

Prof. Dr. Peter Paulus / Dr. Thomas Petzel

Evaluation der vierten Phase
des Modellprojekts
Schulgesundheitsfachkräfte in
Brandenburg
(2019 – 2020, Bereich Bildung)

Abschlussbericht

Lüneburg / Lübeck, Januar 2021

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

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

Inhalt

1	Einleitung.....	4
2	Methodisches Vorgehen	6
2.1	Hintergrund der Befragungen, Design und Methode	6
2.2	Interviewleitfäden	7
2.3	Durchführung der Befragungen.....	8
3	Ergebnisse	11
3.1	Allgemeines, Rahmenbedingungen der Tätigkeit und Integration der Schulgesundheitsfachkräfte in das Schulleben	12
3.1.1	Allgemeine Einschätzungen: Bisheriger Stand (dritte Projektphase 2017/2018).....	12
3.1.2	Allgemeine Einschätzungen: Weiterentwicklung 2019/2020	13
3.2	Die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft.....	16
3.2.1	Tätigkeit: Bisheriger Stand (dritte Projektphase 2017/2018).....	16
3.2.2	Tätigkeit: Weiterentwicklung 2019/2020	17
3.2.3	Zwischenfazit: Tätigkeitsbereiche der SGFK	26
3.3	SGFKs in der multiprofessionellen Kooperation.....	27
3.3.1	Theoretische Analyse: Tätigkeitsprofile der Schulgesundheitsfachkräfte, Schulsozialarbeiter*innen und Schulpsycholog*innen im Vergleich.....	28
3.3.2	Empirische Analyse: Tätigkeitsbereiche von Schulgesundheitsfachkräften und Sozialarbeiter*innen in der Schule	38
3.3.3	Zwischenfazit.....	42
3.4	Implementation und Einbindung der Schulgesundheitsfachkraft in das Schulleben	44
3.4.1	Implementation und Integration: Bisheriger Stand (dritte Projektphase 2017/2018).....	44
3.4.2	Implementation und Integration: Weiterentwicklung 2019/2020	46
3.4.3	„Implementationsfahrplan“	49
3.4.4	Zwischenfazit.....	58
3.5	Bildungswirksamkeit der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft	59
3.5.1	Bildungswirksamkeit: Bisheriger Stand (dritte Projektphase 2017/2018).....	60

3.5.2	Bildungswirksamkeit: Weiterentwicklung 2019/2020	62
3.5.3	Ein Modell zu Wirkmechanismen im Modellprojekt Schulgesundheitsfachkräfte	68
4	Fazit und Ausblick.....	73
4.1	Hindernisse für die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft	74
4.1.1	Hindernis: eingeschränkte Anwesenheitszeiten	75
4.1.2	Weitere Hindernisse.....	76
4.2	Erwartungen der Schulen an die weitere Entwicklung	77
4.3	Ausblick: Die Schulgesundheitsfachkraft als neuer Dienst (aktualisierte Betrachtung).....	79
4.4	Bildung und Gesundheit: Ein konzeptioneller Ausblick.....	80
5	Quellenverzeichnis	83

1 Einleitung

Der vorliegende Bericht analysiert die Bildungswirksamkeit von Schulgesundheitsfachkräften im Brandenburger Modellprojekt und schließt damit an den Endbericht zur vorhergehenden dritten Phase (2017/2018) im Modellprojekt „Schulgesundheitsfachkräfte“ in Brandenburg an (Paulus & Petzel, 2018). Dieses Projekt wird seit Februar 2017 in Trägerschaft durch die Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Potsdam e.V. in Kooperation mit dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg, dem Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg, der „AOK Nordost – Die Gesundheitskasse“ und der Unfallkasse Brandenburg durchgeführt. In diesem Projekt werden sogenannte Schulgesundheitsfachkräfte (im Folgenden auch SGFK) zur Seite gestellt, die u. a. zu einer besseren gesundheitlichen Versorgung sowie zu einer gestärkten Prävention/Gesundheitsförderung beitragen sollen. Die hier dargestellte Evaluationsstudie behandelt vorrangig die Frage, wie die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte das Gelingen schulischer Bildungs- und Erziehungsprozesse unterstützt und repräsentiert damit einen Teilbereich der umfangreichen wissenschaftlichen Begleitung, die weitere Analysen und Gutachten umfasst:

- Die direkten Effekte der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte auf die Gesundheit bzw. Gesundheitskompetenz der Schülerinnen und Schüler werden seit dem Projektbeginn im Jahr 2017 durch das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Berliner Charité analysiert, das zu diesem Zweck unter anderem in drei Wellen umfangreiche standardisierte Befragungen an den Projektschulen durchgeführt hat.
- Zusätzlich nimmt seit der vierten Projektphase das Delmenhorster Institut für Gesundheitsförderung (DIG) eine genaue Dokumentation der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte vor und analysiert die entstandenen regionalen Netzwerke in den neun Modellregionen.
- Darüber hinaus wurden Gutachten zur Feststellung des ökonomischen Nutzens der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft sowie zur weiteren Klärung rechtlicher Rahmenbedingungen eines regelhaften Einsatzes von Schulgesundheitsfachkräften in Auftrag gegeben.

Diese Evaluationen und Gutachten führen in der Gesamtschau zu einem umfassenden Überblick über die Rahmenbedingungen und Wirkungen der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte. Der vorliegende Bericht betrachtet auf Grundlage qualitativer Datenerhebungen und -analysen die *bildungsbezogenen* Effekte des Projekts. Ziel dieser Evaluationsstudie war festzustellen, inwiefern die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte über direkte gesundheitsbezogene Auswirkungen hinaus Wirkungen entfaltet, die direkt oder indirekt den Bildungserfolg der Schüler*innen bzw. den Bildungoutput der Schulen fördern. Neben dieser Fortschreibung und Erweiterung entsprechender Analysen aus der vorhergehenden Projektphase (2017 - 2018) bildete eine theoretische und empirische Einschätzung zum Verhältnis der

Tätigkeitsbereiche von Schulgesundheitsfachkräften im Abgleich mit Schulsozialarbeiter*innen¹ (im Folgenden auch SAS) und Schulpsycholog*innen einen weiteren aktuellen Schwerpunkt. Weiterhin stellte sich die Frage nach einem „Implementationsfahrplan“, also nach Empfehlungen, die Schulen vor allem in der Anfangsphase ihrer Zusammenarbeit mit Schulgesundheitsfachkräften nutzen können, um ihnen die Integration in die Schule und die ersten Schritte auf dem Weg zu einer erfolgreichen und wirkungsvollen Tätigkeit zu erleichtern.

Eine Leistungsdokumentation im Sinne einer vollständigen Erfassung der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte war wie bereits in der vorhergehenden Projektphase nicht Bestandteil des Evaluationsauftrags. Die im Folgenden an verschiedenen Stellen getätigten Aussagen zu konkreten Aktivitäten der Schulgesundheitsfachkräfte sind daher als beispielhaft und illustrierend anzusehen und erheben keinen Anspruch auf eine repräsentative oder gar vollständige Darstellung ihrer Tätigkeit.

Zunächst wird im folgenden Abschnitt die methodische Vorgehensweise bei der Datenerhebung und -analyse dargestellt. In dritten Kapitel werden dann zentrale Ergebnisse der Befragungen berichtet. Für alle passenden Inhaltsbereiche werden zunächst in kurzer Form die Ergebnisse aus der vorhergehenden dritten Projektphase dargestellt, um einerseits die damals bereits erkennbaren Erfolge angemessen zu würdigen sowie andererseits die seitdem stattgefundenen weiteren Entwicklungen nachvollziehbar zu machen. Auf dieser Grundlage werden dann die neuen Entwicklungen und Erkenntnisse beschrieben, die für den Projektzeitraum 2019/2020 festgestellt wurden.

¹ Der Begriff des/der Schulsozialarbeiter*in wird hier zur Vereinfachung verwendet; die hiermit gemeinten Fachkräfte haben unterschiedliche Qualifikationen und betreiben „Sozialarbeit an Schule“ – daher die im Folgenden verwendete Abkürzung „SAS“.

2 Methodisches Vorgehen

Im folgenden Abschnitt werden das Design und die Methodik der Datenerhebungen und -analysen dargestellt. Daran schließen sich Ausführungen zur Operationalisierung an, d.h. zur Auswahl von Themenbereichen und Fragestellungen, die in die verwendeten Interview-Leitfäden Eingang gefunden haben. Abschließend wird die Durchführung der Befragungen dokumentiert.

2.1 Hintergrund der Befragungen, Design und Methode

Die Gründe für die Wahl einer qualitativen Methode zur Beantwortung der Fragestellungen wurden im Endbericht zur Evaluation der vorhergehenden Projektphase (Paulus & Petzel, 2018) bereits ausführlich dargestellt und sollen deswegen an dieser Stelle nur kurz angesprochen werden:

- ✓ Die allgemeinen gesundheitsförderlichen bzw. präventiven Interventionen der Schulgesundheitsfachkräfte, die im Rahmen von Unterricht, Projekten, Arbeitsgemeinschaften etc. realisiert werden, lassen neben der direkten Wirkung auf gesundheitsbezogenes Wissen, Einstellungen und ggf. Verhaltensweisen der Schüler*innen nur mit langfristiger zeitlicher Perspektive Effekte auf Bildungserfolge erwarten. Dabei ist von Zeiträumen zwischen der Intervention und der Messbarkeit von Wirkungen mittels standardisierter quantitativer Instrumente auszugehen, die die Projektdauer überschreiten. Relativ kurzfristige Veränderungen sind allenfalls im Bereich von gesundheitsbezogenem Wissen, Einstellungen und Verhalten der Schülerinnen und Schüler zu erwarten, die aber bereits Gegenstand der parallel laufenden Begleitstudie der Charité waren. Effekte im Sinne des Bildungserfolgs sind dem gegenüber nachgelagert, nur mit noch größerer zeitlicher Verzögerung erfassbar und außerdem sehr komplexer Natur, denn sie umfassen neben Schulleistungen auch Einstellungen der Schüler*innen, Werte, Verhaltensweisen etc. (vgl. Ditton, 2007).
- ✓ Dabei ist ebenfalls zu berücksichtigen, dass keine Kontrollgruppe von Schulen bzw. Schüler*innen mit ähnlichen Voraussetzungen, die nicht am Projekt Schulgesundheitsfachkräfte teilnehmen, zur vergleichenden Analyse zur Verfügung steht bzw. stand. Selbst statistisch signifikante Befunde durchschnittlich verbesserter Schulleistungen, veränderter gesundheitsbezogener Wissensbestände, Einstellungen oder Verhaltensweisen hätten daher keinen zweifelsfreien Rückschluss auf einen Erfolg des Projekts ermöglicht und viel Raum für alternative Interpretationen gelassen.
- ✓ Und schließlich war ein wesentliches Ziel der vorliegenden Analysen, im Sinne einer formativen Evaluation Hinweise zu generieren, wie die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte bzw. ihre optimale Wirksamkeit bei der Unterstützung von Schulen und Schüler*innen aktuell, aber auch langfristig weiter gefördert werden kann, um zu

einem langfristigen, nachhaltigen Erfolg des Projekts beizutragen. Solche Hinweise auf Entwicklungspotenziale können durch vollstandardisierte Fragebögen aber nur eingeschränkt gewonnen werden. Dagegen hätte ein entscheidender grundsätzlicher Vorteil dieser Methode, nämlich die Gewährleistung anonymisierter - und daher möglicherweise besonders ehrlicher und valider - Einschätzungen im Falle der vorliegenden Studie eher wenig Wirksamkeit entfaltet, da die meisten Zielgruppen der Befragungen (Schulgesundheitsfachkräfte, Schulleitungen, Mentor*innen² etc.) aufgrund der Zahl teilnehmender Schulen klein waren und konkrete Äußerungen zu Rahmenbedingungen und Art der Tätigkeit die Identifizierbarkeit von Personen leicht ermöglicht hätten.

Die Entscheidung für ein methodisches Vorgehen fiel daher bereits zu Beginn der vorhergehenden Projektphase (2017/18) zugunsten teilstandardisierter qualitativer Interviews mit den zentralen Beteiligten des Projekts (Schulgesundheitsfachkräfte, Schulleitungen, ggf. Mentor*innen bzw. Pat*innen sowie weitere Lehrkräfte), die an allen „alten“ Projektschulen durchgeführt wurden. Zusätzlich wurden in der Projektphase 2017/2018 auch systematisch Schüler*innen und Eltern befragt. An dieser Stelle soll für Leser*innen, die mit dem Wesen und der allgemeinen Aussagekraft qualitativer Analysen wenig vertraut sind, explizit darauf hingewiesen werden, dass qualitative Auswertungen teilstandardisierter Interviews in der Regel keine exakten Quantifizierungen ermöglichen. Themen, Sichtweisen und Bewertungen, die in spezifischen Interviews von Befragten an einer Projektschule angesprochen wurden, sind daher generell nicht übertragbar auf die Erfahrungen an anderen Projektschulen, wenn sie dort nicht in inhaltlich identischer Weise berichtet wurden. Umgekehrt bedeutet die Erwähnung bestimmter Erfahrungen an lediglich einer oder wenigen Schulen nicht, dass ähnliche Bewertungen nicht auch an anderen Schulen vorgenommen würden, wenn diese explizit darum gebeten würden. In der Ergebnisdarstellung würde daher das Ersetzen von Begriffen wie „einige“, „manche“, „wenige“ durch eine genaue Bezifferung von Nennungen eine Exaktheit vortäuschen, die aus wissenschaftlich-methodischer Perspektive weder gegeben noch erreichbar ist. Diese Begriffe geben stattdessen Hinweise darauf, ob entsprechende Aussagen in den Befragungen eher häufig oder eher selten getätigt wurden.

2.2 Interviewleitfäden

Die teilstandardisierten Interviews mit den Schulgesundheitsfachkräften, Schulleitungen und Mentor*innen bzw. Pat*innen, weiteren Lehrkräften und Schulsozialarbeiter*innen³ wurden für die vorliegende Studie auf Basis von Leitfäden durchgeführt, die auf den in der

² Der Begriff „Mentor*innen“ bezeichnete zu Beginn des Projekts Lehrkräfte an den Einsatzschulen, die vorrangige Ansprechpartner*innen für die Schulgesundheitsfachkräfte waren und sie insbesondere in der Anfangsphase ihrer Tätigkeit an der Schule bei der Implementation begleiteten. Während der Projektlaufzeit wurde der Begriff durch die Bezeichnung Pat*innen ersetzt. Die beiden Begrifflichkeiten werden in diesem Bericht daher synonym genutzt.

³ Leitfaden für „Gesundheitsbezogene Professionen“

Projektphase III (2017/18) verwendeten Instrumenten aufbauten und um einige weitere inhaltliche Schwerpunkte, insbesondere zur Implementation von Schulgesundheitsfachkräften, zur Abgrenzung ihrer Tätigkeit zu der von Schulsozialarbeiter*innen sowie um eine erweiterte Indikatorenliste zu bildungsrelevanten Tätigkeitseffekten ergänzt wurden. Als wesentliche Grundlagen der Interviewleitfäden dienten in 2017 Rahmenmodelle zu Gelingensfaktoren und Qualitätsindikatoren schulischer Bildungsprozesse, darunter in erster Linie der Orientierungsrahmen Bildungsqualität des brandenburgischen Ministeriums für Bildung, Jugend und Sport (Ministerium für Bildung, Jugend und Sport, 2016), der sich am Modell Dittons (2007) zu Schul- und Unterrichtsqualität orientiert. Der Orientierungsrahmen wurde auf in Hinblick auf Teilbereiche analysiert, die mutmaßlich von der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte beeinflusst werden können. Auf dieser Grundlage wurden Indikatoren für Effekte der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte ausgewählt und in Form zielgruppenspezifischer Interviewleitfäden zusammengestellt, die in der Gesamtschau zu einer multiperspektivischen Bewertung führen. Die Genehmigung des Ministeriums für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg für die geplanten Befragungen und die Verwendung der Leitfäden wurde erteilt am 11.11.2019.

Die diesem Bericht zugrundeliegenden Interviews wurden in zwei Befragungswellen (Herbst/Winter 2019/2020 sowie Herbst 2020) geführt. Ziel der Interviews im ersten Befragungsdurchgang 2019/2020 war - neben einer allgemeinen Bestandsaufnahme von Entwicklungen seit den letzten Evaluationsgesprächen in 2018 - in erster Linie eine Vertiefung von Themen, die entweder in den bisherigen Befragungen nicht im Vordergrund standen oder in der Zwischenzeit neu als Fragestellungen beim Projektträger entstanden waren. Um den Umfang der Interviews und somit die Belastung der Projektschulen und Gesprächspartner*innen in einem verträglichen Ausmaß zu halten, wurden daher Themenbereiche, die bereits Gegenstand der Evaluation in der vorhergehenden Projektphase 2017/18 waren und ausführlich im Endbericht zu diesem Evaluationsabschnitt dargestellt sind (Paulus & Petzel, 2018), im ersten Befragungsdurchgang in geringerem Maße angesprochen. In den Befragungen im Spätsommer/Herbst 2020 stand dagegen ein abschließendes Resümee im Vordergrund, in dem die ursprüngliche Fragestellung nach der Bildungswirksamkeit der Tätigkeit von Schulgesundheitsfachkräften noch einmal umfassend und mit erweitertem Kriterienkatalog aufgegriffen wurde.

2.3 Durchführung der Befragungen

Nach der Beauftragung der Verfasser durch die AWO Potsdam im Juni 2019, der folgenden Erstellung der Interviewleitfäden und der Genehmigung ihres Einsatzes an den Projektschulen durch das Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg wurden die Interviews in zwei Befragungswellen an den 20 Projektschulen durchgeführt, die bereits in der vorhergehenden dritten Projektphase am Projekt beteiligt waren (vgl. Tabelle 2.1). Die sieben Schulen, die in der vierten Projektphase ab 2019 neu in das Projekt aufgenommen wurden, waren gemäß Auftrag kein Gegenstand der Evaluationsstudie. Dagegen wurden sämtliche zum jeweiligen Befragungszeitpunkt im Projekt aktiven Schulgesundheitsfachkräfte unabhängig

von ihrer Tätigkeit an einer „alten“ oder „neuen“ Projektschule befragt. In der ersten Befragungswelle (Herbst/Winter 2019/2020) fanden sämtliche Interviews vor Ort in den Projektschulen statt. Der erste durch die Corona-Pandemie bedingte Lockdown des Jahres 2020 führte dazu, dass eine geringe Anzahl geplanter Nachholgespräche mit Schulgesundheitsfachkräften, Lehrkräften und Schulsozialarbeiter*innen, die zum Zeitpunkt des Schulbesuchs z. B. wegen aktueller Erkrankungen nicht möglich waren, nicht mehr wie vorgesehen durchgeführt werden konnte. Auch die zweite Befragungswelle im Herbst 2020 wurde durch die sich verschärfende Infektionslage am Ende insofern leicht beeinträchtigt, dass die Interviews an einigen Standorten nicht vor Ort bzw. an einer Projektschule gar nicht durchgeführt werden konnten, weil sich die Gesprächspartner*innen selbst in Quarantäne befanden oder durch das allgemeine bzw. örtliche Infektionsgeschehen ein Schulbesuch durch externe Personen nicht mehr ratsam erschien.

Projektschulen (N = 20)		
Zielgruppe	Anzahl Interviews¹ (gesamt N = 127)	
	Befragung 1 (11/19 – 02/20)	Befragung 2 (09-12/20)
Schulgesundheitsfachkräfte	N = 15 (3 n. d. ²⁾)	N = 16 (2 n. d. ²⁾)
Schulleitungen / Pat*innen	N = 24 ³⁾	N = 20 (1 n. d. ²⁾)
Lehrkräfte	N = 22 ¹⁾	N = 16 ¹⁾
Sozialarbeiter*innen	N = 13	N = 1

1) Wiedergegeben ist hier die Zahl der geführten Interviews. Die Gespräche mit Lehrkräften fanden teilweise als Gruppeninterview statt (Befr. 1: 16 Gruppeninterviews; Befr. 2: 13 Gruppeninterviews), so dass hier die Zahl der tatsächlichen Befragten höher liegt.

2) n. d. = nicht durchgeführt

3) Gespräche mit Pat*innen wurden zusätzlich zu den Interviews mit Schulleitungen durchgeführt, daher ergibt sich eine Zahl, die größer als die Zahl der Projektschulen ist.

Tabelle 2.1: Interviews an den 20 Projektschulen (aus Projektphase III) in den Befragungsdurchgängen 1 (Herbst 2019/Winter 2020) und 2 (Herbst 2020)

Die Gespräche mit den Schulleitungen, Mentor*innen bzw. Pat*innen⁴ sowie den Schulgesundheitsfachkräften fanden in der Regel als Einzelinterviews statt. Die Interviews mit weiteren Lehrkräften fanden je nach aktueller Möglichkeit als Einzelgespräch oder als

⁴ Teilweise übten die interviewten Personen aus der Schulleitung gleichzeitig auch die Rolle der Mentor*innen bzw. Pat*innen aus.

Gruppeninterview mit zwei bis fünf Teilnehmer*innen in den Projektschulen statt. Hinsichtlich dieser Gespräche muss ergänzt werden, dass keine Zufallsauswahl von Gesprächspartner*innen gewährleistet werden konnte, sondern vorwiegend Personen teilnahmen, die mit den Schulgesundheitsfachkräften bereits in irgendeiner Form (Projekte, Arbeitsgruppen, Einzelfallinterventionen etc.) zusammengearbeitet hatten. Außerdem wurde die Auswahl dieser Lehrkräfte mangels alternativer Zugangsmöglichkeiten von den Schulleitungen vorgenommen.

3 Ergebnisse

In den folgenden Abschnitten werden zusammenfassend die zentralen Ergebnisse der Befragungen wiedergegeben. Da einige Fragestellungen unmittelbar an die Befunde aus dem vorhergehenden Projektzeitraum anknüpfen, wird an den entsprechenden Stellen zunächst der damalige Erkenntnisstand (Ende 2018) rekapituliert, um die weitere Entwicklung in den beiden vergangenen Projektjahren deutlicher zu machen. Dies geschieht auch, um neben der Darstellung von Entwicklungen und zukünftigen weiteren Entwicklungspotenzialen die bereits früher erzielten Projekterfolge auch für Leser*innen angemessen sichtbar zu machen, die den vorangegangenen Bericht zur Projektphase 2017/18 (Paulus & Petzel, 2018) und die darin dargestellten Analysen nicht kennen.

In den Ausführungen wird so weit wie möglich angeführt, ob spezifische Erfahrungen und Wahrnehmungen von allen bzw. einem überwiegenden Teil der Befragten/Schulen in ähnlicher Form geteilt wurden, oder ob sie nur für wenige bzw. einzelne Gesprächspartner*innen/Schulen zutreffen. Zitate aus den Interviews verdeutlichen zentrale Erkenntnisse. Allen Befragten wurde gemäß den Vorgaben zur Genehmigung der Befragungen durch das Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg vor den Interviews zugesichert, dass Informationen und Zitate anonymisiert wiedergegeben werden und Rückschlüsse auf einzelne Gesprächspartner*innen oder Schulen nicht möglich sind. Die Befragten wurden darauf hingewiesen, dass durch die konkreten Inhalte der Zitate mögliche Rückschlüsse auf Ort und Urheber der Äußerungen nicht völlig auszuschließen sind. Sie wurden weiterhin darum gebeten, bei Gesprächsinhalten bzw. Informationen, deren Weitergabe ausdrücklich nicht erwünscht ist, dies entsprechend anzumerken⁵. Diese (seltenen) Wünsche wurden bei der Auswahl der hier vorliegenden Zitate berücksichtigt. Die Zitate wurden gegebenenfalls sprachlich geglättet und gekürzt, um ihren Sinngehalt leichter erfassbar zu machen.

Die veränderten Arbeitsbedingungen und teils eingeschränkten Möglichkeiten während der Corona-Pandemie haben auch die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte beeinflusst; so konnten manche Tätigkeitsbereiche in 2020 aufgrund der veränderten Arbeitsbedingungen und Vorgaben in geringerem Maße als erwartet und erwünscht abgedeckt werden; schulinterne Pläne und Absprachen zur Weiterentwicklung der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte waren teilweise nicht realisierbar. Diese Einschränkungen haben die grundlegenden Einschätzungen und Bewertungen der Gesprächspartner*innen nicht erkennbar negativ beeinflusst, sind aber dennoch in der folgenden Darstellung an einigen Punkten angemessen zu berücksichtigen.

⁵ Solche Wünsche beruhten meist darauf, dass über konkrete Personen gesprochen wurde, die durch die Art der Informationen leicht identifizierbar wären.

3.1 Allgemeines, Rahmenbedingungen der Tätigkeit und Integration der Schulgesundheitsfachkräfte in das Schulleben

Im Folgenden werden zunächst allgemeine Einschätzungen zur Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte wiedergegeben.

3.1.1 Allgemeine Einschätzungen: Bisheriger Stand (dritte Projektphase 2017/2018)

Eine insgesamt sehr positive Einschätzung der Schulen zu den Schulgesundheitsfachkräften wurde bereits in den ersten Befragungen 2017/2018 deutlich. Die SGFKs wurden schon zu diesem frühen Zeitpunkt von allen Befragten (Schulleitungen, Mentor*innen, weitere Lehrkräfte, Schüler*innen, Eltern/Erziehungsberechtigte) als eine bedeutende Bereicherung des Schullebens und wichtiger Beitrag zu einer höheren Schulqualität wahrgenommen. Diese Wertschätzung betraf die gesundheitliche Unterstützung von Schüler*innen bei Krankheitsbeschwerden und Verletzungen⁶ ebenso wie die Beratung von Schulleitung/Lehrkräften zu gesundheitlichen Fragen, das Einbringen von Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsprojekten wie auch ihre förderliche Wirkung auf das allgemeine Schulklima, wenngleich diese Bewertungen an manchen Schulen ausgeprägter waren als an anderen. Gleichzeitig ergaben die Befragungen Hinweise auf förderliche Faktoren, aber auch auf aufgetretene Hindernisse für eine schnelle und gut gelingende Integration in die Schulen.

Grundsätzlich wurde deutlich, dass die Integration und Effektivität der SGFK in Abhängigkeit von ihrem verfügbaren Zeitbudget an der jeweiligen Schule stand: Je mehr Arbeitszeit eine Schulgesundheitsfachkraft an einer Schule verbrachte, als desto wirksamer wurde ihre Tätigkeit wahrgenommen. Dies war bereits in diesem frühen Projektstadium für die meisten Schulen Auslöser für den Wunsch nach einer zeitlich ausgedehnten Anwesenheit der Schulgesundheitsfachkraft.

Dabei garantierte auch eine umfangreiche Anwesenheit einer Schulgesundheitsfachkraft an einer Schule nicht, dass sämtliche Tätigkeitsbereiche in der Qualität und Quantität abgedeckt werden konnten, wie es aus Sicht der Schule und der SGFK vorstellbar wäre: An den Projektschulen, an denen eine Schulgesundheitsfachkraft in Vollzeit tätig ist, führt die hohe Schülerzahl wiederum zu einer hohen Auslastung in der gesundheitlichen Unterstützung von Schüler*innen bei Krankheitsbeschwerden und Verletzungen, wodurch die praktischen Möglichkeiten der SGFK in den anderen Tätigkeitsbereichen eingeschränkt sind. Darüber hinaus geht die Größe dieser Schulen zusätzlich mit einer räumlichen Unübersichtlichkeit einher, die die Kommunikation zwischen der Schulgesundheitsfachkraft und den anderen schulischen Akteuren erschwert; die Schulgesundheitsfachkraft ist vor allem für Teile der Lehrerkollegien weniger „sichtbar“, weil es wenige zufällige Begegnungen gibt. Es sei an dieser Stelle bereits

⁶ Im Folgenden aus Darstellungs- und Lesbarkeitsgründen auch vereinfacht „gesundheitliche Unterstützung“

angemerkt, dass sich an dieser grundlegenden Einschätzung während der Projektlaufzeit (einschließlich der nächsten Projektphase 2019/2020) nichts Grundlegendes geändert hat.

3.1.2 Allgemeine Einschätzungen: Weiterentwicklung 2019/2020

Auch in den aktuellen Befragungen setzt sich die positive Einschätzung durch die befragten Schulleitungen und Lehrkräfte sehr deutlich fort. Die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte wird in ihren Schulen immer mehr als positive Routine wahrgenommen und ist nach den überwiegenden Urteilen der Befragten nicht mehr wegzudenken.

„Das Schöne ist, dass meine Kolleg*innen immer mehr lernen, mit der Schulgesundheitsfachkraft zusammenzuarbeiten und sie nicht nur als die Kinderkrankenschwester zu sehen, sondern als Vertrauter und als Partner in Projekten, z. B. wenn es um Sexualerziehung geht, wenn es um Gewalt geht, wenn es um gesunde Ernährung geht, und dadurch ist das Geben und Nehmen wesentlich intensiver geworden.“ (Schulleitung)

„Also alles, was zur Entlastung der Lehrer führt, ist gut, und alles, was in die Hände von Profis gelangt, ist gut. Weil bei Halbwissen über gewisse Situationen, da kann man sich auch einmal vertun. Wir handeln immer nach bestem Wissen und Gewissen, aber zum Beispiel manche psychische Erkrankungen, da müssten sie ja eigentlich fünf Jahre studiert haben und die Therapeutenausbildung haben, damit Sie überhaupt verstehen wie jemand tickt. Alles in die Hände von Profis. Wenn die gut zusammenarbeiten und ich denke, das ist hier gegeben, dann herzlich willkommen.“ (Lehrkraft)

Die positive Bewertung drückt sich dabei auch weiterhin in einem Wunsch nach erhöhten Anwesenheitszeiten aus.

„Sie ist eine Unterstützung für uns. Ich wünsche jeder Schule so etwas, gerne auch mit mehr Stunden. Damit sie zumindest so lange da ist wie die Schüler*innen. Denn so lange gibt es Probleme, siebte Stunde, Sportunterricht, und dann ist sie nicht mehr da...“ (Lehrkraft)

Dabei erleichtert die fortschreitende Integration in das Schulleben und die Entwicklung von Arbeits- und Interaktionsroutinen die Arbeit der Schulgesundheitsfachkraft. Die Tätigkeit der SGFK hat sich positiv entwickelt:

„Es ist intensiver geworden. Ich kann wirklich sagen, dass sich die SGFK mit ihrem Know-how sich in alle Felder hervorragend eingearbeitet hat. ... Sie macht eine Arbeitsgemeinschaft, sie geht mit in die Klassen, in den Unterricht rein. Sie betreut also ganz, ganz viele Felder.“ (Schulleitung)

Die zunehmende Vertrautheit der Lehrerkollegien mit den Schulgesundheitsfachkräften geht an vielen Schulen mit einer noch besseren informellen Kommunikation einher, als sie ohnehin schon in 2018 berichtet wurde. An den meisten Schulen werden von Schulleitungen und Lehrkräften Absprachen mit den Schulgesundheitsfachkräften als unkompliziert bewertet und zeigen sich allenfalls durch die Teilzeittätigkeit der meisten Schulgesundheitsfachkräfte beeinträchtigt. Die *systematische* kommunikative Einbindung der Schulgesundheitsfachkräfte im Sinne der regelmäßigen Teilnahme an Gremien und Konferenzen in ihren Schulen hat sich seit der letzten Erhebung nicht wesentlich verändert. Regelungen hierzu werden jeweils individuell an den Projektschulen besprochen und vereinbart, in der Regel zwischen Schulleitung und Schulgesundheitsfachkraft. Die teils geringen Stundenkontingente der

Schulgesundheitsfachkraft lassen es derzeit für die meisten Schulen nicht sinnvoll erscheinen, die SGFK routinemäßig in sämtliche schulische Gremien und Arbeitsgruppen einzubinden, da hierdurch zu viele Zeitressourcen gebunden werden. Zusätzlich liegen Treffen solcher Gremien in vielen Fällen außerhalb der Kernarbeitszeiten der Schulgesundheitsfachkräfte, was nicht nur eine hohe zeitliche Flexibilität der SGFKs erfordert, sondern unter Umständen Auswirkungen auf geleistete Überstunden hat.

„7.15 bis 11.15 ist die Kernarbeitszeit. Für Gremienarbeit... Wenn der Punkt wichtig ist, beziehungsweise für Elternarbeit im Rahmen von Elternversammlungen, gibt es die Möglichkeit der Arbeitszeitverlagerung, sodass wir sie schon mal zu anderen Tageszeiten auch einsetzen können. Aber das hat immer den herben Beigeschmack, dass das dann in der Kernarbeitszeit fehlt. Sie kann ja nicht ins Unendliche Überstunden generieren. Das geht ja nicht. Und man braucht ja nicht viel drumherum reden, es ist nach wie vor als Statement abzugeben: Eine Vollzeitkraft mit 40 Stunden hätte hier ausreichend zu tun.“ (Schulleitung)

In früheren Befragungen wurden an einigen Schulen von Schulleitungen und insbesondere Lehrkräften hohe Abwesenheitszeiten der SGFK beklagt, z.B. aufgrund von Fortbildungsteilnahmen, projektinternen Treffen oder Überstunden. Dies wirkte sich auf den Eindruck der Verlässlichkeit aus, mit der die SGFK den Lehrkräften und Schüler*innen zwecks Ansprache zur Verfügung steht. Auch in den aktuellen Befragungen war dies an manchen Schulen weiterhin ein Thema:

„Wichtig ist die Präsenz. Es hat keinen Sinn, Dienstag und Freitag eine SGFK zu haben, das ist sinnlos. ... Wenn die mal da ist und mal nicht, dann geht doch der Informationsfluss komplett verloren. Man verlässt sich ja darauf, sagt einer Schülerin, geh runter zur SGFK - und dann ist sie nicht da. Dann kommt die wieder, dann wird der Unterricht unterbrochen, und dann ist es eigentlich eh schon gelaufen. ... Je mehr Zeit sie zur Verfügung hat für die Arbeit am Schüler, desto besser. Und wenn sie noch viel dokumentieren muss, dann kann sie das ja nicht in ihrer Freizeit machen. Also, wenn man es optimieren will, dann wäre es gut, wenn sie mehr Stunden bekäme, damit sie ihre Fortbildungen [und ihre Dokumentationstätigkeit] halt nach der Schule machen kann.“ (Lehrkraft)

„Wenn sie mehr Stunden hätte, dann könnte sie auch [zur Klärung kritischer Fälle] zu den Ämtern mitgehen. Sie hätte einfach mehr Stand, auch in der Zusammenarbeit mit den Eltern. Wenn man weiß, beim Jugendamt kommt man nicht weiter, kann sie mit belegen: Ja, aber der Junge hat hier Probleme. Weil die Diagnosen, die von außerhalb gestellt werden sind immer punktuell. Da kommt dann jemand, und dann heißt es, oh, morgen muss ich mich benehmen. Und dann stellt der faktisch nichts fest. Und die SGFK sieht ja mehr als das, was bei einem Besuch passiert. Also da könnte man einiges machen.“ (Lehrkraft)

Gleichzeitig wurde aber für viele der SGFKs betont, dass diese Fehlzeiten insbesondere mit Abschluss der Weiterbildungsaktivitäten zurückgegangen sind bzw. perspektivisch zurückgehen werden. In einigen Fällen ist vor allem bei den befragten Lehrkräften allerdings eine gewisse Intransparenz zu beobachten, wie und warum diese Abwesenheitszeiten zustande kommen.

Hier macht sich unter anderem auch die Unterschiedlichkeit der Arbeitszeitmodelle von Lehrkräften und Schulgesundheitsfachkräften bemerkbar, denn die feste wöchentliche, in Stunden abgerechnete Arbeitszeit der Schulgesundheitsfachkraft passt noch nicht perfekt zum üblichen schulischen Arbeitsrhythmus, in dem es für Lehrkräfte keine stundengenaue Abrechnung gibt. Insbesondere an den Schulen, an denen die Schulgesundheitsfachkraft nicht in Vollzeit tätig ist, können durch ihre Stundenkontingente die Unterrichtszeiten nicht voll abgedeckt werden, sei es, dass sie täglich, dann aber nur mit eingeschränkter Arbeitszeit anwesend ist (z. B. von 08.00 bis 12.00), oder ganztags, aber dann nicht an jedem Wochentag. Gleichzeitig zeigen aber zahlreiche andere Äußerungen, dass durchaus im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten ein hohes Bemühen um Flexibilität besteht:

„Wir haben jetzt eine Vereinbarung getroffen. Wenn es bei uns eine Versammlung gibt, bei der das Erscheinen der Schulgesundheitsfachkraft unabdinglich ist, dann werde ich das kommunizieren und sie bitten, daran teilzunehmen. Und dann muss man eben schauen, da sind wir flexibel, dass sie für diese [zusätzlichen] Stunden dann mal später kommt oder mal eher geht. Sowas zu machen ist für uns kein Problem, kriegen wir hin.“ (Schulleitung)

Hinsichtlich der Frage, inwiefern die Arbeit der Schulgesundheitsfachkräfte durch ihre Teilzeittätigkeit beeinträchtigt wird, sind insbesondere die Wahrnehmungen an den Projektschulen interessant, an denen zeitlich vorübergehend eine Schulgesundheitsfachkraft in Vollzeit tätig war: Hier nehmen die Befragten durchweg einen gravierenden Unterschied hinsichtlich der Arbeit der SGFK in Abhängigkeit vom Ausmaß ihrer Anwesenheit wahr. Die durchgehende Anwesenheit einer SGFK wurde als absoluter Gewinn für die schulische Arbeit gesehen, der Verlust dieser Anwesenheit wird negativ beurteilt:

„Bei unserem letzten Gespräch saßen Sie einer glücklichen Schulleiterin gegenüber. Das Glück hat sich aber reduziert. Die momentane Situation ist so, dass seit diesem Schuljahr die SGFK nur noch an drei Tagen in der Woche bei uns sein kann. Das ist für uns ein dramatischer Rückschritt. ... Einem funktionierendem System wird die Kontinuität genommen. Das macht mich traurig. Wir haben nun wieder eine außerordentliche Bewegung von Schülern in Richtung des Sekretariats, denn sie haben natürlich nach wie vor gesundheitliche Probleme, haben das Bedürfnis mit der SGFK zu sprechen. Die Zuwendung ist für die Schüler an den beiden Tagen nicht mehr gegeben. Wir versuchen dann, schnell die Eltern anzurufen. Es ist eine schwierige Situation. Die Schüler sind sehr traurig. Die Eltern fragen nach, die Schüler fragen nach der Schulgesundheitsfachkraft.“ (Schulleitung)

Die gesundheitliche Unterstützung von Schüler*innen während der Unterrichtszeiten konnte unter voller Anwesenheit besser gewährleistet werden und Projekt- bzw. Präventionsaktivitäten waren intensiver. Der abermalige Wechsel auf eine Teilzeittätigkeit, der in manchen Regionen durch die Aufnahme weiterer Schulen in das Projekt bedingt wurde, hat sich an den betroffenen Schulen, die nun wieder geringere Stundenkontingente der Schulgesundheitsfachkraft in Kauf nehmen mussten, nicht nur auf die Quantität, sondern auch auf die Qualität der Arbeit der SGFK sowie teilweise auch auf die allgemeine Zufriedenheit negativ ausgewirkt. Teils mussten begonnene oder in der Entwicklung befindliche Aktivitäten wieder eingestellt werden bzw. konnten nicht realisiert werden.

An einigen Schulen konnte während der Projektlaufzeit eine Umstellung der Anwesenheitszeiten der Schulgesundheitsfachkraft in der Form vorgenommen werden, dass eine tägliche Anwesenheit möglich wurde. Die tägliche Anwesenheit wird von den Befragten durchweg als Gewinn angesehen:

„Keiner konnte sich [vorher] merken, wann sie da ist, wann sie nicht da ist. Die Kinder wussten das auch nicht so genau. Dann hat man sie hingeschickt werden, dann kamen sie wieder zurück, es ist keiner da, noch einmal geschickt in das Sekretariat. Das ist jetzt schon super. Sie kommt auch mal rein, gibt Infos. Also es ist super, dass sie jetzt jeden Tag da ist, gerade auch für die Pausen. Wenn sich ein Kind verletzt, können wir es schicken. Und wir können unsere Aufsichtspflicht wahrnehmen.“ (Lehrkraft)

3.2 Die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft

Zur Beschreibung und Eingrenzung der Arbeit von Schulgesundheitsfachkräften wurden zu Beginn des Projekts sechs Tätigkeitsbereiche definiert, die auch in der vorliegenden Evaluationsstudie als Grundlage für die Analyse der Tätigkeitsanteile in der Praxis dienen⁷:

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

Im Folgenden wird zunächst kurz der bisherige Erkenntnisstand (Projektzeitraum 2017/2018) zusammengefasst, bevor im nächsten Abschnitt ein Abgleich mit den neuen Entwicklungen und der derzeitigen Situation vorgenommen wird.

