK	Kosten in €	Kosten pro Jahr	11 Jahre	12 Jahre	13 Jahre	14 Jahre	15 Jahre	16 Jahre	17 Jahre	Gesamtkosten bis 18 Jahre
Behandlung in Diabetes Schwerpunktpraxis nach GOÄ 87,0€/pro Behandlung;	87 €									
Behandlung in Diabetes Schwerpunktpraxis <b>8 mal</b> pro Jahr		696	696	696	696	696	696	696	696	4872
Krisensituation stationär oder Tagesklinik; <b>K60A</b> Fallpauschale (ICD10: E10.1-9)	3679,62									0
<b>1 Krisensituation pro Jahr</b> daher in Behandlung stationär oder Tagesklinik. Grund: Dosierungsfehler, Fehlein-stellung, Diätfehler, Infekte, Ausflüge;		3679,62	3679,62	3679,62	3679,62	3679,62	3679,62	3679,62	3679,62	25757,34
<b>1 Krankenhausaufenthalt</b> zur Stoffwechseleinstellung zu Beginn der Diagnose; pro Aufenthalt <b>K60B</b> Fallpauschale		3.679,62 €	3.679,62 €							3.679,62 €
Schulung (keine Kurzschulung); alle 2 Jahre nach 1. Krankenhausaufenthalt DMP 9.500.1	3679,62	3679,62			3679,62		3679,62		3679,62	11038,86
Diabetes Berater in Klasse 2 Stunden 200€/jährlich	200	200	200	200	200	200	200	200	200	1400
gesamt			8255,24	4575,62	8255,24	4575,62	8255,24	4575,62	8255,24	<b>46.747,82</b>
<b>Schulabschluss Realschule</b>										

**Tabelle Fallszenario Selbstverletzung mit depressiver Störung: Behandlungs- und Therapiekosten: mit SGFK**

mit SGFK	Kosten in €	Jahreskosten	16 Jahre	17 Jahre	18 Jahre	Gesamt
Psychotherapeutische Behandlung, 40 Minuten gemäß Gebührenziffer 866*	93,84 €	12 Stunden Kurzzeit	1.126	1.126		2.252
Stationärer Aufenthalt		nicht erforderlich				
andere Therapien: Pharmakotherapie (nicht berücksichtigt)						
<b>Summe</b>			<b>1.126</b>	<b>1.126</b>		<b>2.252</b>

\* Leitlinie empfiehlt Kurzzeittherapie von höchstens 24 Stunden

**Tabelle Fallszenario Depressive Störung mit nicht suizidalem selbstverletzendem Verhalten: ohne SGFK**

ohne SGFK	Kosten in €	Jahreskosten	16 Jahre	17 Jahre	18 Jahre	Gesamt
Psychotherapeutische Behandlung 40 Minuten gemäß Gebührensnummer 866	93,84 €	40 Stunden / Langzeit  1x /Woche	3.190	3.753	3.190	10.133
Stationärer Aufenthalt nach Rückfall 2. Aufenthalt		6 Wochen 12000 Vergleichsfall DAK BW	12.000		12.000	24.000
andere Therapien Pharmakotherapie (Nicht berücksichtigt)						
Summe			15.190	3.753	15.190	34.133

**Tabelle Fallszenario Depressive Störung mit nicht suizidalem selbstverletzendem Verhalten: Aufwand SGFK**

<b>Brutto 3300/Monat</b>	Kosten in €/Stunde	Jahreskosten 9 Monate	16 Jahre	17 Jahre	18 Jahre	Gesamt
Stundensatz 20 Arbeitstage x8 Stunden	20,6					
Beratungszeit SuS:	3 Std/W 1. Jahr*, 2 Std/W 2. Jahr, 30 Min/W 3. Jahr		2.248,8 €	1.483,2 €	370,8 €	4.102,8 €
Zusammenhangsarbeit: Lehrer, Eltern, Schulpsychologe, Psychotherapie; Klassenkommunikation	2x/W 1 Stunde 1. J**, 1x/W 1 Std 2. J, 1x/W 30 Min 3. Jahr		1.483,2 €	741,6 €	370,8 €	2.595,6 €
<b>Gesamtaufwand SGFK</b>			<b>3.732,0 €</b>	<b>2.224,8 €</b>	<b>741,6 €</b>	<b>6.698,4 €</b>

\* Gesprächszeit Schülerin, Mittelwert gemäß SGFK Interviews BB und HE & der Leistungsdokumentation SGFK BB

Gesprächsdauer oft über 90 Minuten, Mittelwert von 30 Minuten bei Psyche Indikationen

\*\* hoher Koordinations- und Kommunikationsaufwand gemäß SGFK Interviews BB und HE

<b>Checkliste für die technische Grundausstattung</b>			
<b>Artikel</b>	<b>Menge</b>	<b>Vorhanden?</b>	
		✓	✗
Mobiltelefon mit Prepaid-Karte	1		
Festnetztelefon	1		
Laptop	1		
Verschlüsselte W-Lan Anbindung	1		
Weitere Anschluss- und Ladekabel	1		
USB-Stick mit Verschlüsselungssoftware	1		
dienstliche Mailadresse	1		
Multifunktionsgerät (Drucker, Kopierer, Scanner, Fax)	1		

<b>Checkliste für die Möblierung</b>			
<b>Artikel</b>	<b>Menge</b>	<b>Vorhanden?</b>	
		✓	✗
leicht zu reinigende Krankenliege	1		
Paravent Raumteiler auf Rollen	1		
Kühlschrank mit Tiefkühlfach	1		
abschließbarer feuerfester Aktenschrank	1		
Schreibtisch, mindestens 160 x 80, matt	1		
<b>Schreibtischstuhl, kippstabil, verstellbar, bei Rollen 5 Abstützpunkte</b>	1		
zusätzliche Stühle, abwischbar	3		
Besprechungstisch	1		
Schrank für Verbandmaterial	1		
Regale und Schränke für Ordner und Materialien	3		
Garderobe	1		
Spiegel	1		
Wasserkocher	1		
Mikrowelle	1		
Uhr	1		

