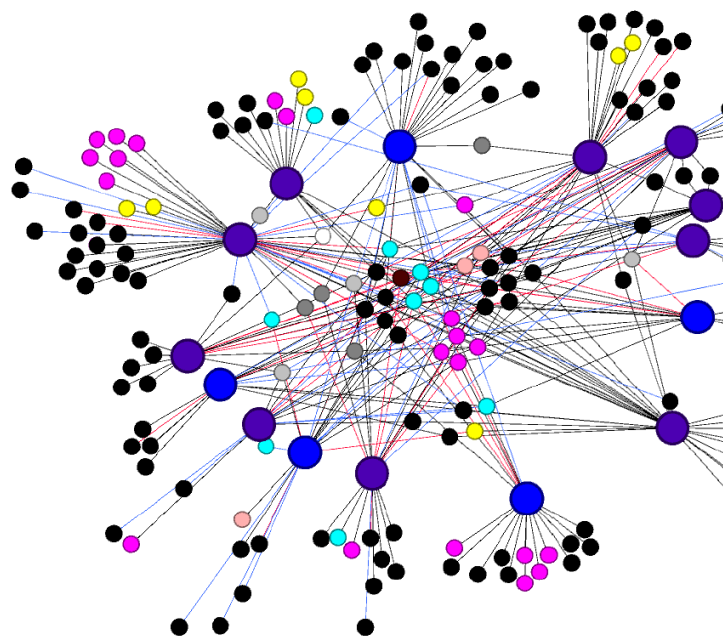


Schulgesundheitsfachkräfte (SGFK) an öffentlichen Schulen im Land Brandenburg- eine wirksame Ressource für die Schülergesundheit

Analysen der Tätigkeiten und der Vernetzung



Dr. Johann Böhm, Dr. Gabriele Ellsäßer (Hrsg.)

Delmenhorster Institut für Gesundheitsförderung (DIG)
Delmenhorst, Februar 2021

Bericht im Auftrag der AWO Bezirksverband Potsdam e.V.

Impressum

Dr. Johann Böhmnn, Dr. Gabriele Ellsäßer (Hrsg.)
Delmenhorster Institut für Gesundheitsförderung (DIG)
c/o Gesundheit im Kindesalter e.V. (GiK)
Weberstraße 6
27753 Delmenhorst

ISBN 978-3-00-068287-2

Zitierweise:

Böhmnn J, Ellsäßer G (Hrsg.). Schulgesundheitsfachkräfte (SGFK) an öffentlichen Schulen im Land Brandenburg - eine wirksame Ressource für die Schülersgesundheit. Analysen der Tätigkeiten und der Vernetzung. Delmenhorster Institut für Gesundheitsförderung (DIG), Delmenhorst 2021

Der Bericht im Auftrag der AWO Bezirksverband Potsdam e.V.

Delmenhorst, Februar 2021

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	1
Teil I: SGFK an öffentlichen Schulen im Land Brandenburg - eine wirksame Ressource für die Schülersgesundheit. Analyse der Tätigkeiten	3
1. Einführung	3
2. Ziel der Studie	3
3. Methodik	4
4. Ergebnisse	6
4.1 Kontakte der SGFK nach Zielgruppen	6
4.2 Gesundheitliche Inanspruchnahme der SGFK durch Schüler*innen	7
4.3 Gesundheitliche Bedarfe	8
4.4 Gesundheitliche Maßnahmen	11
4.5 Die SGFK vermittelt in das medizinische Versorgungssystem und ist in Notfällen präsent	13
4.6 Die SGFK fördert bzw. sichert die Teilhabe am Unterricht	14
4.7 Differenzierte Analyse des Unfallgeschehens	15
5. Gesundheitsförderung und Prävention bilden die zweite Säule der schulischen Aktivitäten	16
5.1 Die Rolle der SGFK im System Schule	17
5.2 Vernetzung der SGFK in der Region	19
6. Bedeutung und Rolle der Dokumentation für den Erfolg des Projektes - Ausblick	20
7. Schlussfolgerungen	21
8. Anhänge Tabellen und Abbildungen	23
Anhang 1	23
Anhang 2	24
Anhang 3	24
Anhang 4	25
Anhang 5	26
Teil II: SGFK an öffentlichen Schulen im Land Brandenburg - eine wirksame Ressource für die Schülersgesundheit. Analyse der Vernetzung	28
1. Fragestellung und Einleitung	28
2. Vorgehen	30
2.1 Einführung und Gesamtstichprobe	30
2.2 Analyse der Netzwerkkarten der SGFK	31
2.3 Interviews mit den SGFK	31
2.4 Interviews mit den Ärzten und Ärztinnen des KJGD	31
2.5 Analyse der Regionalen Arbeitskreise	31
3. Vorhandene Netzwerkdarstellungen (Netzwerkkarten) der SGFK	32
3.1 Einführung	32
3.2 Methodik	32
3.3 Ergebnisse	32
4. Interviews mit den SGFK	36
4.1 Einführung	36

4.2 Methodik	37
4.2 Fragestellungen und Ergebnisse	40
4.3 Fazit	47
5. Interviews mit Mitarbeiter*innen des Kinder- undJugendgesundheitsdienstes (KJGD) in den Gesundheitsämtern der Landkreise und kreisfreien Städte	50
5.1 Einführung	50
5.2 Methodik	50
5.3 Ergebnisse.....	52
5.4 Fazit	56
6. Regionale Arbeitskreise	57
6.1 Einführung	57
6.2 Methodik	59
6.3 Ergebnisse: Teilnahme an Arbeitskreisen	59
6.4 Ergebnisse: Themen der Arbeitskreise.....	64
6.4 Fazit	68
7. Zusammenfassung	69
8. Diskussion	72
Danksagung	74
9. Literaturverzeichnis	76

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1 Themen der Präventionsaktivitäten nach den häufigsten Nennungen.....	17
Tabelle 2 Fragenkatalog für Interviews mit SGFK	38
Tabelle 3 Spontane Nennungen "Wichtige Partner"	42
Tabelle 4 Nennungen „weiterer Partner" im Verlauf	43
Tabelle 5 Fragenkatalog an die Ärzte und Ärztinnen des KJGD	51
Tabelle 6 Orte und Daten der regionalen Arbeitskreise	59
Tabelle 7 Beteiligte Akteur*innen an regionalen Arbeitstreffen (n = 34)	61
Tabelle 8 Teilnahme an regionalen Arbeitskreisen (n = 34) aus dem Gesundheitsbereich	61
Tabelle 9 : Summe der Teilnehmer an 34 Sitzungen nach unterschiedlichen Bereichen.....	62
Tabelle 10 Teilnahme von Ärztinnen und Ärzten bzw. Vertreter*innen des ÖGD nach Modellregion ..	62
Tabelle 11 Themengruppen in 64 Protokollen	64
Tabelle 12 Durchgeführte Projekte	65
Tabelle 13 Geplante Projekte	66
Tabelle 14 Themen aus dem Komplex "Organisatorisches"	66
Tabelle 15 Diskussionen über die Tätigkeiten der SGFK	67
Tabelle 16 Erwähnte Kontakte (sortiert nach N) zu Netzwerkpartnern.....	68

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Lage der Projektschulen: rot Grundschulen, blau Oberschulen und ein Oberstufenzentrum (blau in Cottbus).....	5
Abb. 2 Verteilung der Anzahl der Schüler*innen nach Schulform.....	5
Abb. 3 Anzahl der Kontaktanlässe nach Zielgruppen und Kooperationspartner*innen	6
Abb. 4 Kontaktanlässe der Schüler*innen nach Geschlecht.....	8
Abb. 5 % Anteil der gesundheitsbezogenen Kontaktanlässe nach Geschlecht.....	9
Abb. 6 % Anteil der gesundheitlichen Kontaktanlässe im Vergleich von Grundschulen (GS) mit Oberschulen (OS) (Mehrfachnennungen).....	9
Abb. 7 % Anteil der Maßnahmen nach Tätigkeitsbereichen (Mehrfachnennungen).....	11
Abb. 8 % Anteil der Maßnahmen im Vergleich Grundschulen (GS) mit Oberschulen (OS)	12
Abb. 9 % Anteil der Maßnahmen bei Kontaktanlässen mit gesundheitlicher Unterstützung	13
Abb. 10 % Anteil Rückkehr in den Unterricht nach gesundheitlichen Kontaktanlässen	14
Abb. 11 Gründe der Elternkontakte bei schülerbezogenen gesundheitlichen Maßnahmen (Mehrfachnennungen).....	18
Abb. 12 Startbildschirm der neuen Dokumentation	20
Abb. 13 Vortrag Ellsäßer 2016.....	29
Abb. 14 Standorte der Modellschulen.....	30
Abb. 15 Netzwerkpartner aller SGFK nach Gruppen.....	33
Abb. 16 Darstellung der SGFK (blaue Punkte) und ihrer Netzwerk-Verbindungen	35
Abb. 17 Beispiele für Kontakte.....	35
Abb. 18 Drei unterschiedliche Beispiele für Kontakte einzelner SGFK.....	36
Abb. 19 Ausschließlich im Interview erwähnte Kontakte	41
Abb. 20 Lage der Standorte.....	58
Abb. 21 Lage der Landkreise und kreisfreien Städte (Quelle Wikipedia)	58
Abb. 22 Gesamtzahl der Treffen nach Region.....	60
Abb. 23 Treffen nach Ort und Jahr	60
Abb. 24 Zuordnung der teilnehmenden Akteur*innen zu Berufsfeldern und Organisationen	62
Abb. 25 Quote Teilnahme KJGD/GA nach Arbeitskreis.....	63
Abb. 26 Auswahl von Themen in 64 Protokollen	64

VORWORT

Die Profession einer Schulkrankenschwester ist im (west-) deutschen Schulwesen seit 1945 kaum mehr bekannt, obwohl sie seit 1908 in Deutschland entstand und in den östlichen Bundesländern zu Zeiten der DDR erfolgreich etabliert war. Einzelne lokale Initiativen führten nicht zu einer weiten Verbreitung oder gar politischen Akzeptanz in Deutschland. International bestehen seit vielen Jahren Erfahrungen zur Tätigkeit von sogenannten „school nurses“ in Schulen und ihrer Wirksamkeit bezogen auf die Verbesserung der Bildungschancen und der Gesundheit von Schüler*innen.¹ Mit dem Modellprojekt in Brandenburg und Hessen wurde an diese internationale Praxis angeknüpft.

Basierend auf einem Beschluss des Bündnisses Gesund Aufwachsen in Brandenburg (7.11.2012) wurde dieser Bedarf erstmals in einer „Machbarkeitsstudie“ für ein ganzes Bundesland begründet: *„Schulpflegekräfte, wie sie in vielen anderen Staaten seit Jahrzehnten erfolgreich tätig sind, könnten auch in Deutschland und im Land Brandenburg dazu beitragen, ein niedrighschwelliges und aufsuchendes System der kinder- und jugendorientierten Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung im Lebensraum Schule zu etablieren“.*²

Der vorliegende Bericht einer umfassenden Analyse der Tätigkeiten der Schulgesundheitsfachkräfte (SGFK) und ihrer Vernetzung stellt eine erste systematische und umfassende Bewertung von im Modellzeitraum beobachtbaren Effekten der „Schulgesundheitspflege“ an ausgesprochen heterogenen Standorten im Land Brandenburg und mit sehr komplexen Tätigkeiten dar.

In Teil I des Berichtes werden auf der Grundlage eines standardisierten Dokumentationssystems die Tätigkeiten der SGFK in den Modellschulen gegliedert nach den sechs Aufgabenbereichen des Curriculums differenziert untersucht und Handlungsbedarfe abgeleitet. Dies stellt die erste umfassende systematische Analyse der Tätigkeiten von Schulgesundheitsfachkräften in Deutschland über einen 3-jährigen Zeitraum dar.

Neben der weiteren Entwicklung des Dokumentationssystems ist die Zusammenarbeit mit den Akteur*innen innerhalb und außerhalb der jeweiligen Schule ein Kernanliegen des Projektes und daher von zentraler Bedeutung in diesem Bericht. Dies umso mehr als die SGFK mit völlig ungewohnten Rollen sowohl innerhalb der Schule als auch im System des deutschen Gesundheitswesens sich bewähren müssen.

Teil II stellt die Ergebnisse der Analysen und Bewertungen der Zusammenarbeit der SGFK in und mit den Netzwerken dar. Hier finden sich Informationen zu Haltungen und Einstellungen der SGFK und anderer wichtiger Akteure. Ein zentraler Kooperationspartner der SGFK ist das Gesundheitsamt mit seinen Fachdiensten wie dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) und dem Zahnärztlichen Dienst

(ZÄD), denn die SGFK nimmt eine Brückenfunktion zwischen den Systemen öffentliche Gesundheit und Schule wahr.

Der zweite Berichtsteil widmet sich insgesamt der Vernetzung der SGFK mit den Strukturen vor Ort. Es wird der Frage nachgegangen, wie die unterschiedlichen Akteure den Nutzen der Arbeit der SGFK sehen. Ist sie ähnlich erfolgreich wie international nachgewiesen?

TEIL I: SGFK AN ÖFFENTLICHEN SCHULEN IM LAND BRANDENBURG - EINE WIRKSAME RESSOURCE FÜR DIE SCHÜLERGESUNDHEIT. ANALYSE DER TÄTIGKEITEN

1. EINFÜHRUNG

Die Dokumentation der Schulgesundheitsfachkräfte zu ihren Tätigkeiten und Interventionen wurde vor dem Start des Projektes in enger Zusammenarbeit zwischen der AWO Bezirksverband Potsdam e.V. und dem Landesgesundheitsamt Brandenburg entwickelt und nach einer Erprobungsphase mit den SGFK an die Praxis adaptiert. Grundlage dieser Dokumentation sind sechs Kernaufgaben (Tätigkeitsbereiche) der SGFK, die auf einer Bewertung der internationalen Literatur zu den Schwerpunktaufgaben von „school nurses“ im Rahmen einer Machbarkeitsstudie beruhen.² Diese Kernaufgaben umfassen folgende sechs Aufgabenbereiche:

- Gesundheitliche Betreuung
- Gesundheitsförderung und Prävention
- Früherkennung
- Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen / Behinderungen bzw. nach längerer krankheitsbedingter Abwesenheit von der Schule
- Ansprechpartner und Vertrauensperson für Schüler*innen mit gesundheitlichen Auffälligkeiten
- Interdisziplinäre außerschulische Kooperation

Diese Kernaufgaben, untersetzt mit einzelnen Tätigkeitsfeldern, bilden das Kompetenzprofil der SGFK im Modellprojekt. Sie sind Bestandteil sowohl des Curriculums³ als auch der berufsbegleitenden Weiterbildung von allen SGFK im Projekt.

2. ZIEL DER STUDIE

Nachdem in der Theorie das Anforderungs- und Kompetenzprofil der SGFK in Form eines Curriculums erstellt war, gilt es nun die „Praxistauglichkeit“ des definierten Aufgabenspektrums zu untersuchen und zu bewerten. Konkret: Wie sehen die Tätigkeiten der SGFK vor Ort in den Schulen aus? Wie sind ihre Inanspruchnahme und der gesundheitliche Unterstützungsbedarf der Schüler*innen? Wie sieht die schulinterne Zusammenarbeit aus? Können die SGFK die Bildungsteilhabe der Schüler*innen verbessern? Wie wird das innovative Aufgabenfeld der Vernetzung mit den Akteuren vor Ort umgesetzt? Wie sieht ihre Vermittlungsfunktion in das medizinische Versorgungssystem aus?

Die nachfolgende Analyse hat zum Ziel, auf diese Fragen mit den Ergebnissen aus der Dokumentation der SGFK Antworten zu geben.

3. METHODIK

Die deskriptive Tätigkeitsanalyse der SGFK bezieht sich auf ihre Computer gestützte standardisierte Dokumentation (Excel-Format) der sechs Kernaufgaben (Tätigkeitsbereiche). Die statistische Analyse wurde mit dem Programm SPSS Version 22 durchgeführt.

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

Dokumentationszeitraum und Schulen

Der Erfassungszeitraum bezieht sich auf die dreijährige Projektphase (III und IV), in der die SGFK in den Modellschulen zum Einsatz kamen - Zeitraum von Februar 2017 bis März 2020. Auf Grund der sukzessiven Erweiterung der Anzahl der Modellschulen in dieser Zeit von 10 auf 27 (zuletzt 7 weitere Schulen in 2019/2020) sind die Dokumentationszeiträume der SGFK an den einzelnen Schulen unterschiedlich: Minimum 3,8 Monaten bis maximal 37 Monate.

Insgesamt befanden sich mit Stand vom März 2020 18 SGFK an 27 Modellschulen (19 Grundschulen, 6 Oberschulen, 1 Oberschule mit Grundschule, 1 Oberstufenzentrum) in 9 Regionen (Abb. 1).

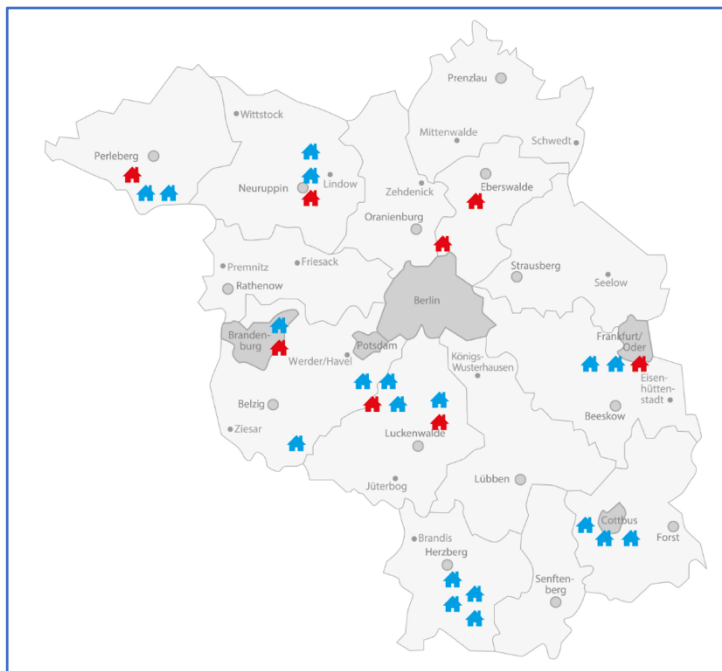


Abb. 1 Lage der Projektschulen:
rot Grundschulen, blau
Oberschulen und ein
Oberstufenzentrum (blau in
Cottbus)

In die Auswertung geht die Gesamtzahl von 8.686 Schüler*innen (laut Statistik des Bildungsministeriums Brandenburg August 2019) von 23 Modellschulen ein. Der Schwerpunkt der Schülerzahl liegt bei den Grundschulen mit 59 % gefolgt von den Oberschulen (23 %) und anderen (u.a. ein Oberstufenzentrum). Die Schülerzahlen der einzelnen Schulen sind sehr unterschiedlich - von ländlichen Grundschulen mit unter 200 Schüler*innen bis zu großen Oberschulen bzw. einem Oberstufenzentrum mit bis zu 900 Schüler*innen. Insgesamt sind Standorte aus Städten (wie Frankfurt/Oder, Cottbus, Eberswalde) als auch aus ländlichen Gebieten (wie Beelitz) einbezogen.

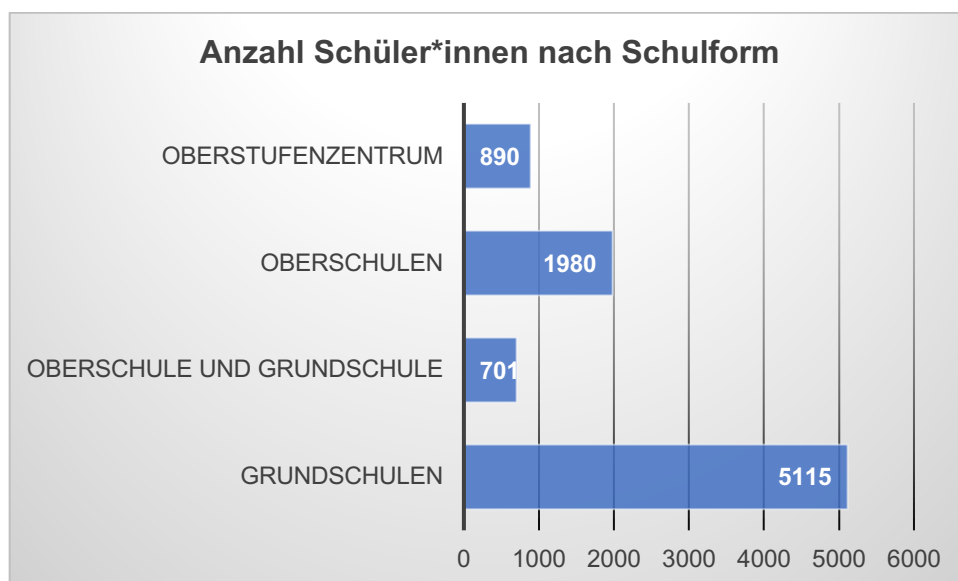


Abb. 2 Verteilung der Anzahl der Schüler*innen nach Schulform

4. ERGEBNISSE

4.1 KONTAKTE DER SGFK NACH ZIELGRUPPEN

Die quantitative Auswertung der insgesamt 45.104 Kontakthanlässe der SGFK, nach Zielgruppen, verdeutlicht, dass sich ihre Tätigkeiten neben dem schülerbezogenen „gesundheitlichen Kernbereich“ (ca. 60 %) auch auf die Zusammenarbeit mit dem schulinternen Personal (18 %) und den Eltern (11%) erstrecken.

Ein weiterer Schwerpunkt ihrer Arbeit sind Kontakte zu außerschulischen Kooperationspartnern sowie zu Kooperationspartnern im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Insgesamt machen diese beiden Bereiche rund 10 % der gesamten Kontakthanlässe aus. Auf der Grundlage der Netzwerkkartenanalyse pflegt die SGFK ein Netzwerk mit durchschnittlich 20 Kooperationspartnern je SGFK (siehe 2. Teil des Gutachtens zur Netzwerkarbeit).

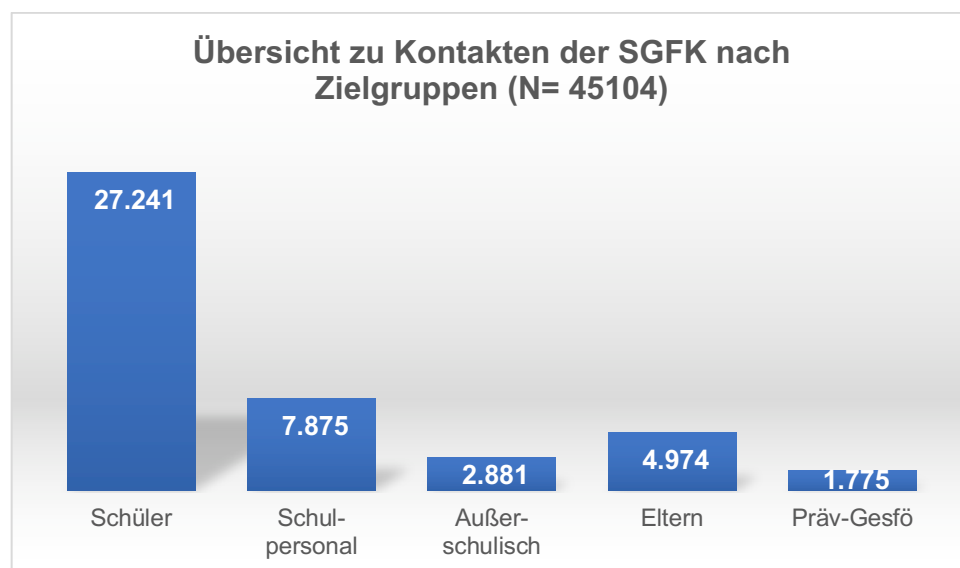


Abb. 3 Anzahl der Kontakthanlässe nach Zielgruppen und Kooperationspartner*innen

Fazit: Diese vielfältigen Tätigkeitsfelder der SGFK von individueller gesundheitlicher Unterstützung der Schüler*innen bis hin zu schulbezogener Gesundheitsförderung, inklusive regionaler Vernetzung, zeigen, dass die Umsetzung des Curriculums und der Einsatz der SGFK an den Modellschulen in Brandenburg gelungen ist. Die SGFK wirken im Schulsystem, arbeiten eng mit den Lehrern und Eltern zusammen und sind regional vielfältig vernetzt.

4.2 GESUNDHEITLICHE INANSPRUCHNAHME DER SGFK DURCH SCHÜLER*INNEN

Hierzu werden einerseits die Kontakthanlässe pro Schule (Krankheitsbeschwerden, Verletzungen durch Unfälle und tätliche Auseinandersetzungen sowie Sonstiges), andererseits die Anwesenheitstage der SGFK, wenn mindestens ein Eintrag in die Schülerdatei erfolgt ist, genutzt. Darüber hinaus werden jeder Schule die Anzahl der Schüler*innen zugeordnet, die sich aus der Brandenburger Statistik des Bildungsministeriums für das Jahr 2019 ermitteln lassen. Über diese erste tabellarische Darstellung (siehe Anhang 1) wird ersichtlich, dass die Kontakthanlässe von Schule zu Schule sehr unterschiedlich sind. Daher werden diese über alle Schulen gemittelt.

Im zweiten Schritt wird eine Normierung vorgenommen, das heißt, die Kontakthanlässe werden für jede Schule auf einen Anwesenheitstag der SGFK bzw. einen Monat (20 Tage) bezogen und auf jeweils 100 Schüler*innen berechnet.

Auf der Basis dieser normierten Werte finden bei einer Anwesenheitszeit der SGFK von 20 Arbeitstagen durchschnittlich 36 Gesundheitsanlässe pro 100 Schüler*innen statt (siehe Anhang 1 Normierung). Dabei zeigt sich schulbezogen eine starke Streuung von 17,9 bis maximal 80,5 Kontakthanlässe pro Monat.

Dies bedeutet, dass bei einem Verhältnis **1: 700** (SGFK / Schüler*innen) **durchschnittlich 252 Schüler*innen im Monat** (20 Anwesenheitstage) in ihrer Schulzeit (8.00-13.00) **gesundheitliche Unterstützung erfahren – pro Tag 13 Schüler*innen**. Doch dieser Wert schwankt stark von Schule zu Schule (Streuung: 125,1 bis 564 Schüler*innen pro Monat, d.h. pro Tag 6 bis 28 Schüler*innen).

Bei einer durchschnittlichen Kontaktdauer von 17,9 Minuten (siehe Anhang 2) sind die SGFK durchschnittlich fast 4 Stunden pro Tag mit der individuellen gesundheitlichen Unterstützung der Schüler*innen beschäftigt. In einigen Fällen liegen die konkreten Kontaktzeiten jedoch im Stundenbereich, wenn beispielsweise bei langen Anfahrtswegen im ländlichen Raum Schüler*innen von ihren Eltern abgeholt werden müssen oder dringende Maßnahmen der Gesundheitspflege notwendig sind (wie bei einem Asthmaanfall oder der Blutzuckerentgleisung eines Schülers/einer Schülerin). Daher wurde hier der Durchschnittswert herangezogen und nicht der Median.

Bei dieser Berechnung sind nicht die Lehrerkontakte und Elterngespräche mit einbezogen, die ebenso Teil der Arbeit sind und auch nicht die schulbezogenen Gesundheitsprojekte.

Fazit: Die gesundheitliche Unterstützung der Schüler*innen ist ein Kernbereich im Arbeitsfeld der SGFK. Der Anteil dieser Aufgabe ist stark abhängig von der jeweiligen Schule und beinhaltet eine zeitliche Inanspruchnahme von durchschnittlich 4 Stunden (Streuung zwischen 2 bis 8 Stunden) bezogen auf 700 Schüler*innen. In einigen Schulen liegt die Inanspruchnahme jedoch deutlich höher. Daher ist der Stellenschlüssel einerseits an die Schulgröße, andererseits aber auch an den spezifischen gesundheitlichen Bedarf der Schulen anzupassen.

4.3. GESUNDHEITLICHE BEDARFE

Die gesundheitlichen Bedarfe der Schüler*innen lassen sich über die gesundheitlichen Anlässe für die Kontaktaufnahme ableiten. Geschlechtsbezogen überwiegen Mädchen in der Kontaktaufnahme gegenüber Jungen (Abb.4).