3.2.1 Tätigkeit: Bisheriger Stand (dritte Projektphase 2017/2018)

Der erwünschte bzw. reale Anteil einzelner Tätigkeitsbereiche an der Arbeit der Schulgesundheitsfachkräfte war seit Beginn des Projekts Gegenstand einer fortwährenden projektinternen Diskussion. Den Befragten fiel eine exakte Quantifizierung der Tätigkeitsanteile schwer. Es wurde deutlich, dass an den meisten Schulen die gesundheitliche Unterstützung von Schüler*innen bei Krankheitsbeschwerden und Verletzungen den größten Anteil an der Arbeitszeit

⁷ Seit dem Herbst 2020 liegt ein gemeinsames Arbeitspapier der Bundesländer Brandenburg und Hessen vor, in dem die Arbeit der Schulgesundheitsfachkräfte weiter in nun neun statt sechs Tätigkeitsbereiche differenziert wird, in deren Beschreibung neben früheren theoretischen Erwägungen (z. B. Machbarkeitsstudie, AWO Potsdam, o.J.) auch die bisherigen Praxiserfahrungen der Schulgesundheitsfachkräfte eingeflossen sind (AWO Potsdam, 2020).

der Schulgesundheitsfachkräfte einnahm, dabei sind die Grenzen zwischen der gesundheitliche Unterstützung und der Funktion der Schulgesundheitsfachkräfte als Vertrauensperson für Schüler*innen (auch für psychische bzw. psychosoziale Problemlagen) fließend. Daneben wurde die Arbeit im Bereich Gesundheitsförderung/Prävention (Projekte, fachlicher Input für gesundheitsbezogene Unterrichtseinheiten, Angebote zur gesunden Ernährung usw.) als wesentlicher Bestandteil der Tätigkeit benannt. Die Beteiligung an Früherkennungsmaßnahmen spielte an den Projektschulen in unterschiedlichem Ausmaß eine Rolle und litt nach Aussage einiger Befragter an unzureichenden zeitlichen Ressourcen sowie rechtlichen Einschränkungen bzw. Befugnissen. Die Beteiligung der Schulgesundheitsfachkräfte an der Versorgung chronisch kranker Schüler*innen war an vielen Schulen nur bedingt möglich, weil ihre zeitlich eingeschränkte Anwesenheit an den meisten Projektschulen oft keine permanente Betreuung erlaubte. Die Netzwerkarbeit der Schulgesundheitsfachkräfte war an den Projektschulen unterschiedlich ausgeprägt. Eine Kooperation mit externen Partnern wurde an allen Schulen berichtet. Allerdings zeigte sich auch das Ausmaß solcher Kooperationen als abhängig von ausreichenden zeitlichen Ressourcen und der individuellen Rolleninterpretation der Schulgesundheitsfachkräfte: Einige sahen eine solche Netzwerkarbeit als wichtigen Bestandteil ihrer Tätigkeit an, während bei anderen das „Tagesgeschäft“ der gesundheitlichen Unterstützung von Schüler*innen Vorrang vor größeren zeitlichen Investitionen in das Netzwerken hatte.

3.2.2 Tätigkeit: Weiterentwicklung 2019/2020

In der vierten Projektphase (2019/2020) lassen sich weitere Entwicklungen beobachten, die im Folgenden skizziert werden. Dabei ist die gesundheitliche Unterstützung von Schüler*innen bei Krankheitsbeschwerden und Verletzungen weiterhin der zeitlich umfangreichste Tätigkeitsbereich.

3.2.2.1 *Gesundheitliche Unterstützung*

Die Versorgung von Schüler*innen mit akuten körperlichen Beschwerden oder Verletzungen nimmt nach wie vor in der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte an allen Projektschulen den größten Raum ein. Hier sind keine systematischen Veränderungen im Vergleich zum vorhergehenden Projektzeitraum erkennbar. Diese gesundheitliche Unterstützung von Schüler*innen durch die fachlich qualifizierte SGFK ersetzt an den Schulen frühere, oft hochgradig improvisierende und von Unsicherheit geprägte Umgangsweisen der Lehrkräfte oder anderen Schulpersonals mit erkrankten bzw. verunfallten Schüler*innen. Fast alle Befragten bewerten diese Unterstützung durch eine SGFK prinzipiell als einen der besonders positiven Aspekte und als eine der wichtigsten Aufgaben von Schulgesundheitsfachkräften. Allerdings wird weiterhin ausdrücklich darauf hingewiesen, dass dieser Effekt eben nur zu den Zeiten gegeben ist, wenn die SGFK an der Schule anwesend ist. Für die meisten Projektschulen ist dies nicht durchgehend der Fall, so dass (nicht nur) an dieser Stelle der Wunsch nach einer permanent verfügbaren SGFK deutlich geäußert wird.

Für das Selbstverständnis und die Motivation der Schulgesundheitsfachkräfte spielt die gesundheitliche Unterstützung von Schüler*innen auch eine maßgebliche Rolle: Eine Arbeit nach dem „Bremer Modell“, in dem Schulgesundheitsfachkräfte ausschließlich für Gesundheitsförderung und Prävention zuständig sein sollen, wird von allen befragten Schulgesundheitsfachkräften als wenig attraktiv eingeschätzt.

„Ich finde die gesundheitliche Versorgung⁸ total klasse und spannend. Das würde ich für mich gerne beibehalten wollen. ... Reine Präventionsarbeit – nicht gerne, weil mir die Arbeit mit den Schülern, mit den jungen Leuten sehr viel Spaß macht. Am meisten erfahre ich aber auch über diese Versorgung. In der Oberschule ist es so, ich erfahre unwahrscheinlich viel Probleme von den Kindern, die stattfinden, über die gesundheitliche Versorgung.“ (Schulgesundheitsfachkraft)

„Ich finde die gesundheitliche Unterstützung wichtig. Ich bin halt auch Krankenschwester. Ich bin nicht studierte Public Healtherin. ... Weil man dann medizinisch arbeiten kann. Das ist unsere Grundausbildung. ... Ich brauche diese Versorgung, das ist ein Grundwesen von mir. Und ich glaube, es kommen die Kinder einfach drei, vier Mal zum Pflasterkleben. Und dann kriegt man Sachen mit, dann geht es weiter. Ich bin auch ein großer Fan davon, die Kinder drei, vier fünf Mal kommen zu lassen, bevor man merkt, da muss ich aber eine Kindeswohlgefährdung anberaumen, da brauche ich aber irgendwie eine Sexualpädagogin usw.“ (Schulgesundheitsfachkraft)

Auch die befragten Schulleitungen können sich die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte ohne den Bereich der gesundheitlichen Unterstützung von Schüler*innen kaum vorstellen. Aus ihrer Sicht würde so eine wesentliche positive Wirkung der Schulgesundheitsfachkraft für die Schule wegfallen und der Bedarf wird an vielen Schulen als hoch eingeschätzt.

Die Betonung und besondere Wertschätzung dieser grundständigen pflegerischen Komponente der Schulgesundheitsfachkraft -Tätigkeit kommt an manchen Schulen auch darin zum Ausdruck, dass die Schulgesundheitsfachkraft als „Schulkrankenschwester“ bzw. als „Schwester“ bezeichnet wird. Ob diese Bezeichnung angesichts der Bestrebung des Modellprojekts, eine *neue* Profession zu etablieren, wünschenswert ist, soll an dieser Stelle nicht bewertet werden. In jedem Falle kommt hier neben der angesprochenen Betonung des Pflegebereichs und der gesundheitlichen Unterstützung auch die weithin empfundene Sperrigkeit des neuen Begriffs „Schulgesundheitsfachkraft“ zum Tragen.

An den meisten Schulen hat nach Aussage der Befragten die Corona-Pandemie nicht spürbar zu einer stärkeren Bedeutung der gesundheitlichen Unterstützung von Schüler*innen geführt; nur wenige Schüler*innen erscheinen morgens am Schultag von Lehrkräften wegen verdächtiger Symptome zur Schulgesundheitsfachkraft geschickt. Als Grund hierfür sehen insbesondere die befragten Schulleitungen und SGFKs an, dass Eltern weitgehend verantwortlich mit der Situation umgehen und ihre Kinder nicht in die Schule gehen lassen wenn Symptome auftreten, die den Verdacht einer Infektion auslösen. Teilweise kommt es zu vermehrten

⁸ In den Gesprächen wurden anstelle des Begriffs der gesundheitlichen Versorgung bzw. gesundheitlichen Unterstützung teils andere Begrifflichkeiten verwendet, die hier aufgrund der Einheitlichkeit und Nachvollziehbarkeit im Abgleich mit den konzeptionellen Vorgaben sprachlich angeglichen wurden.

telefonischen „Konsultationen“ durch Eltern/Schüler*innen, die von der SGFK eine Einschätzung zu potenziellen Corona-Symptomen erbitten. Eine substantielle Zahl von Schüler*innen, die morgens persönlich zum Schulbeginn die Schulgesundheitsfachkraft aufgrund des Auftretens von Infektionssymptomen aufsuchen, gibt es allenfalls an den weiterführenden Schulen, da mit höherem Alter der Schüler*innen deren Eigenverantwortlichkeit steigt und ältere Schüler*innen möglicherweise eher dazu tendieren, bei Beschwerden mit unklarer Ursache zunächst in die Schule zu gehen, wo die Schulgesundheitsfachkraft dann als fachkompetente Ansprechpartnerin wahrgenommen und zu Rate gezogen wird.

*3.2.2.2 Schulgesundheitsfachkraft als Ansprechpartnerin und Vertrauensperson für Schüler*innen*

Die Funktion der SGFK als Vertrauensperson für Schüler*innen und Ansprechpartnerin für gesundheitliche Fragen ist durchweg gewährleistet und wird vielfach in Anspruch genommen. Dies war bereits ein zentraler Befund in der vorhergehenden Projektphase und gilt auch aktuell ohne wesentliche Einschränkung. Dabei kommen nicht nur körperliche, sondern in substantiellem Umfang auch psychische Problemlagen von Schüler*innen zur Sprache.

„Das sind auch Sachen, die man als Lehrer gar nicht unbedingt mitbekommt, das sieht man ja nicht wie einen Schnupfen. Aber Schüler gehen auch mit solchen Problemen zur Schulgesundheitsfachkraft, wenn der Kopf nicht frei ist.“ (Schulleitung)

Auch die Beobachtung, dass die Schulgesundheitsfachkraft den Schüler*innen mitunter als Ansprechpartnerin für Fragen dient, die sonst möglicherweise nicht mit Lehrkräften oder anderen Personen an der Schule (z. B. Schulsozialarbeiter*innen) besprochen würden, gilt weiterhin. Von einem redundanten Angebot kann hier trotz einer eventuellen Überschneidung mit dem Tätigkeitsprofil von Schulsozialarbeiter*innen nicht die Rede sein (vgl. Abschnitt 3.3).

„Wer geht zu wem? Das ist auch eine Genderfrage, viele Mädchen gehen vielleicht lieber zur Schulgesundheitsfachkraft, weil sie die bessere Ansprechpartnerin ist. Gerade mit Pubertätsproblematiken. Da gehen Mädchen lieber zu einer weiblichen Ansprechpartnerin.“ (Schulsozialarbeiter*in).

3.2.2.3 Gesundheitsförderung und Prävention

Neben der gesundheitlichen Unterstützung von Schüler*innen bestimmt vor allem der Präventionsbereich die Arbeit der Schulgesundheitsfachkräfte. Bereits 2017/18 war deutlich geworden, dass dieser Tätigkeitsbereich in den Erwartungen der meisten Schulen eine große Rolle spielt. Damals war die bis zu diesem Zeitpunkt relativ kurze Projektlaufzeit dafür verantwortlich, dass Präventionsaktivitäten an vielen Schulen noch nicht im erwünschten Umfang realisiert wurden. Für einen längeren Projektzeitraum wurden damals an vielen Schulen Pläne für eine Intensivierung präventiver Aktivitäten geäußert. Vor allem die erste Befragung in der laufenden Projektphase hat gezeigt, dass mit fortlaufender Tätigkeitsdauer dieser Bereich an den meisten Schulen tatsächlich deutlich ausgebaut werden konnte. Dabei geht diese Stärkung nicht zulasten anderer Tätigkeitsbereiche, sondern beruht darauf, dass die Angebote der Schulgesundheitsfachkraft an den Schulen besser bekannt sind, ihre Qualität deutlich geworden ist, und dass die Kommunikation zwischen Lehrkräften und SGFKs intensiver und

gleichzeitig einfacher geworden ist. Zusätzlich spielt hier eine wesentliche Rolle, dass nach der anfänglichen Integrationsphase durch eine zunehmende Routine in der Tätigkeit zeitliche Ressourcen für die Präventionsarbeit frei geworden sind.

Die konkreten Präventionsaktivitäten sind insgesamt vielfältig und reichen exemplarisch von Projekten zu Handhygiene oder Zähneputzen über die Förderung gesunder Ernährung, Themen aus dem Bereich der Sexualität bis hin zur Betreuung/Unterweisung von Schüler*innen im Bereich Erste Hilfe bzw. Schulsanitätsdienst. Die realisierten Aktivitäten weisen zwischen den Schulen weiterhin eine hohe Diversität auf, die einerseits auf die unterschiedlichen Kompetenzen und Angebote der Schulgesundheitsfachkräfte zurückzuführen sind, andererseits auf die unterschiedlichen Bedarfe, die an bzw. von den Schulen geäußert werden. Sie sind teilweise in größere Projektzusammenhänge eingebunden (z. B. Landesprogramm „Gute gesunde Schule“).

„Wir haben eine Steuergruppe für gute, gesunde Schule. Und wir setzen uns zum Jahresanfang immer so Etappenziele und gucken, wie wir die irgendwie umsetzen können. Wir möchten beispielsweise eben den zuckerfreien Vormittag durchsetzen, und dann bieten wir den Kindern halt Alternativen an. Wir haben eine Schulcafeteria oder zeigen, wie ein gesundes Frühstück aussehen kann. Und da denke ich, in diesem Bereich ist noch viel möglich. Da kann sich die SGFK noch mit uns frei entfalten, darf dann natürlich auch Ideengeber sein. ... Dafür gibt es die Steuergruppe, aber sie sitzt eben auch mit in der Steuergruppe. Das finde ich auch gut, also aus einem anderen Blickwinkel die Sachen zu betrachten.“ (Schulleitung)

Nach wie vor besteht an den Schulen mit umfangreicher Präventionsarbeit die Einschätzung, dass diese Aktivitäten ohne eine Schulgesundheitsfachkraft nicht in demselben Ausmaß möglich wären, da es anderen Akteuren in der Schule hierfür sowohl an Zeit als auch an Fachkompetenz mangelt.

Die erste Befragung im Projektzeitraum 2019/2020 ergab, dass aus Sicht der Befragten ein weiterer Ausbau der Präventionsarbeit im vor allem durch die eingeschränkten Anwesenheitszeiten der SGFK erschwert wurde. In der zweiten Befragung (Herbst 2020) zeigte sich, dass die bereits etablierten ebenso wie die neu und zusätzlich angestrebten Aktivitäten im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung aufgrund der mit der COVID-19-Pandemie verbundenen Einschränkungen erheblich beeinträchtigt waren. Die angestrebte Minimierung von Kontakten sowohl innerhalb der Schulen als auch mit schulexternen Akteuren ergab als Nebeneffekt, dass Aktivitäten außerhalb des Kernunterrichts (z. B. Projekttag, Projektwochen) kaum mehr stattfinden konnten, da sie häufig mit einem derzeit unerwünschten Durchmischen von Schüler*innen aus verschiedenen Klassen bzw. Jahrgangsstufen oder eben mit der Anwesenheit schulexternen Personen verbunden sind. Aber auch das Bemühen der Lehrkräfte, sich seit Wiederöffnung der Schulen nach dem ersten Lockdown im Frühjahr 2020 zunächst auf zentrale Lerninhalte zu konzentrieren, die während der Schulschließung nicht adäquat erarbeitet werden konnten, erschwerte in dieser Zeit die Präventionsarbeit:

„Die [Lehrkräfte] schauen eben, dass sie bei Dingen, die vielleicht versäumt worden sind während des Lockdowns, die Schüler wieder auf einen Stand kriegen. ... Und es ist

halt gerade bei den Lehrern ... die Angst vor dem zweiten Lockdown da. Und die wollen natürlich erst einmal wieder rankommen, dass alle wenigstens auf einem ähnlichen Level sind, bevor es vielleicht doch wieder dazu kommt - und dann noch jemanden mit reinzuholen, der dann eine Stunde Projekt macht, das fällt schwer.“ (Schulgesundheitsfachkraft)

Unter der Voraussetzung, dass die Kontakteinschränkungen in absehbarer Zeit wieder aufgehoben werden und sich die schulische Arbeit weitgehend normalisiert, ist prognostisch eine Wiederaufnahme und weiter gestärkte Bedeutung des Präventionsbereichs in der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft zu erwarten. Allerdings wird die Präventionsarbeit der Schulgesundheitsfachkräfte durch die zeitlich eingeschränkten Ressourcen an Grenzen stoßen, dies gilt insbesondere für Schulen mit starkem Bedarf an gesundheitlicher Unterstützung von Schüler*innen und eingeschränkter Anwesenheitszeit der SGFK.

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

Ein inhaltlicher Schwerpunkt in der ersten Befragung im Projektzeitraum 2019/2020 war die Frage, in welchem Umfang und unter welchen Rahmenbedingungen die Schulgesundheitsfachkräfte einen Beitrag zur Betreuung bzw. Unterstützung von Kindern mit chronischen Erkrankungen leisten können. Die früheren Befragungen (2017/2018) hatten gezeigt, dass dieser Bereich unter den gegebenen Rahmenbedingungen an vielen Schulen eher skeptisch eingeschätzt wurde und einen vergleichsweise geringen Teil an der Gesamttätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft einnahm. Dabei wurde durchaus gesehen, dass die SGFK an dieser Stelle besondere Leistungen erbringen kann, die sonst nicht oder nur eingeschränkt möglich wären, so z. B. eine Aufbewahrung/Ausgabe von Medikamenten unter der Voraussetzung des Einverständnisses der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten. Als hauptsächliches Hindernis für eine stärkere Unterstützung wurde die Tatsache angesehen, dass die Schulgesundheitsfachkraft an den meisten Schulen nicht an allen Schultagen zur Verfügung steht, so dass sie eine gegebenenfalls erforderliche tägliche Unterstützung nicht gewährleisten kann. Die Übernahme von Unterstützungsleistungen durch die Schulgesundheitsfachkraft wurde eher in den Fällen für sinnvoll erachtet und realisiert, in denen keine tägliche Betreuung gewährleistet sein muss, sondern nur in bestimmten Situationen bzw. Notfällen. Positiv herausgehoben wurde damals von einigen Befragten, dass die SGFK unter Umständen von den Eltern Informationen zu chronischen Erkrankungen ihrer Kinder erhält, die der Schule sonst nicht zur Verfügung stünden, weil sie von Eltern als eine fachkompetente Ansprechpartnerin angesehen wird, der sie sich gerne anvertrauen.

Grundsätzlich hat sich an diesen Einschätzungen im Projektzeitraum 2019/2020 wenig geändert. Exakte schulspezifische Zahlen/Statistiken zu Häufigkeit und Art chronischer Erkrankungen und gegebenem Unterstützungsbedarf existieren nicht, was die Bedeutung der Unterstützung durch Schulgesundheitsfachkräfte in diesem Bereich schwer einzuschätzen macht. Vor dem Hintergrund allgemein steigender Zahlen von Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen erscheint aber außer Frage, dass es sich hier ein wichtiges und möglicherweise zukünftig sogar weiter an Bedeutung gewinnendes Betätigungsfeld für SGFKs handeln kann. Aktuell

macht nach Einschätzung der meisten Befragten die Betreuung chronisch kranker Schüler*innen aber weiterhin einen eher geringen Teil der Tätigkeit der SGFK aus. Hierfür werden verschiedene Gründe genannt:

- ✓ Aus Sicht der meisten Schulen besitzen andere Tätigkeiten der Schulgesundheitsfachkräfte Priorität (insbesondere gesundheitliche Unterstützung von Schüler*innen und Präventionsarbeit). Die Versorgung bzw. Betreuung chronisch kranker Schüler*innen wird nicht als vorrangiges Arbeitsfeld der SGFK angesehen.
- ✓ Möglichkeiten der Unterstützung chronisch kranker Schüler*innen durch die SGFK werden von den Befragten vorrangig in der punktuellen (akuten) medizinischen/pflegerischen Hilfe bzw. Medikamentengabe in Notfällen gesehen. Diese Versorgungsanteile sind aber wie für alle anderen Schüler*innen bei Anwesenheit der SGFK bereits abgedeckt und werden daher kaum als zusätzliche und differenzierbare Leistung wahrgenommen.
- ✓ Insbesondere an weiterführenden Schulen (aber auch schon in den höheren Jahrgangsstufen der Grundschulen) können viele betroffene Schüler*innen weitgehend eigenverantwortlich mit ihren Erkrankungen umgehen (insb. Medikamenteneinnahme). Eine weitere Unterstützung durch Schulgesundheitsfachkräfte erscheint dann nicht kontinuierlich erforderlich.
- ✓ An einigen Schulen wird im Bereich der Versorgung chronisch kranker Schüler*innen gar kein oder kein wesentlicher Bedarf einer Unterstützung durch die SGFK wahrgenommen, weil es dort aus Sicht der Befragten keine oder kaum Schüler*innen mit Erkrankungen gibt, die eine praktische Unterstützung durch die SGFK erforderlich bzw. sinnvoll machen.
- ✓ Dort, wo Schüler*innen mit starkem Unterstützungsbedarf beschult werden, ist wiederum oft eine intensive Begleitung notwendig, die von den SGFK nicht geleistet werden kann. SGFK sind keine Schulbegleiter*innen und können/sollten diese auch nicht ersetzen. Bestehende Hilfs- und Unterstützungsangebote (z.B. externe Dienstleister wie Pflegedienste) werden - wo vorhanden - an vielen Schulen auch als bereits ausreichend wahrgenommen.

„Wir haben da ein chronisch krankes Kind mit einer Niereninsuffizienz. ... Es heißt immer, dass beispielsweise andere Städte längst nicht so viele Schulbegleiter haben wie wir. Bei uns sind aber die Kinder, die chronisch krank sind, mit einem Schulbegleiter ausgestattet, und insofern fällt diese Sache [Betreuung durch die Schulgesundheitsfachkraft] flach. Das Kind muss katheterisiert werden. Das würde unsere SGFK schön beschäftigen, das würde sie auch immer wieder unterbrechen. Deshalb sind wir ganz froh, dass das nicht so ist, weil ich ja absolut nicht den Eindruck habe, dass sie unterbeschäftigt ist. Das wäre für die gesamte Schule und das, was eine SGFK da leisten kann, nachteilig, denn dann würde sie wieder an ein Kind gebunden sein. Das wäre sehr abträglich.“ (Schulleitung)

In diesem Zusammenhang wurde vereinzelt auch darauf hingewiesen, dass im Falle einer Übernahme dieser Tätigkeiten von externen Dienstleistern vermutlich auch formale Fragen hinsichtlich ärztlicher Verschreibung, Abrechnungsmodalitäten etc. zu klären seien, da es sich um Leistungen handelt, deren Kosten gegebenenfalls z. B. durch Kranken- bzw. Pflegekassen übernommen werden.

- ✓ Die Unterstützung chronisch kranker Schüler*innen durch die SGFK erscheint insbesondere in ländlichen Regionen als wichtigeres Thema, da hier externe Unterstützungsangebote teilweise nicht verfügbar sind und oftmals Familienangehörige bei der regelmäßigen Versorgung beteiligt werden müssen.
- ✓ Dort, wo eine Unterstützung (z.B. bei der medikamentösen Versorgung) sinnvoll erschiene, wäre die uneingeschränkte Anwesenheit der SGFK während des täglichen Schulbetriebs Voraussetzung für eine sinnvolle dauerhafte Einbindung. Abwesenheitszeiten der SGFK führen sonst zu erhöhtem organisatorischen Bedarf, um beispielsweise Zugriff auf Medikamente zu behalten.

Allerdings muss hier angesichts dieser in der Gesamtschau eher zurückhaltenden Äußerungen zu diesem Thema auch auf einen Effekt hingewiesen werden, der in den Interviews in anderen thematischen Zusammenhängen immer wieder genannt wurde: die Anwesenheit einer SGFK bewirkt an den Projektschulen allgemein ein höheres Sicherheitsgefühl, dies gilt für Lehrkräfte ebenso wie für Schüler*innen und insbesondere auch Eltern/Erziehungsberechtigte. Diese Wahrnehmung ist im Falle der Unsicherheiten, die mit dem Umgang mit chronischen Erkrankungen häufig einhergehen, umso bedeutsamer – und wenn es zu Notsituationen kommt, steht fachkompetente Unterstützung bereit.

Darüber hinaus können SGFKs zusätzlich auf eine weitere Art ihre Schulen im Umgang mit chronischen Erkrankungen unterstützen: Bei Bedarf können sie Lehrkräften allgemeine Informationen zu bestimmten Erkrankungen geben und spezifisch zum Umgang mit möglichen Notsituationen instruieren, sei es in einer Einzelberatung oder in mehr oder weniger großen Kreisen wie z. B. in einer Lehrerkonferenz. Welche Form der Informationsweitergabe sinnvoll ist, kann gegebenenfalls davon abhängig gemacht werden, welche jeweiligen Lehrkräfte und sonstige Angehörige des Schulpersonals in Unterricht und Betreuung der betreffenden Schüler*innen einbezogen sind. Auch für Schüler*innen sind bei Bedarf solche Informationen möglich:

„Wir haben es im letzten Jahr gehabt, da wollte eine Mutter, dass ich in die Klasse mit reingehe und über die Epilepsie-Erkrankung der Kinder spreche, da habe ich in Absprache mit der Lehrerin mit der ganzen Klasse darüber gesprochen, habe sie informiert. Die Schüler konnten Fragen stellen und die Kinder konnten erzählen, in einem geschützten Raum.“ (Schulgesundheitsfachkraft)

Und schließlich können die SGFKs ihre Kompetenzen im Rahmen multiprofessioneller Kooperationen in Planungen zur Betreuung bzw. Beratung chronisch kranker einzelner Schüler*innen einbringen, soweit die gültigen Datenschutzregelungen dies zulassen.

3.2.2.5 Früherkennung

Früherkennungsaktivitäten sind an den Projektschulen weiterhin unterschiedlich ausgeprägt und spielen insgesamt - gemessen an den zeitlichen Anteilen an der Gesamttätigkeit - nur eine untergeordnete Rolle. An einigen Schulen findet Früherkennung nur im Individualkontext statt, wenn z. B. in Konsultationen im Rahmen der gesundheitlichen Unterstützung von Schüler*innen Anzeichen für gesundheitliche Problemlagen erkannt werden. Auf der anderen Seite reicht die Spannbreite bis hin zu gezielten unterstützenden Maßnahmen in Kooperation mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Rahmen von Einschulungsuntersuchungen. An der Einschätzung einiger Schulen, dass eine stärkere Verzahnung mit ärztlichen/zahnärztlichen Diensten möglich wäre, wenn die SGFK in Vollzeit an einer Schule tätig wäre, hat sich nichts geändert; dies gilt ebenso für die Wahrnehmung von Einschränkungen solcher Aktivitäten durch die rechtlichen Rahmenbedingungen und Datenschutzbestimmungen.

Aus Sicht vieler SGFKs ist Früherkennung ein weiterer Tätigkeitsbereich, den sie gerne noch weiter ausbauen würden, der aber ebenso von der Verfügbarkeit von entsprechenden Materialien und Instrumenten abhängig ist wie von den Befugnissen, die der SGFK zugestanden werden.

3.2.2.6 Interdisziplinäre außerschulische Kooperation

Eine weitere Arbeitsaufgabe der Schulgesundheitsfachkräfte sind laut Projektkonzeption die Herstellung, Nutzung und Pflege von Netzwerken, die schulische und externe regionale Akteure im Gesundheitsbereich miteinander verbinden. Die Analyse und Bewertung der entstandenen Netzwerke ist Gegenstand einer weiteren Evaluationsstudie, so dass der Bereich an dieser Stelle nicht im Detail analysiert wird. Deutlich wurde in den Interviews, dass an allen Standorten solche Netzwerkkontakte bestehen. Der Umfang der Netzwerke hat nach Einschätzung der Befragten in den beiden vergangenen Projektjahren deutlich zugenommen, da in der Anfangsphase des Projekts zunächst Prioritäten auf der Integration der Schulgesundheitsfachkräfte in die Schulen sowie die Organisation und Strukturierung ihrer Tätigkeit lagen. Damals wurde von den Befragten darauf hingewiesen, dass der Aufbau von Netzwerken Zeit erfordert, die bis dahin nur eingeschränkt gegeben war. Die damalige Erwartung, dass eine längere Projektlaufzeit auch zu einem weiteren Ausbau der Netzwerke führen würde, ist an den meisten Schulen erfüllt worden.

Die Beeinträchtigungen durch die COVID-19-Pandemie haben in 2020 auch zu Einschränkungen in der Netzwerkarbeit und -nutzung geführt, nicht zuletzt, weil der Einbezug externer Akteure in schulische Präventionsprojekte kaum noch möglich war. Alle Befragten gehen aber davon aus, dass diese Einschränkungen nur vorübergehender Natur sind und nach ihrer Aufhebung Netzwerkarbeit wieder intensiver stattfinden wird.

Von den Einschränkungen durch die Covid-19 Pandemie abgesehen hängen Aufbau und Nutzung der Netzwerke nach Einschätzung der Befragten von verschiedenen Faktoren ab: Auch hier spielen die Rahmenbedingungen der Tätigkeit eine maßgebliche Rolle, denn sie lassen den Schulgesundheitsfachkräften mehr oder weniger Gelegenheit Netzwerke herzustellen, zu

pflegen und zu nutzen. Die Bildung der Netzwerke ist unter anderem abhängig von dem Auslastungsgrad der SGFK durch andere Tätigkeitsbereiche (insbesondere gesundheitliche Unterstützung von Schüler*innen und Dokumentation), vom Umfang der Anwesenheitszeiten der SGFK und von ihrer Prioritätensetzung. Weiterhin kristallisierte sich in den Interviews heraus, dass Schulleitungen und Lehrkräfte nach wie vor den wesentlichen Gewinn durch die Netzwerkarbeit darin sehen, dass die Schulgesundheitsfachkräfte für spezifische Fragen die geeigneten Ansprechpartner*innen kennen, so dass Kontakte im Bedarfsfall schnell hergestellt werden können.

3.2.2.7 Sonstige Leistungen und Tätigkeitsbereiche der SGFK

Ein weiterer Beitrag, den Schulgesundheitsfachkräfte für ihre Schulen leisten können, ist eine Weitergabe von Fachwissen und Informationen, die z. B. im Umgang mit chronisch erkrankten Schüler*innen genutzt werden können. Diese Informationsweitergabe findet an allen Schulen statt, in den meisten Fällen auf Anfrage einzelner Lehrkräfte zu spezifischen Krankheitsbildern von Schüler*innen. Eher vereinzelt wird auch von Informationsweitergaben mit breiterem Publikum berichtet, etwa im Rahmen von Konferenzen. Allerdings scheint hier der Bedarf insbesondere aus Sicht von Lehrkräften nicht allzu hoch zu sein, solange sie selbst von erkrankten Schüler*innen nicht betroffen sind. Informationen, die ihnen keinen konkreten und aktuellen Anwendungsbezug bieten, können dann sogar eher als Belastung wahrgenommen werden, insbesondere, wenn sich die Lehrkräfte vorrangig traditionell als Wissensvermittler verstehen:

„Es gibt hier Tendenzen, das fällt mir seit ein paar Jahren auf, die Lehrer zu Spezialisten für alles zu machen. Aber ich sehe meine Aufgabe nicht darin, mich auch noch für irgendwelche speziellen exotischen Krankheiten zu informieren, weil meine Arbeit am Schüler ist und in der Gruppendynamik und nicht darin. Das führt zu weit. Natürlich kann man sich 24 Stunden am Tag fortbilden, aber irgendwann muss Schluss sein. Die Frage ist ja, was einem dieses Wissen bringt. Ich saß mal in einer Fortbildung für den Förderschwerpunkt Lernen. Dann wurden da noch motorische Störungen reingepackt. Aber was bringt mir dieses Wissen im Unterricht? Relativ wenig. ... Dafür haben wir gar keine Zeit und vor allem keine Energie. Solange uns die SGFK entlastet als Profi, ist das super. Aber wenn es darum geht, dass wir uns in diesem Zusammenhang Fähigkeiten aneignen, die mit unserem Beruf so gut wie gar nichts zu tun haben, dann lehne ich das ab.“ (Lehrkraft)

In der anfänglichen Tätigkeitsbeschreibung, die der Arbeit der SGFK zu Beginn ihrer Tätigkeit an den Schulen zugrunde lag, waren Verwaltungs- und Dokumentationstätigkeiten unberücksichtigt, die für die Schulgesundheitsfachkraft im Zusammenhang mit der Versorgung der Schüler*innen entstehen. Diese beanspruchen jedoch nach wie vor einen substantziellen Teil der Arbeitszeit der Schulgesundheitsfachkräfte. Insbesondere die Schulleitungen und Mentor*innen/Pat*innen nehmen diese zusätzliche Belastung der Schulgesundheitsfachkraft wahr, obwohl sie zum Teil wenig sichtbar ist, da die SGFK z. B. unterrichtsfreie Zeiten nutzen um diese Arbeiten außerhalb des Tagesgeschäfts zu erledigen. Dennoch wird an einigen Schulen kritisiert, dass die hierfür verwendete Arbeitszeit einen zu großen Anteil an der Tätigkeit der SGFK einnimmt und letztlich zu Lasten anderer Tätigkeitsbereiche geht.

Da sich im Arbeitsalltag herausgestellt hat, dass Verwaltungs- und Dokumentationstätigkeiten einen nicht unwesentlichen Anteil an der Gesamtarbeit der SGFK einnehmen, berücksichtigt das auf Grundlage der Praxiserfahrungen überarbeitete neue Aufgabenprofil (AWO, 2020) diesen Bereich explizit als eigenen Aufgabenbereich. Dies erscheint auch deswegen sinnvoll, weil dieser Teil der Arbeit der SGFK insbesondere für Lehrkräfte oft unsichtbar bleibt und potenziell zu Fehleinschätzungen zur Leistung und Tätigkeit der SGFK führen kann.

„Für das Kollegium ist teilweise unsichtbar, welche zusätzlichen Arbeiten, insbesondere Dokumentation, die SGFK außer ihrer offensichtlichen Tätigkeit noch leisten muss.“ (Mentor*in)

3.2.3 Zwischenfazit: Tätigkeitsbereiche der SGFK

Die aktuellen Befragungen (2019/2020) bestätigen weitgehend die Befunde aus dem vorhergehenden Projektzeitraum 2017/18 sowie die damals formulierten Prognosen. Nach wie vor ist die Zufriedenheit mit der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte an den Projektschulen insgesamt hoch. Die eingetretene Routine hat zu einer weiteren Konzentration auf die eigentlichen Aufgaben der SGFK geführt; die Integration der SGFKs in das Schulleben ist an fast allen Standorten abgeschlossen und zur weitgehenden Zufriedenheit der Befragten verlaufen. Die früheren Befragungen hatten gezeigt, dass einige Vorgaben zur Tätigkeit der SGFKs nach einer damals relativ kurzen Projektlaufzeit bereits erfüllt waren; dazu zählten insbesondere die gesundheitliche Unterstützung von Schüler*innen sowie die Funktion der Schulgesundheitsfachkraft als Vertrauensperson für Schüler*innen. Die aktuellen Befragungen zeigen, dass diese Bereiche sowie die Präventionsarbeit weiterhin deutliche Schwerpunkte der Tätigkeit der SGFK sind. Die SGFK trägt durch Anwesenheit und gesundheitliche Unterstützung zum Sicherheitsgefühl und allgemeinen Wohlbefinden an der Schule bei und unterstützt damit ein erfolgreiches Lernen (vgl. Abschnitt 3.5).

Eine verstärkte Präventionsarbeit ist – abgesehen von den besonderen Umständen während der Covid-19 Pandemie - im Vergleich zu den Befragungen in 2017/2018 als wesentliche Veränderung bzw. Erweiterung zu verzeichnen. Eine weitere positive Entwicklung hätte in 2020 vermutlich stattgefunden, wenn die Maßnahmen zur Bewältigung der Covid-19 Pandemie entsprechende Aktivitäten und Projekte (insbesondere Kontakteinschränkungen zwecks Infektionsschutz) nicht gravierend erschwert hätten. Die Unterstützung chronisch kranker Schüler*innen ist für die meisten Projektschulen weiterhin kein hervorgehobenes Thema, unter anderem weil der Unterstützungsbedarf für diese Schüler*innen bereits zur Zufriedenheit der Schulen geregelt ist, weil insbesondere bei älteren Schüler*innen ein hohes Maß an Eigenverantwortung festgestellt wird oder weil die Versorgung chronisch kranker Schüler*innen in kritischen Situationen als Teil der geleisteten gesundheitlichen Unterstützung von Schüler*innen unauffällig bleibt. Organisatorische Fragen wie die Regelung von Zuständigkeiten, Absprachen etc. treten im Vergleich zu der inhaltlichen Tätigkeit der SGFK zunehmend in den Hintergrund. Nur in wenigen Einzelfällen schien 2019 der Abstimmungsprozess zwischen Schulen (Schulleitungen und Kollegien) und ihren SGFKs in Bezug auf die Schwerpunktsetzung in der Tätigkeit noch nicht abgeschlossen; hier war vor allem ein Wunsch von Schulleitungen und Lehrkräften

nach einem stärkeren Anteil von Präventionsarbeit zu verzeichnen. Den Befragungen im Herbst 2020 zufolge hatten in der Zwischenzeit an den entsprechenden Schulen die Schulleitungen und die SGFKs diese Punkte allerdings weitgehend zur beidseitigen Zufriedenheit klären und Pläne für eine Intensivierung entwickeln können; diese wurden dann allerdings durch die Covid-19 Pandemie in ihrer Umsetzung noch beeinträchtigt.

In den Befragungen wurden kaum schulformspezifische Unterschiede hinsichtlich der allgemeinen Wahrnehmung der Schulgesundheitsfachkräfte und der Bewertung ihrer Tätigkeit erkennbar. An allen Schulformen wird die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft gleichermaßen geschätzt und eine Fortführung des Projektes bzw. eine Verstetigung gewünscht. Auch Verlauf und Status der Integration der Schulgesundheitsfachkräfte in das Schulleben sind über die Schulformen hinweg ähnlich; das gleiche gilt für die wahrgenommenen Effekte der Tätigkeit sowie für die prozentualen *Anteile* der verschiedenen Tätigkeitsbereiche an der Gesamtarbeit der Schulgesundheitsfachkräfte: An allen Schulformen gilt die gesundheitliche Unterstützung von Schüler*innen als wesentlicher Tätigkeitsbereich der Schulgesundheitsfachkraft. Hier unterscheiden sich allerdings die Anlässe, warum Schüler*innen die Unterstützung der SGFK in Anspruch nehmen. An den Grundschulen sind es bspw. häufig Verletzungen, die z. B. beim Spielen auf dem Pausenhof entstanden sind, die Schüler*innen zur Schulgesundheitsfachkraft führen. An den weiterführenden Schulen treten dagegen psychische Problemlagen stärker in den Vordergrund. Dem unterschiedlichen Alter der Schüler*innen in den Schulformen entsprechend unterscheiden sich weiterhin die *Inhalte und Themen* von Präventionsprojekten und fachlichem Input sowie die Ursachen für eine Inanspruchnahme der gesundheitlichen Unterstützung durch Schüler*innen.

Dort, wo die Gespräche auf Unterschiede zwischen den Schulformen schließen lassen, scheinen die Gründe hierfür aber vor allem in den Rahmenbedingungen der Schule bzw. des Schullebens zu liegen. So weisen in der Regel die weiterführenden Schulen eine höhere Schülerzahl auf, ebenso ein größeres Lehrerkollegium, ein größeres Schulgelände bzw. Schulgebäude usw. Diese Faktoren beeinflussen die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft, indem z.B. an größeren und unübersichtlicheren Schulen informelle Interaktionsprozesse zwischen der Schulgesundheitsfachkraft und den Lehrkräften erschwert werden. Eine gewisse Unterschiedlichkeit in Bewertungsdetails scheint außerdem auf den jeweiligen sozialen Hintergrund der Schüler*innen zurückzuführen zu sein, der zu unterschiedlich gravierenden und häufigen Problemlagen führt.

3.3 SGFKs in der multiprofessionellen Kooperation

Regelmäßig wird im Diskurs zur Definition der Tätigkeitsbereiche von Schulgesundheitsfachkräften im Modellprojekt Brandenburg die Frage aufgeworfen, inwiefern sich die Aufgabenbeschreibung mit der für andere schulunterstützende Professionen überschneidet und ob gegebenenfalls sogar unnötige Redundanzen entstehen. Hier geht es um die Aufgabenbereiche, die über die konkrete gesundheitliche Versorgung von Schüler*innen hinausgehen, also z. B.

um die erwünschte Funktion der Schulgesundheitsfachkräfte als Vertrauensperson für Schüler*innen, die u. a. auch eine Ansprechbarkeit im Falle psychischer Problemlagen vorsieht, oder die Netzwerkarbeit mit externen schulischen Partnern. Als in Bezug auf Inhalte und Ziele ähnlich arbeitende Professionen werden in solchen Diskussionen in erster Linie Schulsozialarbeiter*innen (SAS) sowie mitunter auch Schulpsycholog*innen (SP) vermutet. Der folgende Abschnitt umfasst zunächst auf Basis einer theoretischen Analyse einen Abgleich der Aufgabenprofile von SGFKs, SASs und SPs. Danach werden auf Grundlage der für die vorliegende Evaluationsstudie durchgeführten Interviews die Sichtweisen und Erfahrungen an den Projektschulen wiedergegeben.