<b>Checkliste für die medizinische Grundausstattung</b>			
<b>Artikel</b>	<b>Menge</b>	<b>Vorhanden?</b>	
		<b>✓</b>	<b>x</b>
Splitterpinzette	2		
Zeckenzange/ -karte	1		
Händedesinfektionsmittel für Wandhalterung	1 x 500 ml		
Handseife für Wandhalterung	1 x 500 ml		
Läusekamm	1		
Einmalhandschuhe	1 x 100		
Mundschutz 3-lagig	1 x 50		
Coolpacks	10		
Infrarot-Fieberthermometer (kontaktlos)	1		
Blutdruckmanschette für Blutdruckmessgerät (Kind)	2		
Blutdruckmessgerät	2		
Stethoskop	2		
Blutzuckermessgerät	2		
Teststreifen für Blutzuckermessgerät	1 x 50		
Einmal-Brechbeutel	1 x 50		
Kanülensammler	2 Liter		
Diagnostikleuchte	2		
Erste-Hilfe Koffer (Verbandkasten DIN 13 157)	1		
Kissen	1		
Vliesdecke	1		
Gehhilfen	2		
Damenbinden	1 x 32		
Augenspülflasche	2		
Zahnrettungsbox	1		
Nierenschalen Einweg	1 x 50		
Zahndöschen für Milchzähne	n.B.		
Sehtafel	1		
Messlatte	1		
Händedesinfektionsmittel Sterillium klein	10		
Hautdesinfektionsmittel	1 x 250 ml		
Lupe	2		
Sänitätshelferrucksack für Noteinsätze	1		
Erste Hilfe Taschen für Ausflüge	1		
Kirschkernkissen oder Wärmflaschen	5		
Pulsoximeter	1		
Personenwaage	1		

<b>Checkliste für die Ausstattung mit Verbandmaterialien</b>			
<b>Artikel</b>	<b>Menge</b>	<b>Vorhanden?</b>	
		✓	✗
Heftpflaster 500 cm x 2,5 cm, Spule mit Außenschutz	1 x 5		
<i>Fertigpflaster set bestehend aus:</i>			
- Wundschnellverband 10 cm x 6 cm	1 x 50		
- Fingerkuppenverbände	1 x 50		
- Fingerverbände 12 cm x 2 cm	1 x 50		
- Pflasterstrips 1,9 cm x 7,2 cm	1 x 50		
- Pflasterstrips 2,5 cm x 7,2 cm	1 x 50		
<b>Verbandpäckchen DIN 13151 - K, 300 cm x 6 cm mit Kompresse 6 cm x 8 cm</b>	1 x 10		
<b>Verbandpäckchen DIN 13151 - M, 400 cm x 8 cm mit Kompresse 8 cm x 10 cm</b>	1 x 15		
<b>Verbandpäckchen DIN 13151 – G, 400 cm x 10 cm mit Kompresse 10 cm x 12 cm</b>	1 x 10		
<b>Verbandtuch DIN 13152 – A, 60 cm x 80 cm</b>	1 x 10		
<b>Fixierbinde DIN 61634 – FB 6, 400 cm x 6 cm</b>	1 x 20		
<b>Fixierbinde DIN 61634 – FB 8, 400 cm x 8 cm</b>	1 x 20		
<b>Rettungsdecke mindestens 210 cm x 160 cm</b>	5		
<b>Kompresse 10 cm x 10 cm</b>	1 x 100		
<b>Augenkompresse 5 cm x 7 cm</b>	1 x 10		
<b>Kälte-Sofortkompresse mindestens 200 cm<sup>2</sup></b>	1 x 25		
<b>Dreiecktuch DIN 13168 - D</b>	5		
<b>Verbandkastenschere DIN 58279 - B 190</b>	1		
<b>Medizinische Handschuhe zum einmaligen Gebrauch</b>	1 x 100		
<b>Folienbeutel</b>	1 x 10		
<b>Vliesstofftuch</b>	1 x 25		

<b>Checkliste für die Büroausstattung</b>			
<b>Artikel</b>	<b>Menge</b>	<b>Vorhanden?</b>	
		✓	✗
Tischleuchte	1		
Papierkorb	1		
Ordner A4 breit	5		
Ordner A4 schmal	5		
Locher	Set		
Tacker			
Heftklammern			
Tischabroller	Set		
Rollen für Tischabroller			
Kalender	1		
Büroschere	1		
Textmarker	3		
Schreibunterlage	1		
Post-its	1 x 400		
Lineal	1		
Anspitzer	1		
Bleistifte	2		
Klebestift	1		
Haftstreifen	1 x 100		
Kugelschreiber	5		
Aktenvernichter	n.B.		
Hängetaschen	1 x 25		
Stiftebutler	1		
Aufsteller für Flyer	1		
Ordnerrücken	1 x 10		
Trennstreifen oder Trennblätter	1 x 100		
Radiergummi	1		
Tipp-ex	1		

<b>Checkliste für die Ausstattung mit Reinigungsartikeln</b>			
<b>Artikel</b>	<b>Menge</b>	<b>Vorhanden?</b>	
		✓	✗
Putzeimer	1		
Besen	1		
Kehrschaufel/ Kehrbesen Set	1		
Wischer	1		
Putzmittel	1 Liter		