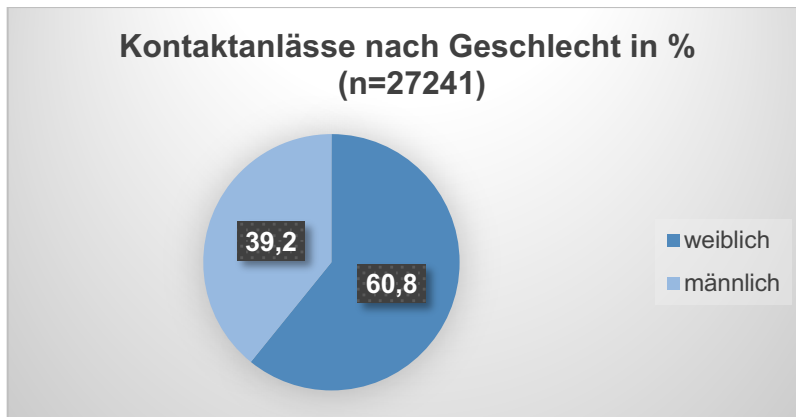


Abb. 4 Kontaktanlässe der Schüler*innen nach Geschlecht

Die dokumentierten gesundheitlichen Anlässe für die Kontaktaufnahme mit möglichen Mehrfachnennungen betreffen am häufigsten Krankheitsbeschwerden (rund 50 %), gefolgt von einem auffallend hohen Anteil von Verletzungen durch Unfälle (24 %) und tätlichen Auseinandersetzungen (6,1 %) sowie einer Vielzahl anderer Anlässe, die altersbezogen unterschiedlich sind (Mensis-Beschwerden, Krisensituationen, Liebeskummer, Angst, Redebedarf, Durst, Juckreiz, Insektenstich, Läuse, alte Wunden, etc.).

In Abbildung 5 werden diese gesundheitsbezogenen Kontaktanlässe geschlechtsbezogen dargestellt. Es zeigen sich signifikante Unterschiede bei Verletzungen durch Unfälle und tätliche Auseinandersetzungen zwischen Jungen und Mädchen. Während die Jungen bei den Verletzungen stärker betroffen sind, überwiegen bei Mädchen Anlässe mit Krankheitsbeschwerden.

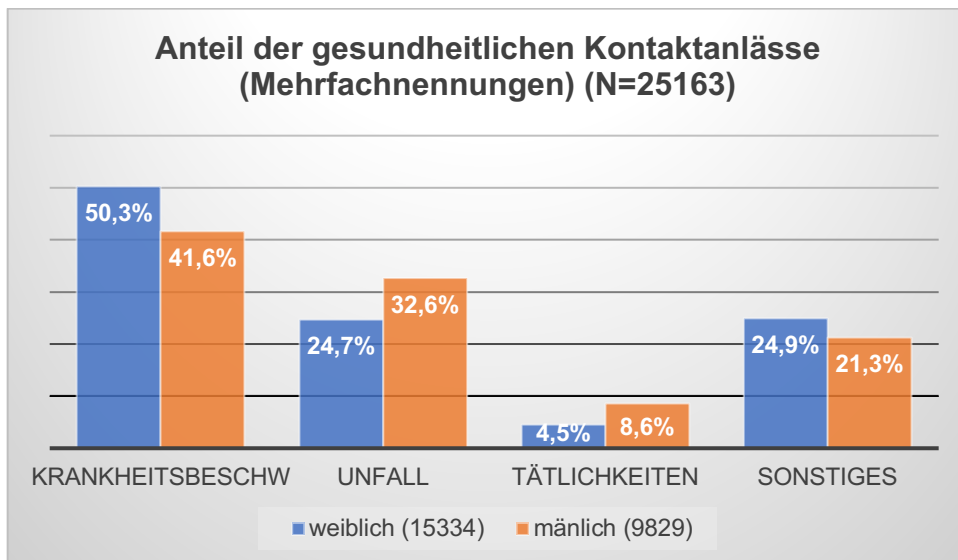


Abb. 5 % Anteil der gesundheitsbezogenen Kontaktanlässe nach Geschlecht (Mehrfachnennungen)

In einem weiteren Schritt der Analyse wird der gesundheitliche Bedarf der Schüler* - innen auf die Schulform bezogen und über die Kontaktanlässe (Mehrfachnennungen möglich) untersucht (Abb. 6). Es lassen sich unterschiedliche Tendenzen ableiten.

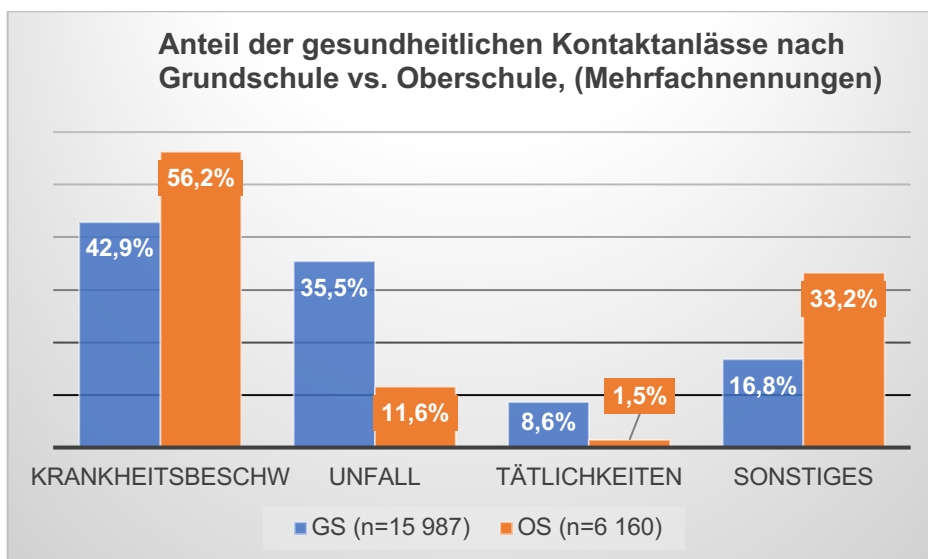


Abb. 6 % Anteil der gesundheitlichen Kontaktanlässe im Vergleich von Grundschulen (GS) mit Oberschulen (OS) (Mehrfachnennungen)

Während der prozentuale Anteil der Kontakte wegen Krankheitsbeschwerden deutlich von der Grundschule zur Oberschule bzw. zum Oberstufenzentrum zunimmt, führen die Verletzungen durch Unfälle und Gewalt in Grundschulen zu den häufigsten Kontaktanlässen.

Fazit: Mit Bezug auf den Public Health Cycle lassen sich aus diesen Ergebnissen schulformbezogen unterschiedliche Handlungs- und Präventionsbedarfe ableiten: In Grundschulen sind größere Anstrengungen in der Unfall- und Gewaltprävention notwendig. Schüler*innen von Oberschulen benötigen eher Angebote zum Erwerb von Gesundheitskompetenz (z. B. zum Umgang mit Krankheitszeichen und Befindlichkeitsstörungen) oder Angebote der Krankheitsfrüherkennung, präventive Gesundheitsberatung und ggf. die Zuführung in das medizinische Versorgungssystem.

Kontaktdauer

Die Kontaktdauer unterscheidet sich nach den gesundheitlichen Beschwerden der Schüler*innen. Bei Krankheitsbeschwerden liegt sie im Durchschnitt bei 21 Minuten, bei Verletzungen durch Unfälle bzw. tätlichen Auseinandersetzungen bei rund 14 Minuten. Handelt es sich um „sonstige Beschwerden“, die häufig seelisch oder auch psychosomatisch geprägt sind, liegt die Kontaktdauer bei 17 Minuten (Anhang 3).

Die durchschnittliche Kontaktdauer zeigt deutliche Unterschiede nach der jeweiligen Schulform. In Grundschulen liegt sie im Durchschnitt bei 17 Minuten und in Oberschulen / Oberstufenzentrum bei rund 20 Minuten (Anhang 4). Dies lässt sich mit der höheren Anzahl an Krankheitsbeschwerden in Oberschulen erklären, die eine längere Kontaktzeit erforderlich macht.

Gesundheitliche Bedarfe: Ländervergleich zwischen Brandenburg und Hessen

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

Kontakthanlässe der Schüler*innen in Brandenburg 2017-18*

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

Kontakthanlässe der Schüler*innen in Hessen 2017-18*

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

*Tannen et al 2018, S. 48 und 50⁴

Fazit: Der Ländervergleich zwischen Brandenburg und Hessen zeigt analoge Gründe für die Kontaktaufnahme der Schüler*innen mit der SGFK und den hohen Bedarf an gesundheitlicher Unterstützung bezogen auf Krankheitsbeschwerden und Verletzungen durch Unfälle bzw. tätliche Auseinandersetzungen

4.4 GESUNDHEITLICHE MAßNAHMEN

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

Gesundheitliche Unterstützung der Schüler*innen

Allein 1.029 Kinder und Jugendliche mit sehr unterschiedlichen chronischen Erkrankungen bzw. Behinderungen erhielten von der SGFK Unterstützung, davon 53 Kinder nach längerer Abwesenheit von der Schule. Hier übernimmt die SGFK eine wichtige Brückenfunktion zwischen dem hausärztlichen/pädiatrischen Versorgungssystem und der Schule.

In Abbildung 7 werden die Maßnahmen der SGFK nach Schwerpunktbereichen dargestellt. Die gesundheitliche Unterstützung der Schüler*innen macht mit rund 80 % der dokumentierten Maßnahmen den Kernbereich der schülerbezogenen Interventionen aus. Diese sind häufig mit einer Verlaufsbeobachtung verbunden (45,1 %). 45,2 % der Maßnahmen betreffen gesundheitsförderliche und präventiven Tätigkeiten. In zwei Dritteln ihrer Maßnahmen handelt die SGFK als Ansprechpartner/in bei gesundheitlichen Auffälligkeiten der Schüler*innen.

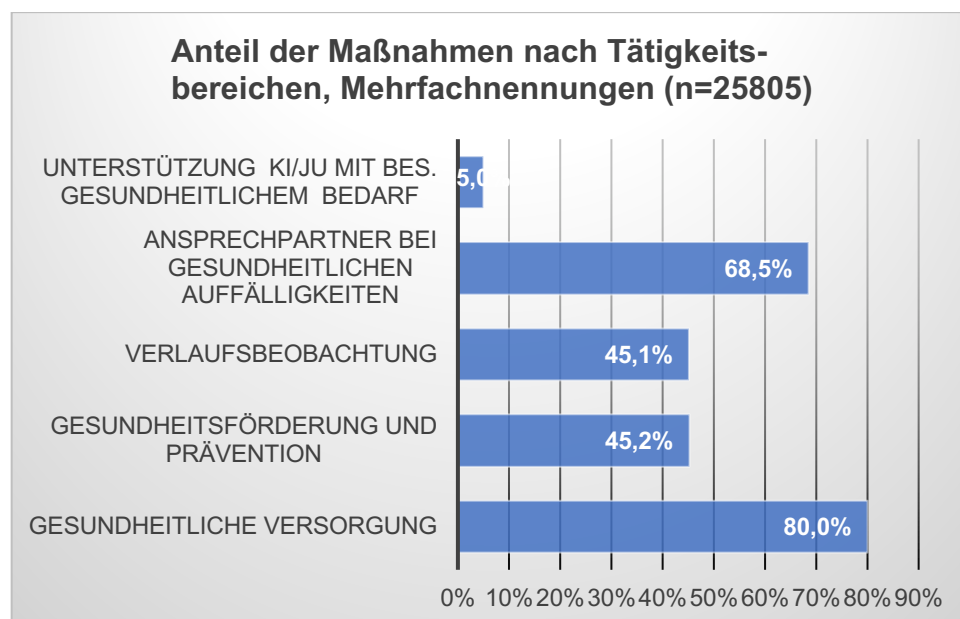


Abb. 7 % Anteil der Maßnahmen nach Tätigkeitsbereichen (Mehrfachnennungen)

Gesundheitliche Unterstützung nach Schulform

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

Die SGFK benötigt für Schüler*innen mit besonderen gesundheitlichen Bedarfen deutlich mehr Zeitressourcen (siehe Teil II Analyse der Vernetzung). Aus der Gesundheitsberichterstattung des Landes ist bekannt, dass Schüler*innen in den 10. Klassen häufiger an chronischen Erkrankungen leiden als Grundschüler. Hier sind u. a. Atemwegserkrankungen, Allergien und Adipositas zu benennen, die mit dem Alter der Jugendlichen zunehmen.⁵

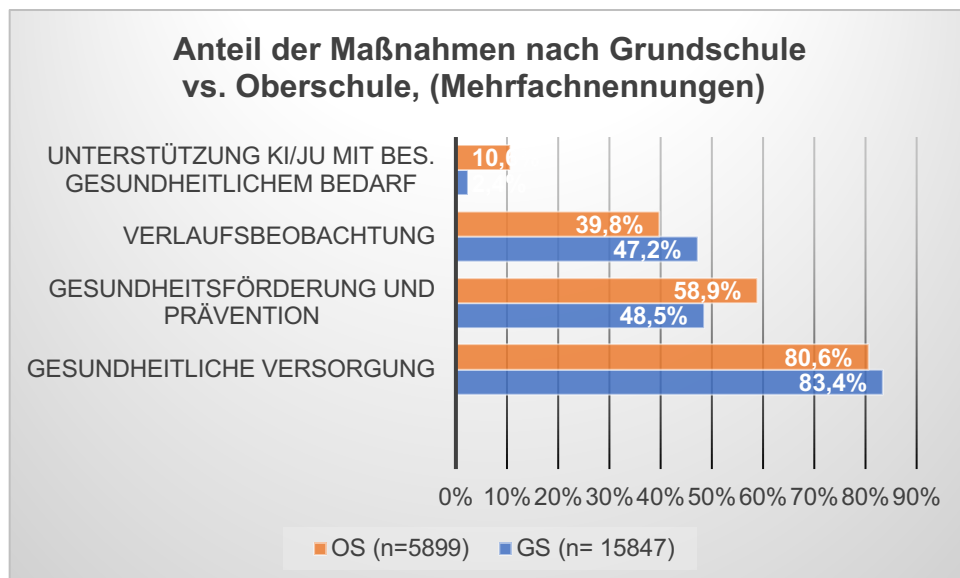


Abb. 8 % Anteil der Maßnahmen im Vergleich Grundschulen (GS) mit Oberschulen (OS)

Schwerpunkte der gesundheitlichen Unterstützung

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

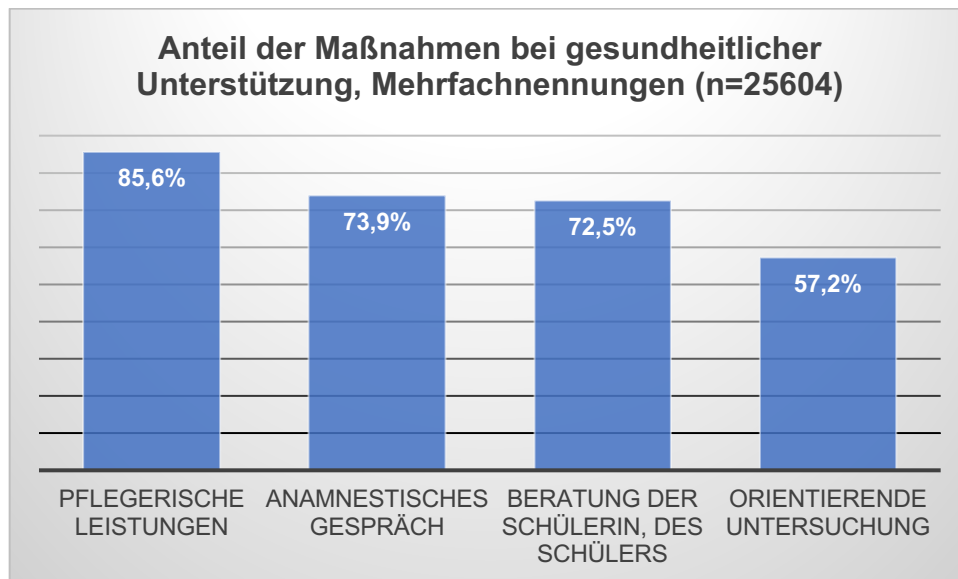


Abb. 9 % Anteil der Maßnahmen bei Kontaktanlässen mit gesundheitlicher Unterstützung

Fazit: Die SGFK benötigt die Qualifikation einer Pflegefachkraft (frühere Bezeichnung Gesundheits- und Krankenpfleger*in), da sie selbständig und qualifiziert in Schule handeln muss.

4.5 DIE SGFK VERMITTELT IN DAS MEDIZINISCHE VERSORGUNGSSYSTEM UND IST IN NOTFÄLLEN PRÄSENT

Nur bei 745 der schülerbezogenen Kontakte ist die Konsultation eines Haus- oder Facharztes notwendig und die Eltern sind durch die SGFK entsprechend beraten worden. Bei Krankheitsbeschwerden (n=11.187) ist dies mit einem Anteil von 3,9 % häufiger als bei Unfällen (n=6.848) mit 2,9 %. In allen übrigen Fällen sind ihre Maßnahmen vor Ort erfolgreich und die Schüler*innen kehren wieder in den Unterricht zurück.

In nur 53 Fällen wird von der SGFK der Rettungsdienst / Notarzt gerufen. Das sind 0,2 % aller Fälle.

Die SGFK fängt viele kleinere Notfallsituationen selbst auf und verhindert dadurch nicht-notwendige Rettungsdiensteinsätze. In 337 von 27.241 Fällen hat sie selbst eine Notfallpflege durchgeführt: bei Krankheitsbeschwerden in 230 Fällen, bei Unfällen 55-mal und 41-mal bei anderen Anlässen.

Fazit: 1. Die gesundheitliche Unterstützung der Schüler*innen direkt in der Schule entlasten in hohem Maße die Schule, denn Lehrkräfte können ihren Unterricht fortführen und müssen sich nicht weiter um die Schüler*innen mit gesundheitlichen Beschwerden kümmern. Dieser entlastende Effekt von Lehrkräften wurde bereits 2018 bei der Implementationsbegleitung des Modellprojektes festgestellt⁴ und wird in der internationalen Literatur als besonders ausgeprägt beschrieben.^{6,7}

2. Auch das medizinische Versorgungssystem profitiert, da viele Beschwerden oder kleinere Verletzungen der Schüler*innen vor Ort pflegerisch versorgt werden und ggf. gezielt in das medizinische Versorgungssystem vermittelt werden können. In einem Review hat Best und Autoren diesen Entlastungseffekt des medizinischen Versorgungssystems detaillierter nachgewiesen.⁸ Wang et al haben darüber hinaus den ökonomischen Effekt bezogen auf ein Jahr Tätigkeit der „school nurses“ in 78 Schulbezirken der USA für den Bildungs- und Gesundheitsbereich quantifiziert und stellten bezogen für jeden investierten Dollar einen Public Health Gewinn von 2,2 Dollar fest.⁹

Des Weiteren zeigt die Analyse, dass die SGFK unnötige Krankenhauseinweisungen bzw. Krankentransporte durch ihre Einschätzung der gesundheitlichen Situation des Kindes und Erste-Hilfe-Leistungen verhindert. Dieser Einspareffekt wurde in einem anderen Gutachten von Maulbecker auf der Grundlage der Daten der Brandenburger Unfallkasse quantifiziert. Es ist ein Rückgang allein der Krankentransportkosten um rund 15 % festzustellen.¹⁰

4.6 DIE SGFK FÖRdert BZW. SICHERT DIE TEILHABE AM UNTERRICHT

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

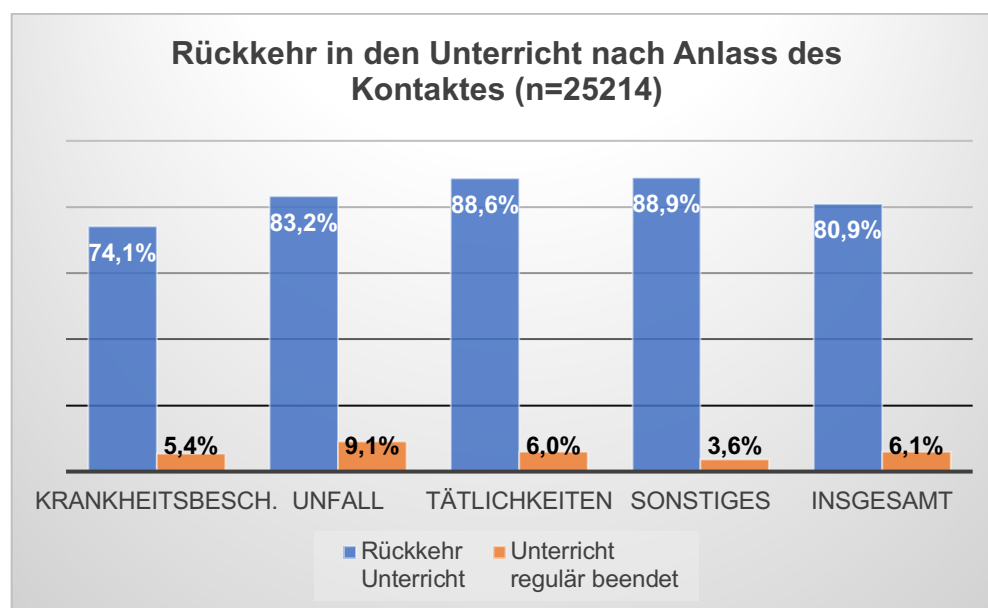


Abb. 10 % Anteil Rückkehr in den Unterricht nach gesundheitlichen Kontaktanlässen

Eine Unterscheidung nach der Schulform zeigt, dass in Grundschulen die Rückkehr in den Unterricht mit 89 % häufiger möglich ist als in Oberschulen (81,2 %) oder im Oberstufenzentrum (82,6 %). Dies liegt vermutlich am höheren Anteil von leichter verletzten Kindern in Grundschulen, die auch häufiger nach Erste-Hilfe Maßnahmen der SGFK wieder am Unterricht teilnehmen können.

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

Fazit: Diese Ergebnisse zeigen, dass die SGFK die Bildungschancen von Schüler*innen mit gesundheitlichen Bedarfen unmittelbar fördern. Dies entspricht auch den Erkenntnissen aus internationalen Studien, die auf die hohe Bildungswirksamkeit von SGFK im System Schule hinweisen.¹¹

4.7 DIFFERENZIERTE ANALYSE DES UNFALLGESCHEHENS

Ein Blick in die publizierten Unfallzahlen der Gesetzlichen Unfallversicherung für Brandenburg zeigt, dass allein 74,3 gemeldete Unfälle an allgemeinbildenden Schulen pro 1000 Versicherte im Jahr 2018 registriert wurden. Dabei ist wichtig, dass in der offiziellen Statistik nur die Unfälle gezählt werden, die mit einer ärztlichen Behandlung verbunden sind.¹² Daher ist einerseits der gesundheitliche Effekt der Intervention durch die SGFK von großer praktischer und auch pflegerisch-medizinischer Bedeutung. Andererseits wird auch ein erhebliches ökonomisches Interesse deutlich. Aus diesem Grunde wird zur Abschätzung eines „Outcomes“ die Möglichkeit einer **Rückkehr** in den Unterricht nach der Versorgung durch die SGFK betrachtet.

Nur 7,7 % der Schüler*innen können nach einem Unfall nicht mehr am Unterricht teilnehmen und 7,2 % der verunfallten Schüler*innen müssen von den Eltern abgeholt werden. Im Vergleich zu Anlässen mit Krankheitsbeschwerden liegen die jeweiligen % Anteile um das fast Dreifache höher.

Maßnahmen der SGFK bei Verletzungen durch Unfälle und tätliche Auseinandersetzungen

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

Bei 201 (2,9 %) Unfällen veranlasst die SGFK eine ambulant ärztliche und 22-mal eine notärztliche Versorgung. In 55 (0,8 %) von 7.049 unfallbedingten Anlässen führt sie selbst eine Notfallpflege durch. Nur bei 505 (7,2%) Unfällen müssen Eltern bzw. enge Bezugspersonen nach der Ersten Hilfe durch die SGFK ihr Kind abholen.

Fazit:

1. Durch die qualifizierten Erste-Hilfe der SGFK können rund 9 von 10 Schüler*innen nach Unfällen weiter am Unterricht teilnehmen. Die SGFK filtert die Kinder heraus, die einer weiteren ärztlichen Versorgung, ggf. Notfallversorgung bedürfen. Daher verhindert sie in einer Vielzahl von Fällen, dass Schüler*innen mit kleineren Verletzungen unnötigerweise in Rettungsstellen vorgestellt werden. Dies wird von Mediziner*innen und Rettungsdiensten häufig beklagt.
2. Die SGFK schont durch ihre qualifizierte Intervention bei Verletzungen medizinische und pflegerische Ressourcen.

5. GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION BILDEN DIE ZWEITE SÄULE DER SCHULISCHEN AKTIVITÄTEN

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

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

Insgesamt ist die Gesamtzahl von 1.775 Nennungen expliziter Aktivitäten im Vergleich zu den 27.241 Einzelkontakten zu Schüler*innen als nicht gering einzuschätzen, da Gesundheitsförderprojekte in der Regel aufwändig sind und einen erheblichen Zeitaufwand von der schulinternen Vorbereitung bis zur Umsetzung (zusammen mit Kooperationspartnern) bedeuten.

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

Tabelle 1 Themen der Präventionsaktivitäten nach den häufigsten Nennungen

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

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

5.1 DIE ROLLE DER SGFK IM SYSTEM SCHULE

Zusammenarbeit der SGFK mit dem Schulpersonal

Allein 7.875 Kontakte beziehen sich auf das Schulpersonal. Fast zwei Drittel dieser Kontakte betreffen Lehrer (4.878), gefolgt von Schulsozialarbeitern 15,6 % (1.227), was in Anbetracht des geringen Anteils der Sozialarbeiter am Schulpersonal deren

große Bedeutung für die Zusammenarbeit der SGFK unterstreicht. Die Themen dieser Kontakte beinhalten vorrangig die gesundheitliche Versorgung der Schüler*innen sowie Informationen zur Prävention. Bei jedem 10. Schüler erfolgt ein Gespräch zu den Erkenntnissen der Verlaufsbeobachtung durch die SGFK. Die Kontaktdauer zum internen Schulpersonal liegt bei den Lehrkräften bei 28,3 Minuten, den Sozial - arbeiter*innen bei 52,3 Minuten und sonstigem Schulpersonal bei 27,0 Minuten. Die Anlässe für die Kontakte mit Sozialarbeiter*innen sind in der Regel psychosoziale Probleme der Schüler*innen (siehe Teil II Netzwerkarbeit).

Zusammenarbeit der SGFK mit den Eltern

Eine Vielzahl von Elternkontakten findet seitens der SGFK statt. Bei einer Differenzierung der schülerbezogenen Elternkontakte (n = 4.282) nach der Art des Kontaktes (Mehrfachnennungen) lässt sich feststellen, dass in den überwiegenden Fällen (3.927) die SGFK selbst mit den Eltern Kontakt aufnimmt. Elternanfragen an die SGFK sind eher seltener (n = 505). Häufigster Grund für die Kontaktaufnahme mit den Eltern betreffen Interventionen der SGFK, die eine medizinische Versorgung des Kindes beinhaltet, gefolgt von zu veranlassenden gesundheitlichen Maßnahmen. Unter „sonstigen Maßnahmen“ sind eine Vielzahl von Gründen zusammengefasst: Am häufigsten sind Telefonate, wenn Schüler*innen wegen Krankheitsbeschwerden oder Verletzungen abgeholt werden müssen, gefolgt von Gesprächen mit den Eltern zur Krankheitsvorgeschichte der Schüler*innen, Beratung der Eltern zu Erkenntnissen der Verlaufsbeobachtung (z. B. Anlässe für psychosomatische Beschwerden), schüler - bezogene Gesundheitsberatung zur Ernährung (z.B. Schüler*in hat häufig kein Pausenbrot mit oder Trinkflasche fehlt), zur Behandlung von Kopfläusen oder auch zu psychischen Problemen der Schüler*innen (beispielsweise bei Mobbing).