3.3.1 Theoretische Analyse: Tätigkeitsprofile der Schulgesundheitsfachkräfte, Schulsozialarbeiter*innen und Schulpsycholog*innen im Vergleich

Der im Folgenden dargestellte Vergleich der Tätigkeitsprofile der Schulgesundheitsfachkräfte mit denen der Schulsozialarbeiter*innen und Schulpsycholog*innen mit abschließender Synopsis und einem Blick auf mögliche Schlussfolgerungen beschränkt sich dem Auftrag folgend auf einen Vergleich der konkreten Tätigkeiten, die sich in den jeweiligen Tätigkeitsprofilen wiederfinden. Diese Begrenzung ist im Auge zu behalten, denn wichtige Kennzeichen der beruflichen Tätigkeit, wie z. B. das professionelle Selbstverständnis der Professionen, ihre spezifischen berufsethischen Haltungen, ihre Einbindung in die Schulorganisation und -entwicklung oder die berufsrechtliche Stellung bleiben bis auf wenige Anmerkungen außen vor. Sie werden aber wichtig, wenn es um konzeptionelle Gestaltungen der Arbeit der Schulgesundheitsfachkräfte geht, auf die am Ende noch kurz eingegangen wird.

Die Wahl der Schulsozialarbeiter*innen und der Schulpsycholog*innen als Vergleichsgruppen zur professionellen Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte begründet sich auch darin, dass sie in der Zeit vor der Einführung von Schulgesundheitsfachkräften die maßgeblichen Partner*innen der Schule bzw. der Schulleitungen und Lehrkräfte in der Umsetzung von Maßnahmen schulischer Prävention und Gesundheitsförderung waren - und es für die überwiegende Zahl von Schulen bis heute noch sind (Paulus, 2009a, Paulus & Dadaczynski, 2020).

Vorab sei noch darauf hingewiesen, dass, wenn im Folgenden von Gesundheit die Rede ist, damit ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit gemeint ist, wie es in der vielzitierten Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1946 zum Ausdruck gebracht worden ist: „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen.“ Es geht also um das subjektiv erlebte Wohlbefinden mit physischen, sozialen und psychischen Aspekten, die 1986 von der WHO noch ergänzt wurden durch die Aspekte des ökologischen und spirituellen Wohlbefindens (Franzkowiak & Sabo, 1993). Dem weiteren Verlauf der Darstellung liegt aber die frühere, grundlegende Definition der WHO zugrunde.

Da im Folgenden das Thema Gesundheit im Kontext von Schule behandelt wird und sich die Tätigkeiten der drei angesprochenen Berufsgruppen auf Schule beziehen, muss zunächst

geklärt werden, in welchem grundsätzlichen Verhältnis Gesundheit zur Schule steht. Da das Modellprojekt in Brandenburg verortet ist, werden dabei vornehmlich Bezüge zu diesem Bundesland hergestellt. Zunächst ist festzuhalten, dass es in der Schule darum geht, Erziehungs- und Bildungsziele zu erreichen, wie es in § 2, Abs. 1 des Brandenburgischen Schulgesetzes heißt. Demnach sind Schulen Einrichtungen, in denen unabhängig vom Wechsel der Lehrkräfte, Schülerinnen und Schüler durch planmäßiges und gemeinsames Lernen und durch das gemeinsame Schulleben bestimmte Erziehungs- und Bildungsziele erreicht werden sollen (BbgSchulG, §2,1). Dies geschieht in der Schule, weil Schülerinnen und Schüler ein Recht auf Bildung haben (BbgSchulG, § 3) und weil Schulen mit der Aufgabe betraut sind, „jede Schülerin und jeden Schüler individuell zu fördern“ (BbgSchulG, § 3, 1). Dies bedeutet, dass alle Personen bzw. Professionen, die in und mit Schule arbeiten, den Zielen dieser Bildungsorganisation verpflichtet sind.

Grundsätzlich ist auch für die Schulen in Brandenburg festzuhalten, dass Gesundheit in zweierlei Hinsicht in Schule bedeutsam wird, als finales und als konditionales Gut (Kultusministerkonferenz 1992; 2012). Mit finalem Gut ist gemeint, dass Gesundheit ein, wenn auch nicht das bedeutendste der Bildungsziele der Schule repräsentiert (Wulffhorst 2001; Goldfriedrich 2020). Verhaltensbezogene Gesundheitserziehung/-bildung, personenbezogene Prävention und Gesundheitsförderung sind die entsprechenden Interventionsformen (z. B. Förderung der Gesundheitskompetenz), aber auch solche, die der Umsetzung von verhältnisbezogenen Präventions- und Gesundheitsförderungszielen dienen, sofern sie Gesundheitsbildungs- und Erziehungsziele anstreben (Paulus & Dadaczynski, 2020).

Im Brandenburgischen Schulgesetz heißt es dazu in §4, Abs. 1: „Die Schule ist zum Schutz der seelischen und körperlichen Unversehrtheit, der geistigen Freiheit und der Entfaltungsmöglichkeiten der Schülerinnen und Schüler verpflichtet“, und weiter im Absatz 5: „Bei der Vermittlung von Kenntnissen, Fähigkeiten und Werthaltungen fördert die Schule insbesondere die Fähigkeit und Bereitschaft der Schülerinnen und Schüler,... „(13) ihre Verantwortung für die eigene Gesundheit, für den Erhalt der Umwelt und die Sicherung der natürlichen Lebensgrundlagen zu begreifen und wahrzunehmen“.

Gesundheit ist aber auch auf andere Weise in der Schule von Bedeutung, und dies mit viel größerer Bedeutung als in ihrer Sichtweise als einzelnes Bildungsziel. Gesundheit ist auch konditionales Gut, ist Voraussetzung für Bildung in der Schule. Gesundheit ist eine Ressource, sie erleichtert und fungiert als Treiber von Bildung als Kerngeschäft schulischer Arbeit - und dies auf vielfältige Weise. Gesundheit ist Ressource, Treiber, Katalysator, Voraussetzung für Erziehung und Bildung der Schüler*innen und auch der Leistungsfähigkeit und -bereitschaft des Schulpersonals (Paulus 2003; 2010). Gesundheit ist nach dieser Sichtweise als Unterstützung und notwendige Bedingung für die Aufrechterhaltung des regulären Lehr-Lernbetriebs der Schule zu verstehen.

Hierzu zählt, wie im Schulqualitätstableau des Landes Brandenburg („Orientierungsrahmen Schulqualität“, Ministerium für Bildung, Jugend und Sport, 2016) nachzulesen ist, die

Gestaltung der Lehr-Lernprozesse, zählt das schulische Qualitätsmanagement, zählen Kultur und Klima einer Schule, zählt auch das Schulpersonal. Die gesundheitliche Gestaltung der Schulqualität (zu der dann auch die gesundheitliche Verfassung des Lehrpersonals und der Leitung als potenzielle Ressource gehören) befördert im günstigen Fall die Bildungsentwicklung der Schüler*innen, hemmt sie oder bleiben ihr gegenüber gleichgültig. Im letzteren Fall können Schüler*innen nicht von gesundheitlichen Bedingungen in ihren Lern- und Bildungsprozessen profitieren. Damit wären wichtige Chancen in ihrer Entwicklung nicht nutzbar; die Schüler*innen nehmen vielleicht keinen Schaden und bleiben zwar von gesundheitlichen Einschränkungen verschont, entfalten ihre Bildungspotenziale aber auch nicht optimal auf Grundlage ihrer Gesundheit.

Im Brandenburgischen Schulgesetz (BbgSchulG) heißt es zu dieser Funktion von Gesundheit in der Schule entsprechend in § 4, Abs. 1: „Die Schule ist zum Schutz der seelischen und körperlichen Unversehrtheit, der geistigen Freiheit und der Entfaltungsmöglichkeiten der Schülerinnen und Schüler verpflichtet. (...) Die Anforderungen und die Belastungen durch Schulwege, Unterricht und dessen Organisation, Hausaufgaben und sonstige Schulveranstaltungen müssen der Entwicklung der Schülerin oder des Schülers entsprechen, zumutbar sein und ausreichend Zeit für eigene Aktivitäten lassen.“

Wenn hier und im Folgenden überwiegend von Schüler*innen die Rede ist, hat das seinen Grund darin, dass sich die drei hier zu vergleichenden Berufsgruppen in ihren Tätigkeiten auf die Schüler*innen beziehen und andere Personen(gruppen) wie Lehrkräfte, Schulleitungen, Eltern oder Fachpersonal wie Ärzte etc. nur in Bezug zu ihnen Erwähnung finden und in (gemeinsame) Tätigkeiten mit einbezogen werden. Dies ist zu beachten, da sich die drei Berufsgruppen durch ihre Namensgebung eigentlich nicht nur für Schüler*innen, sondern als für die Schule insgesamt verantwortlich bezeichnen.

Für die Schüler*innen gilt, dass sich in ihrer gesundheitlichen Verfassung über die letzten Jahre und Jahrzehnte grundlegende Veränderungen ergeben haben, die sich als Verschiebungen von akuten zu chronischen Erkrankungen (z. B. Allergien, Diabetes mellitus, Asthma bronchiale), sowie von somatischen zu psychischen Störungen (z. B. Depressionen, Essstörungen, Suchtmittelmissbrauch und Selbstverletzungen) beschreiben lassen (Thamm, Pethko-Müller, Hüther & Thamm, 2018). Dies hat Folgen für das erforderliche Tätigkeitsspektrum und die Häufigkeiten der Tätigkeiten, aber auch für die Qualität der Angebote von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Schulen. Nicht zuletzt hat dies auch Auswirkungen auf das Qualifikationsniveau und die Qualifizierung des Personals, das gesundheitsbezogene Interventionen in Schulen plant, durchführt und auswertet.

Diese Verschiebungen werden hier, auch in ihren Größenordnungen, als bekannt vorausgesetzt. Verwiesen sei nur auf die kürzlich von John und Bilz (2020) publizierte HBSC-Studie („Health-Behaviour of School-aged Children“), die die gesundheitliche Situation der 11-, 13- und 15-jährigen Schüler*innen in Brandenburg erfasst hat. Sie berichten, dass der überwiegende Teil der Brandenburger Schüler*innen seine Gesundheit als ausgezeichnet oder gut

einschätzt und dass sie eine hohe Lebenszufriedenheit auszeichnet. Hierin unterscheiden sie sich nicht vom bundesweiten Durchschnitt. Knapp ein Drittel berichtet indes von mehrmals wöchentlich auftretenden psychosomatischen Beschwerden, insbesondere Einschlafproblemen. Schülerinnen sind häufiger davon betroffen, während Schüler eher problematische Ausprägungen des Sozialverhaltens zeigen. Bei durchweg allen Gesundheitsindikatoren zeigen sich in dieser Studie soziokulturelle und schulformbezogene Unterschiede: Höhere Belastungswerte sind bei Schüler*innen aus einkommensschwächeren Familien und an Ober- und Förderschulen zu finden. Im Einklang mit der eingangs getroffenen Feststellung zur Verschiebung des Krankheitspanoramas konstatieren die Autoren der Studie auch Handlungsbedarfe, insbesondere im Bereich der psychischen Gesundheit. Wichtig ist auch ihre Klarstellung, dass sich Quantität und Qualität gesundheitsfördernder Maßnahmen und solcher der Gesundheitsbildung künftig deutlicher an den tatsächlichen Bedarfen, Risikogruppen und Problemfeldern orientieren müssen. Dies betrifft auch wieder die oben angesprochene Frage der Qualifizierung und Qualifikation des Personals.

Wenn hier von „Tätigkeiten“ der drei zu vergleichenden Berufsgruppen gesprochen wird, handelt es sich um Tätigkeiten, die im Kontext Schule als *bildungsbezogene persönliche Gesundheitsdienstleistungen* zu verstehen sind. Sie dienen den Zielen der Schule entweder durch direkte Beiträge zur Steigerung der Gesundheitsbildung (Gesundheit als finales Gut) oder aber indirekt, in dem sie Voraussetzungen schaffen (z.B. durch Netzwerkarbeit) oder bereitstellen, damit Schule ihrem Bildungs- und Erziehungsauftrag nachkommen kann und Schüler*innen in ihrer Bildungsentwicklung insgesamt gefördert werden können (Gesundheit als konditionales Gut).

Wenn im Folgenden im Vergleich der Tätigkeitsprofile u. a. auch von Berufen, beruflichem Handeln oder beruflichen Tätigkeiten gesprochen wird, so ist auch zu berücksichtigen, dass es sich bei der Schulgesundheitsfachkraft noch nicht um ein ausgebildetes Berufsbild handelt⁹

⁹ Im Alltag werden mit dem Begriff „Beruf“ unterschiedliche Sachverhalte bezeichnet. Diese Vieldeutigkeit hat mit der oft strittigen Anerkennung von Qualifikationsprofilen und den damit verbundenen Einkommens-, Status- und Autonomieansprüchen der Beschäftigungsgruppen zu tun. Auch die Unterscheidung von Beruf und „Profession“ verweist darauf, indem die berufliche Bildung anders gefasst ist als die akademische, bei der es um die Aneignung und Vermittlung objektiverer und systematisierter Wissensbestände geht, die traditionell auch höher bewertet werden als Handlungswissen, das im Subjektiven verhaftet ist, in reflektierter Praxiserfahrung oder durch Ausbildung erworbenes Handlungswissen. In der Klassifikation der Berufe werden die Schulgesundheitskraft bzw. die Fachkraft für Schulgesundheitspflege bisher nicht als Berufsbezeichnungen geführt (<https://www.klassifikationsserver.de/>)

Denn zum Beruf als Begrifflichkeit gehört die Berufsfachlichkeit¹⁰ mit ihren eindeutig beschriebenen Fachkompetenzen und das definierte Anforderungsniveau¹¹.

Die Tätigkeiten der Schulgesundheitsfachkräfte wie der Schulsozialarbeiter*innen werden aber als berufliches Handeln verstanden, das reflektiert und fachlich begründet legitimiert ist. Für die Schulgesundheitsfachkräfte bildet ihr berufliches Handeln die Grundlage der Berufsfachlichkeit, die durch berufliche Weiterbildung ausgebaut werden kann.

3.3.1.1 Das Tätigkeitsprofil der Schulgesundheitsfachkräfte

Die Entwicklung der Tätigkeitsfelder und -bereiche sowie des konkreten beruflichen Handelns der Schulgesundheitsfachkräfte hat sich (nicht nur) in Deutschland unterschiedlich entwickelt und zu unterschiedlichen Formaten geführt, deren Vergleich hier aber nicht Gegenstand ist. In Brandenburg leiten sich das Tätigkeitsprofil der Schulgesundheitsfachkräfte und die Inhalte ihrer Qualifizierungsmaßnahmen in Weiter- und Fortbildung aus einer grundlegenden Bestimmung ihrer Aufgabenbereiche ab, die auf den Ergebnissen einer Machbarkeitsstudie und dem darin vorgenommenen Vergleich internationaler Erfahrungen basieren. Auf der Webseite der AWO Potsdam heißt es dazu: „Die Fachkräfte sind vor allem in der Gesundheitsprävention tätig und bei Verletzungen oder Erkrankungen schnell zur Stelle, beraten in Gesundheitsfragen von der richtigen Ernährung bis zu ausreichender Bewegung, unterstützen die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste und die Zahnärztlichen Dienste der Kommunen und betreuen chronisch kranke Kinder an den Schulen“. Die Projektwebsite beschreibt die Arbeit der Schulgesundheitsfachkräfte wie folgt: „Sie führen (...) vor allem Präventionsprojekte in den Klassen durch und versorgen die Kinder und Jugendlichen bei Verletzungen oder akuten Erkrankungen.“ In Abstimmung der Projektträger in Brandenburg und Hessen ist darüber hinaus ein differenziert ausgearbeitetes Arbeitspapier entstanden (Stand 16.12.2019)¹², das Aufgabenbereiche und Aufgaben der Schulgesundheitsfachkräfte unterscheidet (s. Anhang 2).

Wie an dem Tätigkeitsprofil ablesbar, sind erschöpfend alle Tätigkeiten der Schulgesundheitsfachkraft auf Gesundheit bezogen. Die meisten der angeführten Tätigkeitsbereiche betreffen Gesundheit als Voraussetzung für Lern- und Bildungsprozesse der Schüler*innen. In einem kleinen Teil ihres Tätigkeitspektrums sind die Schulgesundheitsfachkräfte im engeren Rahmen der schulischen Gesundheitserziehung und -bildung tätig. Die Arbeit der Schulgesundheitsfachkräfte kann als pflegerische Komponente eines organisationsgebundenen Konzepts, nämlich des Konzepts der gesundheitsfördernden oder „guten gesunden Schule“, verstanden

¹⁰ Berufsfachlichkeit bedeutet ein auf berufliche Inhalte bezogenes Bündel von Fachkompetenzen. Eine Fachkompetenz umfasst spezifische Kenntnisse und Fertigkeiten eines Berufs, die auf einzelne Arbeitstätigkeiten zugeschnitten und notwendig sind, um berufstypische Aufgaben verrichten zu können.

¹¹ Hintergrund ist hier die Überlegung, dass ein bestimmtes Kenntnis- und Fertigniveau vorhanden sein muss, um einen Beruf ausüben zu können. Das Anforderungsniveau bezieht sich dabei auf die Komplexität der auszuübenden Tätigkeiten und wird als berufs- bzw. arbeitsplatzbezogenes Charakteristikum verstanden.

¹² Eine neuere Version dieser Übersicht liegt seit Herbst 2020 vor und war zum Zeitpunkt der hier dargestellten Analysen noch nicht bekannt. Diese neuere Version ist im Anhang beigefügt.

werden (Paulus, 2009b, 2010). Die Arbeit wird an der Schnittstelle zweier gesellschaftlicher Systeme, dem Gesundheitswesen und dem Bildungswesen geleistet. Sie verlässt somit die Grenzen der traditionellen Institutionen der Gesundheitsversorgung und wird in die Schule als Bildungsorganisation oder -setting integriert, vorrangig mit den Zielen Gesundheitsrisiken abzuwenden, Gesundheit zu fördern sowie zu erhalten und (in unterschiedlichem Ausmaß) auch um Gesundheitsversorgungsleistungen anzubieten. Im Fokus der Bemühungen stehen, je nach Zielstellung, entweder Individuen, Populationen oder Umgebungsfaktoren (Systeme, Verhältnisse im Setting). Der Aspekt einer direkt oder indirekt bildungsbezogenen gesundheitlichen Arbeit der Schulgesundheitsfachkräfte, der dann auch bildungswirksam werden kann, wird hingegen nicht thematisiert. Es sind gesundheitsbezogene persönliche Dienstleistungen, die gelistet und dokumentiert werden.

Die SGFK fühlen sich als Fachkräfte für Schulgesundheitspflege vorrangig den Pflegeprofessionen zugehörig; dies zeigen auch die im Rahmen der vorliegenden Evaluationsstudie durchgeführten Befragungen ausnahmslos. Die wissenschaftlichen Grundlagen und die berufsethische Haltung dieser Professionen begründen ihr berufliches Selbstverständnis. Daraus leiten sich zum einen die Aufgaben ab, die sich auch in der Auflistung der Tätigkeitsmerkmale wiederfindet. Danach haben Pflegende vier grundlegende Aufgaben: Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern. Die ethischen Handlungsprinzipien der Arbeit umfassen die Achtung der Menschenrechte, einschließlich des Rechts auf Leben, auf Würde und auf respektvolle Behandlung. Pflege wird mit Respekt und ohne Wertung ausgeübt. Pflegende üben ihre berufliche Tätigkeit zum Wohle des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft aus. Sie koordinieren ihre Dienstleistungen mit denen anderer beteiligter Gruppen und Professionen. Die Tätigkeitsmerkmale beschreiben das „Was“ der Arbeit, also *was* geleistet werden soll, aber nicht das „Wie“ der Arbeit, also *wie* diese Leistungen erbracht werden. Sie sind aber von elementarer Bedeutung für den Erfolg des professionellen Handelns.

Vor dem Hintergrund ihrer Pflegeorientierung sind die Schulgesundheitsfachkräfte nicht nur, aber vorrangig Expert*innen für den Bereich des physischen Wohlbefindens. Das physische Wohlbefinden bzw. dessen Einschränkung bildet deshalb auch meist den Einstiegspunkt für ihre Kontaktaufnahmen und Interventionen.

*3.3.1.2 Das Tätigkeitsprofil der Schulpsycholog*innen*

Die Auflösungsebene, in der die Tätigkeiten der Schulgesundheitsfachkräfte konkret beschrieben worden sind, existiert für die Schulpsycholog*innen in Brandenburg nicht; ihre Tätigkeiten werden nur sehr allgemein beschrieben. Im Brandenburgischen Schulgesetz, das hier relevant ist, heißt es dazu sehr knapp in § 133 „Schulpsychologische Beratung. (1) Die schulpsychologische Beratung umfasst insbesondere die präventive und die auf akute Probleme bezogene Beratung von Schülerinnen und Schülern, Lehrkräften, Eltern sowie von Schulen. (2) Die schulpsychologische Beratung erfolgt durch Schulpsychologinnen und Schulpsychologen.“

In der Auslegung bedeutet dies, dass Schulpsycholog*innen im Rahmen der Einzelfallberatung bei Lern-, Entwicklungs- und Verhaltensproblemen von Schüler*innen unterstützend tätig sind, damit diese sich in ihrer Persönlichkeit entwickeln, einen adäquaten Schulabschluss und eine altersgerechte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erreichen können. Eine besondere Kompetenz der Schulpsycholog*innen liegt auf Grundlage ihrer wissenschaftlichen Ausbildung in der Kompetenz und Berechtigung zur Anwendung psychologisch-diagnostischer Verfahren, um individuelle Probleme in den oben genannten Bereichen sicher festzustellen. Im Rahmen der Systemberatung von Schulen unterstützen sie Schulen u.a. bei der Schul- und Qualitätsentwicklung, bei der Entwicklung von Maßnahmen zum Schul- und Klassenklima, zur Gewaltprävention oder auch zu Maßnahmen zum Erhalt der Gesundheit von Lehrkräften sowie Schülerinnen und Schülern. Schulpsycholog*innen nutzen dabei wissenschaftliche Erkenntnisse, vor allem aus den Bereichen der Entwicklungspsychologie, der Pädagogischen Psychologie, der Klinischen Psychologie, der Organisationspsychologie und auch der Gesundheitspsychologie.

Von ihrem Selbstverständnis her ist damit die Psychologie die Bezugsdisziplin für die Schulpsycholog*innen. Stellvertretend für andere Definitionen steht hier die von Gazzaniga, Heather-ton und Halpern (2017): „Wissenschaftliche Psychologie ist die Anwendung der wissenschaftlichen Methode auf die Untersuchung von Geist, Gehirn und Verhalten“ (S. 23). In ihrem beruflichen Handeln orientieren sich Schulpsycholog*innen nach Auskunft des Berufsverbandes der Psychologinnen und Psychologen (BDP, 2018) an der UN-Kinderrechts-Konvention, der UN-Behindertenrechts-Konvention, den Ethischen Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs), denen des Berufsverbandes der Psychologinnen und Psychologen (BDP) und am aktuellen psychologischen Wissensstand.

Im Tätigkeitsspektrum der Schulpsycholog*innen umfasst Gesundheit nur einen Teilbereich. Die Perspektive, die die Schulpsycholog*innen einbringen, ist das wissenschaftlich-psychologische Verständnis für die psychischen Mechanismen des Erlebens und Verhaltens, die für die Entwicklung, die Aufrechterhaltung und auch für die Überwindung oder Prävention psychischer Auffälligkeiten und die Förderung der psychischen Gesundheit von Bedeutung sind. Schulpsycholog*innen können demzufolge nicht nur, aber vorrangig als Expert*innen für die psychische Gesundheit der Schüler*innen betrachtet werden. Diesem Bereich kann auch die zu Beginn des Abschnitts erwähnte spirituelle Dimension des Wohlbefindens zugeordnet werden, denn Sinnfragen bzw. das Erleben eines sinnvollen oder auch sinnlosen Lebens haben massiven Einfluss (nicht nur) auf das psychische Befinden.

*3.3.1.3 Das Tätigkeitsprofil der Schulsozialarbeiter*innen*

Das Tätigkeitsprofil der Schulsozialarbeiter*innen ist ebenso wie das der Schulpsycholog*innen nicht so prägnant auf das Themenfeld Gesundheit spezifiziert, wie das der Schulgesundheitsfachkräfte. Vorrangig geht es in der Sozialarbeit für und mit Schüler*innen um die Vermeidung oder Verhinderung sozialer Benachteiligung, ungünstiger sozialer Entwicklungsverläufe und damit der Einschränkung von Bildungserfolgen (z. B. BgSchulG § 3, Abs.3; § 18, Abs.3), u. a. durch integrierte Projekte von Jugendhilfe und Schule (§ 9, Abs.1). Ergänzend

heißt es aus der Jugendhilfeperspektive im SGB VIII § 13 zur Jugendsozialarbeit, dass sie in Kooperation mit Schulverwaltung und sozialen Trägern vor allem auch durch sozialpädagogische Maßnahmen zur Überwindung sozialer Benachteiligung und individueller Beeinträchtigung mit Blick auf eine positive Bildungsentwicklung beitragen soll. Schulsozialarbeit wird als eigenständiger Terminus im SGB VIII aber nicht erwähnt.

Die Landesarbeitsgemeinschaft Sozialarbeit an Schulen in Brandenburg e.V. (2017) beschreibt den Zugang der Schulsozialarbeit etwas ausführlicher. Sie versteht die Sozialarbeit an Schulen als ein eigenständiges Angebot der Jugendhilfe, das kontinuierlich und in Form einer verbindlich vereinbarten und gleichberechtigten Kooperation am Standort Schule, durch qualifizierte Fachkräfte mit dem Ziel der Förderung der individuellen, sozialen, schulischen und beruflichen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen erbracht wird. Im Rahmen dieses Auftrages leistet Sozialarbeit an Schule einen Beitrag zur Sicherung von Bildungsgerechtigkeit mittels der Umsetzung ihres eigenständigen Bildungsauftrages sowie der Wahrnehmung und des Hervorhebens der nachteiligen Wirkungen sozialer Disparitäten auf die Bildungsbiografien von Schüler*innen, folglich der Gewährleistung von Anschlussfähigkeit zwischen dem Bildungssystem und der Lebenswelt von Schüler*innen. Zentrale Aufgaben und Angebote sind Beratung, individuelle Förderung, offene Jugendarbeit, sozialpädagogische Arbeit mit Gruppen, Demokratie lernen, schulbezogene Hilfen (Schule und ihre Anforderungen zu bewältigen), Arbeit mit jungen Migrant*innen und interkultureller Vielfalt, Berufsorientierung und Übergang von der Schule in die Berufswelt, Arbeit mit Eltern und Personensorgeberechtigten, Mitwirkung an Schulprogrammen und an der Schulentwicklung (Kooperationsverbund Schulsozialarbeit 2015, S. 14ff). Die handlungsleitenden Prinzipien werden dazu abstrakt beschrieben als Partizipation (Teilhabe, Mitwirkung, Demokratie), Ganzheitlichkeit (Vielfalt, Umfänglichkeit, Pluralität), Individualität (Respekt vor Einzigartigkeit, Interessen, Ressourcen) (Kooperationsverbund Schulsozialarbeit 2015, S. 7).

Das ethische Fundament ihres professionellen Handelns besteht aus der Verantwortung zur Gestaltung einer sozialen und humanen Gesellschaft und aus dem Recht einer jeden Schülerin und eines jeden Schülers auf umfassende Bildung und Förderung ihrer bzw. seiner Persönlichkeit. Die Schulsozialarbeit lehnt sich damit an ihre Bezugsdisziplinen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik an und im weiteren Kontext an die Sozialwissenschaften (Kooperationsverbund Schulsozialarbeit 2015, S. 7). Beispielhaft für dieses Selbstverständnis seien ohne weiterführende Erläuterungen hier zwei Definitionen angeführt:

Sozialarbeit: „Professionelle Soziale Arbeit unterstützt sozialen Wandel, Problemlösungen in zwischenmenschlichen Beziehungen sowie die Befähigung und Befreiung der Menschen zur Steigerung ihres Wohlbefindens. Soziale Arbeit interveniert an der Schnittstelle, wo Menschen mit ihrer Umwelt interagieren. Die Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit sind für die Soziale Arbeit fundamental“ (Internationaler Verband der Sozialarbeiter, 2014).

Sozialpädagogik: „Als erziehungswissenschaftliche Disziplin beschäftigt sich die Sozialpädagogik mit jenen sozialstrukturell und institutionell bedingten Konflikten, welche im Verlauf der Sozialisation von Kindern und Jugendlichen auftreten: Konflikte zwischen subjektiven Antrieben und Vermögen der Kinder und Jugendlichen und gesellschaftlichen und institutionellen Anforderungen, wie sie in Familie, Schule, Arbeitswelt und Gemeinwesen vermittelt sind. Sie versucht diese Konflikte aufzuklären, ihre Folgeprobleme zu prognostizieren und in diesem Kontext die Grundlagen für erzieherische Hilfen zu entwickeln“ (Böhnisch 1979, zitiert nach Hamburger, 2003, S. 14).

Das Tätigkeitsspektrum der Schulsozialarbeiter*innen ist somit deutlich mehr aufgefächert und beschränkt sich nicht auf den engeren Bereich Gesundheit. Die Nähe zur Prävention und Gesundheitsförderung wird in den beispielhaft wiedergegebenen Definitionen der Sozialarbeit bzw. -pädagogik ersichtlich. Anknüpfungen zum Thema Gesundheit finden sich über den Bereich des sozialen Wohlbefindens, dem das anfangs erwähnte ökologische Wohlbefinden zugeordnet werden kann. Die Schulsozialarbeiter*innen können deshalb nicht nur, aber vorrangig als Expert*innen für das Verständnis der sozialen Lebensverhältnisse der Schüler*innen und ihrer Veränderung gelten, die das soziale Wohlbefinden mitbestimmen. Eine gesetzliche Verankerung auf Basis eines Konzeptes der Schulsozialarbeit in schulischer Verantwortung durch sozial- pädagogische bzw. sozialarbeiterische Fachkräfte vorzunehmen, ist bislang aber nicht erfolgt.

3.3.1.4 *Synopsis*

Im Vergleich der drei Tätigkeitsprofile (vgl. auch den Überblick in Tab. 3.1) kann festgestellt werden, dass für alle drei Gruppierungen Definitionen vorliegen, die eine erste, wenngleich nicht erschöpfende Vorstellung der Tätigkeit dieser Berufsgruppen erlauben. Der Überblick zeigt, dass Schulgesundheitsfachkräfte den Bereich Gesundheit zwar fokussiert auf die physische Gesundheit im Blick haben, aber zugleich auch die psychischen, sozialen, ökologischen und spirituellen Gesundheitsaspekte mit berücksichtigen, sie zumindest nicht ausschließen. Gesundheit in seiner Ganzheitlichkeit wahrzunehmen und damit die erlebende und sich verhaltende Person in ihrem Befinden in den Blick zu nehmen, hier als Schüler*in, ist deshalb – auch vor dem Hintergrund ihrer entsprechenden fachlichen Qualifikation - ein Alleinstellungsmerkmal der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft. Als Fachkräfte für Schulgesundheitspflege bringen sie eine pflegerische Perspektive mit ein, die neben einer spezifischen Ausrichtung von Prävention und Gesundheitsförderung auch die medizinische Behandlungspflege sowie die Beratung, Schulung bzw. Anleitung von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Rahmen der Kuration (z.B. bei chronisch erkrankten Schüler*innen) vorsieht. Zugleich haben sie als Gesundheitspflegekräfte auch die Gesundheitsförderung im Blick und sind in salutogener Ausrichtung tätig. Schulpsycholog*innen und Schulsozialarbeiter*innen haben diesen alleinigen Fokus auf Gesundheit nicht. Ihr Tätigkeitsspektrum ist weiter gefasst und verankert in ihren Bezugsdisziplinen der Psychologie und Sozialarbeit/-pädagogik, die viel breiter aufgestellt sind. Gesundheit ist entsprechend dieser Verortung dann auch thematisch

vornehmlich auf die psychische Gesundheit bei den Schulpsycholog*innen oder auf die soziale Gesundheit / das soziale Wohlbefinden bei den Schulsozialarbeiter*innen ausgerichtet.

Für die Schulsozialarbeiter*innen gilt, dass ihre Tätigkeit auch durch einen Bildungsauftrag untermauert ist, was für die Schulpsycholog*innen und die Schulgesundheitsfachkräfte nicht festgestellt werden kann, auch wenn sie Bildungswirkungen erzielen können. Den Schulgesundheitsfachkräften, den Schulpsycholog*innen sowie den Schulsozialarbeiter*innen ist aber gemeinsam, dass sie alle einen Gesundheitsauftrag haben, der sich im Tätigkeitsprofil niederschlägt. Eine Verankerung im Schulgesetz ist für die schulpsychologische Arbeit vorgesehen, aber noch nicht für die Schulsozialarbeit oder die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte. Bezüglich der formalen, grundständigen Qualifikation zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Professionen. Schulgesundheitsfachkräfte haben als Gesundheits- und Krankenpfleger*innen einen Fachschulabschluss, der durch berufliche Weiterbildungen qualifiziert werden kann. Sozialarbeiter*innen und Schulpsycholog*innen besitzen einen Hochschulabschluss.

Tab. 3.1: Tätigkeitsprofile der Professionen im theoretischen Vergleich (eigene Darstellung)

Kategorien	Schulsozialarbeit/-sozialpädagogik	Schulpsychologie	Schulgesundheitsfachkräfte
Definition	+	+	+
Bildungsauftrag	(+)		(+)
Gesundheitsauftrag	+	+	+
Berufsethische Grundsätze	+	+	+
Aufgabenfelder, Tätigkeiten	+	+	+
Verankerung im Schulgesetz		+	
Qualifizierung	BA / MA	MA	FS + berufliche Weiterbildung

3.3.1.5 Schlussfolgerungen

Die Arbeit der Schulgesundheitsfachkräfte ist durch die gesundheitliche Lage der Schüler*innen, von denen ca. 20% mit unterschiedlichen und unterschiedlich schweren gesundheitlichen

Einschränkungen die Schulen besuchen (vgl. John & Bilz, 2020), und die nachweisbaren Auswirkungen auf die Bildungsentwicklung solcher Kinder, deren Dokumentation zum festen Bestand der gesundheitswissenschaftlich orientierten Schulforschung zählt, grundsätzlich legitimiert. Weder der Abgleich mit den Aufgabenbereichen und Tätigkeitsprofilen von Schulsozialarbeiter*innen noch Schulpsycholog*innen ergibt dabei Hinweise auf bedeutsame Überschneidungen mit den Tätigkeitsbereichen der Schulgesundheitsfachkräfte oder gar auf entstehende Redundanzen. Schulgesundheitsfachkräfte decken demnach laut theoretischer Analyse Aufgabenbereiche ab, die sich aufgrund ihrer Qualifizierung und ihres professionsbezogenen Selbstverständnisses von denen der Schulsozialarbeiter*innen und Schulpsycholog*innen klar unterscheiden. Gleichzeitig nehmen sie eine Brückenfunktion in der Zusammenarbeit mit den anderen Professionen ein, indem sie bei Problemlagen von Schüler*innen, die deutlich in deren Zuständigkeits- und Kompetenzbereich fallen, entsprechende Kontakte und Kooperationen herstellen bzw. nutzen können.

3.3.2 Empirische Analyse: Tätigkeitsbereiche von Schulgesundheitsfachkräften und Sozialarbeiter*innen in der Schule

Die obenstehende theoretische Analyse hat gezeigt, dass angesichts der definierten Aufgabenfelder, des Professionsbezugs und des professionellen Selbstverständnisses von Schulgesundheitsfachkräften, Schulsozialarbeiter*innen und Schulpsycholog*innen ihre parallele bzw. vernetzte Tätigkeit in bzw. für die Schulen nicht redundant, sondern sinnvoll erscheint. Die drei Professionen bringen demnach deutlich unterscheidbare Zielrichtungen und Kompetenzen in die schulische Arbeit ein, die sich im Idealfall sinnvoll miteinander verbinden und zu einem ganzheitlichen Bild und ebenso zu ganzheitlichen Beiträgen auf bzw. für physische, soziale und psychische Komponenten der Gesundheit und des Wohlbefindens der Schüler*innen beitragen. Umgekehrt ist vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Zugänge nicht vorstellbar, dass eine der Professionen auch nur annähernd die Tätigkeitsfelder einer anderen abdecken könnte. Im Folgenden wird die Sichtweise der SGFKs und der befragten schulischen Akteure zu diesem Thema dargestellt. Dabei steht insbesondere die Abgrenzung zwischen SGFKs und Schulsozialarbeiter*innen im Fokus, da es sich hierbei um die beiden Professionen handelt, die am häufigsten gemeinsam bzw. gleichzeitig an derselben Schule tätig sind und die in Diskussionen angesichts der definierten Aufgabenfelder der SGFK zuweilen in Verdacht geraten Dienstleistungen anzubieten, die sich wesentlich überschneiden. Zu diesem Zweck wurden im Befragungsdurchgang 2019¹³ zusätzlich Interviews mit den Schulsozialarbeiter*innen an den Projektschulen geführt, um ergänzend zu früheren informellen Gesprächen auch deren Perspektive in Bezug auf diese Fragestellung systematisch zu erfassen (vgl. Tab. 2.1).

Bei einer Betrachtung der vorgegebenen Tätigkeitsbereiche von Schulgesundheitsfachkräften fallen drei Bereiche auf, an denen sich die Vermutung einer größeren Überschneidung mit der

¹³ In einem Fall wurde ein beim Schulbesuch 2019 nicht mögliches Interview mit einem Schulsozialarbeiter im abschließenden Befragungsdurchgang (Herbst 2020) vor Ort nachgeholt.

Tätigkeit von Schulsozialarbeiter*innen mit einer augenscheinlichen Plausibilität entzünden könnte. Dies ist erstens die erwünschte Funktion der Schulgesundheitsfachkraft als Vertrauensperson für Schüler*innen, die nicht nur bei körperlichen Erkrankungen und Unfällen, sondern auch in psychischen bzw. psychosozialen Problemlagen konsultiert werden kann und Unterstützung leisten soll. Dieser Bereich wird häufig mit der Tätigkeit von Schulsozialarbeiter*innen assoziiert. Ähnliches gilt für Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Auch hier sind Schulsozialarbeiter*innen traditionell mit Projekten etc. aktiv. Darüber hinaus könnte noch eine gewisse Überschneidung in der Vorgabe zur Netzwerkarbeit der SGFKs gesehen werden, da die Kooperation und Vernetzung mit externen Akteuren auch zu ihren Aufgabenfeldern gehört.

Letztlich geben die aktuellen Befragungen von Schulgesundheitsfachkräften, Schulsozialarbeiter*innen, Schulleitungen und Lehrkräften aber wenig Anlass zu einer weiteren Problematisierung von Tätigkeitsüberschneidungen oder gar Konkurrenzverhältnissen zwischen SGFKs und Schulsozialarbeiter*innen. Dieser Befund entspricht den Ergebnissen aus den früheren Befragungen, in denen die Perspektive der Schulsozialarbeiter*innen aber noch nicht systematisch berücksichtigt wurde.