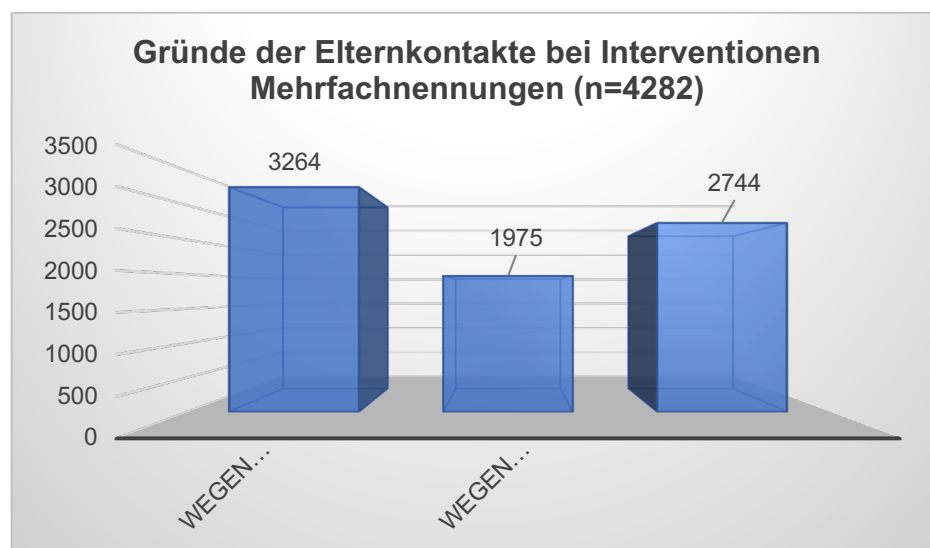


Abb. 11 Gründe der Elternkontakte bei schülerbezogenen gesundheitlichen Maßnahmen (Mehrfachnennungen)

Fazit: Die SGFK sind im System Schule verankert und sowohl schülerbezogen als auch präventionsbezogen im regelmäßigen Austausch mit den Lehrkräften, insbesondere auch mit den Schulsozialarbeiter*innen. Sie pflegen einen intensiven Austausch mit den Eltern zu den Maßnahmen der gesundheitlichen Unterstützung als auch zur Veranlassung von Maßnahmen durch das medizinische Versorgungssystem.

5.2 VERNETZUNG DER SGFK IN DER REGION

Die zahlreichen und vielfältigen außerschulischen Kontakte (n = 2881) geben Einblicke in die Vernetzung der SGFK in der Region. Die Daten zeigen, dass alle SGFK in diesem innovativen Feld tätig sind und mit Kooperationspartnern wie dem Jugendamt, Gesundheitsamt (u.a. Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Zahnärztlicher Dienst), psychosozialen Institutionen und medizinischen Einrichtungen (ambulant und stationär) vielfältig kooperieren. Die SGFK können auf bestehende Kooperationen in der Kommune aufbauen und gewinnen weitere Partner für ihre Arbeit. Diese Netzwerkarbeit wird in Teil II des Gutachtens differenziert analysiert.

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

Corona-Pandemie und besondere Herausforderungen an die SGFK

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

Fazit: Die Anzahl außerschulischer und vielfältiger Kontakte beschreibt ein breites und differenziertes Netzwerk von wichtigen Kooperationspartnern in der jeweiligen Region. Jede SGFK hat eine entsprechende „Netzwerkkarte“ mit den für sie jeweils wichtigsten Ansprechpartnern entwickelt.

6. BEDEUTUNG UND ROLLE DER DOKUMENTATION FÜR DEN ERFOLG DES PROJEKTES - AUSBLICK

Das im deutschen System der gesundheitlichen Versorgung neue Tätigkeitsfeld von Pflegekräften, hier die sogenannten SGFK, erfordert eine Dokumentation der Tätigkeiten in der Praxis, um die Anforderungen des Arbeitsfeldes, aber auch die Gesundheitsbedarfe der Schüler*innen abzubilden. Nur so können gesundheitliche Unterstützungs- und Präventionsbedarfe schüler-, gruppen- und schulbezogen identifiziert und das umfangreiche Leistungsspektrum erfasst werden. Dies ist gerade für ein „lernendes System“ besonders wichtig und fördert den nationalen und internationalen Erfahrungsaustausch. Aber auch die neuartige Rolle der SGFK einer „Brücke“ zwischen den Systemen Schule und Gesundheitswesen sowie zwischen Schulgesundheit und Kommune bzw. Region, zeigt die Bedeutung der Erfassung sowohl von Bildungs-, Gesundheits- als auch Kooperationsaspekten innerhalb einer Dokumentation.



Abb. 12 Startbildschirm der neuen Dokumentation

Die Dokumentation des breiten Tätigkeitsspektrums der SGFK, differenziert nach Alter und Geschlecht der Schüler*innen sowie nach der Schulform – und aufbauend auf langjährigen Erfahrungen in anderen Ländern – wurde mittels einer Standardsoftware (Excel®) bereits zu Beginn des Modellprojektes umgesetzt.

Erste zwischenzeitliche Auswertungen der Dokumentation führten im Jahr 2018 zu einer ersten Anpassung der Dokumentation, die dazu möglichst auch die rechtssichere pflegerische und gesundheitliche Leistungsdokumentation umfassen und damit unnötige Doppelerfassungen vermeiden sollte (dies unter Beachtung der hohen Anforderungen des Datenschutzes).

In ganztägigen Workshops bereits 2018 wurden die sehr heterogenen und umfangreichen Wünsche aller Akteure thematisiert und auf ihre Realisierbarkeit überprüft. So sollten die Dokumentation von Anlässen der Tätigkeit der SGFK, der durchgeführten Maßnahmen der SGFK, der schülerbezogenen Unterstützungsbedarfe und der vor Ort erfolgreich umgesetzten Leistungen einfach zu erfassen sein und dies in Anbetracht eines häufig hektischen Alltags der SGFK. Eine initial angestrebte internetbasierte Lösung schied wegen bestehender Datenschutzvereinbarungen, in die alle Eltern eingestimmt hatten, aus. Eine Lösung sollte aber ausdrücklich zukünftig auf andere Plattformen (Internet und cloud) übertragbar sein. Die dramatischen Veränderungen durch die SARS-CoV 2 Pandemie haben zwischenzeitlich diese Notwendigkeit schmerzhaft verdeutlicht.

Im Anhang wird ein Überblick über die Struktur der erfassten Merkmale gegeben. Die Auswahl der Items erfolgt jeweils durch einfachen Mausklick statt aufwändiger und oft nicht standardisierter Texteingaben. Die Angaben erfüllen damit das wichtige Kriterium der Eindeutigkeit, sind aber bei ihrer Definition bewusst eingegrenzt auf besonders

häufige oder bedeutsame Merkmale. Diese Möglichkeiten wurden in ganztägigen Workshops 2020 partizipativ mit dem Träger und allen SGFK erarbeitet und dynamisch nach zwischenzeitlichen praktischen Erfahrungen angepasst. Seit Oktober 2020 erfolgt, unterbrochen durch den Lockdown der Schulen, die Erprobung weiterer Versionen und dieser Prozess soll bis Mitte 2021 abgeschlossen sein. Alle personenbezogenen oder Personen zuzuordnende Daten verbleiben weiterhin ausschließlich bei der jeweiligen SGFK bzw. in der jeweiligen Schule und unterliegen damit unverändert der pflegerischen Schweigepflicht. Die Qualität der pflegerischen und gesundheitsbezogenen Dokumentation ist bereits nach ersten Zwischen - auswertungen deutlich gesteigert.

Das angestrebte Ziel in Kooperation mit einem international erfahrenen Partner ist ein Datenaustausch über das gesicherte Internet. Dies kann eine sichere, einfache und qualitativ hochwertige pflegerisch - gesundheitliche Dokumentation der Tätigkeiten und der rechtlich geforderten Dokumentation der pflegerischen Leistungen ermöglichen. Es wird zusätzlich eine einfache und zeitgemäße Nutzung wichtiger aktueller pflegerischer und medizinischer Informationssysteme (Datenbanken) wie Normwerttabellen, Diagnosekataloge und Leitlinien ermöglichen. Eine solche Dokumentation unterstützt zudem einen fakten -basierten Austausch der SGFK untereinander.

Fazit:

1. Eine systematische und kontinuierliche Dokumentation der Tätigkeitsfelder und Maßnahmen der SGFK ist Voraussetzung für die Identifizierung schüler- und schulbezogener Gesundheitsbedarfe sowie der Umsetzung gezielter Präventions- und Gesundheitsfördermaßnahme mit den Akteuren vor Ort.
2. Eine Dokumentation als Teil eines „lernenden Systems“ fördert darüber hinaus den nationalen und internationalen Erfahrungsaustausch.
3. Des Weiteren ist die Dokumentation wichtig für die Einführung des neuen Berufsbildes der Schulgesundheitsfachkraft. Nur darüber kann ein strukturierter Nachweis der neuen Tätigkeiten erfolgen.

7. SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die Ergebnisse dieser Analyse zeigen, wie wichtig eine systematische und kontinuierliche Dokumentation der Tätigkeitsfelder und Maßnahmen bzw. Interventionen der SGFK ist. Im Sinne des Public Health Action Cycles sind Daten unabdingbare Voraussetzung für die Feststellung von Bedarfen und gezieltem Handeln. Dies gilt für präventive Maßnahmen in Schulen als auch der Allokation und Steuerung von Ressourcen.

Ein großer Vorteil dieses Erfassungssystems ist, dass es die Aufgabenfelder auf der Basis eines evaluierten Curriculums abbildet, sich zudem auf eine entsprechend einheitliche Weiterbildung der 18 SGFK stützt und somit eine einheitliche Erfassung gewährleistet ist.

Im Ergebnis zeigen die Daten der Kontaktanlässe, dass ein großer Bedarf an gesundheitlicher Unterstützung in Schulen besteht, der eine kompetente pflegerische Versorgung vor Ort notwendig macht (durchschnittlich 4 Stunden täglich). Diese Inanspruchnahme variiert stark von Schule zu Schule und sollte in einem Stellenschlüssel berücksichtigt werden.

Die SGFK werden von den Schüler*innen als Ansprechpartner*innen und Vertrauenspersonen genutzt und sind schulintern gut verankert. Die gesundheitliche Unterstützung der Schüler*innen erweist sich als niedrigschwellig, da direkt vor Ort und zugleich als bildungsfördernd, gemessen an der hohen Quote von 87 % dieser Schüler*innen, die wieder in den Unterricht zurückkehren können. Des Weiteren zeigt die Analyse, dass die SGFK unnötige Krankenhauseinweisungen bzw. Kranken - transporte durch ihre Einschätzung der gesundheitlichen Situation des Kindes und Erste-Hilfe-Leistungen verhindert und das medizinische Versorgungssystem entlastet.

Gesundheitsförderung und Prävention bilden die zweite Säule ihrer Tätigkeit mit einer Vielzahl an Aktivitäten in Schulen und Kooperationspartnern aus der Region. Alle SGFK sind außerschulisch gut vernetzt und in diesem innovativen Feld tätig (siehe Empfehlungen der American Academy of Pediatrics.⁶ Sie stellt eine wichtige Brückenfunktion zum Öffentlichen Gesundheitsdienst dar, insbesondere auch während Pandemiezeiten.

8. ANHÄNGE TABELLEN UND ABBILDUNGEN

ANHANG 1

Anhang 1 Inanspruchnahme der SGFK durch Schüler*innen wegen gesundheitlicher Beschwerden: normiert bezogen auf 100 Schüler*innen und Anwesenheitszeit der SGFK von 1 Monat (20 Tage)															
Schulen (n=24)	Krankheits- beschwerden	Unfall	Gewalt*	Sonstiges	Anzahl Kontakte	Monate im Projekt	Schülerzahl der Schule	Arbeitsstage pro Woche der SGFK	Anwesenheitstage SGF gesamt	Anwesenheits- monate SGFK	Krankheits- beschwerden normiert*	Unfall normiert*	Gewalt* normiert*	Sonstiges normiert*	Krankheits- beschwerden insgesamt**
1	81	104	22	23	202	5	333	2	28	1,40	17,37	22,31	4,72	4,93	49,34
2	767	182	2	266	1144	28	890	5	331	16,55	5,21	1,24	0,01	1,81	8,26
3	657	197	17	23	891	28	156	5	177	8,85	47,59	14,27	1,23	1,67	64,75
4	39	32	4	11	86	3	305	2	19	0,95	13,46	11,04	1,38	3,80	29,68
5	1970	1874	169	352	4205	28	480	3	261	13,05	31,45	29,92	2,70	5,62	69,68
6	317	251	128	78	756	19	267	5	162	8,10	14,66	11,61	5,92	3,61	35,79
7	341	330	170	68	854	20	280	3	120	6,00	20,30	19,64	10,12	4,05	54,11
8	568	725	208	460	1958	28	191	3	255	12,75	23,32	29,77	8,54	18,89	80,53
9	101	117	38	77	329	3	343	5	52	2,60	11,33	13,12	4,26	8,63	37,34
10	1128	137	4	435	1693	28	173	2	284	14,20	45,92	5,58	0,16	17,71	69,36
11	565	395	152	270	1282	32	352	5	237	11,85	13,55	9,47	3,64	6,47	33,13
12	26	21	6	6	59	3	419	2	12	0,60	10,34	8,35	2,39	2,39	23,47
13	764	486	86	954	2037	28	701	5	258	12,90	8,45	5,37	0,95	10,55	25,32
14	259	193	41	67	551	6	397	5	83	4,15	15,72	11,71	2,49	4,07	33,99
15	627	58	13	166	851	29	350	3	167	8,35	21,45	1,98	0,44	5,68	29,56
16	426	161	29	303	901	22	370	2	201	10,05	11,46	4,33	0,78	8,15	24,71
17	284	87	6	351	653	27	317	5	187	9,35	9,58	2,94	0,20	11,84	24,56
18/19	940	609	184	997	2514	29	798	4,5	289	14,45	8,15	5,28	1,60	8,65	23,68
20	587	514	193	193	1479	22	307	3	226	11,30	16,92	14,82	5,56	5,56	42,86
21	127	83	32	22	259	21	153	2	74	3,70	22,43	14,66	5,65	3,89	46,63
22	571	204	18	559	1319	28	240	5	229	11,45	20,78	7,42	0,66	20,34	49,20
23	283	224	14	43	562	28	334	3	189	9,45	8,97	7,10	0,44	1,36	17,87
24	428	65	20	232	743	6	530	3	67	3,35	24,11	3,66	1,13	13,07	41,96
Total (Mittelwerte)	515,5	306,5	67,7	259,0	1101,2	20,5	377,7	3,6	169,9	8,50	16,07	9,55	2,11	8,07	35,80
* Item: "Tätliche Auseinandersetzung" im Dokumentationssystem															
Die Normierung wurde wie folgt gerechnet:															
Wenn weder Beschwerden, noch Unfall, noch Gewalt und auch nicht Sonstiges angekreuzt wurden, so wurde dieser Fall als 'Missing' betrachtet.															
Weiter wurden die genauen Anwesenheitstage der SGFK verwendet. Dazu wurden die Tage gezählt, die pro Schule in der Schülerdatei vorkommen.															
Auch hier könnte es ein Ungenauigkeit geben, wenn die SGF in der Schule war und kein Schülerkontakt stattgefunden hat.															
Als Anwesenheitstage wurden nur die Tage gezählt, in denen in der Schülerdatei mindestens ein Eintrag war.															
Als Normierung wurden die Anwesenheitsmonate (5 Anwesenheitstage=1 Woche und 4 Anwesenheitswochen = 1 Monat) verwendet.															

ANHANG 2

Anhang 2	Schüler*innen bezogene Kontaktdauer der SGFK [in Minuten]					
Schulen* n=23	Kontakte N	Mittelwert	Standard- abweichung	Perzentile 25	Median	Perzentile 75
1	259	12,1	17,4	5	10	10
2	1145	19,9	25,0	5	10	20
3	927	17,9	19,9	5	10	20
4	86	29,3	15,3	20	25	35
5	4353	14,4	21,5	5	10	10
6	767	9,7	11,0	5	5	10
7	860	8,1	9,7	5	5	10
8	2265	13,4	14,2	5	10	15
9	370	16,4	16,6	5	10	20
10	1787	17,0	18,8	5	10	20
11	1315	19,0	20,0	10	15	20
12	73	17,3	18,5	10	10	20
13	2196	19,7	23,7	5	10	25
14	554	20,6	18,0	10	15	20
15	862	25,5	18,4	10	20	30
16	1001	23,8	23,3	10	15	30
17	788	23,3	24,4	10	15	30
18	2772	21,7	18,5	10	15	25
19	1642	20,3	19,3	10	15	20
20	259	12,0	17,8	5	5	10
21	1566	14,9	20,9	5	5	15
22	616	23,1	23,9	10	15	30
23	747	24,5	13,6	15	20	30
Total	27210	17,9	20,2	5	10	20
*zwei Schulen wurden wegen vieler Missings zusammengefasst						

ANHANG 3

Anhang 3 Kontaktdauer der Schüler*innen nach gesundheitlichen Beschwerden [in Minuten]								
Kontaktanlass	Kontakte N	Mittelwert	Standard- abweichung	Percentile 25	Median	Percentile 75	Minimum	Maximum
Beschwerden	11848	21,7	23,1	10	15	30	0	390
Unfall	7047	13,8	15,5	5	10	15	0	270
Tätliche Auseinandersetzung	1555	13,6	13,6	5	10	15	3	170
Sonstiges	5952	17,2	19,7	5	10	20	0	270
Gesamt	25313	17,8	20,1	5	10	20	0	390

ANHANG 4

Anhang 4 Kontaktdauer der Schüler*innen nach Schulform [in Minuten]						
	Kontakte (N)	Mittelwert in Minuten	95%-Konfidenzintervall		Minimum in Minuten	Maximum in Minuten
			Untergrenze	Obergrenze		
Grundschulen	17118	16,60	16,32	16,89	0	390
Grundschule und Oberschule	2196	19,72	18,73	20,71	1	225
Oberschulen	6751	20,15	19,66	20,64	0	245
Oberstufen- zentrum	1145	19,90	18,46	21,35	0	240
Gesamt	27210	17,87	17,63	18,11	0	390

ANHANG 5

Bildschirmausschnitte der Dokumentation

Falldokumentation

Neu

Kein automatisches Speichern !! - "Speichern" am Ende nicht vergessen!!

Auswahl eines schon bekannten Schülers/Schülerin

-- Auswahl --

+ Neuer Schüler/ neue Schülerin

Kommentar/Besonderheiten für Schüler*in

Anlässe

Akute Probleme

- ☐ Bauchschmerzen
- ☐ Kopfschmerzen
- ☐ Magen-Darm
- ☐ Fieber
- ☐ Erkältung
- ☐ Husten
- ☐ Luftnot
- ☐ Unwohlsein
- ☐ Schwindel
- ☐ Regelbeschwerden
- ☐ Andere

Maßnahmen

Behandlung und Beratung

- ☐ Wärmeanwendung
- ☐ Kälteanwendung
- ☐ Wundversorgung
- ☐ Schmerzmanagement
- ☐ Untersuchung
- ☐ Blutdruck gemessen
- ☐ Blutdruck auffällig
- ☐ Puls gemessen
- ☐ Puls auffällig
- ☐ Temperatur gemessen
- ☐ Temperatur auffällig

Verletzungen

- ☐ Unfall
- ☐ Selbstverletzung
- ☐ Gewalt/ Vorsatz

Chronische Probleme

- ☐ Diabetes
- ☐ Asthma/ Allergie
- ☐ Epilepsie
- ☐ ADHS
- ☐ Akute psychische Probleme
- ☐ Soziale Probleme
- ☐ Andere Probleme

Anfragen von

- ☐ Eltern
- ☐ Schule

Noch weitere Bedarfe festgestellt

- ☐ Medizinische Versorgung
- ☐ Psychologische Beratung
- ☐ Pädagogische Hilfen
- ☐ Soziale Unterstützung
- ☐ Andere

Kommentar für Anlässe

☐ Beratung

☐ Ruhen

☐ Emotionale Unterstützung

☐ Andere

☐ Fallbegleitung in Schule

☐ Fallbegleitung außerhalb

☐ Verlaufsbegleitung am selben Tag

☐ Verlaufsbegleitung mehrere Tage

Weitere KINDBEZUGENE Beratungen

- ☐ Chronische Probleme
- ☐ Ges- Beratung Lehrer
- ☐ Ges- Beratung Klasse
- ☐ Ges- Beratung Eltern
- ☐ Ges- Beratung Schulsozialarbeit
- ☐ Ges- Beratung ausserhalb Schule

Beratung Schulpersonal

- ☐ Beratung Lehrer*in
- ☐ Beratung Andere

Medizinische Versorgung eingeleitet? Es erfolgt:

- ☐ - eine ärztliche Versorgung
- ☐ - eine medizinisch- therapeutische Versorgung
- ☐ - eine psychologische/ therapeutische Beratung
- ☐ - eine andere Therapie

26

Anlässe

Akute Probleme

- ☐ Bauchschmerzen 
- ☐ Kopfschmerzen 
- ☐ Magen-Darm 
- ☐ Fieber 
- ☐ Erkältung
- ☐ Husten 
- ☐ Luftnot 
- ☐ Unwohlsein 
- ☐ Schwindel
- ☐ Regelbeschwerden
- ☐ Andere 

Verletzungen

- ☐ Unfall 
- ☐ Selbstverletzung 
- ☐ Gewalt/ Vorsatz 

Chronische Probleme

- ☐ Diabetes 
- ☐ Asthma/ Allergie 
- ☐ Epilepsie 
- ☐ ADHS 
- ☐ Akute psychische Probleme 
- ☐ Soziale Probleme 
- ☐ Andere Probleme 

Maßnahmen

Behandlung und Beratung

- ☐ Wärmeanwendung 
- ☐ Kälteanwendung 
- ☐ Wundversorgung 
- ☐ Schmerzmanagement 
- ☐ Untersuchung 
- ☐ Blutdruck gemessen 
- ☐ Blutdruck auffällig 
- ☐ Puls gemessen 
- ☐ Puls auffällig 
- ☐ Temperatur gemessen 
- ☐ Temperatur auffällig 
- ☒ Beratung 
- ☐ Ruhen
- ☐ Emotionale Unterstützung 
- ☐ Andere 
- ☐ Fallbegleitung in Schule 
- ☐ Fallbegleitung außerhalb 
- ☐ Verlaufsbegleitung am selben Tag 
- ☐ Verlaufsbegleitung mehrere Tage 

Weitere KINDBEZOGENE Beratungen

- ☐ Chronische Probleme 
- ☐ Ges- Beratung Lehrer 
- ☐ Ges- Beratung Klasse 
- ☐ Ges- Beratung Eltern 
- ☐ Ges- Beratung Schulsozialarbeit 
- ☐ Ges- Beratung ausserhalb Schule 

TEIL II: SGFK AN ÖFFENTLICHEN SCHULEN IM LAND BRANDENBURG - EINE WIRKSAME RESSOURCE FÜR DIE SCHÜLERGESUNDHEIT. ANALYSE DER VERNETZUNG

1. FRAGESTELLUNG UND EINLEITUNG

Der Bericht wird aufgrund der Beauftragung des AWO Bezirksverbandes Potsdam e.V. erstellt und hat als Ziel die Beschreibung und Bewertung der Netzwerkstrukturen der jeweiligen Schulgesundheitsfachkräfte sowie der regionalen Arbeitskreise in den neun Modellregionen des „Modellprojektes Schulgesundheitsfachkräfte an öffentlichen Schulen im Land Brandenburg“. Der Bericht Teil II bezieht sich auf die Projektphasen III und IV und auf einen Zeitraum von 02.01.2017 bis 31.12.2020. Einige Daten, beispielsweise zu den regionalen Treffen (Arbeitskreisen) der Jahre 2017 und 2018, werden damit überschneidend erfasst.

Neben den meist auch für Außenstehende offensichtlichen Aspekten der Sinnhaftigkeit und Bedarfe der gesundheitlichen Versorgung von Schülerinnen und Schülern (SUS) ist die ebenso große Bedeutung im innovativen Feld Gesundheitsförderung und Prävention (GesfPräv) aufgrund der Neuartigkeit der Tätigkeiten von Schulgesundheitsfachkräften (SGFK) deutlich weniger bekannt.

Die Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention erfordern in ganz hohem Maße regelmäßige, enge und langfristige Kooperationen mit einer großen Zahl von Partnern, was nicht zuletzt auch für den Erfolg dieser Tätigkeiten entscheidend ist. Zu beachten ist, dass es hierbei eine Vielzahl innerschulischer und außerschulischer Kooperationspartner gibt.

Besondere Bedeutung wurde der Zusammenarbeit mit den Vertretern des öffentlichen Gesundheitsdienstes beigemessen, zumal schon die organisatorische „Verortung“ der Schulgesundheitsfachkräfte entweder im Gesundheits- oder im Schulbereich eine erste und sehr bedeutsame Weichenstellung schafft. Gerade die frühen Vergleiche mit dem hessischen Vorgehen mit enger Bindung an die Kultusbehörden machten das zu einem zentralen Diskussionspunkt.

Folgende Eckpunkte wurden mit Bezug auf die rechtlichen Grundlagen (KJGD-VO, Schulgesetze) im Land Brandenburg von Ellsäßer benannt¹³:

- Fachliche Mitverantwortung des KJGD
- School Nurse ist vertraut mit der Arbeit des KJGD bzw. des ZÄD
- Fachliche Zusammenarbeit, insbesondere bezogen auf die schulrelevanten Gesundheitsbedarfe der Kinder
- Fachlicher Austausch und Beratung zu spezifischen Maßnahmen
- Fachlicher Austausch zur Schülergesundheit und zu bedarfsbezogenen gesundheitsförderlichen Maßnahmen

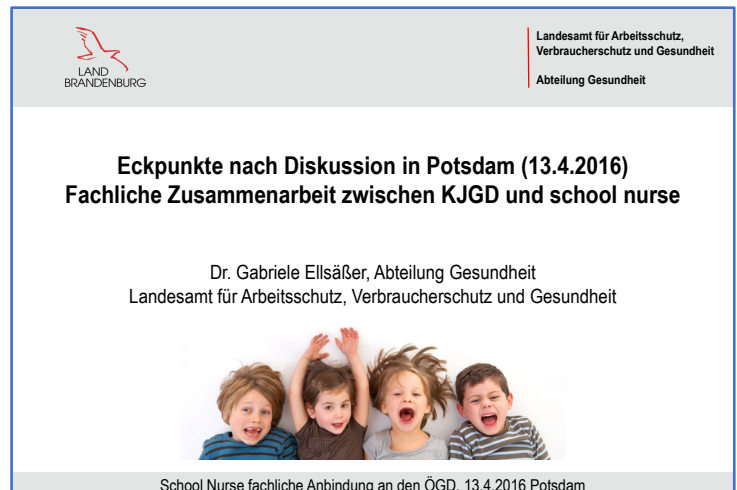


Abb. 13 Vortrag Ellsäßer 2016

Präzisiert wurde (auch in Kenntnis möglicher Interessenskonflikte), dass der KJGD entsprechend § 6 des Brandenburgischen Schulgesetzes dafür Sorge zu tragen hat, dass den gesundheitlichen Bedarfen der Kinder in Schulen entsprochen wird (betriebsmedizinischer Aspekt des KJGDs) und insbesondere die chronisch körperlich und psychisch kranken bzw. behinderten Kinder gesundheitliche Unterstützung erfahren. Ausdrücklich wurde aber darauf hingewiesen, dass es **„keine Fachaufsicht durch den KJGD!“** gibt.

Die Zusammenarbeit mit einer Vielzahl inner- und außerschulischer Akteure (verschiedenste Berufsgruppen und Organisationen) ist allerdings nicht Teil der klassischen (primären) Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegekräften. Daher ist der Aufbau eines inner- und außerschulischen Netzwerkes auch wesentlicher Bestandteil der Weiterbildung von examinierten Gesundheits- und Kinder-/Krankenpflegekräften zu Schulgesundheitsfachkräften nach dem Curriculum des AWO Bezirksverbandes Potsdam e.V.^a. Erste Erfahrungen dazu wurden durch die seit 2017 laufenden Modellprojekte in den Bundesländern Brandenburg und Hessen gesammelt.

Mit der nachfolgenden Bewertung erfolgt erstmals eine systematische Beschreibung und Beurteilung der bisherigen Kooperationsstrukturen und der sich durch die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte entwickelnden Netzwerke.

Angelehnt an eine SWOT- Analyse (Stärken-, Schwächen-, Chancen-, Risiken-Analyse) sollen Faktoren bestimmt werden, die sowohl für die strukturelle Verankerung von SGFK als auch für die alltägliche Praxis der Arbeit von Schulgesundheitsfachkräften von Bedeutung sind.

^a AWO Bezirksverband Potsdam e.V. (Hrsg.) 2016: S.14

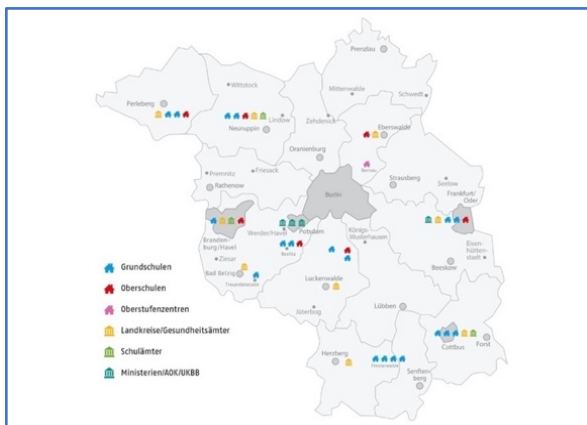
2. VORGEHEN

2.1 EINFÜHRUNG UND GESAMTSTICHPROBE

Mit Stand vom März 2020 befanden sich insgesamt 18 SGFK an 27 Modellschulen (19 Grundschulen^b, sechs Oberschulen, eine Oberschule mit Grundschule, ein Oberstufenzentrum) in neun Regionen. Diese Befragung (Telefoninterviews) bezog sich nur auf die SGFK, die am längsten an den Standorten tätig waren. Die im Juni 2020 geführten Interviews mit 15 SGFK bilden die Grundlage dieser Analyse.

Die Befragung erfolgte mittels Telefoninterviews. Dies war wegen des aktuellen Infektionsgeschehens im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie erforderlich. Die Interviews basierten auf einem ausführlichen Leitfaden (s. Tabelle 2), ließen aber bewusst großen Raum für narrative Darstellungen, was ausgiebig genutzt und von den SGFK auch sehr begrüßt wurde.

Die Auswertungen erfolgten nach den Regeln der Analyse von narrativen Texten^c; sie sind somit eine Mischung aus klassischem Experteninterview mit großen narrativen Anteilen. Die „ad hoc“ Angaben im Interview wurden mit den in der Weiterbildung



erstellten Netzwerkkarten verglichen. Im nächsten Schritt wurden die im Rahmen des Gesprächs „spontan“ genannten Angaben der wichtigsten Kontakte wiederum mit denen in den Netzwerkkarten verglichen. Diese unterschiedlichen Informationen und die zusätzlichen Angaben zu den Kooperationspartnern der regionalen Arbeitskreise vervollständigten das Bild dieser „lebendigen“ Netzwerke.^d

Abb. 14 Standorte der Modellschulen

Neben den bestehenden „formalen“ Kontakten wurde so die alltäglich gelebte Praxis und die sich daraus entwickelnden informellen Strukturen verdeutlicht.

Die folgenden Untersuchungen und Analysen bauen auf der Grundlage von Berichten der AWO Bezirksverband Potsdam e.V. aus den Modellphasen III¹⁴ und IV¹⁵, eigenen Beschreibungen der Tätigkeiten der SGFK von Februar 2017 bis März 2020 (siehe

^b Eine zwanzigste Grundschule ist mit der entsprechenden Oberschule zusammen erfasst.

^c Ähnlich der „grounded theory“ durch Codierung und Bildung von ebenfalls subjektiven Kategorien der Untersucher.

^d Zur Ergänzung der Beziehungen zu weiteren Partnern (s.o.) wären zusätzliche Interviews mit diesen sinnvoll gewesen. In der jetzigen Infektionssituation war dies nicht möglich.

Teil I) sowie den von den SGFK während der Qualifizierung erstellten standortspezifischen sogenannten „Netzwerkkarten“ auf.

In der oben beschriebenen Tätigkeitsanalyse wurden auch die Kooperationen der SGFK erfasst und ausgewertet. Insgesamt wurden 2881 Kontakte zu Partnern außerhalb der Schule dokumentiert und 1775 konkrete Aktivitäten als explizit der Gesundheitsförderung und Prävention zugeordnete Tätigkeiten beschrieben. Diese Analyse macht die Bedeutung der Netzwerktätigkeit der SGFK zahlenmäßig deutlich (siehe Teil I Analyse der Tätigkeiten).

2.2 ANALYSE DER NETZWERKKARTEN DER SGFK

Im **ersten** Teil der insgesamt vier Auswertungen wurden die Netzwerke und die Akteure aus der Perspektive der Schulgesundheitsfachkräfte dargestellt und analysiert. Die zugrundeliegenden Informationen entstanden in den entsprechenden Abschnitten (Modulen) der Weiterbildung und sind Bestandteil der sogenannten „Netzwerkkarten“.

2.3 INTERVIEWS MIT DEN SGFK

Im **zweiten** Teil wurde mittels ausführlicher Telefoninterviews die ausdrücklich subjektive Sicht aller Schulgesundheitsfachkräfte qualitativ erfasst und entsprechend differenziert beschrieben.

2.4 INTERVIEWS MIT DEN ÄRZTEN UND ÄRZTINNEN DES KJGD

Den **dritten** Teil bildeten die Gespräche mit den wichtigsten Netzwerkpartner*innen, den Mitarbeiter*innen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes der Landkreise und kreisfreien Städte. Diese wurden aufgrund der Pandemie und erheblichen alltäglichen Belastungen der Mitarbeiter*innen in den Gesundheitsämtern verkürzt durchgeführt.

Eine ursprünglich geplante Befragung weiterer relevanter Akteure in den individuellen Netzwerken konnte aufgrund der Veränderungen im Rahmen der Pandemie nicht erfolgen.

2.5 ANALYSE DER REGIONALEN ARBEITSKREISE

2.5.1 Im **vierten** Teil wurde die **Teilnahmehäufigkeit** dieser oben genannten - und anderer - Netzwerkpartner*innen an den regionalen Arbeitskreisen beschrieben. Diese wurden wegen der strukturellen Bedeutung für die jeweiligen Netzwerke der SGFK von der AWO als Projektträger organisiert und persönlich begleitet.

2.5.2 Themen der regionalen Arbeitskreise

Zusätzlich wurden alle 64 Protokolle dieser Arbeitskreise aus dem Zeitraum Mai 2017 bis zum Beginn der Kontaktbeschränkungen durch die Pandemie thematisch ausgewertet. Details werden in Kapitel 6.2 beschrieben.

3. VORHANDENE NETZWERKDARSTELLUNGEN (NETZWERKKARTEN) DER SGFK

3.1 EINFÜHRUNG

Die Stichprobe wurde bereits unter 2.1 beschrieben. In der Weiterbildung der SGFK waren die wichtige Rolle von Kooperationspartnern und die Anbindungen an vorhandene regionale Netzwerke ein zentraler Punkt. Die Rolle einer isoliert arbeitenden Fachkraft in einem für sie dazu völlig neuen Umfeld und zudem als erwünschte Brücke zwischen den zwei Bereichen Schule und Gesundheit machte diese Netzwerkarbeit notwendig (siehe Curriculum von 2016¹⁶ und überarbeitete Version von 2018¹⁷).

3.2 METHODIK

Die von den SGFK in unterschiedlichen Formaten erstellten Netzwerkkarten zu den Kooperationspartner*innen wurden in einer Excel-Tabelle für jede Netzwerkkarte (n=15) farblich nach Berufsgruppen bzw. Institutionen gruppiert, um einen Überblick zu erhalten. In einem zweiten Schritt erfolgte eine differenzierte Auswertung der Akteur*innen nach den häufigsten Nennungen.

3.3 ERGEBNISSE

Der Mittelwert der insgesamt 300 Nennungen der 15 ausgewerteten Listen beträgt 20 Netzwerkpartner für jede SGFK. Die Angaben reichen von sieben bis 43 Kooperationspartner*innen.

Die Grundschulen unterscheiden sich mit durchschnittlich 19 genannten Kontakten nicht von den Oberschulen. Aufgrund der völlig unterschiedlichen Bedarfe an Grund- und Oberschulen könnte angenommen werden, dass sich dementsprechend die Netzwerke auch zahlenmäßig deutlich unterscheiden, was aber nicht der Fall war.

Allerdings ist die Bezeichnung einzelner Akteure, zum Beispiel von großen Institutionen und Behörden entsprechend der jeweiligen Organisationsstruktur unterschiedlich. So sind zum Beispiel Koordinatorenstellen im Rahmen des gesetzlichen Kinderschutzes in den verschiedenen kommunalen Strukturen ganz unterschiedlich verortet (s.u.) und immerhin insgesamt 19-mal erwähnt.

Abbildung 15, die einen Bildausschnitt der erfassten Angaben aus den einzelnen Netzwerkkarten darstellt, verdeutlicht die Vielfalt und Häufigkeit der Kooperationspartner*innen der 15 SGFK. In jeweils einer Spalte sind die Eingaben einer SGFK nach Tätigkeitsbereichen oder Organisation der Netzwerkpartner dargestellt und farblich zur besseren Verständnis hervorgehoben: Orange steht beispielsweise für alle Fachdienste des Gesundheitsamtes, beige für die Dienste der Jugendämter und die Grüntöne für Personen und Institutionen aus dem psychosozialen Bereich.

[illegible]

Abb. 15 Netzwerkpartner aller SGFK nach Gruppen

In den analysierten Netzwerkdarstellungen (Spalten von Abb.15) ist das *Gesundheitsamt* mehrfach (13-mal) mit unterschiedlichen Akteur*innen benannt. Häufig sind es die Fachdienste des Gesundheitsamtes, wie Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, KJGD (achtmal), der Zahnärztliche Dienst, ZÄD (achtmal) sowie der Sozialpsychiatrische Dienst, SpDi (sechsmal), mit denen die SGFK Kontakte pflegen.

Das *Jugendamt* als zweiter institutioneller Akteur findet insgesamt 16-mal Erwähnung, davon neunmal in der Funktion des Kinderschutzes (§ 8 a SGB VIII) und mit einer Vielzahl von weiteren Aufgaben wie Beratung und Förderung, Hilfen zur Erziehung, Frühen Hilfen, Medienberatung und der Familienservicestelle. Zehn weitere Male wird der Kinderschutz in anderen organisatorischen Zusammenhängen wie Kinderschutz - gruppe einer Klinik oder der AWO aufgeführt.

Sechsmal werden das *Schulamt* oder die Schullrätin genannt, 13-mal dagegen explizit die Schulpsychologische Beratungsstelle, siebenmal die Schulsozialarbeiter*innen.

Deren Nähe und alltägliche Bedeutung in der Schule wird im Übrigen in den Interviews oft betont.

Im (organ-) medizinischen Bereich dominiert die Nennung von Kinder- und Jugendärzten. Sieben der fünfzehn SGFK erwähnen eine größere Zahl von Kontakten zu niedergelassenen Kinder- und Jugendmediziner*innen, in einem Fall als persönliche Freundin. Insgesamt 18-mal werden niedergelassene Ärzte und Ärzt*innen anderer Fachrichtungen (Chirurgie, viermal D-Arzt, Frauenheilkunde, HNO und Augenarzt) erwähnt, achtmal eine Klinik für Kinder- und Jugendmedizin.

Im psychischen Bereich werden neunmal niedergelassene Psychotherapeutinnen oder Ärzte/ Ärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie erwähnt, sechsmal wird eine Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie genannt und für sieben von fünfzehn SGFK sind Sozialpädiatrische Zentren wichtige Netzwerkpartner.

Weitere Kooperationspartner sind der Projektträger selbst (achtmal explizit erwähnt) und dessen Suchtberatungsstellen. Daneben finden die regelmäßige Supervision, die Kursleitung während der Ausbildung und auch danach eine hohe Anerkennung als wichtige Unterstützung der Arbeit der SGFK vor Ort.

Die AOK Nordost als Partner im Zusammenhang mit dem eigenen Gesundheitsförderprojekt Gute Gesunde Schule wird viermal, die Unfallkasse als wichtiger Partner bei allen Aktivitäten um Unfallprävention und Erste Hilfe ebenfalls viermal gesondert aufgeführt.

Die Visualisierung der Netzwerke erfolgt im zweiten Schritt mittels der open- source-Software Gephi®. Dadurch wird die Komplexität der bereits während der Laufzeit des Modellprojektes im Land Brandenburg entstandenen Netzwerkstrukturen auf einen Blick sichtbar gemacht.

In Abbildung 16 und 17 sind die einzelnen Schulgesundheitsfachkräfte als größere blaue „Knoten“ dargestellt. Alle jeweiligen Kontakte sind durch Linien und die unterschiedlichen Partner farblich codiert. Sowohl die Kontakte aus den Netzwerkkarten als auch aus den Angaben im Interview (s.u.) sind enthalten. Im Zentrum befinden sich Akteure, die bei vielen SGFK als Kontakte vorhanden sind. Dies sind zum Beispiel Behörden wie Gesundheitsämter, die Ministerien, der Projektträger AWO Bezirksverband Potsdam e.V. oder die AOK Nordost und die Brandenburger Unfallkasse. Zum Rand (nach außen) sind die individuellen Partner nur der jeweiligen Fachkraft positioniert.

Die Kontaktpersonen sind unterschiedlich kodiert, schwarze Kontakte stellen „individuelle“ Kontakte, sind also nur für die jeweilige SGFK relevant. Dies ist aufgrund der großen räumlichen Entfernung anzunehmen. Auch spiegeln die scheinbar gemeinsamen Kontakte in der Mitte der Grafik nur gleiche Akteure bezüglich zum Beispiel der Berufsbezeichnung wider. Der KJGD ist zwar zentral für alle, aber in einer anderen Region durch eine andere Person vertreten.

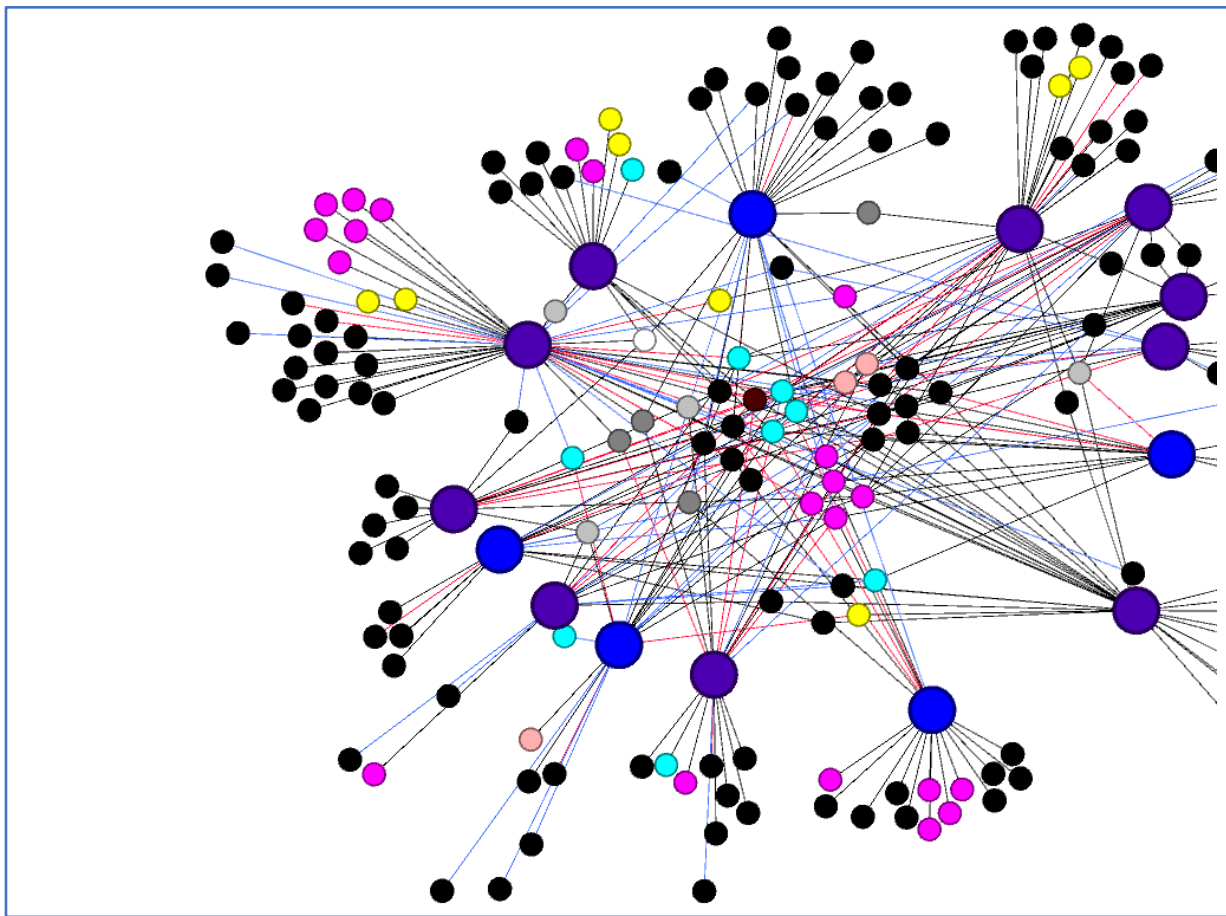


Abb. 16 Darstellung der SGFK (blaue Punkte) und ihrer Netzwerk-Verbindungen

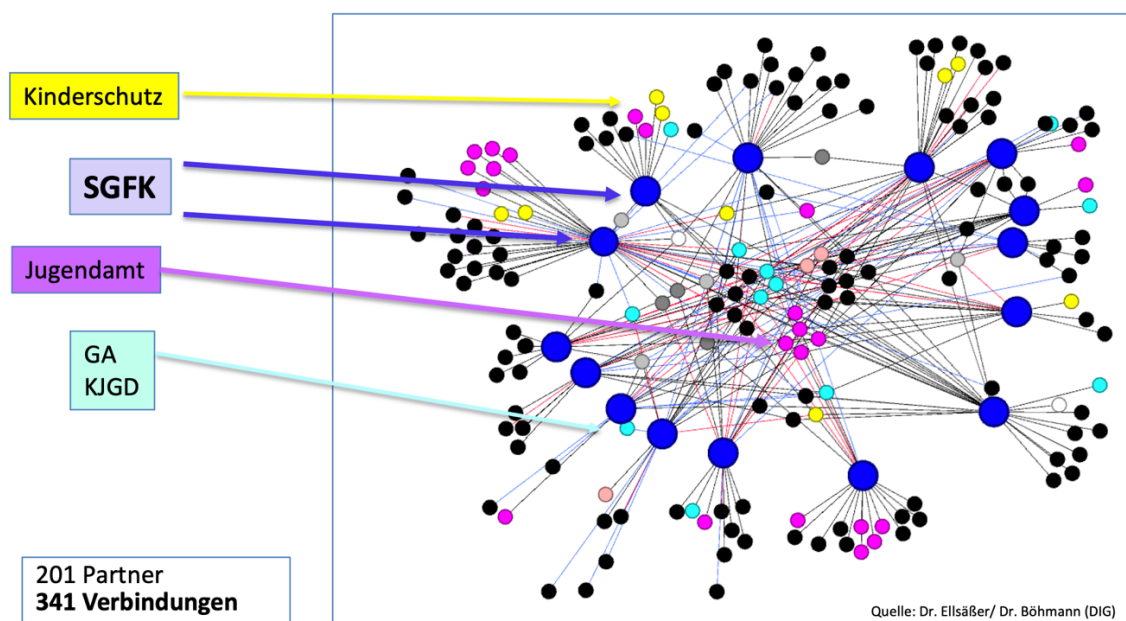


Abb. 17 Beispiele für Kontakte

Die gelb kodierten Punkte stehen zum Beispiel für Akteure aus dem Kinderschutz. Insgesamt verdeutlicht dieses Bild der Partnerschaften aus der Sicht der SGFK die

starke Heterogenität der gesamten medizinischen und sozialen Dienste, die organisatorisch sehr unterschiedlich strukturiert und verortet sind. Dies erfordert von den einzelnen Akteuren Zeit, Energie und eine gewisse Hartnäckigkeit, was in den Gesprächen gelegentlich nicht ohne Stolz thematisiert wird.

Als weiteres Beispiel seien drei Beispiele sehr unterschiedlicher Angaben zu den jeweiligen Kontakten aufgeführt (Abbildung 18).

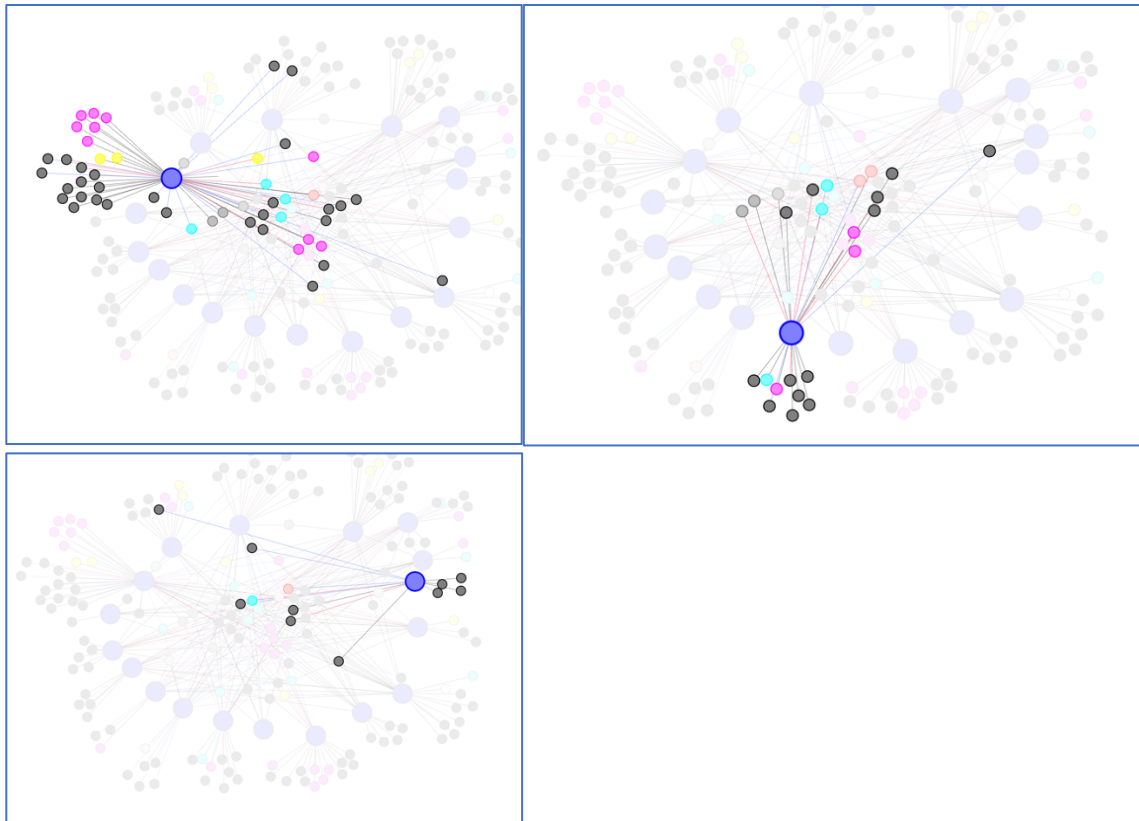


Abb. 18 Drei unterschiedliche Beispiele für Kontakte einzelner SGFK

4. INTERVIEWS MIT DEN SGFK

4.1 EINFÜHRUNG

Mit 15 der ursprünglichen SGFK wurden nach Terminvereinbarungen Telefon - interviews von Dr. Johann Böhmann und zwei Mitarbeiter*innen des Delmenhorster Instituts für Gesundheitsförderung (Regina Hilken- Kämena, Jesko Opitz) nach vorbereitender Schulung anhand eines Fragebogenleitfadens durchgeführt und mittels einer Software (skype-prof®) aufgezeichnet. Diese Gespräche dauerten jeweils einmal 29 und maximal 86 Minuten. Der große Raum für narrative Elemente (s.o.) wurde dabei von allen Interviewten ausführlich genutzt und von vielen ausdrücklich begrüßt.

4.2 METHODIK

Der Fragebogen enthielt insgesamt 28 Fragen mit einigen wenigen quantitativen Elementen, zum Beispiel zur Dauer der Tätigkeit an der jeweiligen Schule, der Schülerzahl und der Frage nach einer - spontan erinnerten - Liste von bedeutsamen Kontakten.

Daneben waren bewusst offene Fragen zur Abbildung der eigenen Haltung und Einstellungen zur grundsätzlichen Netzwerkarbeit sowie ebenfalls bewusst redundante Fragen zur Wiederholung und Vertiefung eingefügt.

Der Fragenkatalog ist in der Tabelle 2 auf der folgenden Seite dargestellt.

Tabelle 2 Fragenkatalog für Interviews mit SGFK

Nr.	Frage	Antwort
I.	<i>Warmup und orientierende Fragen zur Schule und der individuellen Situation allgemein</i>	<i>Alle Antworten sind vertraulich werden anonym ausgewertet – schriftliche Vereinbarung wichtig! Alle Antworten frei!</i>
1	Wie lange sind Sie an der Schule (insgesamt/ der aktuellen)?	
2	Wie viele Schüler hat ihre Schule?	
3	Wie schätzen sie allg. den Hilfebedarf an ihrer Schule ein? ^e : nach Bemerkungen fragen	
4	Fallen Ihnen <u>spontan</u> wichtige Partner ein? (<i>Details weiter unten!</i>)	
5	Gibt es typische <u>Anlässe</u> für Kontakte zu NW. Partnern? (Liste der DB)	
6	Gibt es häufige...?	
7	Fallen ihnen spontan <u>Beispiele</u> für erfolgreiche / wichtige Aktivitäten ein	
8	Ist das für Sie eine <u>große Hilfe</u> oder eher weniger zentral (1-6)? Kommentar	
	Pause mit Nachfragen zulassen	
II	<i>Konkrete Netzwerke Beispiele</i>	

^e Bei allen Fragen nach Ranking immer 1 bis 6 im Sinne der Frage, 1=gering/gut bis 6=massiv/schlecht

1	Können Sie spontan einige (5) Netzwerkpartner nennen?	
2	Welche erschienen Ihnen besonders <u>wichtig</u> (ranking...)?	
3	Haben Sie einzelne <u>vermisst</u> ?	
3a	Wenn ja, welche?	
4	Um welche haben Sie sich besonders bemüht? erfolgreich/ erfolglos?	
5	Wurden Sie von Partnern gesucht? Beispiel!	
6	Hatten Sie besonders <u>geschätzte/ beliebte</u> Partner?	
7	Gab es unangenehme Ansprüche/ Wünsche?	
7a	Was waren Beispiele? Gründe? In eigenen Worten (streng vertraulich!!)	
7b	Warum, falls möglich? (typisch?)	
8	Was waren die erfolgreichsten Kooperationen? – ganz spontan!	
III	<i>Pause: Wiederholung Frage 1:</i>	<i>Konkrete Beurteilung einzelner Partner</i>
1	Fallen Ihnen bei erneutem Nachdenken im Rahmen des Interviews weitere- auch potentielle- und wichtige Netzwerkpartner ein? <i>Dann Liste 1. Ergänzen</i>	
2	Sind Sie allgemein mit den Kooperationen zufrieden?	
3	Können Sie sich für die Zukunft Verbesserungen vorstellen?	

4	Halten Sie die Kooperationen allgemein für ihre Arbeit für sehr wichtig? (1-6)	
5	Können Sie sich eine ideale Kooperation vorstellen? Wie würde das aussehen?	
6	Welche Verbesserungen würden Sie sich konkret wünschen?	

Die Transkription der Interviews wurde wegen des großen Umfangs in der ersten Stufe mit einer Spracherkennungssoftware (MS_azure®) und manueller Korrektur durchgeführt, um einen Überblick zu erhalten. Eine Anpassung an die Schriftsprache wurde (außer bei akustischen Verständnisproblemen) nur zurückhaltend vorgenommen, Hörsignale wurden nicht transkribiert. Nach finaler manueller Korrektur erfolgte die inhaltliche Analyse mit Hilfe der Software F4^f.

Die Äußerungen der SGFK in den fünfzehn Interviews wurden nach der Transkription und Korrektur mittels der Software F4® durch Ersetzen der Namen durch fortlaufende Nummern anonymisiert.

Vom Autor wurden sie im ersten Schritt kodiert und zu inhaltlich sich aus dem Text ergebenden und zu den Fragestellungen passenden Gruppen zusammengefasst. Die Kodierungen wurden im Text jeweils farbig markiert, eine Liste der Codierungen und der Kategorien wurde gespeichert. Einzelne Beispiele sind als Screenshot in den Text eingefügt. Eine zusätzliche und unabhängige Codierung durch andere Untersucher erfolgte nicht. Dies schien bei der meist deskriptiven Analyse vertretbar^g.