3.3.2.1 Die Rolle der Schulgesundheitsfachkraft als Vertrauensperson

Der Tätigkeitsbereich der Schulgesundheitsfachkräfte umfasst in Übereinstimmung mit einer modernen, ganzheitlichen Sichtweise von Gesundheit nicht nur Hilfe bei Erkrankungen, Unfällen und sonstigen *physischen* Beschwerden, sondern auch die Verfügbarkeit als Vertrauensperson im Falle *psychischer* Problemlagen von Schüler*innen, deren Ursachen wiederum häufig im familiären oder sonstigen sozialen Umfeld zu suchen sind. Bereits in den früheren Befragungen hatte sich gezeigt, dass die Schulgesundheitsfachkräfte hier zwar Funktionen teilweise übernehmen, für die auch vor Beginn ihrer Tätigkeit bereits Ansprechpartner*innen an den Schulen vorhanden waren, z. B. Vertrauenslehrkräfte oder Schulsozialarbeiter*innen. Nach Wahrnehmung der Befragten wurde aber auch deutlich, dass hier die SGFK keine anderen Personen oder Professionen aus dieser Rolle verdrängt, sondern ein zusätzliches Angebot für die Schüler*innen darstellt, das zum Erkennen von Problemlagen beiträgt, die sonst vielleicht gar nicht deutlich geworden wären. Dies wurde auch in den damaligen Befragungen von Schüler*innen erkennbar: Die SGFKs wurden häufig mit Fragestellungen aufgesucht, die sonst möglicherweise nicht mit Lehrkräften oder Schulsozialarbeiter*innen besprochen worden wären, selbst wenn zu ihnen grundsätzlich ein gutes Vertrauensverhältnis besteht. Und wenn sowohl Schulsozialarbeiter*in als auch Schulgesundheitsfachkraft von Schüler*innen als prinzipiell zuständige Ansprechpartner*innen anerkannt werden, beruht die Wahl der letztendlichen Vertrauensperson in der Regel nicht auf Zufall. Abgesehen von Effekten der Sympathie und/oder Vertrautheit mit Personen durch vorherige Kontakte kristallisierte sich in den Befragungen heraus, dass Ansprechpartner*innen von den Schüler*innen auch themenabhängig ausgesucht werden. Ein häufig genanntes Beispiel hierfür sind mit Sexualität bzw. der Sexualentwicklung verbundene Fragen, die von vielen Schüler*innen entweder bevorzugt mit

Vertrauenspersonen desselben Geschlechts besprochen oder eher mit der medizinischen Expertise der SGFK assoziiert werden.¹⁴

Eine Schulleitung stellt grundsätzlich den Sinn einer Debatte um die Funktion der SGFK als Vertrauensperson infrage:

„Eine SGFK, die kein Vertrauensverhältnis zu den Kindern hat, oder zu der umgekehrt die Kinder kein Vertrauensverhältnis haben, da gehen sie doch gar nicht erst hin. Das ist doch mit Grundlage dafür, dass das gut funktioniert, ebenso wie bei der Sozialarbeit. Natürlich ist die SGFK eine Vertrauensperson, auch eine Schulsozialarbeiterin ist eine Vertrauensperson. Aber das ist doch die Grundlage fürs Geschäft. ... Es sind Berufsgruppen, deren Fundament eine Vertrauensbasis ist. Aber dann haben die schon ganz speziell ihre Sichtweise auf das Kind, und der sollte natürlich von der SGFK eher ein medizinisch geprägter sein. Aber man darf ja das andere darum nicht ausblenden, weil es ja Ursache für Erscheinungen sein könnte. Und die Schulsozialarbeit, die klärt dann z. B., muss hier ein Gespräch mit den Eltern stattfinden. Haben wir so eine große Sorge, dass wir vielleicht hinsichtlich Kinderschutz tätig werden müssen? Hat das Kind vielleicht große Probleme mit einem der Lehrer, dann ist es wieder nicht Aufgabe der SGFK, sondern der Schulsozialarbeit, die würde vielleicht Gespräche anbahnen zwischen dem Kollegen und dem Kind usw. Also, das ist für mich echt keine Problematik, das ergänzt sich.“ (Schulleitung)

In der Kooperation zwischen SGFK und Schulsozialarbeiter*in findet eine problembasierte Zuweisung statt:

„Wir haben es jetzt so weit, dass wir uns im Prinzip gegenseitig die Fälle zuschieben. Wenn ich bei mir zum dritten Mal jemanden habe, der über Bauchschmerzen klagt und wo eigentlich klar ist, dass das mehr ein Alarmsignal ist, dass derjenige sich nicht wohlfühlt und Schwierigkeiten hat, dann wird der schon rübergeschickt weil abgeklärt werden muss, ob es eine körperliche Ursache hat, oder ob meine Vermutung stimmt. Und bei ihr ist es genauso, wenn da irgendetwas in Folge mehrfach geschieht, Schüler kommen, denen es nicht gut geht. Die haben einen Tag Kopfschmerzen, am nächsten Erbrechen und dann haben sie Bauchschmerzen oder so im Wechsel. Dann ist es auch so, dass sie da hellhörig wird und feststellt, okay, die Beratung sollte doch tiefgreifender sein, da müsste es pädagogisch sinnvoll sein, das weiterzuführen und eventuell auch Jugendamt oder Eltern mit ins Boot zu nehmen. Dann schickt sie mir das zu. ... Das läuft also rund, dass wir uns da die Gespräche hin und her schicken um abzuklären, ob es etwas körperliches oder etwas psychisches ist und ob wir da jemanden mit einbinden oder nicht“ (Schulsozialarbeiter*in)

¹⁴ Die Diskussion um eine Überschneidung von Tätigkeitsbereichen der SGFK mit anderen Professionen impliziert die Frage, inwiefern durch die Arbeit der SGFK Redundanzen in Zuständigkeiten und tatsächlichen Leistungsangeboten entstehen. In diesem Zusammenhang soll zumindest kurz erwähnt werden, dass sich an vielen Schulen diese Frage in dieser Form gar nicht stellt, denn sie geht von der Grundannahme aus, dass sowohl Schulgesundheitsfachkraft als auch Schulsozialarbeiter*in ihre Tätigkeit gleichzeitig ausüben. Faktisch wurde aber in den Befragungen deutlich, dass erstens zu diesen Zeitpunkten gar nicht an allen Projektschulen Sozialarbeiter*innen tätig waren, und dass zweitens ähnlich den Schulgesundheitsfachkräften auch die Schulsozialarbeiter*innen oft nicht mit dem Stundenkontingent einer Vollzeitstelle an den Schulen arbeiteten, so dass sich die zeitlichen Überschneidungen ihrer Anwesenheitszeiten in Grenzen hielten. Auch dies spricht für ein ausgeweitetes Angebot von Vertrauenspersonen; da es sich hier allerdings mehr um eine Frage unzureichender Ressourcen handelt als um professionelle Kompetenzen und Zuständigkeiten, sei auf diesen Punkt nur in einer Fußnote verwiesen – wenn gleich er für die schulische Arbeit eine hohe Relevanz besitzt.

„Bei allem medizinischen bin ich raus, komplett. Und wenn es um Meldungen geht, z. B. beim Jugendamt, dann ist die SGFK raus.“ (Schulsozialarbeiter*in)

3.3.2.2 Die Rolle der Schulgesundheitsfachkraft in Prävention und Gesundheitsförderung

Ein wichtiger Arbeitsbereich der SGFKs sind Aktivitäten hinsichtlich Prävention und Gesundheitsförderung, die weitgehend in drei verschiedene Kategorien eingeordnet werden können:

- ✓ **Unterrichtsbeiträge:** Die SGFK unterstützt Lehrkräfte punktuell in gesundheitsrelevanten Unterrichtseinheiten mit ihrem Fachwissen
- ✓ **Projekte/Arbeitsgemeinschaften:** Die SGFK führt Projekte durch oder bietet Arbeitsgemeinschaften zu gesundheitsbezogenen Themen an
- ✓ **Verhältnisprävention und Schulentwicklung:** Die SGFK beteiligt sich an der Gestaltung von Schulgebäude und Schulgelände unter Berücksichtigung von Gesundheits- und Wohlbefindensaspekten; die SGFK ist in Aktivitäten zur Schulentwicklung mit gesundheitsrelevanten Komponenten einbezogen

Gleichzeitig sind Präventionsprojekte traditionell ein wichtiger Bereich der Arbeit der Schulsozialarbeiter*innen; insofern könnte auch hier eine Redundanz der Angebote der beiden Professionen vermutet werden. Diese Annahme erscheint aber nach Aussagen der Befragten gegenstandslos, denn

- ✓ erstens sind die inhaltlichen Angebote auf Grundlage der Kompetenzen und des professionellen bzw. fachlichen Selbstverständnisses zumeist unterschiedlich: Schulgesundheitsfachkräfte machen in der Regel keine Angebote zu Themen wie Mobbing/Bullying oder Gewaltprävention, Schulsozialarbeiter*innen beschäftigen sich eher selten mit Hygiene, Händewaschen, Zähneputzen oder Ernährungsthemen:

„Wer Schulsozialarbeit in so einer Schule wie dieser hier kennt, der weiß, dass eine Schulsozialarbeiterin unglaublich viel mit der Thematik Streit, Streitschlichtung zu tun hat. Die hat gar keine Zeit für gesundheitliche Prävention. Und die Schulsozialarbeiter*innen sind ja auch nur 30 Stunden beschäftigt. Das steht absolut außer Frage, diese Zeit hat sie nicht. [Überschneiden würde sich] wirklich nur ein Teil aus dem aus dem ganzen großen Spektrum von Prävention, die wir durchführen“ (Schulleitung)

- ✓ zweitens bringen die beiden Professionen selbst im Falle inhaltlich ähnlich ausgerichteter Aktivitäten unterschiedliche Kompetenzen und Sichtweisen ein, die sich gegebenenfalls sinnvoll ergänzen und somit eher zu gemeinsamer Arbeit an Präventionsthemen einladen als zu konkurrierenden Angeboten. Schüler*innen profitieren von den unterschiedlichen Perspektiven und Kompetenzen und erhalten insgesamt einen umfassenderen thematischen Überblick.

„Bei den Workshops und Angeboten, da war es so, dass sie angesprochen wurde, bezüglich der Verhütungssache und sie dann auch auf mich zugekommen ist und wir uns dann Bereiche zu dem Thema aufgeteilt haben, unter einem pädagogischen Aspekt, Druck ausüben, Identifikation finden in der Pubertät, auch sexuell gesehen und sie hat dann eben die körperlichen Sachen, Dinge wie Verhütung,

Geschlechtskrankheiten und so. Da treffen wir uns dann, besprechen das und teilen es auf und führen es gemeinsam durch“ ... Und bezüglich der Alkohol- und Drogensucht-Themenwoche bin ich auf sie zugegangen und habe gesagt, dass ich da jemand brauche, der Workshops mit abdeckt und ob sie sich das vorstellen kann. Da war sie auch gleich sehr dafür und hat in dem Alkoholparcours eine Station übernommen, und in der Drogensucht-Themenwoche hat sich auch um zum Thema „Entstehung der Sucht“ mit einem Workshop beteiligt. Das läuft sehr rund“ (Schulsozialarbeiter*in)

Auch in diesem Bereich stellt die gleichzeitige Tätigkeit von Schulsozialarbeiter*innen und SGFKs also einen Zugewinn für die Zielgruppen dar und führt eher zu Synergien als zu einer Konkurrenz provozierenden Redundanz.

3.3.2.3 Die Rolle der Schulgesundheitsfachkraft in der Netzwerkarbeit

Das Herstellen, Pflegen und Nutzen von Netzwerken mit schulexternen Akteuren stellt gleichermaßen einen Tätigkeitsbereich von SGFKs und Schulsozialarbeiter*innen dar. In der theoretischen Analyse (vgl. Kap. 3.3.1) ist allerdings bereits deutlich geworden, dass vor dem Hintergrund der Tätigkeitsschwerpunkte und des Selbstverständnisses der beiden Professionen eine unterschiedliche Ausrichtung der Netzwerke zu erwarten ist. Überschneidungen können dabei vorkommen, zum Beispiel in der Zusammenarbeit mit schulexternen Anbietern von Präventionsprojekten (s. o.), sind in ihrem Umfang allerdings vermutlich relativ geringfügig. Sie müssen auch nicht zwingend problematisiert werden: Ein erstrebenswertes Ziel kann sein, bestehende fach- bzw. professionsspezifische Netzwerke zu verbinden, um eine bestmögliche, multiperspektivische Unterstützung von Schüler*innen zu erreichen. Die Überschneidungen in den Netzwerken würden so zu ihren verbindenden Elementen.

Die Befragungen ergeben zu dieser Fragestellung tatsächlich kaum Hinweise auf problematische Redundanzen. Da mit der vorliegenden Evaluationsstudie keine standardisierten Analysen von Netzwerken verbunden sind, bleibt das tatsächliche Ausmaß von Netzwerküberschneidungen spekulativ. Keiner der Befragten hat in den Interviews die Netzwerkarbeit angesichts der parallelen Tätigkeit von Schulsozialarbeiter*innen und SGFKs als in irgendeiner Hinsicht problematisch benannt.

3.3.3 Zwischenfazit

Ein nennenswertes Spannungsfeld zwischen der Arbeit der Schulgesundheitsfachkraft und dem Verantwortungsbereich der Schulsozialarbeiter*innen ergibt sich weder aus theoretischer noch aus empirischer Perspektive. Eine geringfügige Überschneidung von Aufgaben bzw. Funktionserwartungen, die insbesondere zu Beginn der gemeinsamen Arbeit Abstimmungsbedarf erzeugt, mag bestehen:

„Wir hatten schon Felder abzustecken. Ich hatte die SGFK auch zum Anfang gefragt, ob sie so etwas wie eine Stellenbeschreibung hat, damit sich das nicht überschneidet, weil ich zum Anfang wenig wusste. Und da stand schon auch einiges drin, was pädagogisch ist. Da haben wir uns abgesprochen, bis wo sie ihr Aufgabenfeld sieht, und ab wann es schön wäre, dass sie das abgibt und ich das machen kann.“ (Schulsozialarbeiter*in).

Allerdings verstehen die weitaus meisten Befragten die beiden Professionen - bzw. konkreter die jeweiligen Personen – nicht als Konkurrenz und redundantes Angebot, sondern als gegenseitige Ergänzung.

„Wie ich die beiden kenne und erlebe, geht es hier nicht um eine Konkurrenzsituation, sondern eine sich ergänzende Situation. Das eine Feld ist nicht eins zu eins vergleichbar mit dem anderen. Es ist wichtig, dass beide Seiten miteinander arbeiten. ... Ich gehe also davon aus, es ist eine wunderbare Ergänzung und keine Konkurrenzsituation.“ (Schulleitung)

„Ich finde nicht, dass es großartige Überschneidungen gibt. Ich sehe eher, dass es Anlass zur Zusammenarbeit zwischen den beiden Professionen gibt. An einer Schule wie unserer gibt es oft Grund zur Sorge um Kinder, die vielleicht einer SGFK auffallen könnten, weil ein Kind möglicherweise immer wieder über Bauchschmerzen, Kopfschmerzen oder ähnliches klagt, die SGFK aber keine organische Ursache dafür erkennen kann und zu der Überzeugung gelangt, das könnte doch vielleicht auch eine psychische Ursache haben. Und dann ist es zwangsläufig, dass sie dann zur Schulsozialarbeit Kontakt aufnimmt. Sie soll ja nicht Therapie spielen in ihrem Krankenzimmer, sondern dann gibt es eben diesen Ansprechpartner. Das muss es sich verzahnen und bei uns klappt das wirklich gut. Die sprechen sofort über so einen Fall, anonymisiert natürlich. Über einen Fall eben. Also, das finde ich absolut toll. Die packen Dinge so an: Wir haben gemeinsam Blick drauf. Aber es ist nicht so, dass da einer jetzt irgendwie des anderen Arbeit macht. Das ist Quatsch.“ (Schulleitung)

Diese Ergänzung der beiden Professionen kommt auch - wo möglich und praktiziert – an anderen Stellen in der konkreten Zusammenarbeit von SGFKs und Schulsozialarbeiter*innen zum Ausdruck, so z. B. in Präventionsprojekten, in die die beiden Professionen ihre jeweils eigenen Sichtweisen und Kompetenzen einbringen können und so für die Schüler*innen ein umfassenderes Bild von kritischen Themenbereichen gewährleisten. An einigen Schulen bestehen auch erfolgreiche innerschulische Netzwerke für Einzelfallbesprechungen und -planungen, an denen die SGFK, die Schulsozialarbeiter*in und Vertreter*innen anderer relevanter Professionen beteiligt sind:

„Die Zusammenarbeit ist gut gestartet. Wir haben dann überlegt, wie können wir mit der SGFK zusammenarbeiten. Und haben ein Netzwerk gegründet Sonderpädagogik, Schulsozialarbeiter*in, Schulleitung, Schulbegleiter, was sich einmal die Woche trifft, nicht immer in voller Runde, sondern bedarfsorientiert. Dort werden Fälle besprochen, die uns alle betreffen und da ist es ganz wichtig zu wissen, wer hat schon was getan und wie können wir weiter vorgehen. Da war der fehlende Baustein SGFK nicht verkehrt, um eine zusätzliche Perspektive zu haben.“ (Schulsozialarbeiter*in)

Auch an Schulen mit bisher weniger starker Kooperation zwischen SGFK und Schulsozialarbeiter*in wird dieses Potenzial gesehen. Nur an sehr wenigen Schulen scheint bei den Beteiligten ein Desinteresse in Bezug auf Möglichkeiten der Zusammenarbeit zu bestehen, welches allerdings keine Hinweise auf systematische und veränderbare Ursachen mit konzeptioneller Relevanz liefert, sondern vorrangig in den individuellen Einstellungen und Herangehensweisen einzelner Personen begründet zu sein scheint.

In Einzelfällen verläuft die Zusammenarbeit zwischen Schulsozialarbeiter*innen und Schulgesundheitsfachkräften nicht völlig konfliktfrei. Angesichts unterschiedlicher professioneller

Sicht- und Herangehensweisen und des Einflusses von Faktoren wie der individuellen Persönlichkeit oder auch durch das Infragestellen etablierter schulischer Tätigkeitsroutinen durch die SGFK wäre dies auch überraschend. Positiv gedeutet sind zumindest auch Diskussionen, die aufgrund unterschiedlicher Sichtweisen und vor dem Hintergrund eines unterschiedlichen professionellen Selbstverständnisses entstehen, ein Indiz dafür, dass die neuen SGFKs die etablierteren Schulsozialarbeiter*innen nicht ersetzen können. Auf keinen Fall erscheint die Vorstellung auch nur annähernd realistisch, Schulsozialarbeiter*innen und Schulgesundheitsfachkräfte könnten gegenseitig die Aufgabenbereiche der jeweils anderen Profession abdecken, denn die Überschneidung ist gering und für große Teilbereiche der Verantwortlichkeiten der anderen Profession besteht keine entsprechende fachliche Qualifikation. Dies geht auch einher mit einem weiteren Befund, der vor dem Hintergrund der Diskussion um Aufgaben- und Tätigkeitsüberschneidungen überrascht: In der Mehrzahl der Projektschulen scheint sich zu Beginn des Projekts diese Überschneidungs- oder Redundanzfrage gar nicht gestellt zu haben. Sie erschien sogar offensichtlich so irrelevant, dass zu Beginn des Projekts kaum Bemühungen stattfanden, Rollen und Zuständigkeitsfragen in gemeinsamer Abstimmung von Schulsozialarbeiter*innen und SGFKs oder durch Vorgaben der Schulleitungen abzusprechen.

3.4 Implementation und Einbindung der Schulgesundheitsfachkraft in das Schulleben

Eine gelungene Integration der Schulgesundheitsfachkraft in die Schule bzw. in das Schulleben ist eine zwingende Voraussetzung für ihre erfolgreiche Arbeit und eine positive Wahrnehmung an der Schule. Da dies insbesondere für die Anfangsphase des Projekts eine wichtige Fragestellung darstellte, wurde das Thema bereits in den Befragungen in der vorhergehenden Projektphase (2017/18) ausführlich behandelt. Für die vierte Projektphase 2019/2020 wurde vom Auftraggeber (AWO Potsdam) an die Verfasser*innen der Wunsch herangetragen, diese und eventuelle neue Erkenntnisse zu dieser Frage in einen „Fahrplan“ bzw. eine Checkliste einfließen zu lassen, mit denen Schulen in Zukunft in der Anfangsphase der Zusammenarbeit mit einer Schulgesundheitsfachkraft systematisch bei deren Integration unterstützt werden können. Im Folgenden wird zunächst, ausgehend vom früheren Stand im Projektzeitraum 2017/2018, die Integration der SGFK auf Grundlage der Einschätzungen aller Befragten beschrieben, im zweiten Schritt wird auf Basis dieser Erkenntnisse ein möglicher Implementationsfahrplan vorgestellt.

3.4.1 Implementation und Integration: Bisheriger Stand (dritte Projektphase 2017/2018)

Ein Fragebereich in den Interviews 2017/2018 bezog sich auf den Einbezug der Schulgesundheitsfachkräfte in das Schulleben. Ziel war es, nicht nur ein möglichst genaues und illustratives Bild zu erhalten, wie die konkrete Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft in den Schulen aussieht, sondern auch festzustellen, wie sie in das allgemeine Schulleben integriert wurde.

Als Ergebnis zeigte sich, dass die Schulgesundheitsfachkräfte bereits zu diesem frühen Zeitpunkt über die gesundheitliche Unterstützung von Schüler*innen hinaus in schulische Aktivitäten eingebunden waren. An vielen Schulen wurde die Schulgesundheitsfachkraft schon als selbstverständlicher Bestandteil des Kollegiums bzw. Schulpersonals gesehen. Die Integration drückte sich erkennbar z. B. in der Teilnahme der Schulgesundheitsfachkräfte an Schulfesten, Tagen der offenen Tür und Informationsveranstaltungen für Eltern zukünftiger Schüler*innen aus. Die Schulgesundheitsfachkräfte brachten sich und ihr Fachwissen in bestehende gesundheitsbezogene Projekte ein, initiierten aber auch neue Projektideen. Sie beteiligten sich, soweit es die zeitlichen Möglichkeiten zuließen, auch an Ganztagsangeboten, z. B. durch ein Angebot von Arbeitsgemeinschaften.

Als eine wesentliche Voraussetzung für den Projekterfolg war bereits damals der gut gelingende Austausch zwischen der SGFK und den relevanten schulischen Akteuren (Schulleitung, Mentor*in, Lehrkräfte, weiteres pädagogisches Personal, Schulsozialarbeiter*in) über Arbeitsfelder, Kooperationen und organisatorische Fragen erkennbar. An den Projektschulen waren hierzu Gemeinsamkeiten, aber auch einige Unterschiede zu verzeichnen. Grundsätzlich wurden einerseits speziell arrangierte Termine oder Gremiensitzungen für Absprachen genutzt, andererseits erwiesen sich informelle, teils gezielt hergestellte, teils auch eher zufällig entstehende Kontakte und Gespräche als wichtig. Beide Arten des Kontakts konnten einen zufriedenstellenden Austausch befördern. Allerdings waren dabei schulspezifische Besonderheiten zu beachten.

Insbesondere die Größe der Schule stellte sich als wichtige Rahmenbedingung heraus: größere und unübersichtlichere Räumlichkeiten und insbesondere eine Verteilung von Schulräumen auf mehrere Gebäude erschwerten die Kommunikation zwischen Lehrkräften und der Schulgesundheitsfachkraft deutlich. Als zweiter entscheidender Faktor, der Umfang und Qualität der Kommunikation beeinflusste, konnte die räumliche Zuordnung des Arbeitsplatzes der Schulgesundheitsfachkraft identifiziert werden. Befand sich der Raum der SGFK in der Nähe des Lehrerzimmers oder der Büros der Schulleitung, erleichterte dies die Kommunikation. Je weiter entfernt sich dagegen der Arbeitsplatz der Schulgesundheitsfachkraft von den Schulleitungsräumen und dem Lehrerzimmer befindet, desto seltener kam es zu zufälligen Begegnungen und informeller Kommunikation. Und nicht zuletzt zeigte sich die Kommunikation (insbesondere zwischen SGFK und Lehrkräften) bei häufigerer Anwesenheit der SGFK erleichtert.

Insgesamt bestimmte eine Interaktion aus Anwesenheitshäufigkeit und Schulgröße die kommunikativen Optionen: Optimal schien eine Kombination aus geringer Schulgröße und häufiger Anwesenheit, die zahlreiche informelle Absprachen ermöglicht, während organisierte Austauschmöglichkeiten an den größeren Schulen und bei seltener Anwesenheit der SGFK eine wichtigere Rolle spielten. Solche Möglichkeiten bestehen z. B. im Einbezug der SGFK in die schulische Gremienarbeit (z.B. Lehrerkonferenzen, Dienstbesprechungen), der in fast allen Projektschulen stattfand, allerdings mit unterschiedlicher Intensität und Häufigkeit. Der Regelfall war, dass Schulgesundheitsfachkräfte zu Gremien hinzugezogen wurden, wenn die SGFK mit ihrer speziellen Fachkompetenz signifikant zu gesundheitsbezogenen Themen

beitragen konnte. An einigen Schulen war die regelmäßige Einladung zu Dienstbesprechungen Routine:

„Ich bin bei den Dienstberatungen der Schulleitung dabei, dort kann ich Probleme ansprechen. ... Wir können dann gemeinsam Sachen absprechen. Also, das ist wirklich eine ganz tolle Sache, dass ich da immer mit dabei bin. ... Das ist so wichtig, gerade wenn es auch um Organisatorisches geht.“ (Schulgesundheitsfachkraft)

An anderen Schulen wurde dies angesichts des meist geringen Zeitbudgets der SGFK nicht für sinnvoll erachtet.

In Besprechungen zu gesundheitsbezogenen Themen wurde die SGFK als kompetente Gesprächspartnerin anerkannt. An manchen Schulen wurde sie auch in bereits bestehende Aktivitäten und Projekte zur Gesundheitsförderung (z. B. Landesprogramm Gute Gesunde Schule) einbezogen. Eine Einbindung der Schulgesundheitsfachkraft in weitergehende Schulentwicklungsmaßnahmen war kaum festzustellen. Ein Grund hierfür war nach Aussage der Befragten in der zeitlichen Beschränkung des Projekts zu sehen, die eine längerfristige Perspektive nicht zuließ, zumal Schulentwicklung als kontinuierlicher Prozess eine gewisse personelle Kontinuität erfordert.

3.4.2 Implementation und Integration: Weiterentwicklung 2019/2020

In den aktuellen Interviews 2019/2020 wurden Implementation und Integration der Schulgesundheitsfachkräfte in das Schulleben weiter thematisiert; sie nahmen insbesondere in den Befragungen 2019 angesichts des Wunsches nach Implementationsempfehlungen einen größeren Raum ein. Dabei wurde besonderer Wert auf die Perspektive der Schulgesundheitsfachkräfte gelegt, bei denen zwischen zwei wesentlichen Ausgangsbedingungen unterscheiden werden kann, und zwar zwischen

- ✓ Schulgesundheitsfachkräften, die seit Beginn des Projektes in 2017 an ihrer Schule bzw. ihren Schulen tätig sind, sowie
- ✓ Schulgesundheitsfachkräften, die erst während der Projektlaufzeit ihre Tätigkeit angetreten und an ihren Schulen ausgeschiedene SGFKs ersetzt haben.

Darüber hinaus kann unterschieden werden zwischen SGFKs, die an den 20 Projektschulen der vorherigen Projektphase tätig sind und SGFKs, die an einer der später hinzugekommenen sieben Projektschulen (ab 2019) tätig sind. Da die neuen Projektschulen nicht Gegenstand dieser Evaluationsstudie waren, können zu ihnen und den dortigen Implementationsprozessen - abgesehen von den Einschätzungen der befragten SGFKs - allerdings keine verlässlichen multiperspektivischen Aussagen getroffen werden. Insgesamt muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass die relativ geringe Zahl der Schulgesundheitsfachkräfte mit entsprechenden Erfahrungen noch keine uneingeschränkten generalisierenden Empfehlungen zulässt. Es ist davon auszugehen, dass an anderen Schulen mit bestimmten Konstellationen von Rahmenbedingungen, die sich von denen der Projektschulen unterscheiden, weitere Aspekte die

Implementation von SGFKs beeinflussen, die in den hier ausgewerteten Interviews nicht zur Sprache gekommen sind. Andererseits sind die Verfasser angesichts der Plausibilität und geringen Widersprüchlichkeit der Aussagen zuversichtlich, dass die hier formulierten Empfehlungen, die bei der Integration von SGFKs in Schulen zu beachten sind, Gültigkeit für die Mehrzahl weiterer Schulen beanspruchen können. Inwiefern die Implementationsempfehlungen an solchen Schulen tatsächlich als passend und nützlich wahrgenommen werden, müssen zukünftige Evaluationsstudien zeigen.

Insgesamt kann nach Auswertung der Interviews zusammengefasst werden, dass sich die aktuellen Wahrnehmungen der Befragten hinsichtlich der Qualität der Integration nicht substantiell von den Einschätzungen aus der vorhergehenden Projektphase unterscheiden. Hinsichtlich des stattgefundenen Implementationsprozesses wird eher wenig Optimierungspotenzial geäußert, obwohl es kaum externe Vorgaben oder Empfehlungen für im Implementationsprozess einzuhaltende Schritte gab. Die Einbindung der Schulgesundheitsfachkräfte in das Schulleben ist mit längerer Laufzeit des Projektes an fast allen Schulen noch deutlicher und selbstverständlicher geworden. Die Schulgesundheitsfachkraft wird meist als wichtiger Teil eines multiprofessionellen Teams¹⁵ wahrgenommen, das mit Gesundheit und Wohlbefinden befasst ist. Es ergeben sich neben den naheliegenden Kooperationen mit den Schulsozialarbeiter*innen zahlreiche weitere Anknüpfungspunkte mit anderen Personen bzw. Professionen, die an der Schule im weiteren Sinne gesundheitsbezogen oder (sonder-)pädagogisch arbeiten (z. B. Sonderpädagog*innen, Schulbegleiter*innen usw.). Die Zusammenarbeit ergibt sich häufig einzelfallbezogen, d. h. vor dem Hintergrund spezifischer, aktueller oder chronischer Problemlagen bei einzelnen Schüler*innen, für die gemeinsam nach Lösungsmöglichkeiten gesucht wird. Die bestehenden datenschutzrechtlichen Einschränkungen erschweren allerdings einen freien schülerbezogenen Informationsfluss zwischen den Professionen.

Die Anstrengungen der SGFKs sind (bisher) weitgehend auf Schüler*innen ausgerichtet. Dass Schulgesundheitsfachkräfte für die gesamte Schule wirksam sein können, steht nicht im Vordergrund ihrer Tätigkeit und wird auch von sämtlichen Befragten als sekundär im Vergleich mit den Wirkungen auf Schüler*innen angesehen.

An vielen Projektschulen hat während der Projektlaufzeit eine personelle Veränderung hinsichtlich der SGFK stattgefunden, was sich vorübergehend hinderlich auf ihre Tätigkeit und vor allem auf die Integration in das Schulleben sowie die Netzwerkarbeit auswirken kann.

„Das hatte für uns zur Folge, dass es am Anfang recht holprig war. ... Wie bekommt man eine SGFK in ein Team integriert, wie kann die sich gut einarbeiten? Diese Hilfestellung mussten wir ja mehrfach geben. Gerade hat sich jetzt „Nummer drei“ sehr gut eingearbeitet. ... Negativ ist für uns gewesen, dass die Zusammenarbeit mit den Eltern begonnen wurde, fallengelassen wurde, begonnen, fallengelassen. Die Kinder kannten Frau A, Frau B und dann Frau C. Und gerade Grundschulkinder sind da sehr

¹⁵ Der Begriff des „Teams“ wurde in diesem Zusammenhang von einigen Befragten selbst genannt; ein Abgleich mit einer organisationspsychologischen Definition des Begriffs ist hiermit nicht verbunden.

empfindlich. Wo ist denn jetzt Frau A? Das ist ein Verlust, gerade in Brennpunktschulen. ... Und auch Projekte, die begonnen wurden. Naja, beim dritten Mal sagt man sich, frage ich eine bekannte Kinderärztin, eine Freundin, Logopädin, Apothekerin jetzt noch mal oder lasse ich das jetzt sein? Gottseidank haben die sich alle als leidensfähig erwiesen und sind auch noch mit unserer dritten SGFK ins Geschehen eingestiegen.“ (Schulleitung)

Ein häufiger personeller Wechsel der Schulgesundheitsfachkraft einer Schule erscheint aber nicht nur wegen des in dem Zitat beschriebenen Ermüdungseffekts problematisch; auch bei der Einführung der neuen Person besteht eine gewisse Gefahr zu übersehen, dass diese in das jeweilige Schulleben wieder ähnlich intensiv eingeführt werden muss wie die erste SGFK: Für die Schule, das Kollegium und die weiteren schulischen Akteure ist die Zusammenarbeit mit einer SGFK dann bereits Routine, für die neue SGFK ergibt sich aber eine völlig neue Situation mit unbekanntem Strukturen, Prozessen, informellen Regeln und Normen und nicht zuletzt mit zahlreichen unbekanntem Personen. Als erleichternder Faktor bei einer solchen „Neu-Implementation“ ist andererseits zu benennen, dass die Schule, und eventuell auch die SGFK an einer früheren Arbeitsstelle, bereits praxisnahe Vorstellungen entwickelt haben, welche Möglichkeiten die Zusammenarbeit bietet.

Ungeachtet dieser speziellen Aspekte eines personellen Wechsels nehmen die Schulgesundheitsfachkräfte an den Projektschulen jedenfalls nach wie vor - je nach Möglichkeit und Verfügbarkeit angesichts eingeschränkter Arbeitszeiten - an Schulfeiern, Sportfesten, Informationsveranstaltungen für Eltern zukünftiger Schüler*innen etc. teil. Die Beteiligung an Projekten bzw. Initiierung oder Organisation neuer Projektaktivitäten sowie Ganztagsangeboten ist weiter gegeben, hat in 2019 im Vergleich zum vorhergehenden Befragungszeitraum zugenommen und ist in 2020 durch die Covid-19 Pandemie deutlich eingeschränkt. Trotz der aktuellen Situation in 2020 und der zum Zeitpunkt der Befragungen noch unsicheren Projektperspektive über 2020 hinaus werden die Schulgesundheitsfachkräfte an vielen Schulen in Planungen zukünftiger Aktivitäten einbezogen, wenn deren Schwerpunkt eindeutig in Gesundheitsförderung und Verhältnisprävention für Schülerinnen und Schüler liegt. In weitergehende Schulentwicklungsmaßnahmen, die auf den ersten Blick nicht offensichtlich mit Gesundheit in Zusammenhang stehen, wurden Schulgesundheitsfachkräfte aber eher wenig eingebunden.

„Sie hat mich bei der Umsetzung des Programms unterstützt. Aber aufgrund ihrer Anwesenheit ist das Programm nicht umgeschrieben worden. ... Das hat sich nicht deswegen geändert in den letzten Jahren, sondern es geht darum, wie die Punkte mit Leben, mit Inhalt gefüllt werden. Das Schulprogramm ist nicht verändert worden, sondern aufgrund unseres Leitbildes und unserer Leitsätze im Schulprogramm ... haben wir uns ja dazu entschlossen, die Schulgesundheitsfachkraft zu holen, um das besser umsetzen zu können.“ (Schulleitung)

Ebenfalls ist an den meisten Schulen weiter oder zunehmend ein konstruktiver Austausch zwischen der SGFK und den anderen relevanten schulischen Akteuren (Schulleitung, Mentor*in, Lehrkräfte, weiteres pädagogisches Personal, Schulsozialarbeiter*in) beobachtbar.

Nur vereinzelt wird von Befragten Unzufriedenheit mit der Kooperation geäußert. An der Einbindung der SGFK in Gremien, Konferenzen, Dienstbesprechungen und andere

organisatorische Zusammenhänge hat sich grundsätzlich wenig verändert, in vielen Schulen wurden Routinen für den Austausch entwickelt. Die Intensität und die Häufigkeit des Einbezugs der SGFK in solche Kommunikationsstrukturen sind weiterhin unterschiedlich. Der Regelfall ist ein Einbezug von Schulgesundheitsfachkräften, wenn deutlich erkennbare gesundheitsbezogene Themen auf der Tagesordnung standen. Sowohl SGFKs als auch Schulleitungen weisen wiederholt auf mangelnde Zeitbudgets hin, die den SGFKs nicht erlauben, an allen möglichen Gremien teilzunehmen.

Die Größe der Schule erweist sich nach wie vor in der bereits beschriebenen Weise als wichtige Rahmenbedingung für die Interaktion zwischen den SGFK und den anderen Akteuren: große Schulen und unübersichtliche bzw. weitläufige Räumlichkeiten erschweren insbesondere den informellen Austausch. Auch die räumliche Nähe des Arbeitsplatzes der Schulgesundheitsfachkraft zum Lehrerzimmer oder zu den Büros der Schulleitung ist nach wie vor von Bedeutung für die Quantität des Austauschs; die insgesamt zunehmende Integration und Routine erleichtert gleichzeitig an den meisten Schulen die Kommunikation, auch wenn räumliche Nähe der Arbeits- bzw. Aufenthaltsplätze nicht gegeben ist. Allerdings gibt es insbesondere an den großen Projektschulen nach wie vor z. B. Teile des Lehrerkollegiums, die keinen oder kaum Austausch mit den SGFK pflegen. Grund hierfür kann in Einzelfällen ein Desinteresse an einer Zusammenarbeit sein, an den großen Projektschulen scheint hierfür aber vorwiegend verantwortlich zu sein, dass es mangels Gelegenheit kaum zu zufälligen Begegnungen kommt. Und wie in den früheren Befragungen werden in den Interviews von allen Zielgruppen in erster Linie die eingeschränkten Anwesenheitszeiten als wesentliches Hindernis für eine noch bessere Einbindung von und Kooperation mit SGFKs angesprochen.

3.4.3 „Implementationsfahrplan“

Im Folgenden werden die Erfahrungen und Einschätzungen der Befragten in Bezug auf die Integration der SGFKs in das Schulleben, in Verbindung mit wissenschaftlichem Know-how zu Arbeitsorganisation, Personalmanagement und Evaluationsforschung, in einem „Implementationsfahrplan“ zusammengefasst. Dieser Fahrplan kann zukünftig Schulen als Handlungsplan dienen, der darüber informiert, welche organisatorischen Aspekte und Schritte die Handlungseffektivität einer Schulgesundheitsfachkraft insbesondere zu Beginn ihrer Tätigkeit fördern¹⁶. Das der SGFK an einer Schule zur Verfügung stehende Zeitkontingent beeinflusst ihre Tätigkeit maßgeblich, da es aber zumindest bisher, also im derzeitigen Projektkontext, von den Schulen nicht direkt beeinflusst werden konnte, kann es auch kein sinnvoller Aspekt in einer Checkliste zur Implementation sein (vgl. Abschnitt 3.4). Die Frage des Zeitkontingents bleibt daher in den untenstehenden Empfehlungen weitgehend unberücksichtigt.

¹⁶ Das im Modellprojekt notwendige Einholen von Einverständniserklärungen der Eltern/Erziehungsberechtigten zur Versorgung ihrer Kinder durch die Schulgesundheitsfachkraft findet in diesem Fahrplan keine Berücksichtigung; die Verfasser gehen davon aus, dass solche Einverständniserklärungen im Regelbetrieb nicht mehr notwendig sind.

Weiterhin geht der Implementationsfahrplan grundsätzlich von einem Regelbetrieb aus, in dem jeder Schule ohne spezielles Bewerbungs- oder Auswahlverfahren eine Schulgesundheitsfachkraft zur Verfügung gestellt wird. In diesem Falle entfällt der in Schritt 1 benannte gemeinsame Beschluss. An dieser Stelle steht zunächst ein kurzer Überblick über die einzelnen Schritte, die im Folgenden dann noch näher beschrieben und erläutert werden.

1. **Beschluss und Zielklärung:** (ggf. gemeinsamer Beschluss der Schule, insbesondere Lehrerkollegium und sonstiges Schulpersonal), Erste Klärung von Erwartungen und Zielen in Bezug auf die Tätigkeit der SGFK: Was wünscht sich die Schule von der SGFK, an welchen Punkten kann die SGFK die Arbeit der Schule unterstützen?
2. **Systematische Bestandsaufnahme der Schule:** Wie steht es aktuell um die Schulgesundheit (Gesundheit von Schüler*innen, ggf. Gesundheit von Lehrkräften/weiterem Personal, Schulgebäude, -gelände, -umgebung)?
3. **Auswahlverfahren:** Auswahl einer zur Schule und ihren formulierten Erwartungen passenden SGFK, gegenseitige Klärung von Vorstellungen zu Tätigkeit und Zielen
4. **Organisatorische Vorbereitung und Ausstattung:** Beachtung des Aspekts räumlicher Nähe zu Schulleitung und Lehrerzimmer bei der Planung des Arbeitsplatzes der SGFK, Gewährleistung von Arbeitsplatz und Grundausstattung
5. **Einführung:** Bestimmung von Mentor*in/Pat*in, Einführung in die Schule, Kenntnisnahme von Schulprogramm und Konzepten
6. **Vorstellung Schulpersonal und Eltern/Erziehungsberechtigte:** Formale Vorstellung der SGFK und ihrer Aufgaben/Tätigkeitsbereiche in Gremien oder organisierten Zusammenkünften (für Lehrkräfte, Assistenzen, weiteres Schulpersonal wie Schulsozialarbeiter*innen, Sonderpädagog*innen etc., Elternvertreter*innen), Formulierung von wahrgenommenen Bedarfen/Bedürfnissen durch diese Personengruppen
7. **Tätigkeitsvereinbarungen:** Auf Grundlage der Bestandsaufnahme (vgl. Schritt 2), der Wünsche und Ziele aller am Schulleben Beteiligten (vgl. Schritt 6) sowie der Aufgabebereiche der SGFK Vereinbarung von Tätigkeitsinhalten (insbesondere im Bereich Gesundheitsförderung/Prävention) und Zeitlinien.
8. **Kooperationen:** Ausloten von Kooperationsmöglichkeiten mit Schulsozialarbeiter*innen etc., Kooperationsvereinbarungen
9. **Etablierung von Kommunikationsstrukturen:** Schaffen von regelmäßigen Kommunikationsmöglichkeiten und -anlässen, z. B. im Rahmen der schulischen Gremienarbeit
10. **Vorstellung Schüler*innen:** Vorstellung der SGFK und ihrer Aufgaben/Tätigkeitsbereiche für Schüler*innen
11. **Neue Bestandsaufnahme, Evaluation und Entwicklungsplanung:** Erneute, regelmäßige Bestandsaufnahme (z. B. im zweijährigen Intervall) hinsichtlich gesundheitsbezogener Wünsche und Verbesserungsmöglichkeiten der relevanten Personengruppen, Feststellen erzielter Wirkungen und Erfolge, ggf. neue bzw. modifizierte Tätigkeitsvereinbarungen

3.4.3.1 Schritt 1: Beschluss und Zielklärung

Vor dem Beginn der Tätigkeit einer Schulgesundheitsfachkraft sollte eine möglichst spezifische Klärung und Zieldefinition in Bezug auf die zukünftige Unterstützung durch die SGFK erfolgen. Als Basis hierfür müssen konzeptionelle Vorgaben zu Tätigkeitsbereichen der SGFK dienen. Solche Vorgaben liegen in Form der Tätigkeitsbeschreibungen aus dem Modellprojekt in Brandenburg bereits vor. In diesem ersten Schritt ist vor allem die Klärung mit der Schulleitung wichtig, an welchen Punkten die SGFK die Arbeit der Schule unterstützen kann, wo aber auch die Grenzen ihrer Tätigkeit liegen und welche rechtlichen Vorgaben zu beachten sind. Diese Klärung dient im weiteren Verlauf nicht nur einer Strukturierung der Arbeit der SGFK, sondern kann auch als Maßstab verwendet werden, um Erfolge zu prüfen, zu würdigen und gegebenenfalls neue Ziele zu definieren.