4.2 FRAGESTELLUNGEN UND ERGEBNISSE

Zentrale Ziele und Fragestellungen der Interviews waren:

- möglichst viele (ad hoc präsente) Netzwerkpartner erfassen,
- Aussagen über die subjektiv empfundene Qualität der Kooperation treffen,
- häufige und/oder typische Probleme in der Schule als Anlässe für Kooperationen identifizieren,
- förderliche und hinderliche Faktoren aus Sicht der SGFK benennen,
- die subjektive Bewertung der Kooperation erfassen,
- einen Eindruck zum Stil und zu Haltungen sowie auch zu Problemen der SGFK zu bekommen.

^f Entspricht in wesentlichen Zügen und ist kompatibel zu dem bekannteren Produkt MaxQDA®.

^g Aufgrund des sehr umfangreichen Fragenkatalogs und der hohen Zahl von Interviewten werden an einigen Punkten bereits im folgenden Textteil Anmerkungen bzw. Einschätzungen eingefügt.

Als erster Eindruck sind in der folgenden Abbildung 19 nach der oben erwähnten Methode, die ausschließlich in den Interviews - und nicht in den Netzwerkkarten - genannten Kontakte bzw. Verbindungen von zwölf interviewten Schulgesundheitsfachkräften dargestellt. Erneut sind die SGFK blau mit ihren jeweiligen Kontakten dargestellt. Die „Zentralität“ zeigt eine größere Anzahl gemeinsamer Kontakte – mit den oben beschriebenen Einschränkungen. Fachkräfte am Rande teilen dagegen weniger gemeinsame Kontakte.

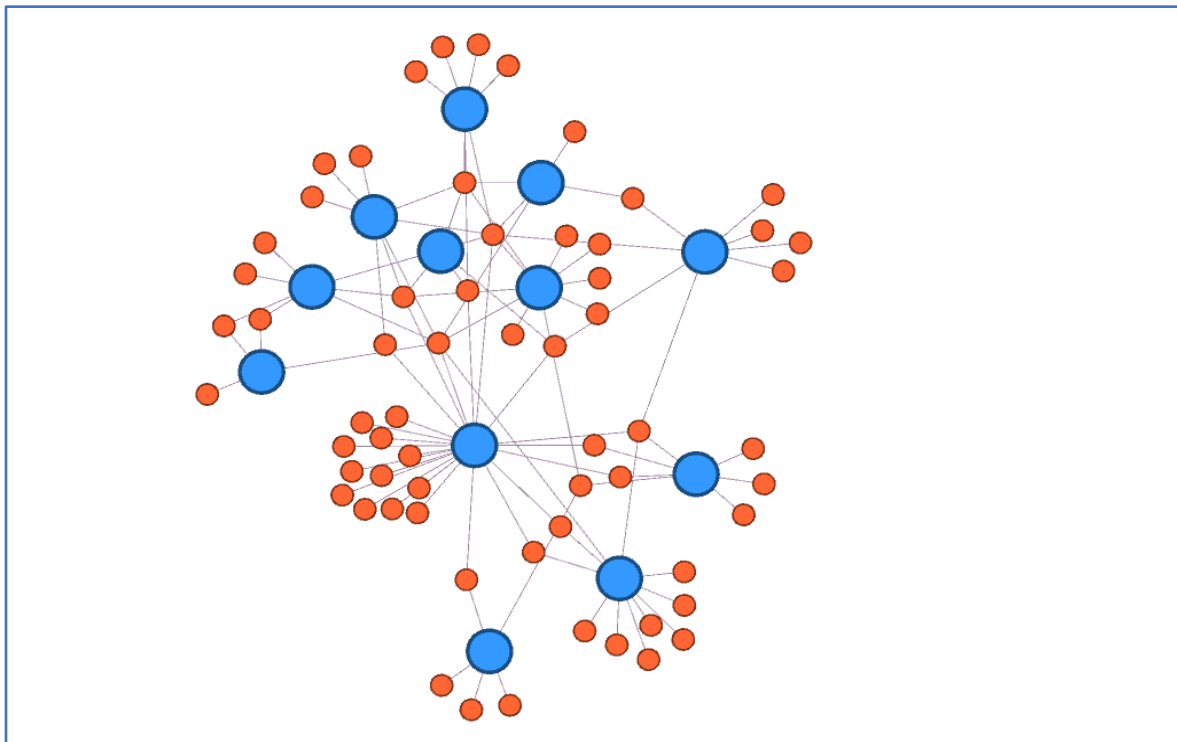


Abb. 19 Ausschließlich im Interview erwähnte Kontakte

Die Position bezieht sich auf die Häufigkeit „gemeinsamer“ Kontakte mit anderen. Gemeinsame Kontakte sind dabei nicht identische Personen/Akteure, sondern möglicherweise auch identische Institutionen wie „Gesundheitsamt“, aber an anderen Standorten. Die Position bildet daher lediglich eine „Vernetzungsähnlichkeit“ ab.

Im Folgenden werden einige besonders aufschlussreiche Antworten auf einige Fragen detaillierter dargestellt und wörtlich zitiert. (Wegen der vielen unterschiedlichen Kommentare und dem breiten Themenspektrum erfolgen gelegentlich bereits hier einzelne Anmerkungen und Bewertungen).

Auf die Frage 3 nach der allgemeinen Einschätzung des Hilfebedarfs an der jeweiligen Schule (eine subjektive Einschätzung der sozioökonomischen Situation) wurde dieser aufgrund der schlechten sozialen Situation des ‚Umfeldes der Schule‘ mit einer Ausnahme als sehr hoch bis extrem hoch eingeschätzt. Er reichte von der „Schulnote“ vier: (viel Hilfebedarf) bis sechs (erheblicher Bedarf). Zitat:

„... sind Brennpunktschule“ (2, Absatz 24).

Auch hier handelte es sich um den empfundenen Bedarf, also aus subjektiver Sicht der SGFK. Bei Betreuung mehrerer Schulen durch eine SGFK wurde die Schule mit der längeren, überwiegenden Anwesenheit (Zeitstunden) ausgewählt.^h

Die „spontane“ Nennung von wichtigen Partnern (Frage 4) war eine der zentralen Fragen gleich zu Beginn des Interviews. Die Frage wurde bewusst später noch wiederholt. Es ergab sich ein inhomogenes Bild. Einige SGFK hatten gar Schwierigkeiten, überhaupt ad hoc Namen zu finden, anderen fiel dagegen gleich eine längere Liste ein.

„Also ich kann diese Frage nicht beantworten, es weil ich denke, dass jeder Netzwerkpartner wichtig ist, sonst hätte man ihn nicht gesucht.... und dann ist da ja noch Unterschied von Grundschule zur Oberschule“ (6, Absatz 176).

Andere hatten spontan ganz klare Vorstellungen von der Bedeutung einzelner Partner wie:

„Die AWO, dass mir mein Arbeitgeber auch zur Verfügung steht ja, äh, äh, dass ich mich dann auch melden kann bei Sorgen und Nöten und die sich kümmern und dahinterstehen, also das, das ist ja auch was, was eigentlich wichtig ist, wo ich finde, das sollte auch, ähm, Erwähnung finden, ja“ (15, Absatz 360 - 362).

In der Tabelle 3 sind nur die „ersten spontanen“ Äußerungen (ohne Nachfragen von Seiten der Interviewer) dargestellt. Diese Aufstellung war als Ausdruck einer aktuellen Bedeutung (mentalen Präsenz) in der konkreten Interviewsituation anzusehen, bei der offensichtlich eher praktische, handlungsorientierte Aktivitäten, wie auch später im gesamten Interviewverlauf, zu dominieren schienen. Beispiele waren die relativ häufige Nennung der Unfallkasse als Partnerin bei konkreten und häufigen Projekten zur Unfallprävention oder des Zahnärztlichen Dienstes mit häufigen Kontakten im Rahmen der Kariesprophylaxe. Dies scheint auch ein typisches Projekt mit starker Beteiligungsmöglichkeit zu sein.

Eine große Zahl weiterer Angaben oder Erwähnungen im Verlauf des Interviews erfolgten im typisch narrativen Stil, zum Beispiel im Zusammenhang mit wichtigen Projekten oder typischen bzw. häufigen Problemkonstellationen an der jeweiligen Schule. Jede

**Tabelle 3 Spontane Nennungen
„Wichtige Partner“**

Gesundheitsamt	8
Schul-sozialarbeiter*in	5
Psychologen	4
Kollegin	3
Unfallkasse	3
Kinderärzte	2
Ärzte	2
Jugendamt	2
AWO	2
Therapeuten	1
CA KJP	1
PIA (Psych.Inst.Amb)	1
Physiotherapeut	1
Gesundheitsförderer	1
Psychosoz. AG	1
Eltern	1
Hygienekontrolleurin	1
KJGD	1
Hausmeister Sekr.	1
DRK	1

^h Ein Abgleich mit Auswahlkriterien bei der Standortwahl, bei der die Situation der Standorte eine Rolle spielte, erfolgte nicht.

dieser Nennungen (also auch Mehrfachnennungen) wurden dann kodiert und addiert, was bei der großen Zahl an Interviews und der vielen Nennungen hier nur ausschnittsweise wiedergegeben werden kann.

Insgesamt wurden 305 Partner erwähnt, wobei nur eine SGFK dabei im Interview auf die ihr vorliegende Netzwerkkarte zurückgriff. Die häufigste Einzelnennung betraf mit dreißig Nennungen das Gesundheitsamt (allein achtmal davon der Zahnärztliche Dienst noch vor dem KJGD mit „nur“ sechs Nennungen. 23-mal wurden Kinder- und Jugendärzte allgemein (meist Praxis) und 20-mal wurde „Sozialarbeit“ erwähnt, womit in der Regel die Sozialarbeiter*innen an Schulen gemeint waren, zehnmal wurde das Jugendamt genannt.

Ein Ausschnitt (screenhot) aus der detaillierten Codierungstabelle (der ersten Stufe) ist in Tabelle 4 dargestellt.

Unter der Kategorie „Lieblingspartner“, die insgesamt (nur) 12-mal erwähnt wurden, dominierte fünfmal die Schulsozialarbeit. Daneben wurden zweimal der Zahnärztliche Dienst (s.o.) und jeweils einmal Pro Familia, Kinderpsychologen, die Unfallkasse und das Gesundheitsamt sowie der Chefarzt einer Klinik genannt.

Typische Anlässe bzw. Probleme an der Schule wurden insgesamt 35-mal erwähnt. Es dominierten neben Ernährungsthemen wie „nie Frühstück,“ psychosoziale Probleme wie Drogen, Sexualität, Suizidgefährdung oder auch häusliche Probleme. Als Beispiel wird hier das gehäufte Auftreten selbstverletzenden Verhaltens in einer Klasse vorgestellt:

„...dass sich ein Kind geritzt hat. In der gleichen Klasse, ne am gleichen Tag noch ein zweites Kind geritzt hat, und dass das dann schon quasi fast hier wie so ne verschleppte Krankheit war, ja und dass das mit dem Sozialarbeiter und mit den Eltern dann doch relativ gut geklappt hat. Wir haben das ganz schnell wieder eingekriegert, haben uns in der Klasse hingesezt, haben das Ganze besprochen und haben gesagt, wenn irgendwas ist, ihr könnt immer kommen und wenn ihr das Gefühl habt, dass da wieder was ist“ (9, Absatz 197).

Tabelle 4 Nennungen „weiterer Partner“ im Verlauf

Kinderärzte	23
Sozialarbeit	20
Gesundheitsamt	13 (17)
Jugendamt	10 (3)
Kolleginnen auch DBFK	9
Schulpsychologen	9
AOK	8
Unfallkasse	8
Eltern	6
Kinderklinik	5
Drogen und suchtberatungsstelle	5
Johanniter, DRK	5
Sekretärin	5
Regionale AK	4
D Arzt	4
Polizei	4
sonderpädagogen	4
AWO	3
Mentorin	3
Kinderpsychiater	3
Ambulanter Kinder- und Jugendhospizdienst	3
Schulamt	3
netzwerkstelle gesundes Kita und Schulessen	3
Ehrenamtler	3
SOS Kinderdorf	2
pro Familia	2
sozialpädiatrisches Zentrum	2
Familienservice	2
Lokalpolitiker	2
Notararzt	1

Von insgesamt 63 Präventionsprojekten oder konkreten präventiven Aktivitäten in Verbindung mit Netzwerkpartnern wurde berichtet. Am häufigsten wurden dabei Händehygiene (bereits vor der Pandemie), Erste Hilfe und gesundes Essen, also Aktivitäten mit starkem praktischem und präventivem Bezug, erwähnt. Auch in der Kategorie der gezielt nachgefragten „erfolgreichen Projekte“ dominierten diese Themen und dementsprechend auch bestimmte, oft lobend erwähnte Partner wie die Unfallkasse Brandenburg (UKBB) und DRK bzw. die Johanniter. Aber auch der Zahnärztliche Dienst der Gesundheitsämter wurde wegen konkreter Aktionen der Zahnpflege bzw. Kariesprophylaxe mehrfach ebenso positiv hervorgehoben, wie der Kinder- Jugendgesundheitsdienst Dienst zum Beispiel beim „Screening in Klasse 6“. Gezielt haben wir in der Analyse auf positive - oder seltener erwähnt - auch negative Assoziationen im Text geachtet. Diese fanden sich 29-mal als positiv und 19-mal waren Partner mit „negativen Attributen“ belegt. Typische Äußerungen waren:

„Also das ist auch immer ein sehr interessantes Zusammentreffen, wo man viel für die Schule rausziehen kann an Informationen und Hilfsmöglichkeiten, das sind so ganz enge (Kontakte), ansonsten wie gesagt eher schwierig [...]“ (7, Absatz 18)

„[...] der Schulsozialarbeiter ist wirklich ganz toll.“ (9, Absatz 85)

Negative Beispiele im Gespräch waren zum Beispiel:

„Dass man als Aufsichtsperson abgestellt wird, obwohl das eigentlich nicht Aufgabe ist und dass man uns nicht scheinbar als Person schätzt, sondern einfach weil Mangel an, äh, Personal, da ist.“ (10, Absatz 220 - 221)ⁱ

Vermisste und vergeblich gesuchte Partner fanden sich trotz gezielter Nachfrage im Fragebogen nur 13-mal von neun der 15 SGKF erwähnt. Dies waren typischerweise häufig Fachleute aus dem psychosozialen Bereich wie (erreichbare) Schulpsycholog*innen an erster Stelle, aber auch nicht erreichbare Kinderärzte wurden von zwei SGFK erwähnt.

Fast nie wurden die SGFK von anderen Partnern direkt aufgesucht oder eingebunden (Frage 17) und wenn, dann wurden auch unangenehme Situationen zum Beispiel des empfundenen Fehleinsatzes als „Klofrau“ geschildert:

„[...] wenn man vor den Toiletten aufgestellt wird, weil keiner Bock drauf hat, dann wird gesagt, dass wir ja aber mal drauf achten, dass er sich die Hände waschen, wo ich denke, das ist nicht meine Aufgabe, bin halt keine Toilettenfrau und so [...]“ (10, Absatz 222)

Dieses Zitat deckte nach unserem Eindruck einen wunden Punkt in der „Netzwerkarchitektur“ auf und wird Gegenstand der Diskussion sein (s.u.), zumal dies als sehr wichtig für die eigene Haltung und empfundene Wertschätzung sein dürfte. Auch resignative Zwischentöne erschienen gelegentlich wie:

ⁱ Es ist zu bedenken, dass Äußerungen aus dem Gesprächsfluss (narrativ) und dem Zusammenhang manchmal auch situativ zu interpretieren sind. Häufig fällt das Stichwort Covid19 zum Beispiel beim Stichwort Händehygiene und entsprechende Unterstützung wie der „Schwarzlichtkasten“ und dann der Partner Unfallkasse.

„...sind alles so Fragezeichen, die jeder für sich hat, mit wieviel Herzblut bin ich denn noch dabei, und wie viel Zeit investiere ich für Netzwerkarbeit, bringt das überhaupt noch irgendwas“ (12, Absatz 86).

Aber auch konstruktive Vorschläge und der Wunsch nach Unterstützung „von oben“ fanden sich:

„[...] ich will nicht sagen genötigt werden, aber schon, dass man einfach von oben herab von Landesregierung!! her sagt das sind deine Netzwerke und da musst du die pflegen. nicht nur für mich, sondern eben auch für die offiziellen Ämter“ (12, Absatz 78)

Erfolge (Frage 17) wurden ausdrücklich in neun Gesprächen 14-mal erwähnt und reichten von allgemeinen Äußerungen wie:

„[...] dafür zum einen, dass wir überhaupt in xxx sind [...]“ (1, Absatz 161),

bis:

„Bei den Kinderärzten wurde es auch immer besser, ja“ (1, Absatz 176)

und konkreten und begeisterten Äußerungen wie:

„Die Schülerin mit Angststörung, wo ich dann endlich die Mama mit ins Boot holen konnte“ (4, Absatz 134).

Einen großen Raum nahmen Sorgen und Unsicherheiten bzw. Diskussionen über die von uns als „Rahmenbedingungen“ codierten Äußerungen ein. Typische Anmerkungen waren 36-mal von neun SGFK zu hören. Häufig waren dies Sorgen verbunden mit der Lage im ländlichen Raum und den damit verbundenen Schwierigkeiten gerade in Bezug zur Netzwerkarbeit.

Aber auch der Datenschutz und (fehlende bzw. schwer zu beschaffende) Einverständniserklärungen wurden mehrfach erwähnt:

„es ist wie überall mit Dokumentation, ne, da rauft man sich die Haare“ (6, Absatz 295)

Schwierigkeiten wie wechselnde Einsatzorte und Teilzeittätigkeit wurden von fast allen erwähnt und als besonders nachteilig gerade für Netzwerkaktivitäten bezeichnet:

„Wir haben ja nur die 20 Stunden, da ist es immer bisschen schwierig, da geht immer die Akutversorgung vor.“ (8, Absatz 22)

Diese braucht eben vor allem Zeit und Kontinuität.

Alle Befragten haben die Bedeutung der Netzwerkarbeit mit der Schulnote 1 bis 2 (sehr wichtig/wichtig) bewertet und investierten erhebliche Energie in den Aufbau und die Pflege. Sie waren gelegentlich frustriert durch zähe Prozesse vor allem in und mit (größeren) Behörden wegen unklarer Zuständigkeiten und gelegentlich „empfundene“ Desinteresse:

„Sollte enger Kontakt sein, hier aber nicht. Man merkt, dass sie der Sache nicht so positiv gegenüberstehen“ (10, Absatz 161) oder „so ganz im Sinn von dem Projekt oder denken, man ist nur für Pflaster oder Kühlakku hier, so was gibt’s natürlich

auch, dass sie wahrscheinlich nicht so genau wissen, warum man eigentlich hier in der Schule“ (13, Absatz 195).

Auf die etwas abstrakte „systemische“ Frage nach der idealen Kooperation wurde selten mit eigenen (Wunsch-) Vorstellungen geantwortet.

Es ist anzunehmen, dass dies auch mit der etwas „zurückgenommenen“ eigenen Rolle sowie der Bedeutung, was den eigenen Einfluss auf die Organisation angeht, zusammenhängt. So könnte der Ruf nach der Unterstützung „von oben“ verstanden werden. Aber auch die Verortung in der Schule und die damit verbundene Isolierung (ohne direkte Einbindung in berufliche Strukturen wie Ärzte in Klinik oder Praxis) könnte ein Gefühl der Überforderung erzeugen.

An konkreten Wünschen (Frage III, 6) mangelt es dagegen nicht. 53-mal wurden von allen SGFK ein bis neun Wünsche geäußert. Das Spektrum war groß und ebenfalls Material für weitergehende Überlegungen. Ein Beispiel ist:

*„nen Arzt, den man immer anrufen kann so wie im Krankenhaus“ (1, Absatz 197)
über „Auf alle Fälle da ist noch Spielraum nach oben. Gerade auch beim Zahnärztlichen Dienst dann auch insgesamt mit dem Gesundheitsamt, finde ich, da ist ganz viel Spielraum...“ (7, Absatz 48)*

Sehr oft fand sich der Wunsch nach Austausch. Die Kolleginnen waren eine wichtige und auch emotionale Unterstützung:

„[...] wie ich schon sagte, regelmäßige Treffen, Informationen, Aufforderung, Weiterbildung. Ja, dass man sich austauschen kann, wie gesagt, theoretisch, praktisch, mit Materialien, Wissen.“ (3, Absatz 76)

Ein Beispiel illustriert eine besonders positive Betonung des zentralen Begriffs zum „Beziehungsaufbau“:

„[...] wenn man zusammen den Schulhof aufräumt. Natürlich gehört das nicht zu unseren Aufgaben, aber es ist Beziehungsaufbau. Es ist mit den Kindern gemeinsam machen, deine Umwelt sauber halten, gehört halt auch zur Gesundheitskompetenz“ (10, Absatz 279)

63-mal fanden sich Äußerungen, die im Zusammenhang als Zitate zur Haltung, Einstellung und Stil (der jeweiligen SGFK) kodiert wurden. Häufige Motive waren:

„Es geht alles von mir aus“ (2, Absatz 50); „Ich muss mich ständig anbieten.“ (2, Absatz 56) bis „ich liebe das, was ich hier tue, das ist wirklich ja so schön und so wichtig, und es kommt so viel zurück“ (4, Absatz 336);

„Wir haben uns für dieses Projekt entschieden. Wir haben alle ähm Jobs gekündigt, also ich hatte ja auch einen Job vorher, ne, und aber ich hab vor Jahren schon mal gedacht, ich möchte gerne nochmal was anderes machen, aber soll irgendwas Tolles sein“ (4, Absatz 363)

Aber auch realistische und selbstkritische Äußerungen wurden gemacht:

„Es gibt immer wieder auch Leute natürlich, die das Projekt eben nicht gutheißen, damit muss man eben umgehen.“ (6, Absatz 139);

„Also ich bin immer gleich so persönlich.“ (8, Absatz 64)

In allen bisher betrachteten Interviews fiel trotz manchmal großer Kritik

(...“wird doch anonymisiert?“; „Ich bin ja nicht studiert irgendwie und dann würde ich mich mir nicht anmaßen, irgendwelche Kompetenzen zu überschreiten, die mir gar nicht zustehen, ne“ (6, Absatz 194); „...einfach mal zuhören!“)

eine große Begeisterung und ein großes Engagement mit der Hoffnung auf Fortführung des Projektes auf.

Viele Wünsche betrafen auch eine

„[...] bessere alltägliche Unterstützung bei medizinischen Fragen [...]“ (5, Absatz 152-153),

vor allem auch eine - gelegentlich vermisste - Akzeptanz bei Behörden wie den Gesundheitsämtern.

Eine SGFK hatte bisher noch nie direkten persönlichen Kontakt gehabt; ein Umstand, der aber gleich mit Überlastung und Krankheitsfällen im Amt entschuldigt wurde. Die Kontakte zu Vertreter*innen der „Psychologischen Beratungsstellen“ wurden dagegen als eher harmonisch und auch als sehr hilfreich spontan erwähnt:

„[...] das hatten wir ja in unserer Ausbildung nicht so.“ (5, Absatz 201-202)

4.3 FAZIT

Die durchgängig von allen SGFK als sehr positiv bewertete Netzwerkarbeit ist ein herausragendes Ergebnis und im internationalen Vergleich der Tätigkeitsprofile der school nurses von innovativer Bedeutung.¹⁸

Die Antworten der Interviewten beschrieben nicht die objektive Zahl der Netzwerk - partner*innen, sondern spiegelten in der bewusst wenig vorbereiteten Situation (nur Terminabsprache des Interviews) die jeweilige Repräsentanz der Kontakte in diesem Zeitpunkt wider.

Auch wenn bewusst zum Beispiel nach der Bedeutung einzelner Akteure und Projekte im Sinne eines „Ranking“ gefragt wurde, stellte sich doch heraus – und das war durchaus beabsichtigt – dass subjektiv als wichtig, sympathisch, erfolgreich oder auch als unangenehm empfundene Kooperationen oder Akteure „präsender“ waren als vorgeschriebene, notwendige oder „gewollte“ Aktivitäten oder Kooperationspartner, wie sie zum Beispiel in den oben beschriebenen Netzwerkkarten zu finden waren.

Die Angaben in den Interviews zeigten große Unterschiede zu den strukturierten Angaben aus den „Netzwerkkarten“. Vor allem die subjektiven Haltungen und Einschätzungen wurden häufig deutlich, was ausdrücklich das Ziel dieses für eine große Zahl von Interviewpartnern aufwendigen Vorgehens unter Verwendung narrativer Elemente war.

Weitere zukünftige gezielte Unterstützungen, Schulungen und Aktivitäten können nur sinnvoll und effektiv sein, wenn sie die jeweiligen konkreten und „erlebten“ Bedingungen vor Ort berücksichtigen.

Fertige (standardisierte) Programme, wie zum Beispiel Landesprogramme, wurden zwar gewünscht und oft vermisst, allerdings bedeutete die Teilnahme an diesen konkreten (fertigen) Projekten wie „Gesund leben lernen“ bzw. „Gute gesunde Schule“ auch gewisse Zwänge aus Sicht einzelner Schulgesundheitsfachkräfte, für die oft die Ressourcen zu fehlen schienen.

Vor allem einzelne Erlebnisse aus dem psychosozialen Bereich wurden als stark motivierend empfunden und lebhaft geschildert (s.o. Suizidprävention), während die vielen medizinisch-pflegerischen Tätigkeiten als eher selbstverständlich angesehen wurden. Diese spielen aber für die manchmal immer noch vermisste Wertschätzung an den Schulen – vor allem durch einige Lehrer – eine große Rolle und schienen das Selbstbewusstsein zu stärken. Bei der großen Zahl der Schülerkontakte (27.241!) schwang auch Stolz auf die eigene Tätigkeit mit.

Die Beziehungen wurden in „Gephi®“-Diagrammen (s.o.) gesondert visualisiert. In den Interviews fielen die Netzwerkpartner aus dem psychosozialen Bereich mit häufigen Nennungen auf. Dies steht im Kontrast zu den wenigen existierenden Akteuren in diesem Feld und der damit verbundenen nicht einfachen Erreichbarkeit vor allem in ländlichen Regionen. Nicht überraschend war der Kontaktwunsch aufgrund des objektiv vorhandenen und subjektiv gespürten Bedarfs bei gleichzeitig erlebtem Mangel oft mit emotionalen Attributen verstärkt. Beispiele waren Schulpsycholog*innen, Sozialarbeiter*innen und nicht „behördliche“ Institutionen wie Pro Familia, AWO Suchtberatung u.v.a.m. Der medizinische Bereich wurde dagegen seltener erwähnt.

Das Gesundheitsamt und Behörden wurden insgesamt nicht häufig und selten als Erstes bei der Frage 6 „Fallen Ihnen spontan wichtige Partner ein?“ genannt. Hier waren es dann oft Kooperationen in konkreten Tätigkeiten, wie mit dem Zahnärztlichen Dienst, während die Kooperationen mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst überraschend als weniger intensiv, gelegentlich auch als schwierig beschrieben wurden. Eindeutig positive Anmerkungen fanden sich hier im Zusammenhang der Kooperation im Rahmen des aktuellen Infektionsmanagements, was offensichtlich nicht nur zu mehr und intensiverer Kooperation, sondern auch zu mehr (und gewünschter) Anerkennung führte.

Die wichtige Erreichbarkeit von Netzwerkpartnern hing eindeutig vom Standort ab. In allen städtischen Standorten schienen die SGFK mit der Erreichbarkeit und den vorhandenen Möglichkeiten trotz vieler Hürden wie Zeitaufwand und manchmal geringer Akzeptanz bei einzelnen Kooperationspartnern sehr zufrieden. Besonders eindrucksvoll schilderten dies die Kolleginnen, die, weil an zwei Standorten tätig, einen direkten Vergleich hatten. Im ländlichen Bereich war aufgrund der Entfernungen und schlechter Verkehrsverbindungen neben dem geringeren Angebot an vielen potentiellen Partnern eine Kooperation fast unmöglich und erforderte unbedingt einen eigenen PKW.

Als besonders wertvoll wurden informelle und spontane kollegiale Kontakte zu anderen SGFK angesehen und deutlich häufiger gewünscht, um nicht immer Einzelkämpferin zu sein. Auch der Wunsch nach mehr öffentlichkeitswirksamen Aktivitäten und Projekten wurde mehrfach geäußert.