3.4.3.2 Schritt 2: Systematische Bestandsaufnahme der Schule

Eine günstige Grundlage für eine bedarfsgerechte Tätigkeitsplanung sowie eine spätere Prüfung der Zielerreichung ist eine systematische Bestandsaufnahme der Schule zur Schulgesundheit, d.h. zu Gesundheit/Wohlbefinden und gesundheitsbezogenen Wünschen aller am Schulleben beteiligten Personen und Gruppen sowie eine Verhältnisanalyse (Schulgebäude, -gelände, -umgebung). Das Fehlen gesicherter Informationen zur Gesundheit der am Schulleben beteiligten Gruppen ist auch unabhängig von der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte ein grundsätzliches Problem in der schulischen Qualitätsentwicklung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention (vgl. Paulus & Petzel, in Vorb.).

Im Modellprojekt Brandenburg gab Vorgaben zur Tätigkeit der SGFK in Form der Festlegung und Beschreibung von Tätigkeitsbereichen. Abgesehen vom zentralen Tätigkeitsbereich der gesundheitlichen Unterstützung von Schüler*innen war die inhaltliche Ausgestaltung der Tätigkeit im Wesentlichen das Ergebnis eines individuellen Aushandlungsprozesses zwischen SGFK und Schulleitung. Vor dem Hintergrund der Unterschiedlichkeit der Projektschulen und ihrer damit verbundenen, mutmaßlich unterschiedlichen Bedarfslage erscheint diese Herangehensweise sinnvoll. Eine standardisierte Bedarfsermittlung durch oder unter Beteiligung der brandenburger SGFKs wurde explizit in ihrer Aufgabenbeschreibung ausgeschlossen. Allerdings ist insbesondere für einen zukünftigen Regelbetrieb festzustellen, dass eine zielgerichtete und methodisch qualifizierte Bestandsaufnahme bzw. Bedarfsanalyse ein wichtiger Schritt für eine erfolgreiche Zusammenarbeit sein muss, denn an Schulen liegen aus wissenschaftlicher Sicht kaum sichere Erkenntnisse zu ihren eigenen gesundheitsbezogenen Bedarfslagen vor. Die ohne eine systematische Analyse erkannten Bedarfe speisen sich im Wesentlichen aus persönlichen Erfahrungen von Schulleitungen und Lehrkräften mit der Schülerschaft und ihren sozialen bzw. familiären Hintergründen. Dieses wertvolle Praxis- und Erfahrungswissen sollte auch zukünftig in der Zusammenarbeit mit der SGFK berücksichtigt werden, allerdings ist auch eine systematische Informationssammlung zu gesundheitsbezogenen Themen und Zuständen wichtig. An einigen Schulen finden solche Erhebungen in Eigenregie bzw. auf Initiative einzelner Personen punktuell statt, es fehlt aber an standardisierten Befragungen und Bedarfsermittlungen. Im Idealfall würden solche Erhebungen sogar ein Benchmarking mit

anderen, ähnlichen Schulen ermöglichen, mittels dessen die aktuelle eigene Situation und Bedarfslage an jeder Schule abseits persönlicher Erfahrungen und Eindrücke objektiviert festgestellt werden kann. Aber auch ohne ein solches Benchmarking erfüllt eine standardisierte Erhebung eine wichtige Funktion: Durch periodisch wiederholte, weitgehend identische Befragungen können an jeder Schule verlässlich Entwicklungsfortschritte erkannt werden, die gegebenenfalls auch Rückschlüsse auf die Wirkung der Tätigkeit der SGFK zulassen und wiederum zu neuen Zielsetzungen führen können.

Diese Erhebung von Daten, die für die Tätigkeit der SGFK relevant sind, liegt dabei nicht in der Verantwortung der SGFK, die hierfür auch nicht qualifiziert wird. Wünschenswert wären zum Beispiel systematische Datensammlungen, die von der Schule durchgeführt werden und auf die die Schulgesundheitsfachkräfte in der Planung und Ausrichtung ihrer Tätigkeit zurückgreifen können. Darüber hinaus können weitere verlässliche Datenquellen genutzt werden, so z. B. vorhandene schulinterne Statistiken zu der Zahl von Schüler*innen mit Behinderung, zu Schüler*innen mit besonders langen Abwesenheitszeiten oder Informationen, die über den zuständigen KJGD (z.B. Schuleingangsuntersuchung) eingeholt werden können. Auch die eigene Tätigkeitsdokumentation der Schulgesundheitsfachkräfte kann im weiteren Verlauf der Tätigkeit genutzt werden, da sie Hinweise auf häufig oder selten vorkommende Problemlagen gibt.

Theoretisch können auch organisatorische Strukturen und Arbeitsabläufe der Schule Bestandteil einer solchen Bestandsaufnahme sein, allerdings kann die Realisierung von hier sichtbar werdenden Optimierungsmöglichkeiten außerhalb der Kompetenzen und Befugnisse der SGFKs liegen. Zentrale Bestandteile der Bestandsaufnahme sollten Aspekte sein, die von der Tätigkeit der SGFK vermutlich beeinflusst werden können. Bei der Bestandsaufnahme kann ein Rückgriff auf schulexterne Expert*innen (z. B. Schulentwicklungsberater*innen, wissenschaftliche Beratung) sinnvoll sein, ebenso wäre perspektivisch eine Unterstützung der Schulen durch geeignete, leicht anwendbare und auszuwertende Materialien wünschenswert. Auf Grundlage der Ergebnisse können mit der Schulgesundheitsfachkraft im gegebenen Rahmen inhaltliche Tätigkeitsschwerpunkte vereinbart werden. Falls an einer Schule bestimmte Bedarfe schon vor dem Arbeitsbeginn einer SGFK bekannt sind, kann dies unter Umständen auch bereits Einfluss auf das Auswahlverfahren für die SGFK nehmen. Die systematische Bestandsaufnahme ist insbesondere für die inhaltliche Ausrichtung des Tätigkeitsbereichs Prävention und Gesundheitsförderung bedeutsam.

3.4.3.3 Schritt 3: Auswahlverfahren

Anstelle einer extern beschlossenen Zuweisung einer SGFK an eine Schule wäre aus Sicht der Verfasser ein Auswahlverfahren unter Beteiligung der Schulen bzw. Schulleitungen und Kollegiums- bzw. Personalvertreter*innen sinnvoll, um divergente Vorstellungen bereits im Vorhinein zu erkennen. An einigen Projektschulen wurde angemerkt, dass durch eine solche Klärung Missverständnisse und (im Modellprojekt aber eher selten vorkommende) Fehlentwicklungen hätten vermieden werden können und dass eine Beteiligung am Auswahlverfahren wünschenswert wäre, um die gegenseitige Passung einschätzen zu können.

„Ich habe ein Gespür dafür, sie wird gut zu uns passen. Ich glaube, man darf solche Gespräche nicht überschätzen, die Möglichkeiten, die das bietet, wirklich zu erkennen, ob jemand das, was er zu tun hat, so ausfüllt, wie man sich das wünscht. Aber ein bisschen was merkt man ja doch. Manchmal hat man ein ganz schlechtes Gefühl und sagt: das wird nichts. Die Chemie muss stimmen. ... Und ich habe, glaube, ich, schon recht gute Antennen entwickelt. ... Also, die Arbeitszeit hierfür würde ich schon gern investieren.“ (Schulleitung)

Die Klärung schulspezifischer Zielvorstellungen und die umfassende Bestandsaufnahme (s. o.) können im Bewerbungs- bzw. Auswahlprozess genutzt werden, um die gegenseitige Passung der Erwartungen von Schule und SGFK sicherzustellen. Dabei sollte auch bereits zur Sprache kommen, welche Unterstützung sich die potenzielle SGFK von der Schule an Ansprache, Unterstützung etc. wünscht.

3.4.3.4 Schritt 4: Organisatorische Vorbereitung und Ausstattung

In der organisatorischen Vorbereitung der Tätigkeit der SGFK muss festgelegt werden, wo im Schulgebäude bzw. auf dem Schulgelände der Arbeitsplatz der Schulgesundheitsfachkraft lokalisiert sein soll. Vor dem Hintergrund der Erfahrungen im Modellprojekt ist zumindest in der Anfangsphase der Tätigkeit der SGFK ein Arbeitsort zu bevorzugen, der in möglichst enger räumlicher Nähe zu den Büros der Schulleitung und Lehrerzimmer liegt. Die räumliche Nähe ermöglicht neben organisierten Kommunikationsmöglichkeiten auch einen stetigen informellen Austausch zwischen der SGFK einerseits und Schulleitung und Lehrkräften andererseits und führt zu einem leichteren Kennenlernen und höherer bzw. schnellerer Vertrautheit. Dass die SGFK bereits zu Beginn ihrer Tätigkeit über einen eigenen Raum und über eine geeignete Grundausrüstung verfügen muss, erscheint vergleichsweise selbstverständlich und hat sich in den Erfahrungen aus dem Modellprojekt bestätigt. Zu dieser Grundausrüstung sind nicht zuletzt auch Kommunikationsmöglichkeiten zu zählen (Telefonanschluss/eigene Durchwahl, u.a. zwecks unmittelbarer Erreichbarkeit für Eltern oder externe Partner, Internetanschluss, Hardware und Software). Ein Raum, den sich die SGFK mit weiterem Personal (z. B. Schulsozialarbeiter*in) teilen muss, ist keine günstige Voraussetzung für ihre Arbeit, da (mindestens) in der gesundheitlichen Unterstützung von Schüler*innen bei Krankheitsbeschwerden und Verletzungen sowie für die Wahrnehmung der Rolle als Vertrauensperson ein geschützter Raum vorhanden sein muss.

3.4.3.5 Schritt 5: Einführung

Insbesondere dann, wenn eine SGFK nicht bereits vorher in identischer Funktion an einer anderen Schule tätig war, ist zu berücksichtigen, dass das System Schule für Außenstehende erst einmal ungewohnt ist und sich von anderen Arbeitgebern in zahlreichen Punkten unterscheidet. Die SGFK benötigt eine Anlaufzeit um sich in dieses System einzufinden; dies ist auch dann nicht obsolet, wenn in ihrer Weiterbildung vor Beginn ihrer Tätigkeit bereits entsprechende Inhalte theoretisch erarbeitet worden sind. Im Modellprojekt Brandenburg wurde dies auch durch die Installation von sogenannten Pat*innen (zunächst: Mentor*innen) berücksichtigt, die an den Schulen besondere Ansprechpartner*innen für die SGFKs sein sollten und in dieser Funktion deren Einbindung in das Schulleben unterstützen sollten. Dieses Pat*innen-Konzept

hat sich aus Sicht der Befragten auch weitgehend als sinnvoll erwiesen und in der Praxis bewährt. Im Modellprojekt fungierten teils Lehrkräfte, teils aber auch die Schulleiter*innen bzw. Angehörige der Schulleitung als Pat*innen. Weder von den Schulgesundheitsfachkräften noch von den interviewten Pat*innen wurde eine dieser beiden Lösungen eindeutig favorisiert; aus Sicht der Verfasser*innen sind mit beiden Varianten Vor- und Nachteile verbunden. Schulleitungsangehörige sind ohnehin wichtige Ansprechpartner*innen für die Schulgesundheitsfachkräfte, da mit ihnen zahlreiche Absprachen getroffen werden, darunter Vereinbarungen zu Zielen der Tätigkeit und Aktivitäten der SGFK. Möglicherweise ergeben sich hier Synergieeffekte; andererseits sind Schulleitungen ohnehin bereits mit zahlreichen Aufgaben betraut, was eine gewisse Überlastungsgefahr befürchten lässt. Für eine Integration in das Kollegium mag dagegen von Vorteil sein, wenn eine andere Lehrkraft ohne Leitungsfunktion diese Funktion übernimmt, denn dann ist eine stärkere Nähe zum Lehrerkollegium gegeben. Dabei ist darauf zu achten, dass der/die Pat*in selbst eine gut integrierte, vielleicht sogar in besonderem Maße vom Kollegium akzeptierte Person ist und selbst keine Außenseiterrolle einnimmt. Die Pat*innen sind bei der Implementation und zu Beginn der Tätigkeit der SGFK von besonderer Bedeutung; mit zunehmender Routinisierung der Tätigkeit der SGFK wird ihre Unterstützung weniger wichtig und kann im Laufe der Zeit ausgeblendet werden.

Die für eine Einführung in das Schulsystem und in die konkrete Einsatzschule nötige Zeit darf nicht unterschätzt werden. Einige Wochen sollten hierfür in jedem Fall eingeplant werden, die für die Eingewöhnung der neuen SGFK, das Bekanntmachen an der Schule, ihre eigene Vorbereitung auf die Tätigkeit, zu Absprachen zu zukünftigen Tätigkeiten etc. genutzt werden können (siehe auch Schritte 6 und 7). Ein weiterer bedeutsamer Punkt wird angesichts des Wunsches nach Netzwerkarbeit in der Regel sein, dass sich die SGFK mit dem Schulprogramm, Konzepten und bereits bestehenden schulischen Projekten in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung sowie mit den existierenden schulexternen Kooperationen vertraut macht. Der sofortige und möglichst uneingeschränkte Zugang zu solchen Informationen sowie zu Kalendern mit allgemeinen schulischen Terminen und Veranstaltungen ist aus Sicht einer Schulleiterin eine zentrale Voraussetzung für eine schnelle und erfolgreiche Integration der SGFK:

„Eine wichtige Sache ist noch, unmittelbar Zugang zu Informationen zu geben. Das bedeutet natürlich, dass sie teilhaben kann an unserem Kalender. Sie weiß, wann ist denn hier was, wer macht hier was mit welcher Klasse? Was für Veranstaltungen finden statt, wo macht es gar keinen Sinn, ein Projekt anzulagern, weil es sowieso schon unterwegs sind? Oder was könnte mein Beitrag sein beispielsweise zu einem Weihnachtsmarkt oder einem Frühjahrsfest? Es ist also immer eine meiner ersten Amtshandlungen, da schalte ich sie frei für diesen Kalender, damit sie da gut informiert ist.“ (Schulleitung)

Die SGFK sollte zu diesem Zeitpunkt im Sinne der Gegenseitigkeit auch die Gelegenheit erhalten zu benennen, welche weitere konkrete Unterstützung sie benötigt um effektiv an der Schule tätig zu sein.

3.4.3.6 Schritt 6: Vorstellung Schulpersonal und Eltern

Die Eingewöhnungszeit kann unter anderen dafür genutzt werden, die SGFK und ihre vorgesehenen bzw. denkbaren Angebote in Gremien oder organisierten Zusammenkünften bekannt zu machen. Zielgruppen sind das Lehrerkollegium, das weitere Schulpersonal (insbesondere Schulsozialarbeiter*innen, Sonderpädagog*innen etc.) sowie Elternvertreter*innen. Die Vorstellung kann gleichzeitig dafür genutzt werden, gemeinsam mit der SGFK die Wünsche und Erwartungen dieser Gruppen kennenzulernen und zu diskutieren. Es ergibt sich in der Folge im Idealfall ein gemeinsam geteiltes und akzeptiertes sowie realistisches Bild von den möglichen Leistungen einer SGFK.

3.4.3.7 Schritt 7: Tätigkeitsvereinbarungen

Auf Grundlage der systematischen Bestandsaufnahme (Schritt 2), der geäußerten Wünsche und Erwartungen aller am Schulleben Beteiligten (Schritte 1 und 6) werden unter Berücksichtigung der Tätigkeitsvorgaben und Befugnisse der SGFK Tätigkeitsinhalte und Handlungsschritte und Zeitlinien vereinbart. Auch angemessene Zeitlinien für die Realisierung von Maßnahmen und für die Prüfung ihrer Wirksamkeit werden gemeinsam festgelegt.

3.4.3.8 Schritt 8: Kooperationen

Weiterhin ist die Frage zu klären, wie die SGFK mit anderen Professionen an der Schule zusammenarbeiten kann und welche Möglichkeiten sich durch ihre Einbindung in multiprofessionelle Zusammenhänge bieten, die sich an der Schule (gegebenenfalls auch einzelfallbezogen) mit gesundheitsbezogenen Fragen beschäftigen. Insbesondere ist hier schulintern an Kooperationsmöglichkeiten mit den Schulsozialarbeiter*innen zu denken (vgl. Kap. 3.3.1). Während ein erster Kontakt bzw. ein erstes Kennenlernen zu diesem Zeitpunkt vermutlich bereits stattgefunden hat (z. B. in Schritt 5), müssen nun konkretere gegenseitige Vorstellungen zur Zusammenarbeit, Wünsche, Erwartungen und Befürchtungen geklärt und entsprechende Absprachen getroffen werden, damit in der Kooperation unklare Situationen vermieden werden, wie sie teilweise für den Beginn des Projekts berichtet werden:

„Das war zum Anfang ein bisschen schwierig, einfach weil uns beiden nicht so richtig klar war, ab wann wer wie etwas übernimmt, denn es ist es ja schon ein Unterschied, wie pädagogisch ein Gespräch aufbereitet wird, dann auch entsprechend mit bestimmten Methoden, oder ob geschaut wird, ob ein Schüler in der Lage ist, gerade zur Schule zu gehen oder nicht. Da sich zu finden und zu ergänzen, das war erst ein bisschen holprig.“ (Schulsozialarbeiter*in)

Das Treffen gemeinsamer Absprachen wird in jedem Fall als sinnvoll und wichtig angesehen:

„Es ist einfacher, wenn man sich von Anfang an zusammensetzt, Schulleitung, Sozialarbeiter, Gesundheitsfachkraft, vielleicht auch die Klassenlehrer, und gemeinsam beschlossen wird, welche Erwartungshaltung man hat und wer sich um welche Erwartungshaltung entsprechend kümmert.“ (Schulsozialarbeiter*in)

An dieser Stelle wurde verschiedentlich auch ein Wunsch nach einer klareren externen Definition bzw. Vorgabe für die Zusammenarbeit zwischen Schulsozialarbeiter*in und

Schulgesundheitsfachkraft geäußert, weil damit der anfängliche Abstimmungs- und Aushandlungsprozess vereinfacht und abgekürzt werden könne:

„Wir haben ja mehrere verschiedene Konzepte hier an der Schule, die Schulsozialarbeiter*in hat ihr Konzept, die Schulgesundheitsfachkraft hat ihre Richtlinien. Und irgendwie hatten wir das manchmal Gefühl, dass das insgesamt zwar ziemlich zusammen ist, aber auch einiges ziemlich auseinanderdriftet. Wenn es aber klare Definitionen gäbe, wann wer was bei wem abgibt oder auch übernimmt, und wer wann etwas beim Lehrer meldet, so das wäre schon sehr gut. Man braucht ja nicht das Rad immer wieder neu erfinden. Und bei uns hat es eine Weile gedauert, um das alles klarzukriegen, wie wir uns zusammen strukturieren.“ (Schulsozialarbeiter*in)

In die Klärung der Kooperationsmöglichkeiten sollten alle betroffenen Personen und Gruppen einbezogen sein. Die hier getroffenen Vereinbarungen können auch Bestandteil der übergreifenden Zielabsprachen werden (vgl. Schritt 7), daher ist keine zwingende zeitliche Reihenfolge für die Schritte 7 und 8 vorzusehen.

Für schulexterne Kooperationen ist noch auf die regionalen Arbeitskreise hinzuweisen, die auch in einem späteren Regelbetrieb erhalten bleiben sollen. Sie ermöglichen einen Austausch zwischen Schule, Schulaufsicht, Schulgesundheitsfachkräften, Öffentlichem Gesundheitsdienst und weiteren regionalen Akteuren. Ziel ist hier die Kooperation mit externen Akteuren, die Möglichkeit des Informations- und Erfahrungsaustausches und auch die Planung neuer Inhalte von Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsprojekten.

3.4.3.9 Schritt 9: Etablierung von Kommunikationsstrukturen

Die anfänglichen Vereinbarungen und Aushandlungsprozesse spielen zunächst eine maßgebliche Rolle für die weitere Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft. Dennoch sollte bereits zu Beginn die Bedeutung späterer Kommunikationsmöglichkeiten nicht aus den Augen verloren werden. Das Schaffen von regelmäßigen Kommunikationsoptionen und -anlässen hat für die weitere Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft eine zentrale Bedeutung. Die SGFK hat hier unter anderem die Möglichkeit, neue Wünsche an ihre Tätigkeit zu erkennen und/oder entsprechende Anregungen zu erhalten. Wünschenswert ist grundsätzlich der Einbezug in die zentralen Gremien der Schule; inwieweit dies realisiert werden kann, ist nicht zuletzt vom verfügbaren Zeitbudget der SGFK abhängig. Die bisherige Strategie vieler Schulen, Schulgesundheitsfachkräfte zwecks Schonung der zeitlichen Ressourcen vor allem dann einzubeziehen, wenn offensichtlich gesundheitsbezogene Themen auf der Tagesordnung stehen, ist nachvollziehbar, aber nur bedingt sinnvoll. Der Stellenwert der SGFK für die schulische Arbeit wird besser erkennbar, wenn ihr Einbezug in wichtige Diskussions- und Entscheidungszusammenhänge durchgehend gewährleistet ist. In diesem Sinne konstatiert (und handelt) eine Schulleiterin:

„Und auch die Einladung [ist wichtig], wirklich immer mit dabei zu sein. Wenn wir unsere Teambesprechung machen, der Rest ergibt sich dann. Das hat sich auch etabliert, dass sie, wenn auch nicht ständig, aber immer wieder auch daran teilnimmt, wo sie dann unseren Alltag besser kennenlernt. Und einfach vielleicht mal ein Bedürfnis raus hören kann. Oder eine Anregung oder eine Einladung im weitesten Sinne.“ (Schulleitung)

Gleichzeitig ist angesichts eines modernen Verständnisses von Gesundheit als konditionales Gut, also als Faktor, der durchweg das Gelingen von Bildungsprozessen beeinflusst, der Einbezug der SGFK auch in schulische Entscheidungen sinnvoll, die zunächst nicht offensichtlich etwas mit Gesundheit zu tun haben.

*3.4.3.10 Schritt 10: Vorstellung Schüler*innen*

Erst wenn die Schulgesundheitsfachkraft die Einfindungsphase in die Schule hinter sich gebracht hat, Erwartungen und Wünsche geklärt sowie Tätigkeits- und Kooperationsvereinbarungen getroffen worden sind, ist eine umfassende Vorstellung der Schulgesundheitsfachkraft und ihrer Angebote in der Schülerschaft sinnvoll. Anders formuliert: Eine solche Vorstellung von Angeboten der SGFK ist dann vorzusehen, wenn diese auch unmittelbar in Anspruch genommen werden können und ein stetiger Kontakt der Schulgesundheitsfachkraft zur Schülerschaft ungeachtet anderer Tätigkeitsbereiche gewährleistet ist. Andere Vorgehensweisen bergen die Gefahr von Frustrationen auf Seiten der Schüler*innen, wenn sie Angebote in Anspruch nehmen möchten, die faktisch noch nicht zur Verfügung stehen. Solche unbefriedigten Anfragen können dazu führen, dass eigentlich bestehende Angebote kein zweites Mal angefragt werden. Organisatorisch ist zu einer Vorstellungstour durch die einzelnen Schulklassen zu raten, wo die SGFK sich und ihr Angebot vorstellen und Fragen der Schüler*innen beantworten kann. In dieser Weise ist die Vorstellung auch in den meisten Projektschulen realisiert worden. Die Vorstellung in einer großen, unübersichtlichen und vergleichsweise anonymen Plenumsveranstaltung erscheint nur als zweite Wahl.

3.4.3.11 Schritt 11: Bestandsaufnahme, Evaluation und Entwicklung

Analog zu der Bestandsaufnahme zu Beginn der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft (s. Schritt 2) sind regelmäßige Folgebefragungen hinsichtlich gesundheitsbezogener Wünsche und Verbesserungsmöglichkeiten mit größtenteils identischen Instrumenten wünschenswert, um im Sinne guter Evaluationspraxis bzw. des „Public Health Action Cycles“ (z. B. Rosenbrock & Hartung, 2015) in einen fortwährenden Kreislauf von Bestandsaufnahme und Intervention einzutreten. Dabei sei noch einmal darauf hingewiesen, dass die Durchführung und Auswertung solcher Erhebungen konzeptgemäß nicht zum Tätigkeitsbereich der Schulgesundheitsfachkräfte gehört; sie müssen also von den Schulen gegebenenfalls unter Einbezug externer Beratung und Expertise durchgeführt werden. Zielgruppen sind hierfür insbesondere die Personengruppen, für die ein regelmäßiger Austausch mit der Schulgesundheitsfachkraft nicht gewährleistet ist (Lehrkräfte, Schüler*innen, Eltern). Es werden hier Veränderungen in der Bedarfslage ebenso erkannt wie Wirkungen der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft: Wenn in Inhaltsbereichen, die auf Grundlage einer früheren Befragung als Arbeitsfeld der Schulgesundheitsfachkraft priorisiert worden waren, positive Entwicklungen zu verzeichnen sind, ist ein Zusammenhang mit der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft zumindest plausibel, wenn auch nicht zweifelsfrei nachweisbar. In jedem Fall geben solche Befragungen Hinweise auf noch unzureichend bearbeitete, aber auch auf zukünftig wichtige Handlungsfelder. Solche Folgebefragungen sind regelmäßig, aber nicht allzu häufig vorzusehen. Ein jährlicher Rhythmus sollte nicht unterschritten werden, bei einer verstetigten Tätigkeit der SGFKs sind auch

zweijährige Befragungsintervalle vorstellbar, um ihren Interventionen auch die Möglichkeit zu geben, Wirkung zu entfalten.

3.4.4 Zwischenfazit

Der obenstehende Ablaufplan kann an allen Schulen mit erstmaligem Einsatz einer Schulgesundheitsfachkraft als Leitlinie für die anfängliche Integration genutzt werden. Hinweise auf grundlegend unterschiedliche Gesichtspunkte, die z. B. an unterschiedlichen Schulformen bei der Implementation zu berücksichtigen wären, ergaben sich aus den Befragungen kaum. Systematische Unterschiede scheinen eher mit der Schulgröße (Schüler*innenzahl) verbunden zu sein. Bereits die Befragungen 2017/2018 hatten gezeigt, dass sich die Einbindung der Schulgesundheitsfachkräfte an größeren Schulen weniger einfach gestaltet und einer stärkeren Strukturierung bedarf; dieser Befund hat sich in den aktuellen Erhebungen weiter verfestigt. Größere Schulen sind sowohl hinsichtlich ihrer Kommunikationsstrukturen als auch ihrer räumlichen Ausdehnung (Schulgebäude, Schulgelände) insgesamt unübersichtlichere Systeme. Dies kann im Sonderfall sogar dazu führen, dass es an Schulen keinen Ort (Lehrerzimmer) gibt, an dem sich das gesamte Kollegium regelmäßig trifft.

„Es gibt hier kein Lehrerzimmer. Nein, es gibt ein Lehrerzimmer, aber da sind die Lehrer nur, wenn sie am Rechner arbeiten müssen. Da gibt es drei, vier Rechnerplätze. Und dann sitzen da mal ein paar. Ansonsten haben sie dort ein Fach, wo ich vielleicht einen Zettel reinlegen kann. Anfangs waren es über 70 Lehrer ... Aber ich treffe sie nie alle an.“ (Schulgesundheitsfachkraft)

Dies beeinträchtigt auch die Kommunikation zwischen den Schulgesundheitsfachkräften und den anderen schulischen Akteuren. Ein gelingender Austausch ist demzufolge an größeren Schulen schwerer und ohne zusätzliche Strukturierung vor allem davon abhängig, dass eine SGFK aktiv nach Kommunikationsmöglichkeiten sucht. Ein bewusstes Schaffen bzw. Aufsuchen von Kommunikationssituationen mit der SGFK durch die schulischen Akteure ist eher selten zu erwarten, weil diese für ihren Arbeitsalltag Kommunikationsroutinen entwickelt haben, deren Veränderung nicht notwendig erscheint und eine zusätzliche Anstrengung bedeutet. Von dieser Seite aus entstehen eher Kontakte durch ein persönliches, vertieftes Interesse von Lehrkräften und anderem Schulpersonal an der Arbeit der Schulgesundheitsfachkraft, so dass ein regelmäßiger Austausch und eine Zusammenarbeit nur mit einem Teil des Lehrerkollegiums zustande kommen. An solchen Schulen ist daher verstärkt auf die Schritte im Implementationsfahrplan zu achten, die einen regelmäßigen und systematischen Austausch zwischen der SGFK und den anderen Akteuren unterstützen (insbesondere Schritt 9). Hier gilt auch verstärkt die Empfehlung einer räumlichen Verortung des Arbeitsplatzes der Schulgesundheitsfachkraft in Nähe zu den Büros von Schulleitung bzw. Verwaltung/Sekretariat und/oder (soweit vorhanden) zum Lehrerzimmer.

Allgemein gilt auch weiterhin die bereits im Bericht zum vorhergehenden Projektzeitraum 2017/2018 angesprochene Bedeutung der individuellen Persönlichkeit und Kommunikationsgewohnheiten der Schulgesundheitsfachkräfte, die den Beobachtungen zufolge Einfluss auf ihre Integration und damit auch auf empfehlenswerte Unterstützungsmaßnahmen bei ihrer

Implementation hat: (Pro-)Aktive und extravertierte SGFKs werden bei der Integration mutmaßlich generell auf eine geringere Unterstützung durch ihre Schulen angewiesen sein als zurückhaltendere, introvertierte Persönlichkeiten. Schulen bzw. Schulleitungen und Pat*innen ist daher neben der Beachtung der Empfehlungen aus dem Implementationsfahrplan anzuraten aufmerksam zu beobachten und zu bewerten, wie der Integrationsprozess an den Schulen verläuft und wie leicht es der SGFK fällt, von sich aus Schritte zu unternehmen, die der Integration dienen. Auf Grundlage dieser Einschätzungen können sie gegebenenfalls mit mehr Unterstützung auf einen langsamen bzw. erschwerten Prozess der Einbindung in das Schulleben reagieren.

3.5 Bildungswirksamkeit der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft

Wie bereits im vorhergehenden Projektzeitraum 2017/2018 war eine zentrale Fragestellung der vorliegenden Evaluationsstudie, ob und in welcher Weise die Arbeit der Schulgesundheitsfachkräfte positive Effekte auf den Bildungserfolg der Schüler*innen hat. Dabei standen subjektive Einschätzungen der Befragten zu solchen Wirkungen im Mittelpunkt der Analysen¹⁷. Da das Ende der aktuellen Projektphase 2019/2020 zu einem abschließenden Gesamtfazit führen sollte, bildete diese Frage einen erneuten inhaltlichen Schwerpunkt in der letzten Befragungswelle im Herbst 2020¹⁸. Der im vorhergehenden Befragungszeitraum vorgelegte Fragen- und Kriterienkatalog, der in erster Linie auf Grundlage passender Qualitätskriterien aus dem „Orientierungsrahmen Schulqualität“ des Landes Brandenburg formuliert war, wurde wieder aufgegriffen und durch zusätzliche Indikatoren erweitert, die sich an Bewertungskriterien des Schulentwicklungspreises „Gute gesunde Schule“ der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen orientieren. Im Folgenden werden zunächst noch einmal Erkenntnisse aus der vorhergehenden Projektphase zusammengefasst, damit die Ende 2018 bereits erkennbaren Erfolge angemessen berücksichtigt werden. Im weiteren Verlauf werden dann die wesentlichen Weiterentwicklungen und neuen Ergebnisse aus den Befragungen 2019 und 2020 dargestellt. Die Ergebnisse führen zu einem empirisch basierten Modell zur Bildungswirksamkeit von Schulgesundheitsfachkräften, das abschließend dargestellt wird. Dieses Modell umfasst einige leichte Modifikationen im Vergleich zu der im früheren Ergebnisbericht vorgestellten ersten Version (vgl. Paulus & Petzel, 2018).

¹⁷ Ob sich eventuelle Wirkungen auf gesundheitsbezogenes Wissen, Einstellungen und Kompetenzen (Health Literacy) und Verhalten bzw. Verhaltensmotivationen durch standardisierte Instrumente und quantitativ-statistische Auswertungen *messbar und somit objektiviert* niederschlagen, ist bzw. war Gegenstand der parallelen Evaluationsstudie der Charité.

¹⁸ Die in der Zwischenzeit bewilligte Verlängerung des Projekts bis zum 31.12.2021 war zum Zeitpunkt der Befragungsplanung und -beantragung noch nicht vorgesehen.

3.5.1 Bildungswirksamkeit: Bisheriger Stand (dritte Projektphase 2017/2018)

Direkte oder indirekte Effekte der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte auf den Bildungserfolg der Schüler*innen waren ein zentrales Thema der Befragungsdurchgänge 2017 und 2018. Hierunter fallen Wirkungen, die auch über ein gestiegenes gesundheitsbezogenes Wissen, angemessene Einstellungen zu Gesundheit und Gesundheitsverhalten und Selbststeuerungskompetenzen der Schüler*innen hinausgehen. Das Identifizieren messbarer Wirkungen auf Wissen, Einstellungen und Verhalten der Schüler*innen ist im Modellprojekt auch dadurch erschwert, dass es sich bei der Tätigkeit der SGFK an den einzelnen Schulen in keiner Weise um eine standardisierte Intervention handelt: Die Unterschiedlichkeit der realisierten Maßnahmen resultiert in einer erheblich beeinträchtigten Wirkungsmessung mittels standardisierter Instrumente. Die allgemeineren subjektiven Einschätzungen der Befragten unterliegen dieser Problematik in geringerem Maße; generelle Effekte der SGFK-Tätigkeit sollten auch vor dem Hintergrund unterschiedlicher Maßnahmen wahrnehmbar sein.

Das deutliche Ergebnis der damaligen Befragungen und Analysen war, dass die Schulgesundheitsfachkräfte durch ihre Tätigkeit die schulische Bildungsarbeit und damit auch den Bildungserfolg der Schüler*innen über mehrere Wirkwege unterstützen. Die wichtigsten Wirkmechanismen, die durch die Befragungen identifiziert werden konnten, wurden in einem Wirkmodell übersichtsweise zusammengeführt, das leicht modifiziert in Abbildung 3.2 dargestellt ist.

Drei Wirkpfade zwischen der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte und dem schulischen Bildungsoutput haben ihren Ausgangspunkt in der gesundheitlichen Unterstützung von Schüler*innen bei Krankheitsbeschwerden und Verletzungen:

- ✓ Diese gesundheitliche Unterstützung hat einen *direkten Teilhabe-Effekt* für die Schüler*innen, indem durch die fachkompetente direkte Unterstützung oftmals Schüler*innen so versorgt werden, dass sie in der Folge in ihren Unterricht zurückkehren können. In der Zeit vor Beginn des Modellprojekts wurden im Regelfall die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten informiert, die ihre Kinder abholen und sich gegebenenfalls um die weitere Versorgung kümmern mussten. Diese Bitte der Schule um Abholung wurde insbesondere in den Fällen schnell ausgesprochen, in denen Unsicherheiten bezüglich des gesundheitlichen Zustandes bestanden; in diesem Fall wurde in der Regel die für die Schule sichere Variante des Abholens und/oder der weiteren externen Versorgung der betroffenen Schüler*innen gewählt; dies führte dann zu einer Abwesenheit vom Unterricht.
- ✓ Ein zweiter Effekt ergibt sich über die unmittelbare Entlastung der Lehrkräfte, die infolge der Versorgung von Schüler*innen durch die Schulgesundheitsfachkraft ihren Unterricht weitgehend normal aufrechterhalten können statt sich persönlich um das Wohlergehen der Schüler*innen kümmern zu müssen. Es kommt deutlich weniger zu kurzfristigen bzw. kurzzeitigen Unterrichtsausfällen aufgrund gesundheitlicher Probleme von Schüler*innen.

- ✓ Drittens führt die Anwesenheit einer Schulgesundheitsfachkraft für Schüler*innen grundsätzlich zu einem erhöhten Sicherheitsgefühl und stärkerem Wohlbefinden in der Schule, die sich wiederum förderlich auf Lernemotionen, -prozesse und -ergebnisse auswirken.

Ein vierter, direkt bildungsförderlicher Effekt ergibt sich aus dem fachlichen Input der Schulgesundheitsfachkräfte in Projekten, Arbeitsgruppen sowie punktuell durch Beiträge zu Gesundheitsthemen im regulären Unterricht, die unmittelbar gesundheitsbezogenes Wissen, Einstellungen und Motivationen der Schüler*innen beeinflussen.

Und schließlich führt auch der Einbezug externer Kooperationspartner zu einem breiteren und fundierteren fachlichen Input, von dem die Schüler*innen profitieren. Solche externen Kooperationen können von Schulgesundheitsfachkräften in stärkerem Maße gewonnen und gepflegt werden, als es Schulleitungen oder Lehrkräften möglich wäre, die bereits durch ihre Kernaufgaben des Unterrichtens und der Schulorganisation ausgelastet sind.

Neben diesen Wirkungen ließen sich weitere positive Effekte identifizieren, deren Zusammenhang mit der schulischen Bildungsarbeit aber weniger direkt ist. Hierunter fallen folgende Beobachtungen:

- ✓ Entlastung von Eltern/Erziehungsberechtigten: Eltern/Erziehungsberechtigte müssen durch die gesundheitliche Unterstützung von Schüler*innen durch die SGFK seltener ihre Kinder mit unklaren gesundheitlichen Beschwerden vorzeitig von der Schule abholen und müssen deswegen ihren Arbeitsplatz seltener während ihrer Arbeitszeit verlassen. Dieser Effekt macht sich in den ländlicheren Regionen noch stärker bemerkbar, da hier häufig die Anfahrtswege sehr lang sind.
- ✓ Entlastung von Sekretariaten: Häufig sind früher Sekretariatsangehörige in der vorübergehenden Betreuung bzw. Beaufsichtigung/Überwachung von erkrankten oder verletzten Schüler*innen eingesprungen. Sie werden an dieser Stelle ebenfalls durch die SGFKs entlastet und können sich auf ihre eigentlichen Arbeitsaufgaben konzentrieren.
- ✓ Entlastung von Schulleitungen: Auch Schulleitungen werden - gegebenenfalls zusätzlich zu der Entlastung, die sie wie „normale“ Lehrkräfte durch die gesundheitliche Unterstützung von Schüler*innen durch die SGFK erfahren - punktuell in ihrer Tätigkeit durch die SGFK unterstützt, z. B. in der Netzwerkarbeit mit externen Kooperationspartnern.

Diese und weitere beobachtbare Auswirkungen der SGFK-Tätigkeit sind insofern indirekt mit Bildungserfolgen verknüpft, als grundsätzlich jede Unterstützung, die Schulen zusätzlich erhalten, potenziell Ressourcen für ihre Bildungsarbeit schont oder neu bereitstellt. Da dies wiederum kein spezifischer Effekt der Tätigkeit einer Schulgesundheitsfachkraft ist, sondern auch durch andere personelle Unterstützung entstehen kann, sollen diese Wirkungen hier kurz erwähnt, aber in der weiteren Diskussion der Bildungswirksamkeit nicht weiter aufgegriffen werden. Erwähnenswert ist aber noch, dass diese Effekte von den Gesprächspartner*innen

auch in den aktuellen Befragungsdurchgängen als relevant für die Bewertung der SGFK-Tätigkeit angesprochen wurden.

3.5.2 Bildungswirksamkeit: Weiterentwicklung 2019/2020

In den folgenden Abschnitten werden nun Ergebnisse der aktuellen Befragungen aus 2019/2020 dargestellt. Zusammenfassend kann vorweggenommen werden, dass die grundlegenden Erkenntnisse zur Wirkung der SGFK auf den Bildungserfolg der Schüler*innen aus dem vorhergehenden Projektzeitraum uneingeschränkt bestätigt wurden; gleichzeitig konnten einige zusätzliche bzw. detailliertere Informationen gewonnen werden.

3.5.2.1 Wirkung 1: Teilhabe von Schüler*innen am Unterricht

Die Befragten nehmen nach wie vor eine erhöhte Teilhabe von Schüler*innen am Unterricht durch die gesundheitliche Unterstützung von Schüler*innen als eine zentrale Wirkung der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft wahr. Die Schulgesundheitsfachkraft gewährleistet eine fachkompetente Beurteilung und Behandlung/Betreuung der Schüler*innen und reduziert damit nicht nur die früher gegebenen Unsicherheiten im Umgang mit solchen Situationen, sondern kann in vielen Fällen Schüler*innen angemessen versorgen, die in der Folge oft wieder in den Unterricht zurückkehren statt, wie es früher häufig der Fall war, von ihren Eltern/Erziehungsberechtigten sicherheitshalber abgeholt zu werden.

„Ich finde es ganz, ganz wichtig, die Arbeit, die wir machen. Natürlich musste es alles wachsen, und natürlich ist es an jeder Schule und an jeder Schulform anders. Aber ich habe das Gefühl, wir werden wirklich gut angenommen. Und wir können auch etwas bewirken. Wenn ich sehe, wie viele Schüler dann letztlich doch wieder zurück in den Unterricht können, die sonst vielleicht nach Hause gegangen wären, das ist wirklich ein großer Prozentsatz, und ich würde mir wünschen, man könnte das irgendwie messen.“
(Schulgesundheitsfachkraft)

Neben der gesundheitlichen Unterstützung von Schüler*innen bei Krankheitsbeschwerden und Verletzungen beeinflusst auch die Funktion als Vertrauensperson den Einfluss der SGFK-Tätigkeit auf die Teilhabe von Schüler*innen am Unterricht. Die Schulgesundheitsfachkraft kann auch psychosozialen bzw. emotionalen Anliegen von Schüler*innen mehr Aufmerksamkeit schenken als andere Personen im schulischen Alltagsbetrieb, mit der Folge, dass beruhigte Schüler*innen in ihren Unterricht zurückkehren. Selbstverständlich entfaltet sich diese Wirkung der SGFK umso besser, je mehr Zeit hierfür zur Verfügung steht. Dementsprechend wird dieser Effekt an Schulen, an denen die Schulgesundheitsfachkraft nur an einem oder wenigen Tagen anwesend ist, zwar wahrgenommen, aber als gemessen am eigentlichen Potenzial noch nicht als ausgeschöpft angesehen.

Ein weiterer Aspekt der SGFK-Tätigkeit mit Einfluss auf die Teilhabe von Schüler*innen am Unterricht ist potenziell die Betreuung chronisch kranker Schüler*innen und die Unterstützung einer Wiedereingliederung von Schüler*innen nach längeren krankheitsbedingten Fehlzeiten. Dieser Effekt ist angesichts des eher geringen Anteils dieser Tätigkeiten an der Gesamtarbeit der SGFK bisher weniger bedeutend, besitzt aber einzelfallbezogen durchaus ein hohes

Gewicht. Ein maßgeblicher Grund für die eingeschränkte Wirkung muss abermals die Tatsache gelten, dass an den meisten Projektschulen die Schulgesundheitsfachkraft an einigen Tagen nicht anwesend ist und somit eine kontinuierliche Betreuung von Schüler*innen mit entsprechendem Unterstützungsbedarf von der Schulgesundheitsfachkraft nicht gewährleistet werden kann.

3.5.2.2 Wirkung 2: Gewährleistung des Unterrichts durch Entlastung von Lehrkräften in Notfällen

Die befragten Lehrkräfte und Schulleitungen nehmen auch positive Auswirkungen auf ihre eigene Tätigkeit wahr. Sie entwickeln ein allgemein höheres Sicherheitsgefühl an der Schule, da eine Schulgesundheitsfachkraft - Anwesenheit vorausgesetzt - in gesundheitlichen Notfällen schnell und kompetent helfen und weiterführende Entscheidungen treffen kann. Die Verhaltensunsicherheiten von hierfür nicht ausgebildeten Lehrkräften werden in diesen Situationen reduziert; ein Teil der Verantwortung für das weitere Vorgehen kann an die Schulgesundheitsfachkraft übergeben werden, die bewerten kann, ob ein Einbezug von Eltern und/oder medizinischen Diensten sinnvoll erscheint.

Darüber hinaus wird neben dem gesteigerten Sicherheitsgefühl ein zweiter Effekt in Notfällen unmittelbar wirksam: Lehrkräfte erfahren eine deutliche Entlastung zugunsten ihrer pädagogischen Kernaufgaben. Wenn die Schulgesundheitsfachkraft in Notfällen die gesundheitliche Unterstützung von Schüler*innen übernimmt, fällt diese Verantwortung der Lehrkräfte weg, während sich die Lehrkräfte vor dem Projekt zumindest anfänglich selbst um die Schüler*innen kümmern mussten. Nun können sie nach einer Übergabe an die Schulgesundheitsfachkraft wieder ihrem Unterricht nachgehen. Die Unterrichtsversorgung für die übrigen Schüler*innen bleibt also gewährleistet.

Zusätzliche Ressourcen für die pädagogische Arbeit werden weiterhin durch eine weitere zeitliche Entlastung frei, wenn Eltern mit gesundheitsbezogenen Fragen statt an die Lehrkräfte nun an die Schulgesundheitsfachkraft herantreten bzw. an sie verwiesen werden. Die Lehrkräfte profitieren aber auch selbst von dem Expertenwissen der Schulgesundheitsfachkraft, denn sie werden von ihr z. B. mit wichtigen Informationen zu Krankheitsbildern von Schüler*innen versorgt und erhalten Hinweise auf angemessene Verhaltensweisen im Umgang mit diesen Erkrankungen und den betroffenen Schüler*innen. Die Verhaltenssicherheit der Lehrkräfte wird erhöht. Eine solche Beratung oder Wissensweitergabe erfolgt nach Beobachtung der Befragten in der Mehrzahl der Fälle aufgrund individueller Nachfrage einzelner Lehrkräfte, gegebenenfalls aber (seltener) auch im Rahmen einer Information für ganze Kollegien oder interessierte bzw. betroffene Teilgruppen, z.B. im Rahmen von Lehrer- oder Fachkonferenzen.

Und schließlich wird von einigen Lehrkräften und Schulleitungsangehörigen berichtet, dass sie selbst zu eigenen gesundheitlichen Fragen die Unterstützung bzw. den Rat der Schulgesundheitsfachkraft gesucht haben. Hier zeigt sich eine weitere potenzielle Unterstützung der schulischen Leistungsfähigkeit durch die SGFK.

*3.5.2.3 Wirkung 3: Verbesserung des Lernklimas durch erhöhtes Wohlbefinden und Sicherheitsgefühl der Schüler*innen*

Ein anderer indirekter Effekt mit hoher Bedeutung für gelingende schulische Bildungsprozesse sind ein erhöhtes Sicherheitsgefühl und ein verbessertes Wohlbefinden der Schüler*innen. Dies hatten bereits in der vorhergegangenen Befragung Lehrkräfte, Eltern, und Schüler*innen übereinstimmend berichtet. Das Wohlbefinden der Schüler*innen wird nicht nur durch die gesundheitliche Unterstützung im engeren Sinn gestärkt, sondern auch durch die Funktion der SGFK als Vertrauensperson, der sie sich auch mit psychischen bzw. psychosozial bedingten Sorgen anvertrauen können. Diese Funktion wird von den Schüler*innen nach übereinstimmenden Aussagen aller Befragten mit entsprechenden Erfahrungen weiterhin an- und wahrgenommen. Sie wird als wichtiger Bestandteil der SGFK-Tätigkeit eingeschätzt und belegt gleichzeitig die hohe Akzeptanz der Schulgesundheitsfachkraft bei den Schüler*innen. Auch hier muss angemerkt werden, dass eine höhere Anwesenheitszeit der Schulgesundheitsfachkraft diesen Effekt stärkt.

3.5.2.4 Wirkung 4: Förderung von Gesundheitswissen und -kompetenzen durch Prävention / Gesundheitsförderung

Schulgesundheitsfachkräfte tragen an den Projektschulen zu Prävention und Gesundheitsförderung bei, indem sie einerseits gesundheitsbezogene Projekte und/oder Arbeitsgruppen anbieten und andererseits mit ihrem Fachwissen Lehrkräfte punktuell im regulären Unterricht zu gesundheitsrelevanten Themen unterstützen. Im Unterricht kann die Schulgesundheitsfachkraft Fachwissen einbringen, über das Lehrkräfte nur eingeschränkt verfügen. Darüber hinaus bietet der Einbezug einer externen Expertin wie der SGFK eine Unterbrechung der Unterrichtsroutine und erhöht die Aufmerksamkeit der Schüler*innen für die jeweilige Thematik. Angesichts des Expertenstatus' der SGFK werden Inhalte von den Schüler*innen auch als bedeutsamer angesehen.

Auch die Projektarbeit und das Angebot von Arbeitsgruppen mit Gesundheitsthemen führen nach Beobachtungen der Befragten zu einem vertieften Wissen der Schüler*innen, zu veränderten gesundheitsbezogenen Einstellungen, Kompetenzen und Verhaltensweisen („Health Literacy“). Die Bildungswirksamkeit der SGFK wird in diesen Tätigkeiten unmittelbar ersichtlich.

3.5.2.5 Weitere Wirkungen (erweiterter Kriterienkatalog)

Wie bereits beschrieben wurde der Fragenkatalog, der im vorhergehenden Projektzeitraum 2017/2018 zur Feststellung der Bildungswirksamkeit der Schulgesundheitsfachkräfte verwendet wurde, für die aktuelle Befragungen noch einmal erweitert. Grundlage hierfür waren die Bewertungskriterien des Schulentwicklungspreises „Gute gesunde Schule“ der Unfallkasse NRW. Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse aus diesem zusätzlichen Fragebereich dargestellt.

*Veränderung in gesundheitsbezogenem Wissen, Einstellungen, Dispositionen und Verhalten der Schüler*innen*

Eine Stärkung des gesundheitsbezogenen Wissens der Schüler*innen kann auf Grundlage der Einschätzungen aller Befragten angenommen werden. Ein Wissenszuwachs dürfte demnach bei den Schüler*innen zu verzeichnen sein, die an Präventionsaktivitäten teilgenommen haben, die ohne SGFK nicht stattgefunden hätten¹⁹. Auch Schüler*innen, die die gesundheitliche Unterstützung der SGFK in Anspruch genommen haben, können Wissenszuwächse verzeichnen, da mit der Versorgung häufig auch Aufklärungen über Krankheitssymptome, Ursachen und Risikofaktoren sowie vorbeugende, heilende oder lindernde Maßnahmen einhergehen. Inwieweit sich dieses erworbene Wissen auch positiv auf gesundheitsbezogene Einstellungen und Dispositionen auswirkt, ist nur mit Einschränkungen beantwortbar, da es sich hier um Variablen handelt, die einer direkten Beobachtung nicht zugänglich sind. Zumindest werden von den Befragten einige Beobachtungen positiv veränderten Verhaltens berichtet; diese betreffen z. B. ein verbessertes Ernährungs- und Bewegungsverhalten, das etwa aus ernährungsbezogenen Projekten oder der Anschaffung von Materialien/Geräten (z. B. bewegte Pause) resultiert.

Hat die Tätigkeit der SGFK Einfluss auf die Verankerung gesundheitsrelevanter Themen im Schulprogramm?

Eine langfristige Beteiligung der Schulgesundheitsfachkräfte an der Schulprogrammentwicklung ist bisher durch den Projektcharakter und die damit einhergehende zeitliche Befristung ihrer Tätigkeit erschwert. Eine Einbindung in diese Aktivitäten wird daher nur wenig berichtet. Stattdessen spielen die Schulgesundheitsfachkräfte im Modellprojekt bisher vor allem eine bedeutende Rolle bei der *Umsetzung* des Schulprogramms, insbesondere durch ihre Präventionsarbeit. Sie sind auch an einigen Schulen in Arbeits- und Steuerungsgruppen eingebunden, die sich mit Gesundheitsthemen bzw. -projekten befassen (z. B. Landesprogramm „Gute Gesunde Schule“).

„Sie hat [die Schule] ... bei der Umsetzung des Schulprogramms unterstützt. Aber aufgrund ihrer Anwesenheit ist das Programm nicht umgeschrieben worden. Es gibt jetzt aufgrund ihrer Anwesenheit kein überarbeitetes Schulprogramm, ... sondern es geht eben darum, wie die Punkte gefüllt werden, also mit Leben, mit Inhalt gefüllt werden.“
(Schulleitung)

Hat die Tätigkeit der SGFK zu neuen Inhalten für die Fortbildungsplanung/-durchführung der Schule geführt?

Die Schulgesundheitsfachkräfte geben den Lehrkräften anlassbezogen Informationen zu Krankheitsbildern oder zum Umgang mit Schüler*innen in kritischen Situationen (z. B. anaphylaktische Schocks). Dies findet den Angaben der Befragten zufolge mitunter in entsprechenden Gremien bzw. Konferenzen statt und erreicht dann potenziell das gesamte Kollegium; der

¹⁹ Eine quantitativ-statistische Analyse von Zuwächsen in der Gesundheitskompetenz der Schüler*innen im Modellprojekt war Gegenstand der durch die Charité durchgeführten Teilevaluation (vgl. Kap. 1). Eine entsprechende Auswertung von Daten aus dem vorhergegangenen Projektzeitraum 2017/2018 konnte einen signifikanten Anstieg der Zahl von Schüler*innen mit hoher Gesundheitskompetenz belegen (de Buhr, Ewers & Tannen, 2020).

häufigere Fall ist aber eine direkte Instruktion betroffener Lehrkräfte, die sich mit entsprechenden Fragen an die SGFK wenden.

Hat die Tätigkeit der SGFK zu Veränderungen in der Erfassung / Beurteilung der schulischen Gesundheitsqualität geführt?

Solche Veränderungen wurden nicht berichtet.

War die SGFK an einer Qualitätsprüfung, Um- bzw. Neugestaltung von Arbeitsplätzen, Lern- und Pausenumgebungen beteiligt (z. B. Raumgestaltung, Pausengestaltung usw.)?

Ob die Schulgesundheitsfachkraft Gelegenheit hatte, sich an solchen Aktivitäten zu beteiligen, ist zunächst stark von den spezifischen schulischen Gegebenheiten abhängig. Eine Qualitätsprüfung, die an den Schulen regelmäßig durchgeführt werden muss, ist die Gefährdungsbeurteilung. Der Einbezug der Schulgesundheitsfachkraft in die Gefährdungsbeurteilungen wird an den Schulen unterschiedlich gehandhabt, an einigen Schulen wird sie nicht als relevant für die Arbeit der Schulgesundheitsfachkraft angesehen, an anderen Schulen wird die SGFK in unterschiedlicher Form über die Ergebnisse informiert und manchmal wird sie beratend einbezogen, wenn es um die Realisierung von Maßnahmen geht, die sich aus der Gefährdungsbeurteilung ergeben.

„Ich wäre gar nicht auf die Idee gekommen, sie zu involvieren. Schulgesundheitsfachkraft steht hauptsächlich für die Kinder, nicht für die Lehrer. Ich habe die Gefährdungsbeurteilungen alle alleine gemacht, aber die letzte habe ich ihr zum Lesen gegeben. Und da sind wir auch auf ein paar Dinge gestoßen, wo wir beraten haben, was wir machen können. Und das war auch gut. Ich denke schon, dass die Schulgesundheitsfachkräfte zu diesen Aufgaben mit herangezogen werden können.“ (Schulleitung)

An vielen Schulen haben während der Projektlaufzeit bauliche Veränderungen unterschiedlichen Ausmaßes stattgefunden, insbesondere wenn hiervon auch der Schulhof betroffen war, konnte die Schulgesundheitsfachkraft oftmals im möglichen Rahmen Impulse für eine bewegungsfördernde Gestaltung geben. An einigen Schulen wurden Materialien und Geräte auf Initiative oder unter Beteiligung der Schulgesundheitsfachkraft angeschafft, um bewegte Pausen zu ermöglichen.

Hat die Tätigkeit der SGFK zu Veränderungen in Ernährungs-/Bewegungsangeboten der Schule geführt?

An den meisten Projektschulen war die SGFK an Maßnahmen zu einer Veränderung des Essensangebotes beteiligt. Solche Maßnahmen reichen von einem punktuell oder regelmäßig stattfindenden gesunden Frühstück (auch für Lehrkräfte!) über die Beschaffung und Installation von Wasserspendern oder Projekte/Arbeitsgruppen zu Ernährungsthemen („Schulobstprogramm“, „Apfelprojekt“) bis hin zu Veränderungen des Essensangebotes in Cafeterien/Mensen. Auch Bewegungsangebote wurden an vielen Schulen konzipiert und umgesetzt (z. B. „bewegte Pause“).

*Hat die Tätigkeit der SGFK Einfluss auf die Lehrer*innen-Gesundheit?*

Die Förderung der Lehrergesundheit ist für die Schulgesundheitsfachkräfte kein Thema mit Priorität und kommt in den Vorgaben zu ihren Tätigkeitsbereichen allenfalls indirekt vor. An den meisten Schulen greifen gegebenenfalls auch Lehrkräfte bei akut auftretenden gesundheitlichen Beschwerden oder bei Informationsbedarf zu persönlichen Gesundheitsfragen auf eine Unterstützung durch die SGFK zurück. Allgemein herrscht jedoch auch bei den befragten Lehrkräften die Ansicht vor, dass sich die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft vor allem auf die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden der Schüler*innen richten soll.

Hat die Tätigkeit der SGFK zu einer verstärkten Einbindung von Eltern in (gesundheitsförderliche) schulische Aktivitäten geführt?

Die Schulgesundheitsfachkraft ist auch für Eltern Ansprechpartnerin für Gesundheitsfragen, die sich auf die Schüler*innen beziehen. Dies wird vor allem von Eltern von chronisch bzw. vorerkrankten Schüler*innen in Anspruch genommen. Eine verstärkte Einbindung von Eltern in gesundheitsförderliche Aktivitäten der Schule wird jedoch nicht berichtet. Für 2020 ist diese Frage allerdings nur bedingt beantwortbar, da Elternbesuche an den Schulen aus Gründen des Infektionsschutzes grundsätzlich unerwünscht waren.

Hat die Tätigkeit der SGFK zu einer stärkeren Vernetzung/Zusammenarbeit mit anderen Schulen und/oder sonstigen externen Akteuren im Gesundheitsbereich geführt?

Nach Angaben der Befragten haben die Schulgesundheitsfachkräfte an den meisten Schulen zu erweiterten Netzwerken und Kontakten mit regionalen Akteuren aus dem Gesundheitsbereich (Ärzt*innen, Therapeut*innen, Anbieter*innen spezifischer Projektaktivitäten) geführt. Eine stärkere Vernetzung mit anderen Schulen zu diesen Themen wird jedoch kaum berichtet, obwohl dies nach insbesondere nach Ansicht einiger Schulleitungen sinnvoll wäre. Andere Schulleitungen sehen dagegen ihre bestehenden Netzwerke und Verbindungen, in denen auch gesundheitsbezogene Fragen zur Sprache kommen können, als ausreichend an.

Hat die Tätigkeit der SGFK die Erste-Hilfe-Situation an der Schule verbessert?

An fast allen Schulen haben Aktivitäten stattgefunden, die mit dem Thema Erste Hilfe verbunden sind, sei es in Form von Arbeitsgemeinschaften, Unterrichtsbeiträgen oder durch praktische Beiträge im Sinne von Materialbeschaffung, Kontrolle der Erste Hilfe-Ausstattung der Schulen usw.

Sind neue negative Auswirkungen der Tätigkeit der SGFK beobachtbar?

Negative Auswirkungen werden nicht berichtet. Die Befürchtung, Schüler*innen könnten sich bei Anwesenheit der Schulgesundheitsfachkraft durch erdachte oder übertriebene Zeichen für Krankheit oder Unwohlsein systematisch dem Unterricht entziehen, wurde in den früheren Befragungen oftmals thematisiert, kam in den aktuellen Befragungen aber kaum noch zur Sprache, was als Anzeichen dafür gesehen werden kann, dass sie nicht bestätigt wurde. Aus Sicht der Schulgesundheitsfachkräfte war diese Befürchtung ohnehin von Anfang an gegenstandslos (vgl. Paulus & Petzel, 2018).

3.5.3 Ein Modell zu Wirkmechanismen im Modellprojekt Schulgesundheitsfachkräfte

Der primäre Auftrag des vorliegenden Evaluationsprojekts war, bildungsrelevante Wirkungen der Tätigkeit von Schulgesundheitsfachkräften zu identifizieren. In den vorhergehenden Abschnitten ist bereits deutlich geworden, dass zahlreiche direkte und indirekte Beziehungen zwischen der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte und dem Bildungoutput ihrer Schulen bestehen. Im Abschlussbericht zur vorhergehenden Projektphase 2017/2018 haben die Verfasser auf Basis der damaligen Befunde ein Modell zur Bildungswirksamkeit der Schulgesundheitsfachkräfte entwickelt, in dem die wichtigsten identifizierten Einflussfaktoren in einer Gesamtschau dargestellt wurden. Ein Ziel war dabei, die komplexen Beziehungen der Erfolgsfaktoren zu verdeutlichen, die in einer linearen Berichtsstruktur, in der einzelne Themen nacheinander zur Sprache kommen, nur bedingt deutlich werden können. Die für die Evaluationsstudie verwendete qualitative Forschungsmethodik ermöglicht eine Theorie- bzw. Modellentwicklung aus den empirischen Befunden und eine Ableitung von Hypothesen, die in späteren Evaluationsvorhaben auf ihre Generalisierbarkeit geprüft werden können. Das in Abbildung 3.2 dargestellte Modell entspricht weitgehend den damaligen Befunden und Erläuterungen, wurde aber für den vorliegenden Bericht leicht modifiziert bzw. weiter differenziert. Es erhebt keinen Anspruch auf eine vollständige Aufnahme aller relevanten Faktoren. Angesichts der umfangreichen Datenerhebungen, die diesem Modell zugrunde liegen, und der hohen Augenscheinvalidität vieler Ergebnisse ist nach Ansicht der Verfasser aber davon auszugehen, dass die wichtigsten Einflüsse und Zusammenhänge erfasst worden und zentrale Bedingungsfaktoren für den Zusammenhang zwischen dem Agieren der Schulgesundheitsfachkräfte und möglichen späteren Bildungsergebnissen der Schüler dargestellt sind.

Der Umfang der Anwesenheit der Schulgesundheitsfachkraft an einer Schule (Anwesenheitszeit) hat sich als zentrale Einflussfaktor für die Bildungswirksamkeit der Schulgesundheitsfachkraft herausgestellt und ist gleichzeitig die wichtigste Stellschraube in diesem Modell. Je umfangreicher die Anwesenheitszeiten der SGFK sind, desto stärker ist auch ihr positiver Effekt auf den schulischen Bildungoutput. Der Idealfall ist eine ständige Anwesenheit, also eine Vollzeitstelle, unabhängig von einem Betreuungsschlüssel. Höhere Anwesenheitszeiten führen zu einer umfänglicheren gesundheitliche Unterstützung von Schüler*innen, vermehrten Möglichkeiten für fachlichen Input im Rahmen von Projekten und Unterricht sowie nicht zuletzt zu vermehrten Kommunikationsmöglichkeiten, die wiederum Voraussetzung für jegliche Kooperation mit schulinternen oder externen Akteuren sind. Gleichzeitig wird die Kommunikation wesentlich gefördert durch zwei weitere Rahmenbedingungen:

- ✓ Größe der Schule: Je höher die Schülerzahl ist, desto mehr wird die Schulgesundheitsfachkraft durch Kernaufgaben in der gesundheitliche Unterstützung von Schüler*innen beschäftigt sein, und desto weniger Ressourcen bleiben ihr für die Besprechung und Planung von Aktivitäten im Bereich Prävention/Gesundheitsförderung und alle anderen Tätigkeitsbereiche. Zusätzlich ist der Begriff Größe auch räumlich zu verstehen: Je

größer das Schulgelände ist und je mehr und größere Schulgebäude es umfasst, desto mehr wird der Austausch zwischen der Schulgesundheitsfachkraft und dem weiteren Schulpersonal eingeschränkt sein, weil es zu weniger zufälligen und informellen Kontakten kommt.

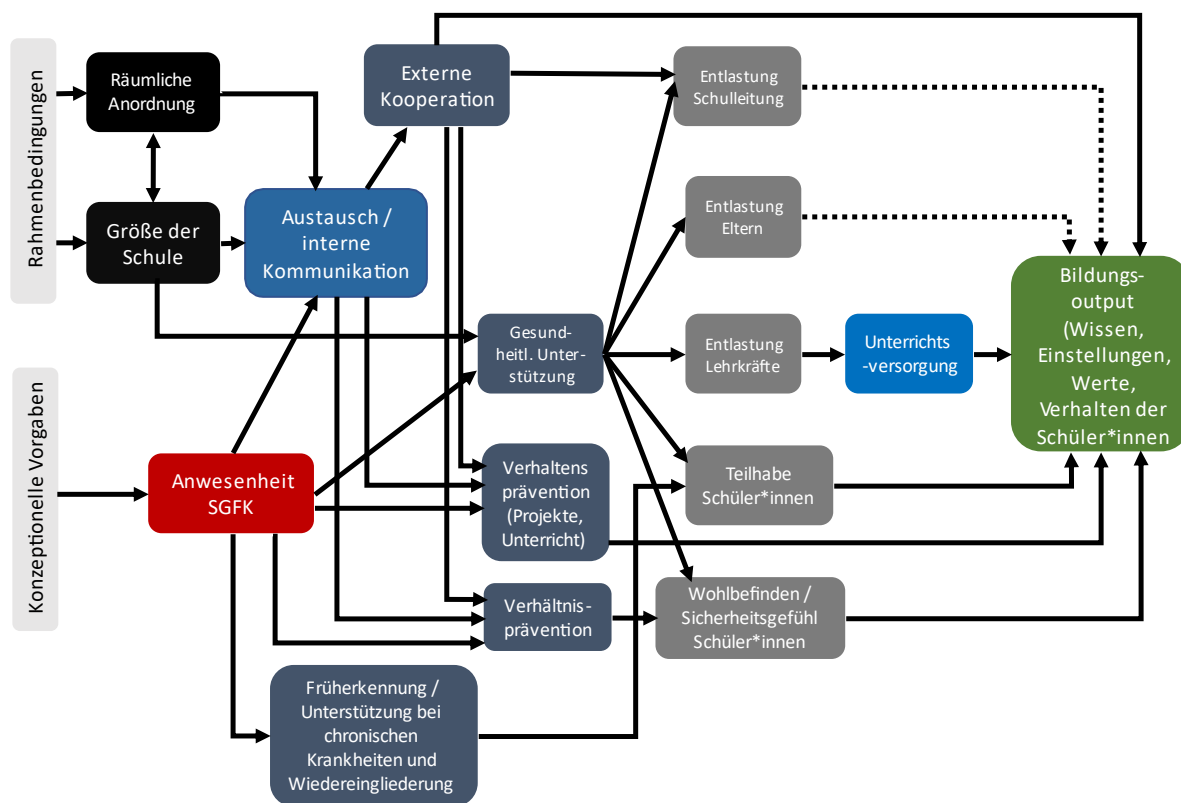


Abbildung 3.2: Wirkung der Schulgesundheitsfachkraft auf den schulischen Bildungs-output im Modellprojekt Schulgesundheitsfachkräfte (xBrandenburg)

- ✓ Lage des Arbeitsplatzes im Schulgebäude bzw. auf dem Schulgelände: Je näher der Arbeitsplatz an den Büros der Schulleitung und/oder am Lehrerzimmer liegt, desto leichter werden informelle Absprachen zwischen Schulgesundheitsfachkraft, Schulleitung, Lehrkräften und weiteren schulischen Akteuren wie Schulsozialarbeiter*innen möglich.

Die drei Faktoren Anwesenheitszeiten, räumliche Anordnung sowie Größe der Schule sollten bereits in konzeptionellen Vorgaben berücksichtigt werden, damit günstige Voraussetzungen für eine erfolgreiche Arbeit der Schulgesundheitsfachkräfte gegeben sind.

Optimale Austauschmöglichkeiten zwischen Schulleitung, Lehrkräften, Schulsozialarbeiter*innen und der Schulgesundheitsfachkraft sind deswegen von hoher Bedeutung, weil hier auch abseits von offiziellen Terminen und Gremiensitzungen Überlegungen zu Kooperationen, Unterstützungsmöglichkeiten, Projekten, Kooperationen etc. besprochen werden können.

Weiterhin können solche Gelegenheiten zur schnellen Informationsweitergabe der SGFK an die anderen Akteure genutzt werden.

Der fachliche Input, den Schulgesundheitsfachkräfte in Projekten, Arbeitsgemeinschaften oder durch eine punktuelle Unterstützung von Lehrkräften im Unterricht zu gesundheitsbezogenen Themen geben, stärkt das Wissen der Schüler*innen und beeinflusst darüber auch gesundheitsrelevante Einstellungen, Kompetenzen und Verhaltensweisen (vgl. Ajzen, Fishbein, Lohmann & Albarracin, 2019). Im Modell ist dieser Input als Verhaltensprävention (Projekte, Unterricht) gekennzeichnet und deckt gemeinsam mit dem Feld der Verhältnisprävention den Tätigkeitsbereich Gesundheitsförderung/Prävention ab. Wie in den vorhergehenden Abschnitten aber deutlich wurde, besitzt auch die gesundheitliche Unterstützung von Schüler*innen bei Krankheitsbeschwerden und Verletzungen²⁰ einen indirekten, aber vermutlich starken Einfluss auf den Bildungoutput, insbesondere indem für Schüler*innen die Teilhabe am Unterricht gestärkt wird, Lehrkräfte besser ihrem Unterricht nachgehen können und allgemein das Sicherheitsgefühl und Wohlbefinden der Schüler*innen, aber auch der anderen schulischen Akteure, gestärkt wird. Zu diesem Wohlbefinden trägt auch die Verhältnisprävention bei, z. B. indem gesündere Essensangebote realisiert werden können, das Schulgelände bewegungsfreundlich mitgestaltet wird oder Materialien für bewegte Pausen angeschafft werden.

Auch die Tätigkeitsbereiche der Früherkennung und der Unterstützung chronisch kranker Schüler*innen werden in diesem Modell zusammengefasst, da ihre Realisierung in beiden Fällen hochgradig von der Anwesenheitszeit der SGFK abhängt und ihre Wirkung ebenfalls ähnlich ist, indem beide vor allem eine verbesserte Teilhabe von Schüler*innen am Unterricht ermöglichen (aktuelle Teilhabe im Falle der Unterstützung bei chronischen Krankheiten und Wiedereingliederung, zukünftige Teilhabe im Falle der Früherkennung).

Die beschriebenen und im Modell dargestellten Mechanismen sind als modellhafte Vorstellung zu verstehen und geben zusammenfassend die zentralen Befunde der vorliegenden Evaluationsstudie wieder. Hiermit ist weder ausgesagt, dass sämtliche beschriebenen Mechanismen an allen Projektschulen wirksam geworden sind, noch dass das Modell alle wirksamen Mechanismen vollständig repräsentiert. So umfasst das Modell beispielsweise keine Wirkungen der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft auf die Gesundheit der Lehrkräfte oder sonstiger schulischer Akteure. Solche Wirkungen sind durchaus möglich; so wird z. B. an den Projektschulen nicht selten berichtet, dass Lehrkräfte ähnlich wie Schüler*innen eine gesundheitliche Unterstützung in Anspruch nehmen oder sich sonstigen gesundheitlichen Rat bei der Schulgesundheitsfachkraft einholen. Auch hier kann eine Auswirkung auf die Unterrichtsversorgung angenommen werden, denn gesündere Lehrkräfte gewährleisten eine höhere Unterrichtsqualität und weisen weniger Fehlzeiten auf (vgl. Nieskens, Rupprecht & Erbring, 2012). Das Modell beschränkt sich aber auf Wirkungen, die sich aus den Vorgaben zu den

²⁰ Die Funktion der Schulgesundheitsfachkraft als Vertrauensperson wird hier zur Vereinfachung unter den Bereich der gesundheitlichen Unterstützung von Schüler*innen subsumiert, da die beiden Bereiche faktisch deutliche Überschneidungen aufweisen.

Tätigkeitsbereichen der Schulgesundheitsfachkräfte und den Beobachtungen bzw. Einschätzungen der Interviewpartner*innen unmittelbar ableiten lassen. Inwiefern die Schulgesundheitsfachkräfte auch Aufgaben übernehmen, die über Maßnahmen für Schüler*innen hinausgehen, ist eine konzeptionelle Frage und kann von einem aus empirischen Beobachtungen hergeleiteten Modell nicht erfasst werden. Weiterhin lässt die vorliegende qualitative Studie keine Aussagen darüber zu, welche der Wirkmechanismen im Vergleich besonders bedeutsam sind und welche Bildungsoutputs am stärksten beeinflusst werden. Solche Aussagen werden nur über hierfür konzipierte standardisierte Forschungsdesigns möglich sein.

Schlussfolgerungen für eine optimale Wirkung der Schulgesundheitsfachkraft im Sinne von Bildungsoutputs können vor allem für die konzeptionellen Vorgaben gezogen werden, die die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft direkt beeinflussen. Sie entsprechen weitgehend den Empfehlungen, die bereits im Abschlussbericht zum vorhergehenden Projektzeitraum 2017/2018 gegeben wurden:

- ✓ Höhere Anwesenheitszeiten der Schulgesundheitsfachkraft stärken substantiell die Wahrscheinlichkeit, dass Bildungserfolge erzielt werden. Ideal ist eine Vollzeittätigkeit einer SGFK an einer Schule. Die Aufteilung der Arbeitszeit auf mehrere Schulen führt zu einem suboptimalen Erfolg.
- ✓ Das Kriterium der zu betreuenden Schülerzahl für die Zuweisung von Zeitressourcen der Schulgesundheitsfachkraft erschwert die Wirkungen der SGFK, da es gegebenenfalls dazu führt, dass die SGFK einer Schule nicht täglich zur Verfügung steht. Die Möglichkeit der durchgängigen Tätigkeit einer Schulgesundheitsfachkraft an einer Schule sollte aus wissenschaftlicher Sicht nicht von der Schülerzahl abhängig gemacht werden, zumal das schulische Umfeld bzw. die sozialen Hintergründe der Schülerschaft dabei völlig unberücksichtigt bleiben. Diese Faktoren haben aber einen starken Einfluss auf die schulische Bedarfslage.
- ✓ Eine höhere Schülerzahl führt zu einer stärkeren Auslastung der Schulgesundheitsfachkraft durch die gesundheitliche Unterstützung von Schüler*innen. In großen Schulen bleiben dann mitunter kaum zeitliche Ressourcen für andere Tätigkeitsbereiche übrig. Eine höhere Anwesenheitszeit der Schulgesundheitsfachkraft würde an solchen Schulen für breitere Aktivitäten sorgen, insbesondere im Bereich Prävention/Gesundheitsförderung.
- ✓ Wenn die SGFK temporär ausfällt (z.B. krankheitsbedingt), wird die Schule insbesondere im Umgang mit gesundheitlichen Beschwerden von Schüler*innen unmittelbar auf ihren früheren Zustand zurückgeworfen. Hier wären spätestens in einem zukünftigen Regelbetrieb Strukturen und Mechanismen hilfreich, die für die Schulen ersatzweise Unterstützung gewährleisten können, z.B. durch einen Pool von „Springer*innen“ mit wechselnden Einsatzorten.

- ✓ Die Schulgesundheitsfachkraft sollte idealerweise ihren Arbeitsplatz in der Nähe von Schulleitungsbüros und Lehrerzimmer haben, damit eine stetige informelle Kommunikation auch abseits von fest vereinbarten Terminen und Gremien möglich ist. Sofern an Schulen verschiedene Möglichkeiten der Verortung des Raums der Schulgesundheitsfachkraft gegeben sind, sollte diese räumliche Nähe ein wichtiges Kriterium sein.
- ✓ Eine (teil-)standardisierte Bedarfsanalyse sollte den Schulen und Schulgesundheitsfachkräften näheren Aufschluss über die Gesundheit der Schule und der Schüler*innen geben und mögliche sinnvolle Zielrichtungen ihrer Tätigkeit identifizieren helfen.

Die Verfasser sind zuversichtlich, dass die Beachtung dieser Hinweise gemeinsam mit der Realisierung der Empfehlungen aus dem „Implementationsfahrplan“ maßgeblich zu einer zukünftigen erfolgreichen Tätigkeit von Schulgesundheitsfachkräften, die nach dem Brandenburger Modell arbeiten, beiträgt.

4 Fazit und Ausblick

Die vorliegende Evaluationsstudie belegt anhand zahlreicher Beobachtungen und Bewertungen der Projektbeteiligten, dass das Modellprojekt „Schulgesundheitsfachkräfte“ im Land Brandenburg neben den direkten Effekten auf die Gesundheit der Schüler*innen auch Wirkungen auf die Bildungschancen der Schüler*innen bzw. auf den Bildungsoutput der Projektschulen entfaltet. Gesundheit gilt in der modernen Bildungsforschung als konditionales Gut, also als wichtige Voraussetzung für optimal gelingende Bildungsprozesse. Schulgesundheitsfachkräfte wirken positiv auf die Gesundheit von Schüler*innen, dies belegen schon allein die hohen Zahlen in der gesundheitlichen Unterstützung von Schüler*innen bei Krankheitsbeschwerden und Verletzungen durch die Schulgesundheitsfachkräfte. Die Effekte ihrer Tätigkeit gehen aber weit darüber hinaus: Durch diese Unterstützung wird nicht nur eine akute Problematik gelindert, sondern es wird einerseits die Teilhabe von Schüler*innen am Unterricht erhöht, andererseits wird die Unterrichtsversorgung der anderen Schüler*innen sichergestellt, deren Lehrkraft sich in diesen Momenten nicht selbst um einzelne Schüler*innen mit gesundheitlichen Problemen kümmern muss. Die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft umfasst außerdem weitere wichtige Aspekte: Sie engagiert sich im Bereich der Prävention / Gesundheitsförderung und leistet durch Projekte, Arbeitsgemeinschaften sowie durch die punktuelle Unterstützung von Lehrkräften im Unterricht zu gesundheitsrelevanten Themen auch einen direkten Beitrag zu gesundheitsbezogenem Wissen, Einstellungen und Verhaltensdispositionen der Schüler*innen. Weiterhin stärkt sie durch ihre Anwesenheit und Tätigkeit das Sicherheitsgefühl und das Wohlbefinden der Schüler*innen, auch diese Aspekte gelten als günstige Lernvoraussetzungen.

Neben diesen grundsätzlichen Wirkungen, die an allen Projektschulen berichtet werden, trägt die Schulgesundheitsfachkraft je nach schulischem Bedarf und/oder eigenen Möglichkeiten/Befugnissen noch auf anderen Wegen zur individuellen und kollektiven Teilhabe an Lernprozessen und zu günstigen schulischen Voraussetzungen für das Lernen bei, unter anderem durch eine Unterstützung chronisch kranker Schüler*innen, durch Früherkennungsmaßnahmen sowie durch Maßnahmen der Verhältnisprävention, z. B. durch Initiierung oder Unterstützung von Maßnahmen der Gestaltung und Ausstattung von Schulgebäuden und -gelände.

Die Bedenken hinsichtlich einer redundanten Überschneidung der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft mit der anderer schulischer Akteure können auf Grundlage der in den Evaluationsgesprächen geschilderten Beobachtungen der Befragten ausgeräumt werden. Die Überschneidungsbefürchtungen betreffen zum Beispiel die Funktion als Vertrauensperson für Schüler*innen, jedoch haben die Befragungen gezeigt, dass auch hier die Schulgesundheitsfachkraft die Schulsozialarbeiter*innen nicht einmal punktuell ersetzt, sondern aus Sicht der Befragten ein wichtiges zusätzliches Angebot darstellt für Schüler*innen, die mit ihren Problemlagen sonst nicht zwingend eine andere Person an der Schule konsultieren würden. So können u. a. auch psychosoziale Notlagen erkannt und bearbeitet werden, die sonst

unentdeckt geblieben wären. Dabei arbeiten an vielen Schulen die Schulgesundheitsfachkräfte und die Schulsozialarbeiter*innen mehr oder weniger eng zusammen. Schulleitungen und Lehrkräfte sehen die beiden Professionen als sich gut ergänzende Angebote – wie es auch die theoretische Analyse der Tätigkeitsfelder der Professionen ergeben hatte. Auch die weit-aus meisten befragten Schulsozialarbeiter*innen und Schulgesundheitsfachkräfte äußern sich in diesem Sinne; dabei wird eine Klärung der Aufgabenfelder und Kooperationsmöglichkeiten zu Beginn der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft von den meisten Sozialarbeiter*innen als sinnvoll erachtet. In wenigen Fällen kommt es zu nur geringer Zusammenarbeit zwischen der Schulgesundheitsfachkraft und der Schulsozialarbeiter*in; dies scheint eher individuell durch die Rolleninterpretation der Schulsozialarbeiter*in und eine geringe Interventions- bzw. Steuerungsneigung der Schulleitung verursacht, die keine Vorgaben zur Kooperation der beiden Professionen macht.