Die Akzeptanz war ein immer wieder explizit oder implizit erwähnter Faktor. Dabei spielten, neben individuellen Haltungen, insbesondere bei SGFK an kleinen Schulen mit geringem Stundenkontingent auch vor allem die mangelnden Zeitressourcen eine große Rolle.

Die Teilnahme an regelmäßigen Treffen oder gar verschiedenen Arbeitsgemeinschaften (wie Kinderschutz, Suchtprävention, Sexualaufklärung) wurden für die produktive und nachhaltigen Kooperationen als sehr entscheidend angesehen. Dies erschien durch mangelnde zeitliche Ressourcen – an einigen Standorten verschärft durch große räumliche Entfernungen - stark erschwert. Gerade hier würden aber wichtige und vor allem „tragfähige“ Kontakte geknüpft und gepflegt und die eigene Bekanntheit gefördert.

Rahmenbedingungen wurden oft als einschränkend erwähnt. Für nachhaltige Zusammenarbeit fanden alle SGFK einen möglichst langen Zeitraum der Tätigkeit am gleichen Standort unabdingbar. Wechsel des Standortes oder ein zu geringes Zeitkontingent wurden kritisch, trotz großem Verständnis für Projektstruktur oder für Behörden wie das Gesundheitsamt, gesehen.

Die persönlichen Interviews verstärkten den Eindruck der Vielfalt und Heterogenität und bestätigten die sehr große „Individualität“ der Netzwerke. Auch eigene Haltungen und Einschätzungen zu der Bedeutung und der „Qualität“ der jeweiligen Kontakte flossen ein und wurden bewusst dargestellt.

Neben dem nicht selten auch emotional gefärbten Bild fanden sich aber wesentliche Gemeinsamkeiten. Gerade diese sollten für die weitere Entwicklung des von allen Interviewten extrem geschätzten und geradezu für unverzichtbar gehaltenen Projektes betrachtet werden. Dies ist somit nicht als Störfaktor, sondern auch als Erfolgsfaktor anzusehen. Denn neben den formalen Beziehungen sind Haltungen und subjektive Faktoren auch wesentliche Gelingensfaktoren für eine erfolgreiche Zusammenarbeit. Auf die Relevanz dieser subjektiven Einflussfaktoren für eine erfolgreiche Tätigkeit von „school nurses“ haben internationale Studien explizit hingewiesen.¹⁹

Die durchgängig von allen positiv bewertete Netzwerkarbeit ist ein herausragendes Ergebnis und im internationalen Vergleich der Tätigkeitsprofile der school nurses von innovativer Bedeutung.²⁰

In die Betrachtung des gesamten Netzwerkes werden im nachfolgenden Kapitel „Außenbeobachtungen“ in Form von Interviews mit den Mitarbeiterinnen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes einfließen. Aufgrund der Corona-Pandemie blieb diese Außensicht auf den KJGD begrenzt.

5. INTERVIEWS MIT MITARBEITER*INNEN DES KINDER- UND JUGENDGESUNDHEITSDIENSTES (KJGD) IN DEN GESUNDHEITSÄMTERN DER LANDKREISE UND KREISFREIEN STÄDTE

5.1 EINFÜHRUNG

Wichtiger Kooperationspartner in seiner öffentlichen Aufgabe für die gesundheitliche Unterstützung von Schüler*innen in Schulen ist der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (siehe Brandenburger KJGD-VO)²¹. Die Brückenfunktion der SGFK zwischen dem KJGD (Gesundheit) und Schule bzw. umgekehrt ist ein zentrales Anliegen des Modellprojektes. Die „Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern“ ist daher immer auch ein Thema in den regelmäßig stattfindenden regionalen Arbeitskreisen²².

Es war daher ein wesentliches Anliegen im Rahmen der Netzwerkanalyse Mitarbeiter*innen des KJGDs zu ihren Sichtweisen und Einstellungen zum Projekt sowie ihrer konkreten Zusammenarbeit mit den SGFK zu befragen. Aufgrund der allgemeinen Hygieneregeln mit Kontakteinschränkungen, aber mehr noch wegen der massiven Überlastung aller Mitarbeiter*innen der Gesundheitsämter, konnte dies nicht als persönliches Gespräch durchgeführt werden.

5.2 METHODIK

Es erfolgte ein telefonisches Interview anhand eines standardisierten Fragenkatalogs^j. Die Fragen in Tabelle 5 dienten als Leitfaden, der aber, wenn auch in geringerem Ausmaß als bei der Befragung der Schulgesundheitsfachkräfte, durch offene Fragen Zeit und Raum für narrative Elemente ließ. Gerade diese Ergänzungen und narrativen Elemente vermittelten einen guten Eindruck nicht nur über die aktuelle Situation, welche fast alle Aktivitäten außerhalb der tagesaktuellen Infektionsbekämpfung unmöglich machte. Eindrücklich kam aber eine teilweise sehr große Diskrepanz zwischen Wünschen nach enger Zusammenarbeit und Austausch und den geringen Spielräumen im Alltag, eingebunden innerhalb eines Gesundheitsamtes, zum Ausdruck, oft geprägt vom sehr lebhaft geschilderten subjektiven Erleben.

Alle neun Telefoninterviews wurden jeweils nach Information und Zustimmung der Interviewten aufgezeichnet und aufgrund des geringen Umfangs manuell transkribiert und anonymisiert. Sämtliche Tonaufnahmen wurden vereinbarungsgemäß gelöscht.

^j Pandemiebedingt gestaltete sich die Kontaktaufnahme als recht schwierig

Tabelle 5 Fragenkatalog an die Ärzte und Ärztinnen des KJGD

1.	Wie sieht die Zusammenarbeit des KJGDs mit der Schulgesundheitskraft aus? • Kontakte pro Monat? • Zu welchen Themen? • Nur Ärztin Kontakt oder auch andere Mitarbeiter des KJGDs?
2.	Fand während der Qualifizierung der SGFK eine Hospitation im KJGD statt? • Wenn ja, wie sah diese aus?
3.	Hat sie an den Einschulungsuntersuchungen teilgenommen? • Wenn ja, welche Tätigkeiten führt die SGFK während der Einschulungsuntersuchung durch (z.B. Überprüfung Impfausweis, Hörtest, Sehtest)?
4.	Wendet sich die SGFK mit gesundheitlichen Fragen zu Schüler*innen direkt an die Ärzt*innen des KJGDs?
5.	Finden z. B. Fallbesprechungen statt? • Wenn ja, zu welchen Themen?
6.	Nutzt der KJGD die SGFK zur Unterstützung? bei Bedarfen von SuS, insbesondere von chronisch kranken bzw. behinderten Schüler*innen, in Schule? • Wenn nein, würden sie sie denn mehr nutzen? Warum?
7.	Hat sich die Zusammenarbeit mit der SGFK seit der Pandemiezeit verändert?
8.	Haben Sie Präventionsprojekte zusammen mit der SGFK in Schulen durchgeführt? • Wenn ja, zu welchen Themen? • Wenn nein, warum?
9.	Wie zufrieden sind Sie mit der Zusammenarbeit? sehr zufrieden ☐, zufrieden ☐, wenig zufrieden ☐, gar nicht zufrieden ☐
10.	Haben Sie Wünsche an die Zusammenarbeit?

	Anm.: Entscheidende Frage: Zusammenarbeit gewünscht oder nicht.
	Fragen an Ärzt*innen / MFA des KJGDs, die nicht teilgenommen haben
1.	Kennen Sie das Projekt? Woher? • Kennen Sie ähnliche Projekte aus anderen (Bundes-) Ländern?
2.	Hatten Sie schon mal Kontakt mit den SGFK?
3.	Haben Sie sich den Kontakt gewünscht?
4.	Zu welchen konkreten Themen würden Sie sich eine Zusammenarbeit wünschen?

Die Kontaktaufnahmen, zum Beispiel zur Terminvereinbarung mit den zuständigen Mitarbeiter*innen der jeweiligen Gesundheitsämter, gestalteten sich aufgrund der aktuellen Belastungen im Rahmen der Pandemiebekämpfung als sehr schwierig. Letztendlich konnten trotz vielfachen telefonischen und schriftlichen Nachfragens sieben Interviews mit Ärzten und Ärztinnen des Kinder- und Jugend- gesundheits - dienstes von neun beteiligten Regionen im Zeitraum von 17.08. bis 03.11.2020 geführt werden^k.

Die Ergebnisse wurden für beide Gruppen (am Projekt Teilnehmende/nicht am Projekt Teilnehmende) gemeinsam dargestellt und erschienen wegen der grundsätzlichen Frage der Akzeptanz dieses neuartigen Angebotes und als Hinweis auf vorhandenes Interesse anderer Gesundheitsämter wertvoll. Alle quantitativen Aussagen zum Beispiel bezüglich der Häufigkeit von Treffen, Themen usw. beziehen sich nur auf die sieben der neun teilnehmenden Gesundheitsämter.

5.3 ERGEBNISSE

Trotz der Rahmenbedingungen konnten dennoch Aussagen gemacht werden, die das Spektrum der Einstellungen und der konkreten Ausgestaltung der Kooperationen ausreichend abbildeten.

Wegen des breiten Spektrums der individuellen Antworten wurde schon bei jedem einzelnen Punkt eine (vorsichtige) Interpretation vorgenommen, um die individuellen Sichtweisen darzustellen, was in einer Zusammenfassung über alle Fragen bzw. Themen erschwert wäre.

^k Eine Kollegin war zwischenzeitlich aus Altersgründen ausgeschieden. Zwei weitere Gespräche wurden mit Kolleginnen aus Gesundheitsämtern geführt, deren Landkreise nicht am Projekt beteiligt waren, die aber persönlich sehr interessiert waren.

Die Antworten auf die erste Frage zeigten ein gespaltenes Bild. Sie reichten von kritischen Äußerungen

„Also die Zusammenarbeit gestaltet sich in der Art, dass die Kollegin (SGFK) in einem vorherigen Jahr mal an den Schuleingangsuntersuchungen teilgenommen hat“ (3, Absatz 13),

bis:

„[...] ja war toll, war eine ganze Woche da. Besonders gut, wenn sie Kontakt zu Eltern bekommen hat und die sie kennengelernt haben, das schafft früh Vertrauen und ist dann nicht anonym,“ (5 - Absatz 21).

Die Frage nach regelmäßigen Kontakten beziehungsweise Kooperationen „streuten“ von „keine“, „spärlich“, „einmal“ über „ja, trotz Corona“ bis zu den häufigsten sinngemäßen Äußerungen, wie hier im Beispiel:

„keinen regelmäßigen Kontakt, sondern im Bedarfsfall“ (4-Absatz 15).

Die konkrete Frage nach der Häufigkeit wurde meist sehr ausweichend beantwortet. In nur wenigen Fällen konnten Themen der Zusammenarbeit genannt werden (je einmal: Corona, Körperbehinderung und chronische Krankheiten, Sucht und HIV und Ernährung/Frühstück sowie Erste Hilfe und allgemein seelische Probleme). Sehr oft wurden (von den SGFK) konkrete Hilfen nachgefragt:

„[...] hauptsächlich logistische Fragen, Hilfe bei der Organisation“ (9, Absatz 4)

Typisch gingen die Themen oft von den SGFK aus:

„[...] gab schon Beispiele wie Erste Hilfe, meistens hatten die eigene Themen und haben das selber organisiert, oft mit dem Zahnärztlichen Dienst¹.“ (9- Absatz 16)

Kontakte zu Mitarbeiter*innen im Gesundheitsamt (Frage 4) bestanden laut der interviewten Ärztin grundsätzlich fast nur zu ärztlichen Mitarbeiter*innen, einmal wurde eine MFA (Medizinische Fachangestellte) erwähnt:

„Ab und zu schon mit der medizinischen Fachkraft, aber die Problematik selbst wurde mit der Ärztin besprochen.“ (4, Absatz 21);

oder

„[...] das ist bei uns Chefsache.“ (9 Absatz 5).

Äußerungen wie

„[...] ja klar, auch zu unseren Assistentinnen, also das ist so, die gehört einfach dazu, also sagen wir mal so also sie (gemeint ist die SGFK) ist allein und weil alleine kannst ja kaum was ausrichten“ (8- Absatz 7),

konnten dagegen eventuell Zeichen einer anderen Einstellung zu dem Tätigkeitsfeld der SGFK ausdrücken.

¹ Dies korrespondiert im Übrigen mit der relativ häufigen Erwähnung in den Interviews der SGFK.

Hospitationen während der Qualifizierung der SGFK fanden mehrtägig in fünf der sieben Gesundheitsämter statt. In vier der Einrichtungen fand eine (begleitende) Teilnahme an den Schuleingangsuntersuchungen statt. Eine diesbezügliche Antwort klang dabei zwar nicht besonders erfreulich, könnte aber, wie sich herausstellte, zum Beispiel durch den strikten Datenschutz bei der Untersuchung bedingt sein:

„ [...] Ja, es fand während der Qualifizierung eine Hospitation im Kinder- und jugendärztlichen Dienst statt. Die Schulgesundheitsfachkraft durfte bei den Schuleingangsuntersuchungen mitlaufen. Das bezieht sich jedoch nur darauf, dass es schulbezogene Kinder waren und wirklich nur die Arbeit am Kind selbst. D.h., die Kollegin war an der zuständigen Schule im Nebenraum und ist einzelfallbezogen dazu geholt worden.“ (3, Absatz 22).

Eine andere Antwort zeigte dagegen ein gegenteiliges sehr engagiertes, positives Bild:

„Ja und das war toll, sie war eine ganze Woche da, besonders gut, wenn Sie so Kontakt zu Eltern bekommen hat und die sie kennengelernt haben, das schafft früh Vertrauen und ist dann nicht anonym.“ (7- Absatz 21)

Auch hier wurde, wie in vielen Fragen, ein offensichtlich breites Spektrum der Kooperationen mit positiven, wertschätzenden Beurteilungen der Tätigkeit deutlich:

„Tolle Sache, weil sich jetzt Kinder öffnen“ (8, Absatz 14“).

Auch die Äußerung:

„Wir haben eine ganz andere Stellung und sehen ja auch, wie sich Schüler bei ihr öffnen; sie holen sich manchmal bloß ein bisschen äh Streicheleinheiten ab, liegen da mal ne Viertelstunde, quatschen sich mal aus und gehen wieder und sind zufrieden, und alle Schmerzen und alle Symptome sind erstmal weg, aber das ist doch so schön eigentlich“ (8- Absatz 14)“,

beschrieb geradezu liebevoll die große praktische Bedeutung der Brückenfunktion.

Bezüglich des Ansprechens des Arztes oder der Ärztin des KJGD durch die Schulgesundheitsfachkräfte (Frage 4) bei Problemen reichte das Antwortspektrum von: „keine“, zweimal, selten und „noch nicht“ bis hin zu:

„Ich wäre noch zufriedener, wenn es mehr Kontakt gäbe und schon richtig implementiert wäre.“ (4- Absatz 50)“.

Ein inhaltlich wichtiger Aspekt im Sinne einer Brückenfunktion bezüglich psychosozialer Probleme schwang in folgender Antwort mit:

„ [...] auch bei der Untersuchung für die sechsten Klassen vor Ort; und dann ist die dann auch dabei macht auch Hör- und Sehtest. Bei der Untersuchung ist sie zum Teil dabei und so kommt es hin und wieder vor und sie zeigt uns auch Problemkinder“ (8- Absatz 5“).

Konkrete Fallbesprechungen (Frage 5) wurden dagegen selten erwähnt:

„Meine Kollegin sagte, dass es schon mal eine Situation gab, wo Bluthochdruck festgestellt wurde bei einem Kind.“ (4, Absatz 36)

Sie wurden allerdings von vielen Gesprächspartnern ausdrücklich sehr gewünscht:

„Nein, das ist noch nicht vorgefallen. Würde ich sehr gerne, weil es gibt ein paar Themen, die immer wieder kehren.“ (4, Absatz 32)

An Themenwünschen wurden jeweils Wundversorgung, Magersucht und chronische Krankheiten genannt.

Auf die Frage, ob auch von Seiten des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes die Expertise der Schulgesundheitsfachkräfte in Anspruch genommen wurde (Frage 6) zeigte sich die Bandbreite von der noch nicht genutzten Arbeit der SGFK durch den KJGD an Schulen bis hin zum Hinweis auf das große Potenzial als Brückenfunktion.

„Ja. Der KJGD nutzt die Schulgesundheitsfachkraft zur Unterstützung. Im Sinne von, dass die Ärztin Behandlungsbedarf darstellt, vermittelt, tauscht sich mit der Schulgesundheitsfachkraft aus und übernimmt praktisch die Vermittlung an die Schulen, im Sinne von Schaffung von Rahmenbedingungen. Oder eben auch Grenzen“ (3, Absatz 36).

Die Veränderungen im Rahmen der Tätigkeiten durch die Aufgaben der Pandemiebekämpfung wurden von allen Gesprächsteilnehmern als massiv angegeben wie zum Beispiel:

„Ja na klar, weil wir nicht mehr so viel unsere eigentliche Arbeit machen können, also ist das eher das Problem“ (2, Absatz 45)

und vor allem das Fehlen der Austausche wurde sehr bedauert:

„Ja, davor gab es mehr Kontakt. Wir hatten schon überlegt, dass sie noch mal zur Schuleingangsuntersuchung kommt. Das ist aber alles gar kein Thema mehr. Die Sitzungen, die getagt haben, damit wir uns austauschen, die wurden ja jetzt auch ausgesetzt. Die finden jetzt in einer anderen Frequenz statt, leider wenig ein Miteinander [...]“ (4, Absatz 43).

Hier zeigte sich ein sehr großes Interesse an Austausch und Kommunikation einer Kinder- und Jugendärztin. In einem Fall ist die Schulgesundheitsfachkraft geradezu ins Team integriert:

„sogar die Kollegin, die hat hier mit in der Corona-Geschichte mitgesessen, hat hier Telefon, die Hotline mitgemacht, ein wir geben und wir nehmen, toll.“ (8, Absatz 3)

Die Angaben von gemeinsamen Projekten zur Gesundheitsförderung und Prävention reichten von:

„Nein, wegen mangelnder Ressourcen auf unserer und ihrer Seite.“ (3, Absatz 45)

über

„Ne, das haben die alleine gemacht. Also ich wusste im Groben eigentlich immer gut Bescheid, weil ich an den Arbeitskreisen teilnehme.“ (2, Absatz 49)

bis hin zu der sehr engagierten Antwort:

„Ja, aber vor der Pandemie. Wir haben Präventionsbeauftragte. Da gab es spezielle Projekte zu Sucht und zu HIV und generell übertragbaren Infektionen, die die Präventionsbeauftragte und die Schulgesundheitsfachkräfte in diesem Rahmen zusammen bearbeitet haben“ (4, Absatz 46).

Hier wurde im Übrigen erstmals die Rolle einer Präventionsbeauftragten eingeführt, die bisher noch in keinem anderen Interview explizit erwähnt wurde.

Die Frage nach der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit wurde fünfmal mit sehr zufrieden, einmal mit zufrieden angegeben und konnte einmal mangels konkreter Kooperation nicht beantwortet werden.

Die abschließende offene Frage nach Wünschen für die Zusammenarbeit führte zu ausführlichen und sehr differenzierten Äußerungen, beispielsweise:

„Mein Wunsch ist, dass es sich verstetigt“ (2, Absatz 53)

„Also ich habe mir vorgenommen, ich werde mit der Schulgesundheitsfachkraft Kontakt aufnehmen und über bestimmte Krankheitsbilder sprechen“ (4, Absatz 54);

„Wenn das jetzt flächendeckend wäre, dann wäre eine Zusammenarbeit eher denkbar“ (4, Absatz 55);

Wiederum kritisch wurde mehrfach angemerkt:

„Und oftmals sind noch Unsicherheiten aufgrund des Datenschutzes gegeben“ (4, Absatz 55).

5.4 FAZIT

In allen Gesprächen erschienen, trotz der auf den ersten Eindruck grundsätzlich als eher gering zu bezeichnenden Häufigkeiten von Kontakten oder gar konkreten Kooperationen und Projekten, die sehr hohe Akzeptanz (sehr zufrieden) und die einhelligen Wünsche nach Intensivierung, Verstetigung und Austausch, beeindruckend. Am eindrücklichsten schilderte ein Amtsleiter einen der Gründe für den aus seiner Sicht viel zu geringen Umfang und die zu geringe Intensität der Zusammenarbeit:

„Ich habe 28 Stellen, davon 9 unbesetzt“ (9 Absatz 10)

In einem anderen Fall war die Begeisterung geradezu spürbar und führte (s.o.) zu der Sorge, es könnte der Eindruck einer gewünschten Abwerbung entstehen:

„...aber bitte nicht das bei dieser Sache jetzt der Eindruck entsteht, dass wir sie jetzt für unsere Arbeit abwerben“ (8 Absatz 16)

Auch ähnliche Äußerungen bestätigten die hohe Anerkennung der Arbeit manchmal ein wenig „zwischen den Zeilen“:

„Sind ein bis 2 Tage mitgelaufen, ich wollte sie aber nicht als billige Arbeitskräfte vereinnahmen, sondern sie sollten in der Schule bleiben“ (9- Absatz 6).

Wie bei fast allen Fragen wurde ein sehr breites Spektrum der Kontakte, Anlässe, Themen und Kooperationen offensichtlich und vor allem konnten damit sehr unterschiedliche Einstellungen und Haltungen zur Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkräfte angenommen werden. Ähnlich wie bei der Interpretation der Interviews mit den SGFK konnte das Spektrum der Erfahrungen und (vermuteter) Einstellungen zum Projekt als sehr „individuell“ beschrieben werden. Denn der Wunsch aller Ärzt*innen nach Verstetigung oder gar Ausweitung auf alle Schulen war allgemeinen ebenso deutlich wie auch die große und grundsätzliche Bedeutung dieser „Brückenfunktion“.

Aufgrund dieser fast „blitzlichtartigen“ Eindrücke im Rahmen eines sehr konzentrierten Interviews von 15 bis 20 Minuten (viele Kolleg*innen hatten trotz des Zeitdrucks großes Interesse an Austausch und Erklärungen), erscheint wegen der großen Bedeutung dieser kontinuierlichen Zusammenarbeit bei Verstetigung des Projektes eine Vollerhebung, möglichst auch mit persönlichem Kontakt, unbedingt erstrebenswert. Die Methodik eines qualitativen Interviews könnte zusätzlich wichtige Informationen zu den individuellen Haltungen und Einstellungen aber auch zu institutionellen oder durch mangelnde Ressourcen bedingten Hindernisse generieren. Auch berufspolitische Kommunikationsprobleme könnten in Einzelfällen eine Rolle spielen. In einem anderen Fall äußerte eine Kollegin offensichtliche politische Präferenzen ihrer Verwaltung für den Einsatz einer Schulsozialarbeit (statt einer Schulgesundheitsfachkraft), gegen die von Seiten des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes bzw. der Amtsleitung mehrfach und erfolgreich Stellung bezogen wurde.

6. REGIONALE ARBEITSKREISE

6.1 EINFÜHRUNG

„Die regionalen Arbeitskreise nehmen einen hohen Stellenwert im Projekt ein und leisten durch die Zusammenarbeit der Kooperationspartner einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen an den Modellschulen.“²³

Die neun regionalen Arbeitskreise bildeten von Beginn an die wichtige Kommunikationsplattform vor Ort mit einer Vielzahl von Partnern und sind ein wichtiges Strukturmerkmal dieses Vorhabens.

„Um die Zusammenarbeit verbindlich zu regeln, erfolgte ab Februar 2017 der Abschluss von Kooperationsvereinbarungen auf regionaler Ebene zwischen Modellschule, Gesundheitsamt, in zwei Regionen mit dem Landkreis bzw. der Oberbürgermeisterin, und dem Projektträger. Mitglieder der regionalen Arbeitskreise sind weiterhin das Schulamt und der Schulträger.“²⁴

Zur Veranschaulichung sind die Standorte der Modellregionen auf der Landkarte des Landes Brandenburg dargestellt. Die Verteilung der Modellschulen über ein Flächenland wird so sichtbar. Insofern ist gerade der stark ausgeprägte ländliche Bezug des Projektes ein wichtiges Strukturmerkmal. An einige Aussagen von Schulgesundheitsfachkräften zur problematischen gesundheitlichen und psychosozialen Versorgungsstruktur sei hier erinnert.

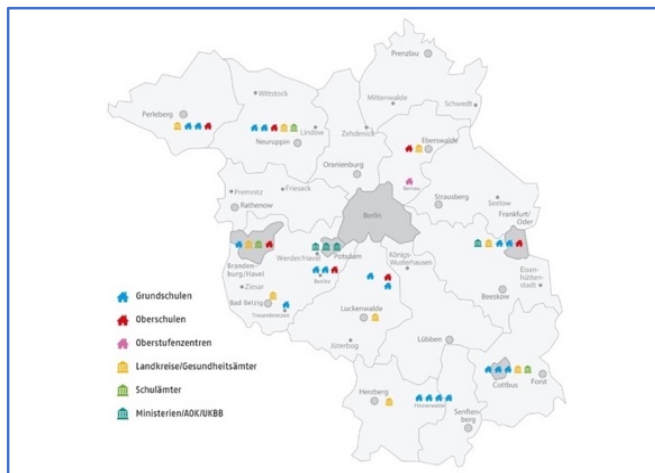


Abb. 20 Lage der Standorte
(Quelle: AWO Bezirksverband Potsdam e.V.)



Abb. 21 Lage der Landkreise und kreisfreien Städte
(Quelle Wikipedia)

Tagesordnungen und Themen wurden bereits im Bericht für die Projektphase III beschrieben. Im Vordergrund der Diskussionen standen vor allem zu Beginn des Projektes Informationen zur Arbeitsweise und Zusammenarbeit. Zur Verdeutlichung seien die Themen aus dem Bericht zur Projektphase III bis Ende 2018 zitiert: (ebd.: S. 7):

- Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern
- Durchführung von Schuleingangsuntersuchungen
- Hörscreenings
- Zusammenarbeit mit den Mentor*innen
- Einsatz der SGFK an den Modellschulen
- Aufbau und Pflege eines inner- und außerschulischen Netzwerkes
- Tätigkeiten der SGFK
- Projektarbeit an den Schulen, Projektübersicht der SGFK
- Finanzierung von medizinischem Verbrauchsmaterial
- Vorbereitung der Fachtagungen
- Erstellung von Plakaten zur Darstellung der Tätigkeit der SGFK

6.2 METHODIK

Alle Sitzungen der Arbeitskreise wurden vom Projektträger organisiert, geleitet und protokolliert. Die vorliegenden 64 Protokolle^m sind Grundlage dieser Analyse. Die Auswertung erfolgte in Form einer systematischen Durchsicht bezogen auf zwei Kriterien:

1. Frequenz der Treffen und Teilnehmenden - als Indikator für die Akzeptanz des Modellprojektes in der Region
2. Inhalte der Treffen – als Indikator für das Tätigkeitsprofil (Curriculum 2018).

6.3 ERGEBNISSE: TEILNAHME AN ARBEITSKREISEN

Tabelle 6 listet Orte und Daten der insgesamt 64 Treffen der regionalen Arbeitskreise aus dem Zeitraum vom 5. Mai 2017 bis 13. Mai 2020 auf. Die Teilnahme und die Zuordnung der Teilnehmenden wurden anhand der Teilnehmerlisten bzw. der Unterschriften im Protokoll ausgewertet. Die Tabelle 5 zeigt nach Jahren und Standorten geordnet die Termine der regionalen Arbeitskreise. Ab Anfang 2020 nach Beginn der Pandemie und den Kontaktbeschränkungen in allen Schulen fielen einzelne Treffen aus und andere wurden in unterschieden Formaten teilweise als Einzelkonferenzen und Beratungen meist mittels Videoübertragungen durchgeführt und unterschiedlich protokolliert. Wegen der fehlenden Vergleichbarkeit und auch der besonderen Umstände, die den Alltag der SGFK massiv veränderte, wurden diese Treffen nicht in die Auswertung einbezogen.

Tabelle 6 Orte und Daten der regionalen Arbeitskreise

Arbeitskreis	1	2	3	4	5	6	7	8
Barnim	22.05.17	21.09.17	14.12.17	22.05.18	10.09.18	20.01.20		
Brandenburg	11.09.17	13.11.17	16.04.18	24.09.18	02.10.19	02.12.19	13.05.20	
Cottbus	10.05.17	19.09.17	21.11.17	24.04.18	18.09.18	22.01.19	19.08.19	26.11.19
Elbe-Elster	12.06.17	28.09.17	03.09.18	27.02.19	09.09.19	20.11.19		
FFO	23.05.17	18.10.17	29.11.17	24.04.18	28.08.18	15.01.19	01.10.19	12.12.19
Ostprignitz-Ruppin	31.05.17	03.10.17	22.01.18	14.05.18	25.09.18	27.08.19	13.02.20	
Potsdam-Mittelmark	05.05.17	13.09.17	16.11.17	03.05.18	20.09.18	10.01.19	28.08.19	25.11.19
Prignitz	29.05.17	27.09.17	01.12.17	24.04.18	10.09.18	14.01.19	13.08.19	03.12.19
Teltow-Fläming	18.05.17	17.09.17	16.01.18	04.09.18	10.09.19	05.12.19		

Die Abbildung 22 verdeutlicht die Gesamtzahl der jährlichen Treffen in der jeweiligen Modellregion (insgesamt zwischen 6 und 8 Treffen).

^m Von 6 der 64 Protokolle fehlten Teilnehmerlisten bzw. waren nicht auswertbar (s.o.), die inhaltliche Analyse (des Themenspektrum) bezieht sich auf die Gesamtzahl von 64. Die Teilnahme von Mitarbeiter*innen des KJGD ebenfalls. Lediglich die Analyse der Teilnahme der anderen Berufsfelder auf die ersten an uns übermittelten 34 Protokolle.

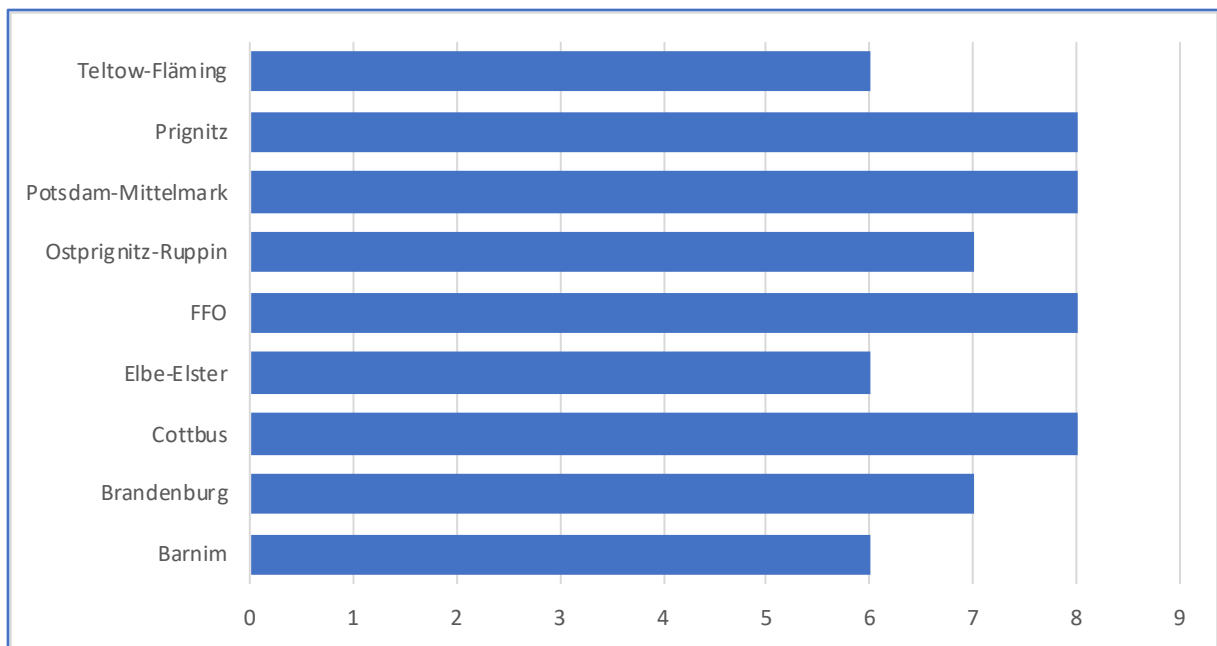


Abb. 22 Gesamtzahl der Treffen nach Region

In der folgenden Abbildung 23 sind die Treffen nach Ort und Jahren differenziert dargestellt.

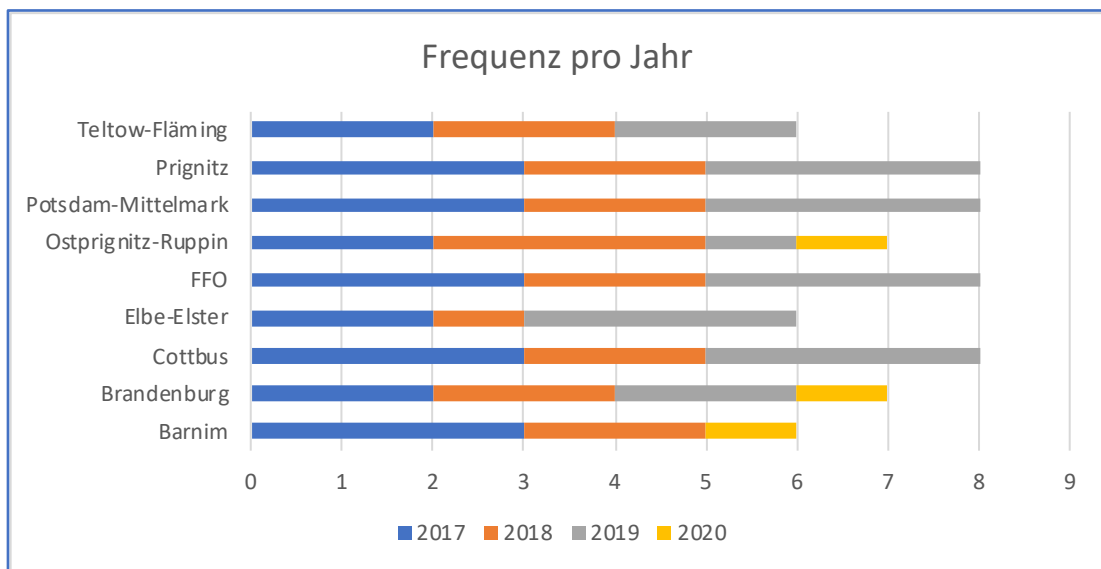


Abb. 23 Treffen nach Ort und Jahr

Sie zeigt in der Übersicht die Frequenz der Arbeitskreistreffen von in der Regel zwei- bis dreimal pro Jahr und verdeutlicht ihre strukturelle Verankerung im Zeitverlauf flankierend zum Modellprojekt.

Auch in den oben geschilderten Interviews mit den Ärzten und Ärztinnen der KJGD bzw. des Gesundheitsamtes wurde die große Bedeutung betont, allerdings häufig mit einem Ton des Bedauerns, aus organisatorischen Gründen oft nicht teilnehmen gekonnt zu haben.

Die Teilnehmer der Arbeitskreise wurden drei Bereichen zugeordnet und sind in Tabelle 7 aufgeführt.

Tabelle 7 Beteiligte Akteur*innen an regionalen Arbeitstreffen (n = 34)

Organisatoren & Verwaltung	Gesundheit	Bildung
Organisatoren: - AWO - SGFK Verwaltung: - Stadtverwaltung - Sozialamt, etc.	Medizinischer Bereich: - Allgemeinärztin (Praxis) - Kinderärztin (Praxis) Gesundheitsamt: - KJGD - ZÄD	Schulamt: -Schulrat Schule: - Lehrerin - Sekretariat - Schulleitung - Sonderpädagogen Bildungskordinatorin

Die Frequenz der Teilnahme zeigt folgende Aufstellung gruppiert in die o.g. Bereiche. „Teilnahme“ bedeutet Teilnahme an wie vielen der berücksichtigten Treffen; in Tabelle 8 bedeutet dies zum Beispiel, 48 SGFK haben an allen Treffen teilgenommen. Die Teilnahme wurde aus den ersten 34 von 64 Arbeitskreisen anteilig ausgewertet. Die nachträgliche Betrachtung der späteren Protokolle zeigte keine nennenswerte Verschiebung der Relationen. Hier ist grundsätzlich zu berücksichtigen, dass die Gesundheitsämter über weniger Personal verfügen als Schulen und das Gesundheitsamt in der Regel pro Modellregion höchstens mit einer Ärztin/ einem Arzt vertreten war. Die Gesamtzahl der teilnehmenden Personen (Köpfe) des Gesundheitsamtes ist daher erwartungsgemäß geringer (siehe Tabelle 9).

Tabelle 8 Teilnahme an regionalen Arbeitskreisen (n = 34) aus dem Gesundheitsbereich

Gesundheit	Teilnahme (Anzahl)	Personen (Anzahl)	Personen in Prozent von 34
Amtsleitung Gesundheitsamt	3	3	9 %
KJGD	11	11	34 %
ZÄD	9	9	28 %
Kinderärztin/Allgemeinmed. (Praxis)	3	3	9 %

Der Vergleich der kumulativen Teilnahme von Vertreter*innen der verschiedenen Bereiche ergab somit folgende Zusammensetzung.

Tabelle 9 : Summe der Teilnehmer an 34 Sitzungen nach unterschiedlichen Bereichen

Bereiche	Personen
Bildung	99
Gesundheit	26
Verwaltung	13
AWO	60
SGFK	48

Die Gesamtzahl sowie vor allem die Relationen der Gruppen von Personen der fünf Bereiche von Akteuren veranschaulicht Abbildung 24.

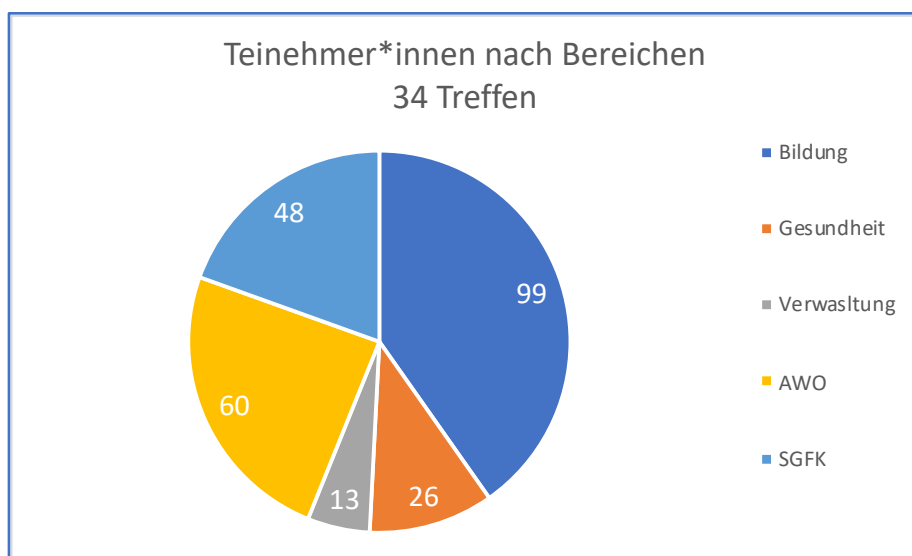


Abb. 24 Zuordnung der teilnehmenden Akteur*innen zu Berufsfeldern und Organisationen

Aufgrund der erwünschten Brückenfunktion der SGFK zwischen KJGD und Schule wurde die Teilnahme von Ärztinnen und Ärzten des ÖGD in allen 58 Protokollen gesondert analysiert.

Die untenstehende Tabelle 10 gibt die Aufstellung der Teilnahme an 58 regionalen Treffen wieder. Diese Daten sind nach den regionalen Standorten differenziert dargestellt und in Abbildung 25 visualisiert.

Tabelle 10 Teilnahme von Ärztinnen und Ärzten bzw. Vertreter*innen des ÖGD nach Modellregion

Arbeitskreis	Anzahl Treffen	Teilnehmer KJGD/ GA	Teilnehmer ZÄD	ein Arzt anwesend	Quote KJGD/ GA	Quote ZÄD	Quote Ärzte anwesend
Elbe-Elster	6	3		3	50%	0%	50%
Barnim (6)	4	3		3	75%	0%	75%
Teltow-Fläming	6	1	1	2	17%	17%	33%
Prignitz. (8)	7	5	5	5	71%	71%	71%
Cottbus	8	7	2	7	88%	25%	88%
FFO (8)	6	5	1	6	83%	17%	100%
Ostprignitz-Ruppin	7	5		5	71%	0%	71%
Brandenburg	7	5	2	5	71%	29%	71%
PM. (8)	7	2		2	29%	0%	29%

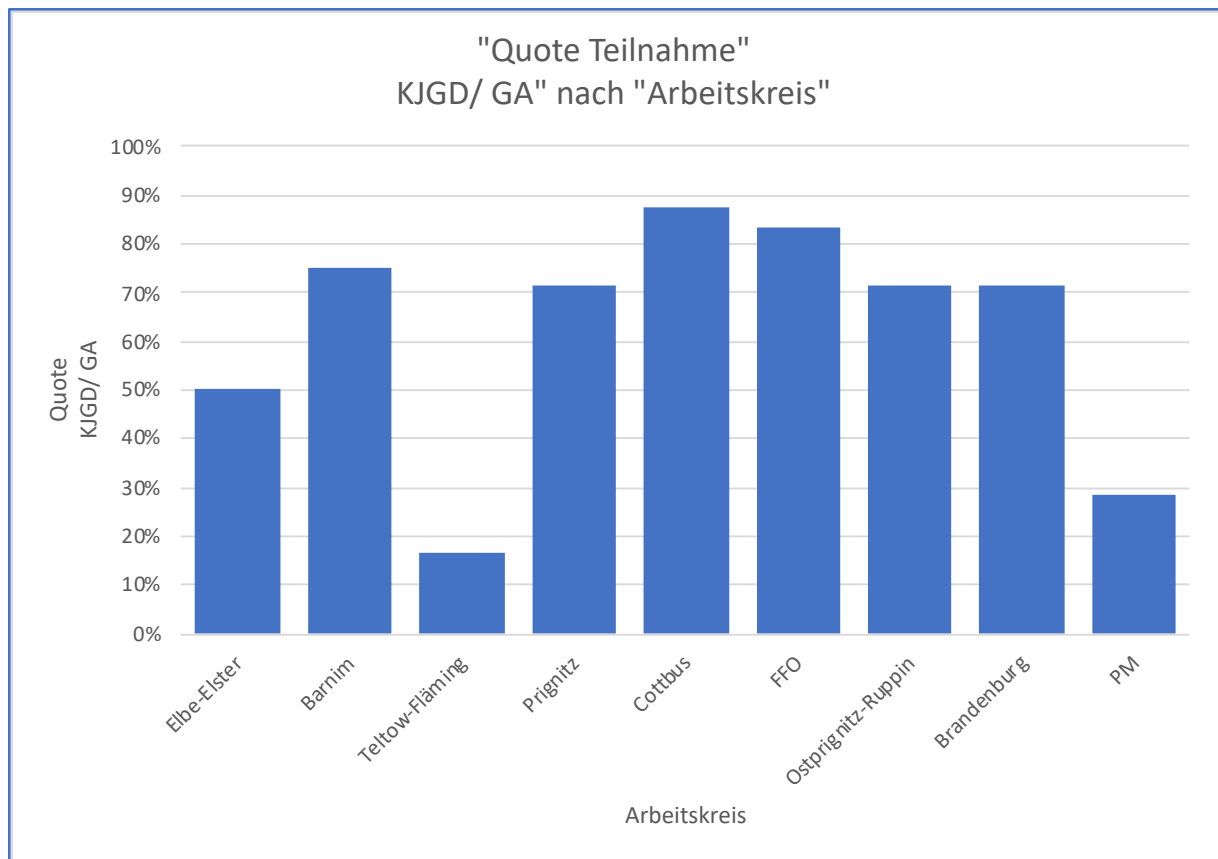


Abb. 25 Quote Teilnahme KJGD/GA nach Arbeitskreis

Die Unterschiede waren trotz möglicher Dokumentationsfehler und den Schwankungen aufgrund der relativ kleinen absoluten Zahlen von vier bis acht Treffen auffällig. Eine Rolle spielten unter anderem zwischenzeitliche Krankheitsfälle und nicht besetzte Stellen in den Gesundheitsämtern. Dies wurde sowohl in Gesprächen mit SGFK als auch mit Ärzt*innen des KJGD mehrfach erwähnt und ist damit Teil der teilweise problematischen Rahmenbedingungen im ÖGD. Zitat:

„Ich habe 28 Stellen, davon 9 unbesetzt“ (9 Absatz 10).

Kontrastierend dazu muss allerdings immer wieder das in den Gesprächen geäußerte große Interesse an dem Projekt zitiert werden. Dies auch bei den Ärzt*innen, deren Äußerungen zu konkreten Kooperationen zu Beginn der Interviews gelegentlich eher negativ klangen.

6.4 ERGEBNISSE: THEMEN DER ARBEITSKREISE

Entgegen der ursprünglichen Planung nur die Teilnahme an den Arbeitskreisen - als Zeichen des Interesses - quantitativ auszuwerten, erfolgte zusätzlich eine Auswertung der besprochenen Themen, die protokolliert waren. Die Erwähnungen aus 64 Protokollen wurden manuell codiert, nach dem Prinzip einer Codierliste gespeichert und nach Themen weiter gruppiert (siehe Tabelle 11)

Tabelle 11 Themengruppen in 64 Protokollen

Projekte der SGFK	209
Organisatorisches u Veranstaltungen	162
Tätigkeiten der SGFK	127
Kooperationen und Partner	117
Eltern und Lehrer	14
Evaluation	14

Zur Verdeutlichung der Kategorienbildung zeigt Abbildung 26 anhand eines Bildschirmfotos drei Gruppen häufiger Nennungen aus der nicht gewichteten originalen Codierliste des Analyseprogramms.

▼ Kooperationen 2	▼ Tätigkeiten 3	▼ Projekte 3
Rettungsdienst 1	Medikamentengabe 1	Ernährung/ gemeinsames Frühstück 14
Frühförderung 1	Sprechzeiten einführen 1	Autogenes Training 1
Jugendamt 2	Ersthelferausbildung 4	Erste Hilfe AG Pflasterbande 7
Schulpsychologen 2	psychischen Belastungen 1	Zähneputztraining 9
Gesundheitsamt u KJGD 28	Akutversorgung_Unfall 10	Händewaschen 12
Schülerzeitung 1	Hortbetreuung 1	gesundes Essen 6
Schulsanitätsdienst 5	Tätigkeitsbeschreibu 10	Trauerkiste 1
Landesprogramm Gute gesunde Schule 5	Melden von ansteckenden Krankheiten 5	Kräutergarten 2
Amtsärztekonzferenz 3	Kompetenzteams 1	AG (Prävention 1
Kooperationen mit Schulen 3	Amoklauf 1	
Patin 2	Abgrenzung zu Tätigkeiten der vertragsärztlichen Versorgung 7	
zahnärztlichen Diens 8	chronisch kranke kinder 11	
regionale Presse 2		
sonstigem pädagogischen Personal 2		
Einzelfallhelfer 2		
Schulsozialarbeit 9		

Abb. 26 Auswahl von Themen in 64 Protokollen

Überschneidungen und Mehrfachnennungen ließen sich bei der Fülle des Materials nicht ganz vermeiden. Da regelmäßig in fast allen Arbeitskreisen mehrere Schulstandorte vertreten waren, wurden zum Beispiel identische Projekte oder Probleme mehrfach diskutiert. Auch organisatorische Punkte wurden häufig wiederholt thematisiert. Codiert wurde jede Erwähnung eines Begriffs aus der o.g. Liste (Abbildung 26/Tabelle 11). Eine Gewichtung wurde nicht vorgenommen.

Aus den Protokollen wurden zum einen die inhaltlichen Dimensionen dieses interdisziplinären Projektes und zum anderen die Abhängigkeit der besprochenen Inhalte von unterschiedlichen Standorten deutlich.

Die Liste zeigt, dass die häufigsten Nennungen dem Themenbereich der Projekte, also den Tätigkeiten der SGFK, zugeordnet werden können. Dabei waren sowohl durchgeführte als auch geplante, im regionalen Arbeitskreis diskutierte Vorhaben, 209-mal besprochen. Danach folgten 162-mal Punkte, die Organisatorisches betrafen. An dritter Stelle der Häufigkeiten fanden sich wiederum Diskussionen über konkrete Tätigkeiten der SGFK mit 127 sowie Gespräche beziehungsweise Erwähnungen von Kooperationen mit 117 Nennungen. Weitere aus den Protokollinhalten gebildete Gruppen waren Weiterbildung und die Evaluationen, die in jeder Sitzung teilweise mehrfach thematisiert wurden.

In 64 Sitzungen wurden insgesamt 209 in Durchführung bzw. Planung befindliche Projekte (teilweise ausführlich) besprochen. Die Vielfalt der Themen zeigen die Tabellen 12 bis 15 auf der folgenden Seite.

Des Weiteren ließ sich aus den Themen auch die Umsetzung des Tätigkeitsprofils der SGFK gemäß Curriculum ablesen. Hier lag in den Diskussionen der Schwerpunkt auf Prävention und Gesundheitsförderung.

Organisatorische Themen nahmen erst den zweiten Platz der Häufigkeiten ein. Die Vielfalt der Themen dieser Liste zeigt, dass für ein gegenseitiges Verständnis auch diese kontinuierlichen Informationen wichtig sind. In vielen Interviews mit den SGFK wurde dieser Punkt erwähnt.

Ausbilderin in Erster Hilfe	19
Ernährung/ gemeinsames Frühstück	14
Hygiene und Infektionsschutz	14
Händewaschen	12
Alkohol/Rauchen/Drogen	11
Seelische Gesundheit	10
Zahnputztraining	9
"Gute gesunde Schule"	9
Erste hilfe AG Pflasterverband	7
Wasserspender	7
Tage der offenen Tür/ Gesundheitstag	7
Sportfest	7
Gesundes Essen	6
Bewegung	5
Anti-Stress-Kurse	5
Mädchen und Jungensprechstunde	5
Schule ohne Stress	4
Fahrrad-Ausbildung	4
Impfweise/ Impfen allgemein	4

Tabelle 12 Durchgeführte Projekte

AOK Klasse 2000	3
Häusliche und sexuelle Gewalt	3
Geschlechtskrankheiten/ Verhütung	3
Sonnenschutz	3
Zahnpflegeprojekt	3
Kräutergarten	2
Schulklima (Mobbing)	2
Achtsamkeitskurse	2
"Toiletten machen Schule"	2
Mütze hat den Kopfschmerz satt	2
Zucker in Lebensmitteln	2
selbstverletzendes Verhalten	2
Autogenes Training	1
Trauerkiste	1
AG Prävention	1
Verkehrserziehung	1
"Ein Quadratkilometer Bildung"	1
Projektwoche	1
Lehrergesundheit	1
Suizidalankündigung	1
Nachhaltigkeit	1
Lehrerfortbildung	1
Zirkusprojekt	1
Gewichtskontrolle	1
Netpilot	1
Tod	1
Kosmetikherstellung	1

Tabelle 13 Geplante Projekte

Finanzierungsoptionen	23
neue Schulen / neue Mitarbeiter	23
Einverständniserklärung	17
Leitung der regionalen Arbeitskreise	14
Datenschutz und Schweigepflicht	13
Kosten medizinische Verbrauchsmaterialien	12
Dokumentationssystem	11
Überstunden Überlastung	10
Betreuungsschlüssel	10
Arbeitsschutz	10
Hygieneplan	7
Pool von Schulgesundheitsfachkräften	5
Kommunikation	3
Vorfall: Sexueller Missbrauch	1
soziale Situation/ Migrationshintergrund	1
Abschlussveranstaltung	1

Tabelle 14 Themen aus dem Komplex "Organisatorisches"

Präsenz	33
Akutversorgung	14
Screenings und Impfungsweise/ Seh und Hörtest	12
Chronisch kranke Kinder	11
Akutversorgung Unfall	10
Tätigkeitsbeschreibung	10
Schuleingangsuntersuchung	8
Abgrenzung zu Tätigkeiten der Vertragsärzte	7
Melden ansteckender Krankheiten	5
Ersthelferausbildung	4
Medikamentengabe	1
Sprechzeiten einführen	1
psychische Belastungen	1
Hortbetreuung	1
Kompetenzteams	1
Amoklauf	1
Aufsicht bei Einzelprüfung	1
Arbeitsgruppen an den Schulen	1
Pädagogische Gespräche	1
Arbeitsgruppen der Schule ohne Lehrkraft	1

Tabelle 15 Diskussionen über die Tätigkeiten der SGFK

Bereits an dritter Stelle der Häufigkeiten fanden sich mit 127 Nennungen Diskussionen über die konkreten Tätigkeiten der SGFK (siehe Tabelle 11). Auch hier lassen sich einige Überschneidungen mit Nennungen zu Projekten feststellen. Die häufigste Nennung betraf die Präsenz der SGFK in den Schulen (Tabelle 15). Dieses Thema durchzog offensichtlich den gesamten Projektverlauf und fand einen Niederschlag in allen Gesprächen mit den SGFK und auch einigen Arzt*innen der Gesundheitsämter.

Eine letzte Liste (Tabelle 16) betrifft die für die Betrachtung der Netzwerke und der entsprechenden Aktivitäten wichtigen Partnern. Diese wurden unter dem Oberbegriff „Kooperationen“ codiert. Aus der Analyse der Protokolle ist hierbei erwähnenswert, dass es sich in sehr vielen Fällen um Wünsche und Appelle nach (gelegentlich unerfüllten) Kontaktaufnahme handelte, so dass diese auch wiederkehrend erwähnt wurden. Ein typisches Beispiel ist der Wunsch nach Beteiligung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) über die jeweiligen regionalen Obleute. Doch in nur zwei Fällen kam es zur Umsetzung der Kontaktaufnahme.

Tabelle 16 Erwähnte Kontakte (sortiert nach N) zu Netzwerkpartnern

Gesundheitsamt und KJGD	28
Berufsverband Kinder- und Jugendärzte	13
Kinderärzte der Region	10
Schulsozialarbeit	9
Sozialausschuss/ Politik	8
Zahnärztlicher Dienst	8
Abgrenzung zu anderen Professionen	6
Landesprogramm "Gute gesunde Schule"	5
Schulsanitätsdienst	5
Amtsärztekonzferenz	3
Kooperationen mit Schulen	3
Einzelfallhelfer	2
Jugendamt	2
Patin	2
Regionale Presse	2
Schulpsychologen	2
Sonstiges pädagogisches Personal	2
Frühförderung	1
Ministerium	1
Rettungsdienst	1
Schülercoaches	1
Schülerzeitung	1

6.4 FAZIT

Die regelmäßige Teilnahme an den von allen Akteuren als sehr wichtig eingeschätzten regionalen Arbeitskreisen verdeutlicht das große Interesse der unterschiedlichen Akteure aus dem Bildungs-, Gesundheits-, Verwaltungs-, und Projektbereich an der Zusammenarbeit. Diese Zusammenarbeit ist begründet auf einer von Anfang an bestehenden Kooperationsvereinbarung mit einem gemeinsam bekundeten Interesse an der Gesundheit von Schüler*innen und der schulbezogenen Gesundheit. Dies ist im strukturellen Sinne eine wichtige Voraussetzung für die langfristige Etablierung der SGFK an Schulen, da der kontinuierliche Austausch zwischen den unmittelbar miteinander in Beziehung stehenden Akteur*innen (Projektträger / SGFK, Schule, Schulamt, Schulträger und Gesundheitsamt mit seinen Fachdiensten wie KJGD und ZÄD) gewährleistet ist.