Bereits im Abschlussbericht zum vorhergehenden Projektzeitraum 2017/2018 wurde diskutiert, dass der neue Begriff „Schulgesundheitsfachkraft“ nur unter der Voraussetzung Bedeutung erlangen wird, dass sich die im Vergleich zur Schulkrankenschwester breitere Tätigkeit nicht nur in den konzeptionellen Vorgaben, sondern auch in der schulischen Realität wiederfinden lässt. Dies erscheint nicht zuletzt deswegen wichtig, weil die Schulgesundheitsfachkraft eine umfassende Weiterqualifikation und Zertifizierung durchläuft, die auch in ihrer Benennung gewürdigt werden sollte. In den aktuellen Befragungen war allerdings weiterhin festzustellen, dass der Begriff der Schulgesundheitsfachkraft an den Schulen als sperrig wahrgenommen und eher selten verwendet wird. Zahlreiche – aber nicht alle - schulischen Akteure sprechen nach wie vor von Schulkrankenschwestern und reden ihre Schulgesundheitsfachkraft oft auch dementsprechend an. Vermutlich liegt dies nicht zuletzt im realen Tätigkeitsbild der Schulgesundheitsfachkraft begründet, denn die gesundheitliche Unterstützung von Schüler*innen, die an vielen Schulen den Schwerpunkt der Arbeit der Schulgesundheitsfachkraft bildet, entspricht dem, was eine traditionelle Schulkrankenschwester erwarten lässt. Auch weitere Tätigkeitsbereiche (Früherkennung, Unterstützung chronisch kranker Schüler*innen) passen zu dieser Sichtweise. Der neben der gesundheitlichen Unterstützung von Schüler*innen zweite umfassende Tätigkeitsbereich Prävention und Gesundheitsförderung, der auch an allen Schulen als weitere wichtige Aufgabe der Schulgesundheitsfachkraft angesehen wird, sowie Aspekte wie die Netzwerkarbeit entsprechen zwar weniger der Vorstellung einer Schulkrankenschwester, beeinflussen aber die Begriffswahl im alltäglichen Sprachgebrauch kaum. Hier sollten also noch Strategien entwickelt werden, wie die Bezeichnung Schulgesundheitsfachkraft - oder eine noch zu findende alternative und gleichzeitig eingängigere Bezeichnung - stärker beworben werden kann. Dies würde dazu beitragen, die besondere Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft deutlicher zu machen.

4.1 Hindernisse für die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft

Für den zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieses Berichts bereits beschlossenen und laufenden Verlängerungszeitraum des Projekts ebenso wie für eine mögliche Überführung der

Schulgesundheitsfachkräfte in einen Regelbetrieb, aber auch für zukünftige ähnliche Projekte stellt sich abschließend die Frage, welche wesentlichen Hindernisse für eine optimale Arbeit der Schulgesundheitsfachkräfte die Befragten auf Grundlage ihrer Praxiserfahrungen sehen.

4.1.1 Hindernis: eingeschränkte Anwesenheitszeiten

Wie bereits im vorhergehenden Projektzeitraum 2017/2018 wird von den Befragten einmütig die an 18 von 20 (alten) Projektschulen zeitlich eingeschränkte Anwesenheit der Schulgesundheitsfachkraft angegeben. Dabei kristallisiert sich heraus, dass an den meisten Schulen einer täglichen Anwesenheit für einige Stunden gegenüber einer ganztägigen Anwesenheit an einzelnen Tagen der Vorzug gegeben wird.

„Das Kerngeschäft, also akute Fälle, ist einfach das, was wir nicht abfangen könnten. Wir können immer irgendwie was organisieren, selbst in puncto Prävention. Das können wir irgendwie in unserem riesigen Netzwerk und auch mit Geldern, die uns zur Verfügung stehen, managen. Aber jemanden da zu haben, während der Unterrichtszeit, Pausenzeiten etc., der wirklich die Kinder auffängt und da ist, wenn sich ein Kind verletzt hat oder es ihm übel ist, das ist das A und O. Und deshalb gibt es für mich keine Frage, ich würde immer dahin tendieren, im Zweifelsfall lieber so wie jetzt, also fünf Tage. Wir hatten das ja eine Zeitlang an drei Tagen von fünf. Das ist ein ganz großer Blödsinn. Man hatte ein permanentes Gefühl, die richtig bösen Sachen passieren natürlich genau an dem Tag, wo sie nicht da ist.“ (Schulleitung)

Die negativen Auswirkungen der eingeschränkten Präsenz auf alle vorgesehenen Tätigkeitsbereiche wurden bereits ausführlich diskutiert. Sie seien hier deswegen nur noch einmal kurz zusammengefasst; an den grundsätzlichen Einschätzungen der Befragten zu diesen Aspekten hat sich im Laufe der letzten zwei Projektjahre nichts Wesentliches geändert.

„Eine Teilzeit bedeutet immer auch eine Einschränkung dessen, was eigentlich möglich ist.“ (Schulleitung)

Die reduzierte Anwesenheit hat besondere Auswirkungen hinsichtlich der Unterstützung chronisch kranker Schüler*innen. Insbesondere bei Erkrankungen, die eine tägliche Betreuung bzw. ein ständiges Monitoring gesundheitlicher Parameter erfordern, kann eine Schulgesundheitsfachkraft keine verlässliche Unterstützung gewährleisten, wenn sie an mehreren Tagen gar nicht präsent ist.

Auch hinsichtlich der gesundheitlichen Unterstützung von Schüler*innen bei Krankheitsbeschwerden und Verletzungen stellt sich das Problem der Anwesenheitszeiten. Die Schulgesundheitsfachkräfte können keine absolute Verlässlichkeit gewährleisten. Grundsätzlich existieren zwar feste und in den Kollegien bekannte Vereinbarungen, wann die Schulgesundheitsfachkraft anwesend ist und wann nicht. Die Lehrkräfte haben jedoch in einigen Fällen berichtet, dass bei ihnen nach wie vor eine gewisse Unsicherheit bezüglich der Anwesenheitszeiten besteht, so dass im Notfall manchmal eben nicht spontan klar ist, ob die Schulgesundheitsfachkraft den Notfall „übernehmen“ kann oder nicht. Eine SGFK merkt dazu allerdings an:

„Die Schüler wissen das ganz, ganz schnell, wenn ich da bin oder nicht. Erst mal kriegen sie es mit, wenn ich früh komme. Die merken sich die Tage sehr gut, besser als die Lehrer.“ (Schulgesundheitsfachkraft)

Die reduzierten Anwesenheitszeiten aufgrund einer parallel stattfindenden Weiterqualifikation der Schulgesundheitsfachkräfte sind an den Schulen nicht mehr so ein starker Kritikpunkt wie vor noch zwei Jahren. Grund dafür ist, dass die länger im Projekt tätigen Schulgesundheitsfachkraft mittlerweile diese Qualifikationsphase abgeschlossen haben und sich die Fehlzeiten, die aus der Teilnahme an Qualifizierungsmaßnahmen resultieren, deutlich verringert haben. Hier wird an den betreffenden Schulen eine klare Verbesserung erkannt, wenngleich die Fehlzeiten, die sich z. B. aus projektinternen Treffen der SGFKs mit ihren Kolleg*innen oder zu Workshops mit dem Projektträger ergeben, weiterhin kritisch gesehen werden. Wie in früheren Befragungen zeigen die Befragten Schulleitungen und Lehrkräfte Verständnis für die Qualifizierungsmaßnahmen, regen aber gleichzeitig an, die Weiterbildungszeiten z. B. auf Termine außerhalb der schulischen Kernzeiten oder in den Ferienzeiten zu verschieben. Verwaltungs- und Dokumentationstätigkeiten schränken die real verfügbare Arbeitszeit der Schulgesundheitsfachkraft weiter ein.

Bei aller Transparenz des Betreuungsschlüssels, der der Verteilung der Arbeitszeit einer Schulgesundheitsfachkraft auf gegebenenfalls mehrere Schulen zugrunde liegt, plädieren fast alle Befragten für eine zukünftige Zuständigkeit einer Schulgesundheitsfachkraft für lediglich eine Schule. Am schwierigsten stellt sich die Situation an Schulen dar, an denen die SGFK lediglich einen Tag anwesend ist. Die meisten Tätigkeitsvorgaben erscheinen unter dieser Voraussetzung nicht umsetzbar; eine weitgehende Konzentration auf die Präventionstätigkeit scheint hier noch am sinnvollsten zu sein. Letztlich ist aber an diesen Schulen durch die geringe Anwesenheitszeit auch die Integration der SGFK in das Schulleben sehr erschwert.

4.1.2 Weitere Hindernisse

In früheren Befragungen wurden vor allem von den Schulgesundheitsfachkräften die datenschutzrechtlichen Bestimmungen als ein zweites gravierendes Hindernis für eine noch effektivere Arbeit benannt. Daran hat sich aktuell wenig geändert: Da die Schulgesundheitsfachkraft in der derzeitigen Projektkonstellation kein Mitglied des Schulpersonals ist, ist der Austausch personenbezogener Informationen mit Lehrkräften oder Schulsozialarbeiter*innen eingeschränkt. Eine konstruktive Zusammenarbeit erfordert allerdings einen möglichst ungehinderten Informationsaustausch. Eine weitere Gestaltung von Rahmenbedingungen der Arbeit der Schulgesundheitsfachkraft, die einen freieren Austausch ermöglichen, ist erwünscht.

2017/2018 wurde zudem bisweilen als Hindernis angesprochen, dass durch das Arbeitszimmer der Schulgesundheitsfachkraft insbesondere an kleineren Schulen eine bereits existierende Raumnot verstärkt wird. Dieses Thema wurde in den aktuellen Befragungen überhaupt nicht mehr angesprochen, was als Zeichen dafür gewertet werden kann, dass die Anwesenheit der Schulgesundheitsfachkraft mittlerweile als Selbstverständlichkeit angesehen und die

Inanspruchnahme eines Raums nicht mehr hinterfragt wird, und/oder dass der Zugewinn durch die Arbeit der SGFK so offensichtlich geworden ist, dass die Raumbelugung als gute Investition erscheint.

4.2 Erwartungen der Schulen an die weitere Entwicklung

Die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte konnte an den meisten Projektschulen die Erwartungen weitgehend erfüllen. Die Zufriedenheit ist an vielen Schulen im Projektzeitraum 2019/2020 tendenziell sogar gestiegen, da durch die zunehmende Integration der Schulgesundheitsfachkraft und die Routinisierung der Tätigkeit Ressourcen z. B. für eine vermehrte Arbeit im Bereich Prävention/ Gesundheitsförderung frei wurden. Hier wurde dennoch vor allem im ersten Befragungsdurchgang 2019 von einigen Schulen noch weiteres Potenzial gesehen; entsprechende Planungen und Absprachen konnten allerdings in 2020 wegen der Pandemiesituation kaum umgesetzt werden. Die Verfasser sehen aber angesichts der allgemeinen Projektentwicklung keinen Anlass für Zweifel, dass ein weiterer Ausbau der Präventionsarbeit unter normalen Umständen auch wie angezielt umgesetzt worden wäre und die Zufriedenheit an den Projektschulen weiter erhöht hätte.

An dieser Stelle ist auch noch ein kommentierender Blick auf die Wünsche der Schulen von Interesse, die abschließend im vorhergehenden Projektzeitraum 2017/2018 in Bezug auf erwünschte Weiterentwicklungen des Projekts geäußert wurden (vgl. Paulus & Petzel, 2018). Im Vordergrund stand damals das Interesse nach einer mittelfristigen Planungssicherheit für die Arbeit mit der Schulgesundheitsfachkraft, die durch die Verlängerung (nach damaligem Beschluss zunächst bis zum 31.12.2020) gewährleistet wurde.

- ✓ „*umfassendere Möglichkeiten für den Informationsaustausch zwischen Schulgesundheitsfachkraft und Lehrkräften/Schulleitung und Befugnisse der Schulgesundheitsfachkraft zur Informationsweitergabe*“: Zu dieser Fragestellung konnte in den letzten beiden Jahren aufgrund des Projektcharakters und der rechtlichen Einschränkungen durch die Tatsache, dass die Schulgesundheitsfachkraft nicht zum Schulpersonal gehören, keine wesentliche Änderung verzeichnet werden. Eine entsprechende Erleichterung der Zusammenarbeit der Schulgesundheitsfachkraft mit den anderen schulischen Akteuren wird vermutlich bei einem Übergang in den Regelbetrieb zu diskutieren und zu erreichen sein.
- ✓ „*gemeinsame langfristige Arbeit am Schulprogramm*“: Auch dieser Wunsch ist im Kern erst bei einer Verstetigung der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte erfüllbar. In der abgelaufenen zweijährigen vierten Projektphase konnten an den Projektschulen zahlreiche Aktivitäten zur *Umsetzung* des Schulprogramms weiter geplant und – soweit nicht durch die Covid-19 Pandemie beeinträchtigt – auch umgesetzt werden. Ein langfristiger Einbezug der Schulgesundheitsfachkraft in die *Gestaltung* des Schulprogramms kann aber auf Grundlage zeitlicher Befristungen nicht erfolgen.

- ✓ *„weniger Projekt- und Eventcharakter von Aktivitäten, dafür mehr Selbstverständlichkeit und Routine“*: Dieser Wunsch ist durch die erste zweijährige Verlängerung bereits in Ansätzen erfüllt worden, denn eine Routinisierung ist an vielen Schulen festzustellen. Dies gilt insbesondere an den Schulen, für die Personalkontinuität in Bezug auf die SGFK gegeben war. Gleichzeitig gilt nach wie vor, dass die Aufrechterhaltung einiger Präventionsaktivitäten von den eingebrachten Ressourcen der Schulgesundheitsfachkraft abhängig sind. Ohne Verstetigung behalten diese Aktivitäten dann Eventcharakter, da sie nicht mehr regelmäßig angeboten werden können. Etwas optimistischer können Projekte betrachtet werden, die von der SGFK rekrutiert bzw. betreut, aber von externen Akteuren durchgeführt wurden. Hier ist eine regelmäßige Wiederholung zumindest denkbar, wenn an den Schulen jemand die Pflege der entstandenen Netzwerke übernimmt.
- ✓ *„Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft in der schulinternen Lehrerfortbildung“*: Diese Aktivität der Schulgesundheitsfachkraft ist an den Schulen realisiert worden, an denen es eine entsprechende Nachfrage gab. An vielen Schulen kann eher von „informellen Fortbildungen“ gesprochen werden, indem aus spezifischem Anlass und auf Anfrage einzelne Lehrkräfte oder kleine betroffene Gruppen von der Schulgesundheitsfachkraft z. B. über bestimmte Krankheitsbilder informiert wurden. Hier kann also weitgehend von einer bedarfsgerechten Erfüllung des Wunsches gesprochen werden, wobei während der Covid-19 Pandemie größere Zusammenkünfte der Lehrerkollegien zu Fortbildungszwecken ohnehin allenfalls sehr eingeschränkt möglich waren. Ein allgemeiner Informationsbedarf im Zusammenhang mit der Covid-19 Pandemie bestand kaum.
- ✓ *„ggf. Kooperation mit dem angeschlossenen Hort bzw. Ausweitung der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft auf den Hort“*: Solche Kooperationen können nach Angabe der Befragten unter den gegebenen Projektbedingungen noch nicht abgeschlossen werden und können bei einer Verstetigung der Tätigkeit der SGFK Bestandteil entsprechender Vereinbarungen sein.
- ✓ *„Bildung und Nutzung von Netzwerken der Schulgesundheitsfachkräfte (u. a. Vernetzung mit anderen Schulgesundheitsfachkräften)“*: Unter den Schulgesundheitsfachkräften in Brandenburg bestehen abseits der gemeinsamen Treffen beim Projektträger AWO Potsdam zahlreiche informelle, aber durchaus intensive Kontakte untereinander.
- ✓ *„Weitere (pädagogisch/psychologisch orientierte) Formung des Berufsbilds der Schulgesundheitsfachkraft, weil man nicht ausschließlich mit medizinischem Wissen an Schulen arbeiten kann“*: Die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte basiert nicht nur auf einer anfänglichen Weiterbildung mit abschließender Zertifizierung, sondern wird auch tätigkeitsbegleitend von Fortbildungsmaßnahmen unterstützt, die nicht nur medizinisches Wissen umfassen.

- ✓ *„Finden/Entwickeln einer Vertretungsregelung bei Ausfall der SGFK (zumindest für Schulen des gleichen Schulträgers)“*: Eine solche Regelung besteht nach wie vor nicht, ist aber angesichts der begrenzten Ressourcen im Projekt auch kaum realisierbar und kann Gegenstand zeitlich weiterführender Überlegungen sein. Aus dem Projekt ausgeschiedene Schulgesundheitsfachkräfte konnten immerhin im weiteren Verlauf adäquat ersetzt werden.
- ✓ *„Intensivere Kooperation mit dem Gesundheitsamt, z.B. hinsichtlich Schuleingangsuntersuchungen“*: Die Zusammenarbeit mit den örtlichen Gesundheitsämtern funktioniert den Aussagen der Befragten zufolge meist gut, unterliegt aber regionalen Abhängigkeiten. Die Entwicklung dieser Zusammenarbeit und ihre Folgen für die Arbeit der SGFKs an den Schulen ist insgesamt schwierig einzuschätzen, da in 2020 aufgrund der Covid-19 Pandemie und der damit verbundenen Belastung vieler Gesundheitsämter weiterentwickelnde Vereinbarungen keine Priorität hatten. Die Unterstützung einiger Gesundheitsämter durch SGFKs während des ersten Lockdowns im Frühjahr 2020 hat die Kontakte in einigen Regionen intensiviert und vermutlich die zukünftige Zusammenarbeit gefördert. Dies wird sich aber erst nach Ende der Pandemielage sicherer einschätzen lassen.
- ✓ *„Aufklärung über Krankheiten (z. B. Diabetes) in den Schulklassen (Elternanregung)“*: Solche Aufklärungen finden an den Projektschulen statt, entweder wenn Bedarf erkannt oder geäußert wird.
- ✓ *„Schulung der Schüler*innen in Erster Hilfe (Elternanregung)“*: An zahlreichen Schulen finden Erste Hilfe-Aktivitäten statt.

4.3 Ausblick: Die Schulgesundheitsfachkraft als neuer Dienst (aktualisierte Betrachtung)

Im Abschlussbericht zum vorhergehenden Projektzeitraum 2017/2018 wurde neben der Darstellung der damaligen Befragungsergebnisse auch eine umfangreiche Diskussion von konzeptionellen Anforderungen an Schulgesundheitsfachkräfte als neu eingeführter Dienst an Schulen, der sich um Prävention/Gesundheitsförderung und die gesundheitliche Versorgung kümmert, vorgenommen. Die Grundannahme war damals und ist weiterhin, dass die Einrichtung eines solchen neuen Dienstes im Schulsystem langfristig nur sinnvoll und erfolgreich sein kann, wenn ihre Tätigkeit das Kernanliegen der Schule, also das Lernen und Lehren direkt durch fachlichen Input) oder indirekt (z. B. durch gesteigerte Unterrichtsteilhabe von Schüler*innen und/oder gesteigertes Wohlbefinden) unterstützt. Gleichzeitig sind kurz- und langfristige Handlungs- und Wirkungsdimensionen zu unterscheiden: Während die gesundheitliche Unterstützung von Schüler*innen bei Krankheitsbeschwerden und Verletzungen unmittelbare (und unmittelbar *erkennbare*) Effekte auf den Lernerfolg hat, sind Wirkungen auf den Prozessebenen des Lehrens und Lernens, der Führung und des Managements oder der Schulkultur und des Schulklimas längerfristiger Natur und meist nicht offensichtlich beobachtbar. In jedem

Fall müssen Kompetenzprofil und Qualifizierung der Schulgesundheitsfachkraft hierfür passend sein, günstige organisationale und rechtliche Rahmenbedingungen bestehen und konzeptionelle Vorgaben all diese Ebenen berücksichtigen, damit die SGFK eine Schulentwicklung unterstützen kann, in der die Gesundheit der Schüler*innen, aber auch der Lehrkräfte, des weiteren Schulpersonals, der Schule als Organisation und in physikalisch-technischer Baugestalt als konditionales Gut verstanden wird, also als wichtige Voraussetzung für gelingende Bildungsprozesse.

Ein Vergleich des Brandenburger Projektkonzepts mit anderen Konzepten zur Arbeit von Schulgesundheitsfachkräften (insbesondere „Bremer Modell“) ist auf Grundlage der vorliegenden Daten nicht möglich und erscheint vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Ansätze auch nicht sinnvoll. Eine aussagekräftige, wissenschaftlichen Qualitätskriterien genügende vergleichende Prüfung wäre nur mittels eines sehr komplexen Forschungs- bzw. Evaluationsdesigns möglich und würde exakt definierte und für beide Konzepte faire Zielkriterien erfordern. So bleibt es letztlich eine rein konzeptionelle Entscheidung, ob ein individueller Versorgungs- bzw. Pflegeanteil an der Tätigkeit erwünscht ist oder die Konzentration rein auf dem Bereich Prävention/Gesundheitsförderung liegen soll. Für das Brandenburger Modellprojekt kann jedenfalls ausgesagt werden, dass sowohl für die Schulen als auch für die Schulgesundheitsfachkräfte der Versorgungsanteil eine hohe Bedeutung hat und sehr positiv bewertet wird. Ob es sich hierbei um eine generalisierbare Erkenntnis handelt, bleibt unklar, da sich sowohl die Schulen als auch die Schulgesundheitsfachkräfte aktiv um eine Teilnahme an einem Projekt beworben haben, das diese Tätigkeitsanteile als wesentlichen konzeptionellen Bestandteil umfasst. Folgerichtig haben die Befragungen gezeigt, dass weder die Schulen noch die Schulgesundheitsfachkräfte ein alternatives Konzept ebenso attraktiv fänden.

„Wir haben natürlich ein anderes System als die Dänen. Und ich muss sagen, ich finde *unsere* Art und Weise, Schulgesundheitsfachkräfte an Schule umzusetzen, das gefällt mir besser als das andere.“ (Schulleitung)

Im Umkehrschluss kann daraus nicht gefolgert werden, dass die Schulen das Angebot einer SGFK, die sich ausschließlich um Präventionsarbeit kümmert, nicht auch gerne in Anspruch genommen und positiv bewertet hätten. Dagegen kann für die aktuell im Modellprojekt tätigen Schulgesundheitsfachkräfte eindeutig ausgesagt werden, dass diese eine ausschließliche Präventionsarbeit wenig attraktiv gefunden hätten; die pflegerische Komponente stellt für sie einen unverzichtbaren Teil ihres professionellen Selbstverständnisses dar.

4.4 Bildung und Gesundheit: Ein konzeptioneller Ausblick

Den aktuellen Modellprojekten zum Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften liegen unterschiedliche Konzepte zugrunde, die wie in Brandenburg eine Kombination von individueller gesundheitlicher Versorgung sowie Präventionsarbeit vorsehen, oder wie in Bremen den Fokus auf eine reine Präventionstätigkeit legen. Angesichts dieser unterschiedlichen Konzepte und des Diskurses um die Tätigkeitsfelder einer SGFK stellt sich auch die Frage nach zukünftigen

Perspektiven für ein Konzept eines schulgesundheitsfachlichen Dienstes, der möglichst nutzbringend in Schule und Schulentwicklung integriert ist.

Gesundheitserziehung und -bildung bzw. Prävention und Gesundheitsförderung sind im Erziehungs- und Bildungsauftrag von Schulen festgeschrieben. Die Bedeutung von Gesundheit und Gesundheitskompetenzen für die Lebensgestaltung im Allgemeinen, aber für Bildungsprozesse und -erfolge im Besonderen zeigt sich in der schulischen Qualitätsentwicklung jedoch noch unterbewertet. Dies drückt sich zum Beispiel in einer eher geringen Berücksichtigung in den Qualitätskriterien aus, die in den Bundesländern an die schulische Arbeit angelegt werden (vgl. Paulus & Petzel, in Vorb.). Aber im Unterricht und im schulischen Alltag kommt das Thema Gesundheit auch deswegen oft zu kurz, weil es in Konkurrenz zu vielen anderen Themen steht.

Aus wissenschaftlicher Sicht ist zu berücksichtigen, dass Gesundheit nicht nur als Bildungs- und Erziehungsziel, sondern als konditionales Gut in Bildungsprozessen angesehen werden muss, dass Schüler*innen also nicht nur durch Bildung Gesundheitskompetenzen („Health Literacy“) erwerben, sondern dass Gesundheit eine Voraussetzung für optimal gelingende Bildungsprozesse darstellt (Paulus & Petzel, in Vorb.). Prävention/Gesundheitsförderung sind somit faktisch auch Bildungsförderung, zu der Schulgesundheitsfachkräfte beitragen. Dabei kann das Konzept einer „Guten Gesunden Schule“, die sowohl Gesundheitsbildung betreibt als auch durch Gesundheit Bildung erleichtert (vgl. Paulus 2003; 2010), einen Rahmen für eine konzeptionelle Einordnung der Arbeit von Schulgesundheitsfachkräften bieten.

Schulgesundheitsfachkräfte können Schule zusammen mit den anderen schulischen Akteuren und in einem Netzwerk mit außerschulischen Personen bzw. Organisationen aus dem Gesundheitsbereich mit Gesundheitsinterventionen auf den Ebenen der Schüler*innen, der Lehrkräfte und der Organisation auf dem Weg zu einer Guten Gesunden Schule nachhaltig unterstützen. Eine weitergehende konzeptionelle Einbindung, die über eine Tätigkeitsbeschreibung hinausgeht, wird dabei sinnvoll sein, denn ein solcher Dienst wird im Schulsystem auch aus der Außensicht am erfolgreichsten sein, wenn er dem Kernanliegen der Institution und Organisation Schule dient, also das Lehren und Lernen in der Schule fördert. Das Modellprojekt in Brandenburg hat gezeigt, dass Schulgesundheitsfachkräfte in den Projektschulen erfolgreich arbeiten können, dabei Aufgaben übernehmen, die andere schulische Akteure nicht leisten können – oder aufgrund ihrer Qualifikation und Befugnisse weder leisten dürfen noch möchten. Die Schulgesundheitsfachkräfte haben gezeigt, dass sie einen wichtigen Beitrag zur Unterstützung der schulischen Arbeit leisten und es ist vor dem Hintergrund der vorliegenden Befunde nicht zu bezweifeln, dass sie dabei auch auf diversen direkten und indirekten Wegen Bildungswirksamkeit entfalten: das auf Grundlage der vorliegenden Informationen entwickelte Modell zur Bildungswirksamkeit von Schulgesundheitsfachkräften zeigt zahlreiche Effekte ihrer Tätigkeit auf den Bildungoutput der Schulen und bietet eine Grundlage zur gezielten Prüfung der Stärke einzelner Wirkungen. Eine Überführung der Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte vom Modellprojekt in einen Regelbetrieb erscheint vor diesem Hintergrund sinnvoll. Das letzte Wort sollen zum Abschluss die Schulen und die Schulgesundheitsfachkräfte haben:

„[Ich wünsche mir], dass die Politiker mal zu uns kommen und sich unsere Arbeit ansehen. Dass die Entscheidungsträger einfach mal hierher kommen um sich anzusehen, was wir leisten, sehen, wie wichtig es ist.“ (Schulgesundheitsfachkraft)

„Die [Schulgesundheitsfachkräfte] verstetigen ist das A und O. Ich denke, die Qualität der Schulgesundheitsfachkräfte würde noch besser werden. Wenn es wirklich die Möglichkeit gibt, an jeder Schule eine, ... und nicht bloß im Land Brandenburg. Das kommt den Kindern zugute. ... Das wünsche ich mir von ganzem Herzen.“ (Schulleitung)

„Ich mag mir nicht vorstellen, wenn es nicht verstetigt werden sollte. Welche Alternativen es dazu gäbe – da sehe ich momentan keine.“ (Schulleitung)

5 Quellenverzeichnis

- Ajzen, I., Fishbein, M., Lohmann, S. & Albarracin, D. (2019). The influence of attitudes on behavior. In D. Albarracin & Johnson, B. T. (Eds.), *The Handbook of attitudes*. Vol. 1: Basic Principles (pp. 197-256). New York: Routledge.
- AWO Bezirksverband Potsdam e.V. (o.J.). Machbarkeitsstudie zum Innovationskonzept Schulpflegekräfte an Schulen in Öffentlicher Hand im Land Brandenburg. <https://schulgesundheitsfachkraft.de/machbarkeitsstudie/> (letzter Zugriff 29.12.2020).
- AWO Bezirksverband Potsdam e.V. (2020). Ein Aufgabenprofil – zwei Bundesländer. Hessen und Brandenburg veröffentlichen gemeinsames Arbeitspapier für Schulgesundheitsfachkräfte. <https://tinyurl.com/yd2menec> (letzter Zugriff 29.12.2020).
- Brandenburgisches Schulgesetz (Gesetz über die Schulen im Land Brandenburg) vom 2. August 2002, letzte Änderung vom 18.12.2018. <https://tinyurl.com/yxf8njmp> (letzter Zugriff 14.01.2021).
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP, Hrsg.) (2018). *Berufsbild Psychologie. Psychologische Tätigkeitsfelder*. <https://www.bdp-verband.de/binaries/content/assets/beruf/berufsbild/bdp-berufsbild2018.pdf> (Zugriff am 1.11.2020)
- de Buhr, E., Ewers, M. & Tannen, A. (2020). Potentials of School Nursing for Strengthening the Health Literacy of Children, Parents and Teachers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 1-14.
- Ditton, H. (2007). Schulqualität – Modelle zwischen Konstruktion, empirischen Befunden und Implementierung. In J. van Buer & C. Wagner (Hrsg.), *Qualität von Schule. Ein kritisches Handbuch* (S. 83–92). Frankfurt a. M.: Lang.
- Gazzaniga, M., Heatherton, T. & Halpern, D. (2017). *Psychologie*. Weinheim: Beltz.
- Goldfriedrich, M. (2020): *Erziehung, Bildung und Gesundheit. Theoretische und empirische Grundlegungen zur Gesundheitspädagogik*. Paderborn: Schöningh.
- Hamburger, F. (2003). *Einführung in die Sozialpädagogik*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Internationaler Verband der Sozialarbeiter (IFSW) (o. J.). Globale Definition des Berufs der Sozialarbeiter. <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>
- John, N. & Bilz, E. (2020). *Kinder- und Jugendgesundheit in Brandenburg. Ergebnisse der HBSC-Gesundheitsstudie 2018 im Auftrag der WHO*. Lengerich: Pabst.
- Kooperationsverbund Schulsozialarbeit – In Zusammenarbeit mit Landesarbeitsgemeinschaften Schulsozialarbeit (Hrsg.) (2015). *Schulsozialarbeit – Anforderungsprofil für einen Beruf der Sozialen Arbeit* (3. Aufl.). Frankfurt: GEW

Krug, S., Finger, J.D., Lange, C., Richter, A. & Mensink, G.B.M. (2018). Soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittsergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*, 3,

Kultusministerkonferenz (KMK) (1992). Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder der Bundesrepublik Deutschland. Zur Situation der Gesundheitserziehung in der Schule. Bonn: KMK

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

Landesarbeitsgemeinschaft Sozialarbeit an Schulen in Brandenburg e.V. (2017). Gelingende Bildung braucht Soziale Arbeit. Fachliche Empfehlungen zur „Sozialarbeit an Schule“. <https://schulsozialarbeitbrandenburg.files.wordpress.com/2014/06/fachliche-empfehlungen-lag-sas-brandenburg.pdf> (letzter Zugriff am 1.11.2020)

Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg (MBSJ) (2016). Orientierungsrahmen Schulqualität. Ein Handbuch für gute Schulen im Land Brandenburg (3. überarbeitete Auflage). <https://tinyurl.com/y27yvwxw> (letzter Zugriff 14.01.2021)

Nieskens, B., Rupprecht, S. & Erbring, S. (2012). Was hält Lehrkräfte gesund? Ergebnisse der Gesundheitsforschung für Lehrkräfte und Schulen. In DAK-Gesundheit & Unfallkasse NRW (Hrsg.), *Handbuch Lehrergesundheit – Impulse für die Entwicklung guter gesunder Schulen*. Köln: Carl Link.

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

Paulus, P. (2009a). *Anschub.de – Ein Programm zur Förderung der guten gesunden Schule*. Münster: Waxmann.

Paulus, P. (2009b). Gesundheitsförderung in Kooperation von Schule, Jugendhilfe und anderen Partnern. In Sachverständigenkommission Dreizehnter Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.) *Materialien zum Dreizehnten Kinder- und Jugendbericht. Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen* (S. 537-621). München: DJI.

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

Paulus, P. & Petzel, T. (in Vorb.). "Systematische Analyse von Strukturen, Bedingungen und Akteuren für Qualitätsentwicklung/Qualitätsmanagement hinsichtlich Gesundheitsförderung und Prävention in der Lebenswelt Schule". Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA).

Paulus, P. & Petzel, T. (2018). Evaluation des Modellprojekts Schulgesundheitsfachkräfte in Brandenburg: Effekte im Bereich Bildung. <https://tinyurl.com/y3t4b6yq> (letzter Zugriff am 14.01.2021).

Rosenbrock, R. & Hartung, S. (2015). Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. <https://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i099-1.0> (letzter Zugriff am 22.02.2021).

Thamm, R., Poethko-Müller, Chr., Hüther, A. & Thamm, M. (2018). KiGGS Welle 2 – Gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen. Journal of Health Monitoring 3(3). <https://dx.doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-075> (letzter Zugriff 22.02.2021).

World Health Organization (WHO) (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (autorisierte deutsche Übersetzung). Genf: WHO. <https://tinyurl.com/y573okx9> (Letzter Zugriff am 14.01.2021).

World Health Organization (WHO) (1946). Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. New York: WHO. <https://tinyurl.com/y3dfhwpr> (Letzter Zugriff am 14.01.2021).

Wulffhorst, B. (2001). Theorie der Gesundheitspädagogik. Legitimation, Aufgabe und Funktionen von Gesundheitserziehung. Weinheim: Juventa.

Anhang 1: Interviewleitfäden

Wissenschaftliche Begleitung/Evaluation des Modellprojekts
Schulgesundheitsfachkräfte (Phase IV)
(Land Brandenburg):

Projekteffekte im Bereich Bildung

Interviewleitfäden Schulgesundheitsfachkraft (Befragung 2019 und Befragung 2020)

(Stand September 2019)

Interviewleitfaden Schulgesundheitsfachkräfte (Befragung 2019)

I Tätigkeit der SGFK

A *Rahmenbedingungen:* Ist die SGFK noch an denselben Schulen und im gleichen Umfang tätig wie zum Zeitpunkt der letzten Befragung im Sommer 2018? (Falls „neue“ SGFK: Seit wann im Projekt tätig, in welchem zeitlichen Umfang, an welchen Schulen).

Veränderungen: Hat sich die Tätigkeit der SGFK seit der letzten Befragung verändert / weiterentwickelt? Wenn ja, in welchen Bereichen und warum? Hat sich die *Einbindung* der SGFK in schulische Aktivitäten und Projekte (auch Exkursionen/Projekte, Ganztagsangebote etc.) verändert?

Schulische Wünsche: Haben sich an der Schule neue Wünsche/Ideen ergeben, wie die SGFK zusätzlich die gesundheitsbezogene Arbeit der Schulen unterstützen kann?

B *Tätigkeitsanteile:* Haben sich die Anteile der vorgesehenen Tätigkeitsbereiche an der Arbeit der SGFK seit der letzten Befragung verändert? Hat die Bedeutung / der Umfang bestimmter Bereiche zu- oder abgenommen?

(1) Gesundheitliche Versorgung

(2) Gesundheitsförderung und Prävention

(3) Früherkennung

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

(5) Ansprechpartner und Vertrauensperson für Schülerinnen und Schüler mit gesundheitlichen Auffälligkeiten

(6) Interdisziplinäre außerschulische Kooperation

C *Koordination und Entwicklung:* Trägt die SGFK zur Koordination und Weiterentwicklung schulischer Aktivitäten im Gesundheitsbereich bei? Hat die Tätigkeit der SGFK Einfluss auf Schulprogramm und Schulentwicklung? Sind durch die Tätigkeit der SGFK neue programmatische Entwicklungen, Projekte etc. angeregt worden? Welche Rolle spielt die SGFK in der Vernetzung mit anderen regionalen und überregionalen Akteuren aus dem Gesundheitsbereich? Ergeben sich Schnittstellen zu anderen schulischen gesundheitsbezogenen Projekten (z.B. Landesprogramm „Gute gesunde Schule“)?

D *Hindernisse:* Sind neue Hindernisse für die Tätigkeit der SGFK aufgetreten? Welche zusätzliche Unterstützung wäre notwendig/wünschenswert, um die Arbeit weiter zu fördern und weiterzuentwickeln?

II Abgrenzung des Tätigkeitsprofils der SGFK von anderen Professionen

- A *Professionen*: Welche anderen Personen bzw. Professionen sind aktuell an der Schule im gesundheitsbezogenen (auch psychosozialen) Bereich tätig? In welchem Umfang? Für welche Bereiche und Fragestellungen sind diese Personen offiziell zuständig?
- B *Kooperation und Abgrenzung*: Besteht zwischen der SGFK und den anderen Professionen eine Kooperation bzw. ein regelmäßiger Austausch? Ergeben sich zwischen den Professionen Überschneidungen in den Tätigkeiten und Verantwortlichkeiten? Sind Redundanzen und/oder Synergien beobachtbar? Gibt es Absprachen über Zuständigkeiten?
- C *Formale Abgrenzung*: Werden die Tätigkeitsfelder und Zuständigkeiten der verschiedenen Professionen von der Schule aktiv definiert und abgegrenzt? Falls ja, in welcher Weise, falls nein, warum nicht? Bestehen entsprechende Vorgaben vom Projektträger, sind Abgrenzungen zu anderen Professionen Inhalt der Fort- und Weiterbildung? Wird eine deutliche Abgrenzung von der SGFK als notwendig/sinnvoll angesehen? Haben Angehörige anderer Professionen Einfluss auf die Schulentwicklung?

III „Implementation“ der SGFK

- A *Implementationserfahrungen*: Welche Lehren kann man aus den Erfahrungen der SGFK in Bezug auf die Implementation einer SGFK ziehen?
- B *„Fahrplan“*: Welche Schritte sollten vor bzw. während der Implementation einer SGFK unternommen werden? Gibt es eine zwingende / empfohlene Reihenfolge, in der die Schritte unternommen werden sollten? Welche Empfehlungen würde die SGFK für Schulen aussprechen, an denen eine SGFK neu implementiert werden soll?

IV Chronisch kranke Schüler*innen

- A *Relevanz*: Gibt es an der Schule der SGFK Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen? Falls ja, wie viele ungefähr?
- B *Rolle der SGFK*: Sind darunter Schüler*innen, zu deren Betreuung die SGFK bereits direkt oder indirekt beiträgt? Falls nein, welche Hindernisse stehen dem entgegen? Kann eine SGFK grundsätzlich (unter idealen Bedingungen) zur Verbesserung der Situation chronisch kranker Schüler*innen beitragen?
- C *Entwicklung und Ausblick*: Hält die SGFK eine Ausdehnung der Betreuung von chronisch kranken Schüler*innen für möglich und sinnvoll? Welche Hindernisse sind gegeben, welche zusätzliche Unterstützung wäre ggf. notwendig? Welche Schritte sind im konkreten Einzelfall einzuleiten bzw. zu beachten, wenn die SGFK in die Betreuung chronisch kranker Schüler*innen einsteigen soll?

V Effekte (Bildungsbereich):

A *Positive Effekte:* Sind neue / erweiterte / veränderte Wirkungen der Tätigkeit der SGFK (auf Schüler*innen, Kollegium, Eltern) aufgetreten?

B *Negative Effekte:*
Sind neue *negative* Auswirkungen der Tätigkeit der SGFK beobachtbar?

VI Sonstiges und Ausblick

A *Bewertung und Motivation:* Hat sich die Gesamtbewertung des Projekts durch die SGFK verändert? Besteht Interesse an einer Fortführung der Tätigkeit?

B *Ergänzung:* Welche wichtigen Aspekte sind aus Sicht der SGFK in diesem Interview nicht / nicht ausreichend angesprochen worden?

Interviewleitfaden Schulgesundheitsfachkräfte (Befragung 2020)

I Tätigkeit der SGFK

A *Rahmenbedingungen:* Ist die SGFK noch an denselben Schulen und im gleichen Umfang tätig wie zum Zeitpunkt der letzten Befragung im Sommer 2018? (Falls „neue“ SGFK: Seit wann im Projekt tätig, in welchem zeitlichen Umfang, an welchen Schulen).

Veränderungen: Hat sich die Tätigkeit der SGFK seit der letzten Befragung verändert / weiterentwickelt? Wenn ja, in welchen Bereichen und warum? Hat sich die *Einbindung* der SGFK in schulische Aktivitäten und Projekte (auch Exkursionen/Projekte, Ganztagsangebote etc.) verändert?

Schulische Wünsche: Haben sich an der Schule neue Wünsche/Ideen ergeben, wie die SGFK zusätzlich die gesundheitsbezogene Arbeit der Schulen unterstützen kann?

B *Tätigkeitsanteile:* Haben sich die Anteile der vorgesehenen Tätigkeitsbereiche an der Arbeit der SGFK seit der letzten Befragung verändert? Hat die Bedeutung / der Umfang bestimmter Bereiche zu- oder abgenommen?

(1) Gesundheitliche Versorgung

(2) Gesundheitsförderung und Prävention

(3) Früherkennung

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

(5) Ansprechpartner und Vertrauensperson für Schülerinnen und Schüler mit gesundheitlichen Auffälligkeiten

(6) Interdisziplinäre außerschulische Kooperation

C *Koordination und Entwicklung:* Trägt die SGFK zur Koordination und Weiterentwicklung schulischer Aktivitäten im Gesundheitsbereich bei? Hat die Tätigkeit der SGFK Einfluss auf Schulprogramm und Schulentwicklung? Sind durch die Tätigkeit der SGFK neue programmatische Entwicklungen, Projekte etc. angeregt worden? Welche Rolle spielt die SGFK in der Vernetzung mit anderen regionalen und überregionalen Akteuren aus dem Gesundheitsbereich? Ergeben sich Schnittstellen zu anderen schulischen gesundheitsbezogenen Projekten (z.B. Landesprogramm „Gute gesunde Schule“)?

D *Hindernisse:* Sind neue Hindernisse für die Tätigkeit der SGFK aufgetreten? Welche zusätzliche Unterstützung wäre notwendig/wünschenswert, um die Arbeit weiter zu fördern und weiterzuentwickeln?

II **Abgrenzung des Tätigkeitsprofils der SGFK von anderen Professionen**

- A *Veränderungen:* Haben sich in der Kooperation und Abgrenzung zu anderen gesundheitsrelevanten Professionen seit der letzten Befragung Änderungen ergeben?

III **Chronisch kranke Schüler*innen**

- A *Rolle der SGFK:* Hat sich hinsichtlich der Rolle der SGFK oder des Ausmaßes der Betreuung chronisch kranker Schüler*innen seit der letzten Befragung etwas verändert?

V **Effekte (Bildungsbereich):**

- A *Positive Effekte:* Sind neue / erweiterte / veränderte Wirkungen der Tätigkeit der SGFK (auf Schüler/innen, Kollegium, Eltern) aufgetreten? Hat bei den Zielgruppen (vorrangig Schüler*innen und Lehrkräfte) eine beobachtbare Veränderung des gesundheitsbezogenen Wissens und/oder entsprechender Einstellungen stattgefunden, die ohne SGFK nicht erreicht worden wäre? Sind gegebenenfalls als Folge Verhaltensänderungen sichtbar geworden? Hat eine Veränderung der schulischen oder außerschulischen Verhältnisse als Folge der Tätigkeit der SGFK stattgefunden (z.B. regelmäßige schulische Angebote, schulische Ausstattung, Sensibilisierung von Eltern)? Welche Veränderungen hätten dauerhaft Bestand, wenn keine SGFK mehr tätig wäre?

Hat die Tätigkeit der SGFK Einfluss auf die Verankerung gesundheitsrelevanter Themen im Schulprogramm? (Sind Gesundheit und Wohlbefinden von Schüler*innen bzw. Lehrkräften im Schulprogramm als Ziele benannt?)

Hat die Tätigkeit der SGFK zu neuen Inhalten und/oder einem erhöhten Stellenwert für die Fortbildungsplanung/-durchführung der Schule?

Hat die Tätigkeit der SGFK zu Veränderungen in der Erfassung / Beurteilung der schulischen Gesundheitsqualität geführt?

War die SGFK an einer Qualitätsprüfung, Um- bzw. Neugestaltung von Arbeitsplätzen, Lern- und Pausenumgebungen beteiligt (z.B. Raumgestaltung, Pausengestaltung usw.)?

Hat die Tätigkeit der SGFK zu Veränderungen in Ernährungs-/ Bewegungsangeboten der Schule geführt?

Hat die Tätigkeit der SGFK Einfluss auf die Lehrgesundheit?

Hat die Tätigkeit der SGFK zu einer verstärkten Einbindung von Eltern in (gesundheitsförderliche) schulische Aktivitäten geführt?

Hat die Tätigkeit der SGFK zu einer stärkeren Vernetzung/Zusammenarbeit mit anderen Schulen und/oder sonstigen externen Akteuren im Gesundheitsbereich geführt?

War die SGFK an Gefährdungsbeurteilungen beteiligt?

Hat die Tätigkeit der SGFK die Erste-Hilfe-Situation an der Schule verbessert?

B *Negative Effekte:*

Sind neue *negative* Auswirkungen der Tätigkeit der SGFK beobachtbar?

***VI Sonstiges und Ausblick**

A *Bewertung und Motivation:* Hat sich die Gesamtbewertung des Projekts durch die SGFK verändert? Besteht Interesse an einer Fortführung der Tätigkeit?

B *Ergänzung:* Welche wichtigen Aspekte sind aus Sicht der SGFK in diesem Interview nicht / nicht ausreichend angesprochen worden?

Wissenschaftliche Begleitung/Evaluation des Modellprojekts
Schulgesundheitsfachkräfte (Phase IV)
(Land Brandenburg):

Projekteffekte im Bereich Bildung

**Interviewleitfäden Schulleitungen / Mentor*innen
(Befragung 2019 und 2020)**

(Stand September 2019)

Interviewleitfaden Schulleitung / Mentor*innen (Befragung 2019)

I Projekt SGFK: Allgemeines und neue Entwicklungen

- A *Veränderungen:* Welche Veränderungen haben sich für die Schule seit der letzten Befragung im Sommer 2018 ergeben? Ist noch dieselbe SGFK an der Schule tätig? Hat sich der zeitliche Umfang der Anwesenheit der SGFK verändert?

II Aktualisierung und Abgrenzung des Tätigkeitsprofils

- A *Tätigkeiten und Tätigkeitsanteile:* Hat sich die Tätigkeit der SGFK aus Schulleitungssicht seit der letzten Befragung verändert / weiterentwickelt? Wenn ja, in welchen Bereichen und warum? Hat sich die *Einbindung* der SGFK in schulische Aktivitäten (auch Exkursionen/Projekte, Ganztagsangebote etc.) verändert? Haben sich die Anteile der vorgesehenen Tätigkeitsbereiche an der Arbeit der SGFK seit der ersten Befragung verändert? Hat die Bedeutung / der Umfang bestimmter Bereiche zu- oder abgenommen?

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

- B *Koordination und Entwicklung:* Trägt die SGFK zur Koordination und Weiterentwicklung schulischer Aktivitäten im Gesundheitsbereich bei? Hat die Tätigkeit der SGFK Einfluss auf Schulprogramm und Schulentwicklung? Sind durch die Tätigkeit der SGFK neue programmatische Entwicklungen, Projekte etc. angeregt worden? Welche Rolle spielt die SGFK in der Vernetzung mit anderen regionalen und überregionalen Akteuren aus dem Gesundheitsbereich? Ergeben sich Schnittstellen zu anderen schulischen gesundheitsbezogenen Projekten (z.B. Landesprogramm „Gute gesunde Schule“)?

- C *Wünsche:* Haben sich an der Schule neue Wünsche/Ideen ergeben, wie die SGFK zusätzlich die gesundheitsbezogene Arbeit der Schulen unterstützen kann?

- D *Hindernisse:* Sind neue Hindernisse für die Tätigkeit der SGFK aufgetreten? Welche zusätzliche Unterstützung wäre notwendig/wünschenswert, um die Arbeit der SGFK weiter zu fördern und weiterzuentwickeln?

- E *Abgrenzung der Tätigkeit:* Welche anderen Personen bzw. Professionen sind aktuell an der Schule im gesundheitsbezogenen (auch psychosozialen) Bereich tätig? Wo ergeben sich Überschneidungen in den Tätigkeiten und Verantwortlichkeiten? Sind Synergien beobachtbar? Werden die Tätigkeitsfelder von der Schule aktiv definiert und abgegrenzt? Falls ja, in welcher Weise, falls nein, warum nicht? Wird eine Abgrenzung als notwendig/sinnvoll angesehen? Haben Angehörige anderer Professionen Einfluss auf die Schulentwicklung?

III „Implementation“ der SGFK

- A *Implementationserfahrungen:* Welche Lehren kann man aus den bisherigen schulischen Erfahrungen in Bezug auf die Implementation einer SGFK ziehen?
- B *„Zweitimplementation“* (falls an der Schule während der Projektlaufzeit bereits mindestens einmal eine neue SGFK ihre Tätigkeit aufgenommen hat): Was wurde in der Zweitimplementation einer SGFK anders gemacht als beim ersten Mal? Was hat die Zweitimplementation erleichtert/erschwert?
- C *„Fahrplan“:* Welche Schritte sollten vor bzw. während der Implementation einer SGFK unternommen werden? Gibt es eine zwingende / empfohlene Reihenfolge, in der die Schritte unternommen werden sollten? Welche Empfehlungen würde die Schule für andere Schulen aussprechen, an denen eine SGFK implementiert werden soll?

IV Chronisch kranke Schüler*innen

- A *Relevanz:* Gibt es an der Schule Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen? Falls ja, wie viele ungefähr?
- B *Rolle der SGFK:* Sind darunter Schüler*innen, zu deren Betreuung die SGFK bereits direkt oder indirekt beiträgt? Falls nein, welche Hindernisse stehen dem entgegen? Kann eine SGFK grundsätzlich (unter idealen Bedingungen) zur Verbesserung der Situation chronisch kranker Schüler*innen beitragen?
- C *Entwicklung und Ausblick:* Ist seitens der Schule eine Ausdehnung der Betreuung von chronisch kranken Schüler*innen geplant oder erwünscht? Welche zusätzliche Unterstützung wäre hierfür notwendig? Welche Schritte sind im konkreten Einzelfall einzuleiten bzw. zu beachten, wenn die SGFK in die Betreuung chronisch kranker Schüler*innen einsteigen soll?

V Effekte (mit Schwerpunkt auf Bildung)

- A *Positive Effekte:* Sind neue / erweiterte / veränderte Wirkungen der Tätigkeit der SGFK (auf Schüler/innen, Kollegium, Eltern) aufgetreten?
- B *Negative Effekte:*
Sind neue *negative* Auswirkungen der Tätigkeit der SGFK beobachtbar?

VI Sonstiges und Ausblick

- A *Bewertung:* Hat sich die schulische Gesamteinschätzung des Projekts verändert? Besteht weiterhin Interesse an der Tätigkeit einer SGFK? Gibt es Pläne/Informationen hinsichtlich einer Verstetigung der Tätigkeit der SGFK?
- B Welche wichtigen Aspekte sind aus Sicht der Schulleitung in diesem Interview nicht / nicht ausreichend angesprochen worden?

Interviewleitfaden Schulleitung / Mentor*innen (Befragung 2020)

I Projekt SGFK: Allgemeines und neue Entwicklungen

- A *Veränderungen:* Welche Veränderungen haben sich für die Schule seit der letzten Befragung im Herbst/Winter 2019/20 ergeben? Ist noch dieselbe SGFK an der Schule tätig? Hat sich der zeitliche Umfang der Anwesenheit der SGFK verändert?

II Aktualisierung und Abgrenzung des Tätigkeitsprofils

- A *Tätigkeiten und Tätigkeitsanteile:* Hat sich die Tätigkeit der SGFK aus Schulleitungssicht seit der letzten Befragung verändert / weiterentwickelt? Wenn ja, in welchen Bereichen und warum? Hat sich die *Einbindung* der SGFK in schulische Aktivitäten (auch Exkursionen/Projekte, Ganztagsangebote etc.) verändert? Haben sich die Anteile der vorgesehenen Tätigkeitsbereiche an der Arbeit der SGFK seit der letzten Befragung verändert? Hat die Bedeutung / der Umfang bestimmter Bereiche zu- oder abgenommen?
- (1) Gesundheitliche Versorgung
 - (2) Gesundheitsförderung und Prävention
 - (3) Früherkennung
 - (4) Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen/Behinderungen bzw. nach längerer krankheitsbedingter Abwesenheit von der Schule
 - (5) Ansprechpartner und Vertrauensperson für Schülerinnen und Schüler mit gesundheitlichen Auffälligkeiten
 - (6) Interdisziplinäre außerschulische Kooperation
- B *Koordination und Entwicklung:* Hat sich der Beitrag der SGFK zur Koordination und Weiterentwicklung schulischer Aktivitäten im Gesundheitsbereich verändert? Hat die SGFK zur weiteren Vernetzung mit anderen regionalen und überregionalen Akteuren aus dem Gesundheitsbereich beigetragen?
- C *Wünsche:* Haben sich an der Schule neue Wünsche/Ideen ergeben, wie die SGFK zusätzlich die gesundheitsbezogene Arbeit der Schulen unterstützen kann?
- D *Hindernisse:* Sind neue Hindernisse für die Tätigkeit der SGFK aufgetreten? Welche zusätzliche Unterstützung wäre notwendig/wünschenswert, um die Arbeit der SGFK weiter zu fördern und weiterzuentwickeln?
- E *Abgrenzung der Tätigkeit:* Haben sich hinsichtlich der Abgrenzung der Tätigkeit von SGFK und anderen Professionen bzw. in der Kooperation Veränderungen ergeben?

III „Implementation“ der SGFK

- A „Zweitimplementation“ (falls an der Schule seit der letzten Befragung eine neue SGFK ihre Tätigkeit aufgenommen hat): Was wurde in ihrer Implementation einer SGFK anders gemacht als beim ersten Mal? Was hat die Zweitimplementation erleichtert/erschwert?

IV Chronisch kranke Schüler*innen

- A *Rolle der SGFK*: Hat sich hinsichtlich der Rolle der SGFK oder des Ausmaßes der Betreuung chronisch kranker Schüler*innen seit der letzten Befragung etwas verändert?

V Effekte (mit Schwerpunkt auf Bildung)

- A *Positive Effekte*: Sind neue / erweiterte / veränderte Wirkungen der Tätigkeit der SGFK (auf Schüler/innen, Kollegium, Eltern) aufgetreten? Hat bei den Zielgruppen (vorrangig Schüler*innen und Lehrkräfte) eine beobachtbare Veränderung des gesundheitsbezogenen Wissens und/oder entsprechender Einstellungen stattgefunden, die ohne SGFK nicht erreicht worden wäre? Sind gegebenenfalls als Folge Verhaltensänderungen sichtbar geworden? Hat eine Veränderung der schulischen oder außerschulischen Verhältnisse als Folge der Tätigkeit der SGFK stattgefunden (z.B. regelmäßige schulische Angebote, schulische Ausstattung, Sensibilisierung von Eltern). Welche Veränderungen hätten dauerhaft Bestand, wenn keine SGFK mehr tätig wäre?

Hat die Tätigkeit der SGFK Einfluss auf die Verankerung gesundheitsrelevanter Themen im Schulprogramm? (Sind Gesundheit und Wohlbefinden von Schüler*innen bzw. Lehrkräften im Schulprogramm als Ziele benannt?)

Hat die Tätigkeit der SGFK zu neuen Inhalten und/oder einem erhöhten Stellenwert für die Fortbildungsplanung/-durchführung der Schule?

Hat die Tätigkeit der SGFK zu Veränderungen in der Erfassung / Beurteilung der schulischen Gesundheitsqualität geführt?

War die SGFK an einer Qualitätsprüfung, Um- bzw. Neugestaltung von Arbeitsplätzen, Lern- und Pausenumgebungen beteiligt (z.B. Raumgestaltung, Pausengestaltung usw.)?

Hat die Tätigkeit der SGFK zu Veränderungen in Ernährungs-/ Bewegungsangeboten der Schule geführt?

Hat die Tätigkeit der SGFK Einfluss auf die Lehrergesundheit?

Hat die Tätigkeit der SGFK zu einer verstärkten Einbindung von Eltern in (gesundheitsförderliche) schulische Aktivitäten geführt?

Hat die Tätigkeit der SGFK zu einer stärkeren Vernetzung/Zusammenarbeit mit anderen Schulen und/oder sonstigen externen Akteuren im Gesundheitsbereich geführt?

War die SGFK an Gefährdungsbeurteilungen beteiligt?

Hat die Tätigkeit der SGFK die Erste-Hilfe-Situation an der Schule verbessert?

B *Negative Effekte:*

Sind neue *negative* Auswirkungen der Tätigkeit der SGFK beobachtbar?

IV Sonstiges und Ausblick

A *Bewertung:* Hat sich die schulische Gesamteinschätzung des Projekts verändert? Besteht weiterhin Interesse an der Tätigkeit einer SGFK? Gibt es Pläne/Informationen hinsichtlich einer Verstetigung der Tätigkeit der SGFK?

B Welche wichtigen Aspekte sind aus Sicht der Schulleitung in diesem Interview nicht / nicht ausreichend angesprochen worden?

Wissenschaftliche Begleitung/Evaluation des Modellprojekts
Schulgesundheitsfachkräfte (Phase IV)
(Land Brandenburg):

Projekteffekte im Bereich Bildung

**Interviewleitfäden Lehrkräfte
(Befragung 2019 und Befragung 2020)**

(Stand September 2019)

Interviewleitfaden Lehrkräfte (Befragung 2019)

I Einleitung

Persönliche Vorstellung, Erläuterung der aktuellen Fragestellungen des Projekts, Hinweis auf Freiwilligkeit und Anonymisierung, Beantwortung offener Fragen, Erfassung Unterrichtsfächer der Lehrkräfte, Art der Zusammenarbeit mit der SGFK

II Aktualisierung Projektwahrnehmung und Abgrenzung des Tätigkeitsprofils

- A *Tätigkeiten und Tätigkeitsanteile:* Hat sich die Tätigkeit der SGFK aus Schulleitungssicht während der Projektlaufzeit verändert / weiterentwickelt? Wenn ja, in welchen Bereichen und warum? Hat sich die *Einbindung* der SGFK in schulische Aktivitäten (auch Exkursionen/Projekte, Ganztagsangebote etc.) verändert? Haben sich die Anteile der vorgesehenen Tätigkeitsbereiche an der Arbeit der SGFK verändert? Hat die Bedeutung / der Umfang bestimmter Bereiche zu- oder abgenommen?
- (1) Gesundheitliche Versorgung
 - (2) Gesundheitsförderung und Prävention
 - (3) Früherkennung
 - (4) Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen/Behinderungen bzw. nach längerer krankheitsbedingter Abwesenheit von der Schule
 - (5) Ansprechpartner und Vertrauensperson für Schülerinnen und Schüler mit gesundheitlichen Auffälligkeiten
 - (6) Interdisziplinäre außerschulische Kooperation
- B *Koordination und Entwicklung:* Trägt die SGFK zur Koordination und Weiterentwicklung schulischer Aktivitäten im Gesundheitsbereich bei? Hat die Tätigkeit der SGFK Einfluss auf Schulprogramm und Schulentwicklung? Sind durch die Tätigkeit der SGFK neue programmatische Entwicklungen, Projekte etc. angeregt worden? Welche Rolle spielt die SGFK in der Vernetzung mit anderen regionalen und überregionalen Akteuren aus dem Gesundheitsbereich? Ergeben sich Schnittstellen zu anderen schulischen gesundheitsbezogenen Projekten (z.B. Landesprogramm „Gute gesunde Schule“)?
- C *Wünsche:* Haben sich für die Lehrkräfte neue Wünsche/Ideen ergeben, wie die SGFK zusätzlich die gesundheitsbezogene Arbeit der Schulen unterstützen kann?

- D *Hindernisse:* Sind neue Hindernisse für die Tätigkeit der SGFK aufgetreten? Welche zusätzliche Unterstützung wäre notwendig/wünschenswert, um die Arbeit der SGFK weiter zu fördern und weiterzuentwickeln?
- E *Abgrenzung der Tätigkeit:* Welche anderen Personen bzw. Professionen sind aktuell an der Schule im gesundheitsbezogenen (auch psychosozialen) Bereich tätig? Wo ergeben sich Überschneidungen in den Tätigkeiten und Verantwortlichkeiten? Sind Synergien beobachtbar? Werden die Tätigkeitsfelder von der Schule aktiv definiert und abgegrenzt? Falls ja, in welcher Weise, falls nein, warum nicht? Wird eine Abgrenzung als notwendig/sinnvoll angesehen? Bei welchen Fragestellungen wenden sich die Lehrkräfte an welche Profession? Haben Angehörige anderer Professionen Einfluss auf unterrichtliche Gestaltung und/oder Inhalte? Haben Angehörige anderer Professionen Einfluss auf die Schulentwicklung?

III „Implementation“ der SGFK

- A *Implementationserfahrungen:* Welche Lehren kann man aus den bisherigen schulischen Erfahrungen in Bezug auf die Implementation einer SGFK ziehen?
- B *„Zweitimplementation“* (falls an der Schule während der Projektlaufzeit bereits mindestens einmal eine neue SGFK ihre Tätigkeit aufgenommen hat): Was wurde in der Zweitimplementation einer SGFK anders gemacht als beim ersten Mal? Was hat die Zweitimplementation erleichtert/erschwert?
- C *„Fahrplan“:* Welche Schritte sollten vor bzw. während der Implementation einer SGFK unternommen werden? Gibt es eine zwingende / empfohlene Reihenfolge, in der die Schritte unternommen werden sollten? Welche Empfehlungen würden die Lehrkräfte für andere Schulen aussprechen, an denen eine SGFK implementiert werden soll?

IV Chronisch kranke Schüler*innen

- A *Relevanz:* Gibt es an der Schule Schüler*innen mit chronischen Erkrankungen? Falls ja, wie viele ungefähr?
- B *Rolle der SGFK:* Sind darunter Schüler*innen, zu deren Betreuung die SGFK bereits direkt oder indirekt beiträgt? Falls nein, welche Hindernisse stehen dem entgegen? Kann eine SGFK grundsätzlich (unter idealen Bedingungen) zur Verbesserung der Situation chronisch kranker Schüler*innen beitragen?
- C: *Entwicklung und Ausblick:* Ist aus Sicht der Lehrkräfte eine Ausdehnung der Betreuung von chronisch kranken Schüler*innen wünschenswert? Welche zusätzliche Unterstützung wäre hierfür notwendig? Welche Schritte sind im konkreten Einzelfall einzuleiten bzw. zu beachten, wenn die SGFK in die Betreuung chronisch kranker Schüler*innen einsteigen soll?

V Effekte (bildungsbezogen)

A *Positive Effekte:* Sind neue / erweiterte / veränderte Wirkungen der Tätigkeit der SGFK (auf Schüler*innen, Kollegium, Eltern) aufgetreten?

B *Negative Effekte:*
Sind neue *negative* Auswirkungen der Tätigkeit der SGFK beobachtbar?

VI Sonstiges und Ausblick

Welche wichtigen Aspekte ihrer Arbeit sind aus Sicht der Lehrkräfte in diesem Interview nicht / nicht ausreichend angesprochen worden?

Interviewleitfaden Lehrkräfte (Befragung 2020)

I Einleitung

Persönliche Vorstellung, Erläuterung der aktuellen Fragestellungen des Projekts, Hinweis auf Freiwilligkeit und Anonymisierung, Beantwortung offener Fragen, Erfassung Unterrichtsfächer der Lehrkräfte, Art der Zusammenarbeit mit der SGFK? Welche allgemeinen Veränderungen haben sich seit der letzten Befragung im Herbst/Winter 2019/20 ergeben?

II Aktualisierung und Abgrenzung des Tätigkeitsprofils

- A *Tätigkeiten und Tätigkeitsanteile:* Hat sich die Tätigkeit der SGFK nach Wahrnehmung der Lehrkräfte seit der letzten Befragung verändert / weiterentwickelt? Wenn ja, in welchen Bereichen und warum? Hat sich die *Einbindung* der SGFK in schulische Aktivitäten (auch Exkursionen/Projekte, Ganztagsangebote etc.) verändert? Haben sich die Anteile der vorgesehenen Tätigkeitsbereiche an der Arbeit der SGFK seit der letzten Befragung verändert? Hat die Bedeutung / der Umfang bestimmter Bereiche zu- oder abgenommen?
- (1) Gesundheitliche Versorgung
 - (2) Gesundheitsförderung und Prävention
 - (3) Früherkennung
 - (4) Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen/Behinderungen bzw. nach längerer krankheitsbedingter Abwesenheit von der Schule
 - (5) Ansprechpartner und Vertrauensperson für Schülerinnen und Schüler mit gesundheitlichen Auffälligkeiten
 - (6) Interdisziplinäre außerschulische Kooperation
- B *Koordination und Entwicklung:* Hat sich der Beitrag der SGFK zur Koordination und Weiterentwicklung schulischer Aktivitäten im Gesundheitsbereich verändert? Hat die SGFK zur weiteren Vernetzung mit anderen regionalen und überregionalen Akteuren aus dem Gesundheitsbereich beigetragen?
- C *Wünsche:* Haben sich bei den Lehrkräften neue Wünsche/Ideen ergeben, wie die SGFK zusätzlich die gesundheitsbezogene Arbeit der Schulen unterstützen kann?
- D *Hindernisse:* Sind neue Hindernisse für die Tätigkeit der SGFK aufgetreten? Welche zusätzliche Unterstützung wäre notwendig/wünschenswert, um die Arbeit der SGFK weiter zu fördern und weiterzuentwickeln?

- E *Abgrenzung der Tätigkeit:* Haben sich hinsichtlich der Abgrenzung der Tätigkeit von SGFK und anderen Professionen bzw. in der Kooperation Veränderungen ergeben?

III Chronisch kranke Schüler*innen

- A *Rolle der SGFK:* Hat sich hinsichtlich der Rolle der SGFK oder des Ausmaßes der Betreuung chronisch kranker Schüler*innen seit der letzten Befragung etwas verändert?

IV Effekte (mit Schwerpunkt auf Bildung)

- A *Positive Effekte:* Sind neue / erweiterte / veränderte Wirkungen der Tätigkeit der SGFK (auf Schüler/innen, Kollegium, Eltern) aufgetreten? Hat bei den Zielgruppen (vorrangig Schüler*innen und Lehrkräfte) eine beobachtbare Veränderung des gesundheitsbezogenen Wissens und/oder entsprechender Einstellungen stattgefunden, die ohne SGFK nicht erreicht worden wäre? Sind gegebenenfalls als Folge Verhaltensänderungen sichtbar geworden? Hat eine Veränderung der schulischen oder außerschulischen Verhältnisse als Folge der Tätigkeit der SGFK stattgefunden (z.B. regelmäßige schulische Angebote, schulische Ausstattung, Sensibilisierung von Eltern). Welche Veränderungen hätten dauerhaft Bestand, wenn keine SGFK mehr tätig wäre?

Hat die Tätigkeit der SGFK Einfluss auf die Verankerung gesundheitsrelevanter Themen im Schulprogramm? (Sind Gesundheit und Wohlbefinden von Schüler*innen bzw. Lehrkräften im Schulprogramm als Ziele benannt?)

Hat die Tätigkeit der SGFK zu neuen Inhalten und/oder einem erhöhten Stellenwert für die Fortbildungsplanung/-durchführung der Schule geführt?

Hat die Tätigkeit der SGFK zu Veränderungen in der Erfassung / Beurteilung der schulischen Gesundheitsqualität geführt?

War die SGFK an einer Qualitätsprüfung, Um- bzw. Neugestaltung von Arbeitsplätzen, Lern- und Pausenumgebungen beteiligt (z.B. Raumgestaltung, Pausengestaltung usw.)?

Hat die Tätigkeit der SGFK zu Veränderungen in Ernährungs-/ Bewegungsangeboten der Schule geführt?

Hat die Tätigkeit der SGFK Einfluss auf die Lehrgesundheit?

Hat die Tätigkeit der SGFK zu einer verstärkten Einbindung von Eltern in (gesundheitsförderliche) schulische Aktivitäten geführt?

Hat die Tätigkeit der SGFK zu einer stärkeren Vernetzung/Zusammenarbeit mit anderen Schulen und/oder sonstigen externen Akteuren im Gesundheitsbereich geführt?

War die SGFK an Gefährdungsbeurteilungen beteiligt?

Hat die Tätigkeit der SGFK die Erste-Hilfe-Situation an der Schule verbessert?

B *Negative Effekte:*

Sind neue *negative* Auswirkungen der Tätigkeit der SGFK beobachtbar?

V Sonstiges und Ausblick

Welche wichtigen Aspekte sind aus Sicht der Lehrkräfte in diesem Interview nicht / nicht ausreichend angesprochen worden?

Wissenschaftliche Begleitung/Evaluation des Modellprojekts
Schulgesundheitsfachkräfte (Phase IV)
(Land Brandenburg):

Projekteffekte im Bereich Bildung

Interviewleitfaden
„Gesundheitsbezogene Professionen“
(Befragung 2019)

(Stand September 2019)

Interviewleitfaden „Gesundheitsbezogene Professionen“ (Befragung 2019)

I Beschreibung der Profession / Person

- A *Profession:* Welche Ausbildung ist vorhanden, wie ist offiziell die Tätigkeitsbezeichnung an der Schule? Wer ist Arbeitgeber der Gesprächspartnerin (GP)? Seit wann und in welchem zeitlichen Umfang ist die GP an der Schule tätig?
- Tätigkeit:* Was genau umfasst die Tätigkeit der GP an der Schule? Ergeben sich Überschneidungen mit der Tätigkeit einer SGFK? Bei welchen Fragestellungen wenden sich die Lehrkräfte an welche Profession? Hat die GP Einfluss auf unterrichtliche Gestaltung und/oder Inhalte? Gibt es den Wunsch oder die Möglichkeit, an der Schulentwicklung mitzuwirken?
- B *Kooperation und Abgrenzung:* Besteht zwischen der GP und der SGFK eine Kooperation bzw. ein regelmäßiger Austausch? Ergeben sich zwischen den Professionen Überschneidungen in den Tätigkeiten und Verantwortlichkeiten? Sind Redundanzen und/oder Synergien beobachtbar? Gibt es Absprachen über Zuständigkeiten? Besteht ein Wunsch nach einer intensivierten Zusammenarbeit?
- C *Formale Abgrenzung:* Werden die Tätigkeitsfelder und Zuständigkeiten der verschiedenen Professionen von der Schule aktiv definiert und abgegrenzt? Falls ja, in welcher Weise, falls nein, warum nicht? Bestehen entsprechende Vorgaben vom Projektträger, sind Abgrenzungen zu anderen Professionen Inhalt der Fort- und Weiterbildung? Wird eine deutliche Abgrenzung von der SGFK als notwendig/sinnvoll angesehen?
- D *Bewertung SGFK:* Wie wird insgesamt die Tätigkeit einer SGFK hinsichtlich ihres Wertes für die Schule beurteilt?
- E *Ergänzung:* Welche wichtigen Aspekte sind aus Sicht der GP in diesem Interview nicht / nicht ausreichend angesprochen worden?

Anhang 2: Neues Aufgabenprofil Schulgesundheitsfachkräfte

Arbeitspapier

Gemeinsames Aufgabenprofil von Schulgesundheitsfachkräften im Rahmen des Modellprojektes in den Bundesländern Brandenburg und Hessen

Stand: 30.09.2020

Präambel

Das Arbeitspapier soll die zahlreichen Aktivitäten anderer Bundesländer, ebenfalls Schulgesundheitsfachkräfte einzustellen oder Projekte dazu vorzubereiten, unterstützen. Ziel ist es, Orientierung und Unterstützung bei der Erarbeitung eines Aufgabenprofils für die neue Berufsgruppe zu geben.

Schulgesundheitsfachkräfte werden an öffentlichen Schulen in den Bundesländern Brandenburg und Hessen an öffentlichen Schulen seit 2016 eingesetzt und wissenschaftlich begleitet. In Hessen erfolgte ab 2020 die Übernahme der Schulgesundheitsfachkräfte in eine Regelfinanzierung. Im Land Brandenburg hat der Einsatz der Schulgesundheitsfachkräfte bis zum 31.12.2020 Modellcharakter.

Die Erfahrungen aus fast vier Jahren Modellprojekt haben gezeigt, dass ein klares Aufgabenprofil wichtig ist, für die Beteiligten Rechts- und Handlungssicherheit zu bieten, aber auch um allgemeingültige Standards für die Tätigkeit von Schulgesundheitsfachkräften entwickeln zu können. Dies zeigen auch die umfassenden Evaluationen und die Befragungen der Akteure in den Modellregionen - Eltern, Schüler*innen, Lehrkräfte sowie die Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsämter und Kommunen.

Die Fachkräfte sind vor allem bei Verletzungen oder Erkrankungen der Kinder und Jugendlichen in der Schule schnell zur Stelle. Sie beraten in Gesundheitsfragen von der richtigen Ernährung bis zu ausreichender Bewegung, führen gesundheitsbezogene Projekte durch, unterstützen die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste der Kommunen und betreuen chronisch kranke Kinder in den Schulen. Besondere Beachtung finden hierbei viele Kinder aus Familien, die auf Grund ihrer sozialen oder finanziellen Lage in Schwierigkeiten sind. Die Schulgesundheitsfachkräfte sind zudem in die Erarbeitung und Durchsetzung von Hygieneplänen und –maßnahmen an den Schulen eingebunden.

Die Tätigkeiten und Aufgabenbereiche der Schulgesundheitsfachkräfte wurden zum einen aus der 2. überarbeiteten Auflage des Curriculums zur Weiterbildung für examinierte Gesundheits- und Kinder-/ Krankenpflegekräfte zu Schulgesundheitsfachkräften des AWO Bezirksverbandes Potsdam e.V. entwickelt. Zum anderen hat das Hessische Kultusministerium zur Beschäftigung von Schulgesundheitsfachkräften eine Richtlinie vom 01.01.2017 in Kraft gesetzt, welche auch die Aufgaben der Schulgesundheitsfachkräfte enthält. Diese beiden Dokumente sind Grundlagen für das vorliegende Arbeitspapier der Bundesländer Hessen und Brandenburg. Die Tätigkeiten und Aufgabenbereiche sind klar abzugrenzen von den Aufgaben anderer Professionen, wie der Schulsozialarbeit, der Schulpsychologie oder von den Aufgaben des sonderpädagogischen Personals und den Einzelfallhelferinnen und -helfern. Schulgesundheitsfachkräfte ergänzen die multiprofessionellen Teams in den Schulen um den Bereich Gesundheit.

Im Bundesland Brandenburg ist der AWO Bezirksverband Potsdam e.V. Projektträger, Projektpartner sind das Brandenburger Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz (MSGIF), das Ministerium für Bildung, Jugend und Sport (MBS), die AOK Nordost – Die Gesundheitskasse und die Unfallkasse Brandenburg.

Im Bundesland Hessen sind die Schulämter Anstellungsträger der Schulgesundheitsfachkräfte.

Arbeitspapier

Gemeinsames Aufgabenprofil von Schulgesundheitsfachkräften im Rahmen des Modellprojektes in den Bundesländern Brandenburg und Hessen

Stand: 30.09.2020

Aufgabenbereiche	Aufgaben
Gesundheitliche Unterstützung	Erste-Hilfe ¹ bei u.a. <ul style="list-style-type: none"> - Prellungen und Verstauchungen - Knochenbrüchen und Verrenkungen - Verbrennungen und Verbrühungen - Wunden - Gehirnerschütterung - Zahnverletzungen - Augenverletzungen - Einatmen/Schlucken von Fremdkörpern - Insektenstiche und Zeckenentfernung - Atemstörungen - Vergiftungen/Verätzungen - Bewusstlosigkeit/Krampfanfällen Bei Bedarf Verständigung des Rettungsdienstes
	Vitalzeichenkontrolle <ul style="list-style-type: none"> - Puls - Atemfrequenz - Blutdruck nach EW der Eltern - Unterstützung bei der Blutzuckermessung² - Temperatur³ nach Einwilligung der Eltern - SPO2 (Sauerstoffsättigung)
	Ansprechpartner*in 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

¹ Die Empfehlungen der DGUV „Erste Hilfe bei Kindern“ bilden die Handlungsgrundlage für die Praxis von Schulgesundheitsfachkräften. Angesichts der Berufsaus- und Weiterbildung von Schulgesundheitsfachkräften bedarf eine Anpassung bzw. Erweiterung des Vorgehens einer juristischen Klärung.

^{2,3,4} Klärung, Differenzierung notwendig

Arbeitspapier

Gemeinsames Aufgabenprofil von Schulgesundheitsfachkräften im Rahmen des Modellprojektes in den Bundesländern Brandenburg und Hessen

Stand: 30.09.2020

Aufgabenbereiche	Aufgaben
Beratung	Individuelle Beratung von Kindern, Jugendlichen und Eltern zu gesundheitsbezogenen Themen, wie z.B. Hygiene, Bewegung und Ernährung
	Beratung der Schulleitung und des Kollegiums zu einzelnen Schülerinnen und Schülern sowie zur Planung und Umsetzung von Maßnahmen
	Erstberatung zu Themen wie Gewichtsproblemen, Sucht, Ritzen, Stress und Unterstützung in Krisensituationen, ggf. Weitervermittlung
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
	Anzeige der meldepflichtigen Infektionen an das Gesundheitsamt nach § 8 Abs. 1 des Infektionsschutzgesetzes, sofern durch die Schulleitung dazu beauftragt
Gesundheitsförderung/Prävention	<p>Expert*in bei der Entwicklung einer gesundheitsfördernden Schulkultur:</p> <p>Initiierung und Mitarbeit bei der Entwicklung der „gesundheitsfördernde Schule“, z.B.:</p> <p>Herkunft von Nahrung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Streuobstwiese - Bienenstock - Schulgarten <p>Schulverpflegung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zertifizierte Mensa - Entwicklung in Richtung gesündere Ernährung im Schulkiosk wie auch in der Schulmensa <p>Raumklima</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luftqualität - Lärm - CO2-Gehalt in Klassenräumen <p>Bewegte Pause / Pausenentspannung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tägliche Bewegungszeit - Bewegungsfördernde Schulhofgestaltung - Bewegungsfördernde Schulhofgestaltung

Arbeitspapier

Gemeinsames Aufgabenprofil von Schulgesundheitsfachkräften im Rahmen des Modellprojektes in den Bundesländern Brandenburg und Hessen

Stand: 30.09.2020

Aufgabenbereiche	Aufgaben
Gesundheitsförderung/Prävention	Mitwirkung bei der Entwicklung und Fortschreibung eines Schulkonzepts „Gesundheit“
	Umsetzung von Bedarfserhebungen, Befragungen ggfs. in Zusammenarbeit mit Schulpersonal, Schüler*innen, externer Unterstützung/Begleitung durch Universitäten, ÖGD, Hilfsorganisationen etc. (nicht in Brandenburg)
	Mitarbeit in dem Arbeitskreis Gesundheit (gilt nicht in Brandenburg)
	Unterstützung des Unterrichts in Verantwortung einer Lehrkraft
	Initiierung, Gestaltung und Umsetzung von Projekten und langfristigen Programmen
	Durchführung von AGs (z.B. Erste Hilfe, Gesundheit), Aufbau und Betreuung eines Schulsanitätsdienstes ab Klasse 7
	Unterstützung des Gesundheitsamts bei der Organisation von Projekten und Mitwirkung bei Durchführung von Maßnahmen der Schulgesundheitspflege in Absprache mit der Schulleitung
Unterstützung Schüler/innen chronisch Kranker, behinderter und Schüler/innen nach längerer Abwesenheit	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, pädagogischem Fachpersonal
	<ul style="list-style-type: none"> - Hilfestellung u.a. bei Allergien - Hauterkrankungen - Asthma (z.B. Atemtechniken) - Epilepsie - Diabetes mellitus
Ansprech- und Vertrauensperson für Schüler/innen mit gesundheitlichen Auffälligkeiten	Vermittlung frühzeitiger Hilfen, Lotsenfunktion
	Meldung bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch/Misshandlung/ Vernachlässigung auf Basis der landesspezifischer Regelung
	Ansprechpartner*in für alle an der Schule

Arbeitspapier

Gemeinsames Aufgabenprofil von Schulgesundheitsfachkräften im Rahmen des Modellprojektes in den Bundesländern Brandenburg und Hessen

Stand: 30.09.2020

Hinweis:

Aufgabenbereiche	Aufgaben
Interdisziplinäre inner- und außerschulische Zusammenarbeit/ Lotsenfunktion	Kooperation mit verschiedenen Institutionen wie z.B. Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Zahnärztlicher Dienst, Schulsozialarbeiter/in, Schulpsycholog/in, Therapeut/in, Haus-/Fachärzte, Nachmittagsbetreuung, Teilnahme an Jahrgangskonferenzen sowie Gesamtkonferenzen und Arbeitsgruppen, Mitarbeit in schulinternen Gremien wie z.B. AG Kindeswohl, Krisenteam, AG-Schulabsentismus, Arbeitsschutz, Gesundheitsförderung für Schulpersonal, Begleitung schulinterner Veranstaltungen.
Netzwerke	Erstellung eines schulspezifischen Netzwerkhandbuchs (Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, zahnärztlicher Dienst, lokale Sozial- und Jugendhilfen und verantwortliche Betreuung dieses Netzwerks), Vernetzung mit anderen Schulgesundheitsfachkräften und den unterstützenden Institutionen.
Administrative und sonstige Tätigkeiten	Materialbestellung und -verwaltung, Telefonate, Terminvereinbarungen, Gremienarbeit, Dokumentation, Büroorganisation, Reinigungs- und Desinfektionsarbeiten, Vorstellung beim Elternabend, Einholen der Einwilligungserklärungen (Datenschutz, med. Hilfsmaßnahmen, und Unterstützung), Teilnahme an regelmäßigen Fortbildungen.

Um Dopplungen zu vermeiden, wird darauf verzichtet, bereichsübergreifende Tätigkeiten in jedem einzelnen Aufgabenfeld aufzulisten.