Trotz der Limitationen der Methode kann die „Zustimmung durch Teilnahme“ als ein Erfolgsfaktor angesehen werden, wie es aus der Netzwerkarbeit bestens bekannt ist. Eine so regelmäßige Teilnahme von Mitarbeiter*innen des Gesundheitsbereichs findet sich in keinem der uns bekannten Projekte aus dem Bereich der sozialen oder pädagogischen Arbeit. Die relativ häufige und zahlreiche Teilnahme von

Mitarbeiter*innen der Schulämter sowie die große Anzahl der unterschiedlichen Akteur*innen aus dem Bereich Schule verdeutlicht die Verortung an Schule. So ist an fast allen Treffen die Schulleitung vertreten. Ebenso war die regelmäßige Teilnahme von Vertreter*innen der Schulaufsicht (44 %) überraschend hoch und kann als Zeichen der Bedeutung des Modellprojektes für die regionalen Schulverwaltungen betrachtet werden. Die hohe Zahl von Lehrer*innen und der Verwaltungen im Bereich Schule sollte allerdings auch in Relation zu den eher wenigen Mitarbeiter*innen im Bereich des Gesundheitsamtes im Allgemeinen und im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Besonderen bedacht werden. Unter diesem Aspekt erschien die Teilnahme an der Hälfte der Treffen keineswegs gering. Auch wenn hier eine größere Teilnahme angestrebt werden sollte, zumal der Wunsch danach in fast allen Interviews sowohl mit den Schulgesundheitsfachkräften als auch den Vertreter*innen des KJGD geäußert wurde. Mögliche Gründe für die großen Unterschiede zwischen den Regionen (s. Abb. 25) könnten strukturelle Faktoren (wie Ausstattung der jeweiligen KJGD) als auch individuelle Faktoren (wie Haltungen und Einstellungen) sein. Auch die entscheidende Rolle der AWO mit regelmäßiger Teilnahme von zwei Mitgliedern als Lenkungsgruppe (Vorbereitung, Protokolle usw.) macht die große Bedeutung einer strukturierenden Organisation ersichtlich (s.u.)ⁿ. Auch dieser Punkt findet sich als häufiger Wunsch in vielen Interviews. Alle SGFK fühlen sich ansonsten ohne eine entsprechende Anbindung noch mehr als isolierte Einzelkämpferinnen.

7. ZUSAMMENFASSUNG

Die Beauftragung zur Analyse der Netzwerke des Modellprojektes erfolgte im Jahr 2019 im Zusammenhang mit dem Auftrag der Tätigkeitsanalyse der SGFK in den Modellphasen III und IV. Dies war gleichzeitig verbunden mit der Beauftragung der Entwicklung eines einfacheren und zukunftsweisenden Dokumentationssystems. In der Zeit vor den Kontakteinschränkungen durch die Pandemie waren die Erwartungen an eine differenzierte Beschreibung aufgrund von vorliegenden Erfahrungen unsererseits auf kommunaler/regionaler Ebene entsprechend hoch. Auch grundsätzliche Aspekte von Netzwerken bzw. deren Dynamiken²⁵ spielten bei den Überlegungen in der Planungsphase eine große Rolle. Vor allem die oben beschriebene Brückenfunktionen zwischen Gesundheitsangeboten durch Schulgesundheitsfachkräfte direkt in den Schulen und dem öffentlichen Gesundheitsdienst stellte bei der Neuartigkeit der Struktur im deutschen Schulsystem einen zentralen Aspekt dar und war von Anfang an Ziel des Projektes. Nur folgerichtig sollten daher möglichst viele Akteure aus den verschiedenen schulischen und außerschulischen Bereichen - ausgehend von den Informationen und Bedarfen der SGFK - nicht nur nach Inhalten und Themen der Kontakte, sondern vor allem auch nach ihren Haltungen und Einstellungen befragt werden. Wichtige (Erfolgs-) Merkmale von Netzwerken sind neben Inhalten, Themen und Nutzungshäufigkeit eben auch die „Reziprozitäten“.²³

ⁿ Im Laufe des Jahres 2020 war die Übergabe der Organisation in einigen regionalen Arbeitskreise in die Hände der Schulen Thema in vielen Arbeitskreisen

Gerade die in Deutschland stark voneinander getrennten Strukturen der gesundheitlichen Versorgung²⁶ und der relativ „schwachen“ Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Vergleich zu den ambulanten und stationären medizinischen Sektoren machen die Betrachtung einer völlig neuartigen Brückenfunktion - zwischen dazu völlig unterschiedlichen „Systemen“ von Schule und Gesundheit - zusätzlich bedeutsam.

Trotz der massiven Einschränkungen seit Beginn der Pandemie konnte das Vorhaben einer möglichst differenzierten Beschreibung und auch Beurteilung der wesentlichen Netzwerkstrukturen mit dem Methodenmix aus quantitativen (objektivierbaren) Daten und qualitativen Beurteilungen erfolgreich durchgeführt werden.

Die im ersten Teil vorgenommene initiale Darstellung der während der Qualifizierung ermittelten Netzwerkpartner zeigte bereits die hohe Komplexität in allen Regionen und bildete regionale Unterschiede ab. Dies wird in den Grafiken deutlich. Hier überrascht die hohe Zahl von vorhandenen Kooperationspartnern unabhängig von den später in den Interviews konkretisierten (alltäglichen) Bedeutungen. So spiegelten die Angaben der in der Qualifizierung entwickelten Netzwerkkarten auch die Kenntnisse über tatsächliche und in Einzelfällen gewünschte bzw. benötigte Partner wider. Diese Beschreibung des jeweiligen Netzwerkes stellt damit in gewisser Weise den anzustrebenden Idealzustand dar.

Im zweiten Teil – den Interviews mit allen langfristig aktiven SGFK - zeigte sich der Kontrast durch die ad hoc erinnerten Kooperationspartner*innen in der Interview - situation vor allem ihre alltägliche Bedeutung und damit auch eine subjektive Einschätzung, die für die alltägliche Arbeit von großer Bedeutung für die Akzeptanz sein dürfte. Während die Netzwerkkarten die Theorie und sogar in Einzelfällen einem Wunsch entsprachen, spiegelte die Nennung in der akuten (Stress-) Situation eines Interviews die tatsächliche Alltagsproblematik wider. Allerdings sind hier wichtige Variablen zu bedenken. Handlungsorientierte Tätigkeiten (Erste Hilfskurs, Karieskontrolle) sind einprägsamer als Gespräche und Diskussionen mit Netzwerk - partnern. Emotional „aufgeladene“ positive wie negative Ereignisse werden intensiver erinnert und auch aktuelle Kontakte sind präsenter als zurückliegende. Die zeitlichen Zusammenhänge (neue versus länger zurückliegende Ereignisse) spielen in ad hoc Situationen eine große Rolle. Dennoch erlaubten gerade die vielen spontanen Äußerungen wichtige Aussagen auch gerade zu den (inneren) Haltungen und Einstellungen sowie den Motivationen.

Im dritten Berichtsteil litten die Gespräche mit den zentralen Netzwerkpartnern, den Mitarbeiter*innen und vor allem Ärztinnen und Ärzten des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes der Gesundheitsämter, am stärksten unter den aktuellen pandemiebedingten Schwierigkeiten zur Zeit der beginnenden zweiten Welle. Dennoch gaben diese, wenn auch kürzeren Interviews, ein erstes wichtiges und vielfältiges Stimmungsbild dieser im Zentrum des Projektes stehenden Kooperation im

Sinne der Brückenfunktion ab. Auch hier fiel die große Diskrepanz zwischen den Wünschen und Ideen und den tatsächlich gelebten Kooperationen auf. Dies müsste (s.u.) aufgrund der zentralen Bedeutung dieser mehrfach und von allen Akteuren betonten Rolle der Bedeutung als „Brückenpfeiler“ und unter dem Aspekt der kleinen Zahl der Akteure, weiter betrachtet werden.

Den vierten Teil der Untersuchung (s. 6.3) bildete die retrospektive Analyse der tatsächlichen Teilnahme relevanter Kooperationspartner*innen an den regionalen Arbeitskreisen – einer wichtigen Austauschplattform der verschiedenen Strukturen im Rahmen des Modellprojektes. Diese Teilnahme („Abstimmung mit den Füßen“) zeigte eine hohe Präsenz der schulischen Akteure und gleichzeitig eine mögliche und „wünschenswerte“ Steigerung der Teilnahme von Vertreter*innen des Gesundheitsbereiches. Auch in diesen Interviews ließ sich die Diskrepanz zwischen Wunsch nach regelmäßiger Teilnahme und Austausch und den oft fehlenden Möglichkeiten feststellen. Daneben erschienen zum Beispiel in einigen Interviews auch Kommunikationsbarrieren durch hinterfragte oder vermutete mangelnde Akzeptanz gelegentlich eine Rolle zu spielen, die mehr mit den Einstellungen als den begrenzenden Strukturen begründbar zu sein schienen. Die Rolle der Pflege in Beziehung zur ärztlichen Profession unter dem Stichwort der „Augenhöhe“²⁷ und wechselseitiger Akzeptanz dürfte hier auch eine Rolle spielen.

Bei der retrospektiven Betrachtung der Netzwerkaktivitäten (s. 6.4) wurden die vorliegenden 64 Protokolle der regionalen Netzwerktreffen nach den diskutierten Themen und der Häufigkeit der Nennungen analysiert. Hier bildeten die Beschäftigung mit den konkreten Tätigkeiten der SGFK in den jeweiligen Regionen vor organisatorischen Themen eindeutig die Schwerpunkte. Die Diskussionen betrafen vor allem Projekte und konkrete Tätigkeiten in der Schule. Organisatorisch waren es vor allem die Rahmenbedingungen und hier die aus Sicht fast aller SGFK und der Schulen zu geringe Präsenz an einzelnen Schulen, die für kontroverse und aufgrund der finanziellen Ausstattung nicht lösbare Probleme sorgten.

Großen Raum nahm in fast allen Treffen auch die Evaluation ein. Dies wurde in jedem Treffen thematisiert, und wurde daher nicht gesondert erwähnt und gelistet.

In einer Zusammenfassung lässt sich zur Netzwerkarbeit feststellen:

Von allen SGFK wird Netzwerkarbeit als sehr wichtig eingeschätzt. Die Mühe lohnt sich sowohl, was eine bessere individuelle Gesundheitsversorgung der SUS angeht, als auch hinsichtlich der Umsetzung von Projekten und Aktivitäten zur Gesundheits - förderung und Prävention.

Die Arbeit in Netzwerken wird - trotz der geäußerten Wünsche wegen fehlender oder schwer erreichbarer Netzwerkpartner vor allem aus dem psychosozialen Bereich (wie Psycholog*innen und Therapeut*innen) - sehr geschätzt. Die Betreuung von Kindern mit besonderen gesundheitlichen Bedarfen und auch die Vermittlung zur

medizinischen bzw. psychosozialen Versorgung wird als besonders nachhaltig und erfüllend erlebt und entsprechend oft geradezu emotional geschildert.

Mitarbeiter*innen des KJGD schienen anfangs sehr schwer erreichbar und einige waren anfangs skeptisch. Im Verlauf aller Interviews überwogen zunehmend wertschätzende Äußerungen und regelmäßig wurden die (ungünstigen) Rahmenbedingungen sehr bedauert. Einhellig war trotz individuell unterschiedlicher Betonungen nicht nur der Wunsch nach Verstetigung, sondern auch nach weiterer Verbreitung des Angebotes, es nämlich allen Schulen, vordringlich denen mit erhöhtem Bedarf, zukommen lassen zu können.

Das Themenspektrum der regionalen Arbeitskreise ergibt das Bild einer durchgehenden strukturellen Verankerung mit Eingebundensein der unterschiedlichen Akteure (Kooperationspartner) gerade bei der Umsetzung von vielen präventiven und gesundheitsförderlichen Projekten. Diese regelmäßigen Treffen zeugen von einer hohen inhaltlichen und organisatorischen Transparenz – eine wesentliche Voraussetzung für eine gelingende und vor allem nachhaltige Umsetzung des Modellprojektes.

Folgende Punkte wurden von fast allen Akteuren regelmäßig erwähnt und lassen sich daher auch bezüglich der Rahmenbedingungen übereinstimmend als besonders wichtig und unverzichtbar ableiten. Dies sind Wünsche nach:

- kontinuierlicher Präsenz der Schulgesundheitsfachkräfte an der (möglichst jeweils einer) Schule,
- nachhaltigen Kooperationen mit diversen Kooperationspartnern in inner- und außerschulischen Netzwerken,
- ausreichenden Ressourcen,
- gegenseitige Wertschätzung.

8. DISKUSSION

Im Zentrum der beschriebenen Kontakte, Verbindungen und Aktivitäten standen die jeweiligen individuellen, schulischen, außerschulischen und regionalen Netzwerke.

Der Begriff des Netzwerkes wird dabei bewusst allgemein als ein soziales System verstanden, was im Sinne der Systemtheorie²⁸ durch Kommunikation erzeugt und aufrechterhalten wird. Weitere Differenzierungen wurden bewusst nicht in den Fokus genommen, waren aber implizit bedeutsam, wie zum Beispiel die zwischen (vollständig) selbstorganisierten und (eher) fremdbestimmten Netzwerken. Beide Elemente spielen dabei sehr wohl eine Rolle, wenn man nur beispielsweise die Organisation der regionalen Arbeitskreise (teilweise fremdbestimmt) oder die Nutzung auch privater Kontakte durch die SGFK für Aufbau oder Aufrechterhalten der lokalen Kontakte (selbstbestimmt) betrachtet. Vor allem aber das Ziel einer mehr oder weniger

bestehenden oder gar „gelebten“ Reziprozität^o erschien als wichtiges (gewünschtes) Prinzip - und dies gerade in der Entwicklungsphase einer neuen Struktur in Deutschland.²⁹ Damit unterscheiden sich Netzwerke.² Den SGFK kommt aufgrund dieser hier nur angedeuteten Komplexität eine zentrale Bedeutung zu. Diese wurde in der Weiterbildung in den ersten Projektphasen stark berücksichtigt und sollte daher auch bei der Eingruppierung künftig beachtet werden. Bezogen auf die skizzierten Rahmenbedingungen der Netzwerke war es erstaunlich, dass die SGFK diese über die Jahre etablieren und ausbauen konnten (überwiegend eigenverantwortlich und ohne direkte Anbindung).

Alle Analysen und Betrachtungen ergaben ein sehr lebendiges Bild dieser in Deutschland^p neuartigen Tätigkeiten von Pflegefachkräften im für sie neuen Umfeld Schule. Aufgrund der vielen und teilweise intensiven Gespräche sowohl mit den SGFK als auch mit Kolleg*innen der Gesundheitsämter erscheint das Bild vieler individueller Netzwerke, die bei aller Vergleichbarkeit der Strukturen und Themen entscheidend auch von den jeweiligen Haltungen und Einstellungen der Akteure geprägt zu sein scheinen. Gerade vor dem Hintergrund der gesundheitlichen Versorgungsstrukturen in Deutschland, die sich durch eine hohe Heterogenität und eine Vielzahl von Akteuren und Strukturen von anderen Ländern mit längeren Erfahrungen mit Schulgesundheitsfachkräften unterscheidet, erscheint dies als besonders innovativ. Auch die Rolle von Pflegefachkräften in dieser ungewohnten, weil meist auf sich allein gestellten Arbeitsweise, und nicht zuletzt das Verhältnis zur Ärzteschaft, spielen eine wichtige Rolle. Die noch geringe Akzeptanz von Gesundheitsförderung und Prävention im Vergleich zur kurativen und hochtechnisierten Medizin müssen als wichtiger Hintergrund für die Tätigkeit der SGFK in einem für eine „klassisch“ ausgebildete Pflegefachkraft - in der Regel in einer Klinik – zusätzlich und erschwerend bedacht werden. Hier spielte die oft als sehr wichtig erwähnte, aber in diesem Bericht nicht gesondert thematisierte anspruchsvolle und fortlaufende Fortbildung, inklusive der begleitenden Supervision eine extrem wichtige und unverzichtbare Rolle. Dies gilt es (s.u.) unbedingt beizubehalten.

Im Gegensatz zur medizinisch-pflegerischen Versorgung und Beratung von Schüler*innen (Patient*innen) vor Ort, können (und wurden) Tätigkeiten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention in meist heterogenen Netzwerken innerhalb und außerhalb von Schulen realisiert werden. Dies setzt somit ein möglichst reibungsloses und einfaches „Funktionieren“ von je nach Problemen und Zielen ganz unterschiedlich zusammengesetztes (also möglichst variables) Netz von Kooperationen und Partnern voraus. Auch können diese Tätigkeiten und Aktivitäten meistens nicht einfachen und eindeutigen Regeln und Leitlinien folgen, sondern sind

^o Reziprozität im Sinne eines gegenseitigen, wenn auch häufig asymmetrischen „Gebens und Nehmens“

^p Eine Ärztin des KJGD wies allerdings am Rande des Interviews sehr lebhaft auf ihre eigenen positiven Erfahrungen mit Schulkrankenschwestern als selbstverständlichem Teil aller Schulen in der DDR hin und wünscht sich ausdrücklich für die Zukunft, dass dies auch in Zukunft flächendeckend installiert wird.

Teil eines typisch dynamischen und lernenden Prozesses. Daher müssten weiterhin erhebliche Ressourcen zur möglichst systematischen und nachhaltigen Stärkung von Kooperationen zu Gesundheitsförderprojekten vor allem mit den Akteuren des Gesundheitsbereiches (wie den Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten, Zahnärztlichen Diensten und ggf. anderen) investiert werden. Die Kooperation innerhalb des Systems Schule erschienen dagegen auch trotz unterschiedlichen Hierarchieebenen (wie Schulleitung, Schulaufsicht) bereits sehr gut etabliert zu sein. Von großer Bedeutung für die weitere erfolgreiche Entwicklung wird die intensive Unterstützung der jeweiligen regionalen oder lokalen Kooperationen sein. In diese hat der Träger bereits während der gesamten „Pionierphase“ erhebliche Ressourcen und erhebliches Engagement investiert und damit die Grundlage für die Zukunft - und wie sich alle befragten Akteure wünschen – für eine Ausweitung geschaffen.

Neben der Notwendigkeit zur Festigung der formalen Strukturen wurde aber bei der Betrachtung der individuellen Haltungen aller Akteure zu der Tätigkeit der SGFK (trotz der unterschiedlichen professionellen Sichtweisen) die Anerkennung der Arbeit der SGFK deutlich. Gerade in den Pionierzeiten ist die Haltung der einzelnen Akteure in diesem für alle ungewohnten Gebiet wichtiger als in Phasen nach der Etablierung, die bereits in vielen europäischen Nachbarländern erfolgt ist. Noch trägt diese „Pionierhaltung“ – und der Stolz dabei zu sein - über viele Schwierigkeiten hinweg.

Die Belastungen für die SGFK im ungewohnten Umfeld Schule und als „Einzelkämpferin“ dürfen aber nicht unterschätzt werden und ihnen muss, wie bisher vorbildlich in den Projektphasen erfolgt, entgegengewirkt werden (kontinuierliche Supervision, regelmäßige ärztliche Fallbesprechungen, Erfahrungsaustausch).

Eine alltägliche Kontaktmöglichkeit - ähnlich einer Hotline für pflegerische und medizinische Fragen - wurde mehrfach gewünscht^q und einzelne Beispiele^r dafür wurden ebenso genannt wie Möglichkeiten, Kolleginnen auf dem „kurzen Dienstweg“ erreichen zu können.

Für den Erfolg werden neben der Weiterbildung in dem neuen Berufsfeld eine kontinuierliche Begleitung (Supervision), ein regelmäßiger kollegialer Austausch und eine Evaluation von grundlegender Bedeutung sein. Dies wurde bisher konsequent durch den Projektträger umgesetzt und sollte auch in Zukunft fester Bestandteil bei einer Verstetigung des Einsatzes von SGFK an Schulen sein.

DANKSAGUNG

Unser Dank geht an das gesamte Team des Projektträgers für die Unterstützung während der Untersuchungen. Diese hat eine Durchführung trotz der Schwierigkeiten der Coronapandemie erst möglich gemacht. Besonderen Dank richten wir an Frau Radeiski und Herrn Engelbrecht für die Bereitstellung der umfangreichen Daten und die stets freundlich kritische Begleitung und Geduld. Und nicht ein herzlicher Dank

^q „nen Arzt, den man immer anrufen kann so wie im Krankenhaus“ (1, Absatz 197)

^r Die vertrauensvolle unproblematische Erreichbarkeit von Frau Dr. Gabriele Ellsäßer in medizinischen und anderen Fragen zur Betreuung von SUS wurde beispielsweise mehrfach in den Interviews erwähnt

zuletzt an die Projektträger mit Frau Schweers und Frau Braksch für das entgegengebrachte Vertrauen und dass sie den Mut hatten und haben, über viele Jahre in die Weiterentwicklung zu investieren.

Besonders sind wir den teilnehmenden Schulgesundheitsfachkräften zu Dank verpflichtet, die uns trotz der zusätzlichen Belastungen durch die Maßnahmen der Pandemiebekämpfung bereitwillig in den sehr ausführlichen Gesprächen Einblicke nicht nur in ihre Tätigkeiten, sondern auch ihre Sorgen und Wünsche gaben. Unser Dank geht ähnlich auch an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der regionalen Gesundheitsämter, die für Interviews zur Verfügung standen.

9. LITERATURVERZEICHNIS

- ¹ Ellsäßer G, Langenbruch B, Horacek U. Schulgesundheitschwestern (SGS) in Deutschland. Kinderärztliche Praxis 2015; 86/6: 376-382, Online: <https://www.kinderaerztliche-praxis.de/a/schulgesundheitschwestern-sgs-in-deutschland-1738597> Stand 15.02.2021
- ² Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Potsdam e.V. (Hrsg.). Machbarkeitsstudie zum Innovationskonzept Schulpflegekräfte an Schulen in öffentlicher Hand im Land Brandenburg. Potsdam 2016. Online: https://schulgesundheitsfachkraft.de/files/SGF_DOKUMENTE/Machbarkeitsstudie-Schulpflegekraft.pdf Stand 15.02.2021
- ³ Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Potsdam e.V. (Hrsg.). Curriculum zur Weiterbildung für examinierte Gesundheits- und Kinder-/ Krankenpflegekräfte zu Schulgesundheitskräften. 2. Auflage, Potsdam 2018. Online: <https://awo-potsdam.de/projekt/schulgesundheitsfachkraefte-im-land-brandenburg/> Stand 15.02.2021
- ⁴ Tannen A et al. Schulgesundheitspflege an allgemeinbildenden Schulen–SPLASH, Teil 2: Implementationsbegleitung und Wirkungsanalyse. Working Paper No.18-03 Berlin, 2018 Online: https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/24149/2018_Tannen_et-al.pdf?sequence=3&isAllowed=y Stand 15.02.2021
- ⁵ Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen und Familie (Hrsg.). Gesundheit von Schülerinnen und Schüler in Brandenburg. Inpuncto 05/2017, Potsdam 2017.
- ⁶ AAP COUNCIL ON SCHOOL HEALTH. Role of the School Nurse in Providing School Health Services. Pediatrics, 2016;137(6):e20160852 Online: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/137/6/e20160852.full.pdf> Stand 15.02.2021
- ⁷ Bohnenkamp JH, Stephan SH, Bobo N. Supporting student mental health: The role of the school nurse in coordinated school mental healthcare. Psychology in the Schools, 2015; 52(7): 714-727
- ⁸ Best NC, Oppewal S, Travers D. Exploring school nurse interventions and health and education outcomes: An integrative review. The Journal of School Nursing, 2018; 34(1):14-27
- ⁹ Wang LY et al. Cost-benefit study of school nursing services. JAMA Pediatrics, 2014; 168(7): 642-648
- ¹⁰ Maulbecker C, Schulenberg D, Binder D. Gutachterliche Stellungnahme im Rahmen von Projektphase IV des länderübergreifenden Modellprojektes „Schulgesundheitsfachkräfte“ in Brandenburg und Hessen im Auftrag der AWO Bezirksverband Potsdam e.V., Gießen 2020

Online:https://www.thm.de/ges/images/Downloads/Forschung/Gutachten_20201223_Schulgesundheitsfachkr%C3%A4fte.pdf Stand 15.02.2021

¹¹ Siehe Nr. 7-9

¹² Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (Hrsg.). Statistik Schülerunfallgeschehen 2018. Berlin 2019
Online: <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3666>
Stand 15.02.2021

¹³ Ellsäßer G. Eckpunkte nach Diskussion in Potsdam (13.4.2016). Fachliche Zusammenarbeit zwischen KJGD und school nurse. Vortrag 13.4.2016, Potsdam 2016

¹⁴ AWO Bezirksverband Potsdam e.V. (Hrsg.). Tätigkeitsbericht. Modellprojekt „Einführung von Schulgesundheitsfachkräften an öffentlichen Schulen im Land Brandenburg“. Phase III. Potsdam 2019
Online: [https://schulgesundheitsfachkraft.de/abschlussberichte-dokumente/?file=files/SGF_DOKUMENTE/Berichte/taetigkeitsbericht-iii-modellphase.pdf%20Stand%25%20download:%20taetigkeitsbericht-iii-modellphase%20\(13\).pdf](https://schulgesundheitsfachkraft.de/abschlussberichte-dokumente/?file=files/SGF_DOKUMENTE/Berichte/taetigkeitsbericht-iii-modellphase.pdf%20Stand%25%20download:%20taetigkeitsbericht-iii-modellphase%20(13).pdf) download: Stand 15.02.2021

¹⁵ AWO Bezirksverband Potsdam e.V. (Hrsg.). Tätigkeitsbericht. Modellprojekt „Einführung von Schulgesundheitsfachkräften an öffentlichen Schulen im Land Brandenburg“. Phase IV. 01.01.2019 – 31.12.2019. Potsdam 2020
Online: https://schulgesundheitsfachkraft.de/abschlussberichte-dokumente/?file=files/SGF_DOKUMENTE/Berichte/taetigkeitsbericht-iii-modellphase.pdf Stand; download: [modellphase-iv-bericht-2019 \(10\).pdf](#) Stand 15.02.2021

¹⁶ AWO Bezirksverband Potsdam e.V. (Hrsg.). Curriculum zur Qualifizierungsmaßnahme für examinierte Gesundheits- und Kinder-/Krankenpflegekräfte zu Schulgesundheitsfachkräften. Potsdam 2016

¹⁷ AWO Bezirksverband Potsdam e.V. (Hrsg.). Curriculum zur Weiterbildung für examinierte Gesundheits- und Kinder-/Krankenpflegekräfte zu Schulgesundheitsfachkräften. 2. Überarbeitete Auflage. Potsdam 2018
Online: https://schulgesundheitsfachkraft.de/files/SGF_DOKUMENTE/Curriculum-WEB.pdf Stand 15.02.2021

¹⁸ AAP COUNCIL ON SCHOOL HEALTH. Role of the School Nurse in Providing School Health Services. Pediatrics; 2008; 121:1052. DOI: 10.1542/peds.2008-0382
Online: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/121/5/1052.full.pdf>
Stand 15.02.2021

¹⁹ Patricia E. School Nurse Workload: A Scoping Review of Acute Care, Community Health, and Mental Health Nursing Workload Literature. The Journal of School Nursing 2017; 33(1):43-52

²⁰ AAP COUNCIL ON SCHOOL HEALTH. Role of the School Nurse in Providing School Health Services. Pediatrics. 2016;137(6):e20160852

²¹ Verordnung über die Aufgaben des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes der Gesundheitsämter nach § 6 Absatz 2 des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes (Kinder- und Jugendgesundheitsdienst-Verordnung - KJGDV) vom 18. August 2009 (GVBl.II/09, [Nr. 27], S.541) zuletzt geändert durch Artikel 2 Absatz 11 des Gesetzes vom 25. Januar 2016 (GVBl.I/16, [Nr. 5])
Online: https://bravors.brandenburg.de/verordnungen/kjgdv_2016 Stand 15.02.2021

²² Siehe Nr. 14

²³ Siehe Nr.14

²⁴ Siehe Nr. 14

²⁵ Schubert Herbert. Netzwerkmanagement in der Sozialen Arbeit. In: Fischer, Jörg/ Kosellek, Tobias (Hrsg.): Netzwerke und Soziale Arbeit. Theorien, Methoden, Anwendungen. Weinheim/Basel, 2013, S. 267–286

²⁶ Teichert U. Der öffentliche Gesundheitsdienst. In: Thielscher C. (eds) Medizinökonomie 1. FOM-Edition (FOM Hochschule für Oekonomie & Management). Springer Gabler, Wiesbaden, 2015 Online: https://doi.org/10.1007/978-3-658-01966-2_10 Stand 15.02.2021

²⁷ Hommel T. Zusammenarbeit darf kein Glücksfall sein! ÄrzteZeitung 2019
Online:<https://www.aerztezeitung.de/Kooperationen/Zusammenarbeit-darf-kein-Gluecksfall-sein-313972.html> Stand 15.02.2021

²⁸ Volmerg B. Arbeit als erlebte Wirklichkeit - Überlegungen zum Verhältnis von Arbeit und Subjektivität. Psychosozial 1990;13/43: 80-91

²⁹ Tacke V. Systeme und Netzwerke - oder: Was man an sozialen Netzwerken zu sehen bekommt, wenn man sie systemtheoretisch beschreibt. In: Fischer, J. & Kosellek, T. (Hrsg.). Netzwerke und Soziale Arbeit. Theorien, Methoden, Anwendungen. Weinheim/Basel 2013, S. 143–162