

# **Projektbericht zum Modellprojekt „Schulgesundheitsfachkräfte“ in Stuttgart**

**2021 - 2024**

Autorin:

Bettina Straub, Abteilung Gesundheitsförderung und Planung  
Gesundheitsamt LHS Stuttgart

August 2024

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	4
2. Grundlagen und erste Vorreiterprojekte.....	4
3. Begründung des Vorhabens in Stuttgart.....	6
3.1 Gesundheitliche Risiken im Setting Schule .....	6
3.2 Verbesserung der Chancengleichheit .....	6
3.3 Zunahme chronischer Erkrankungen und Inklusion .....	6
3.4. Schule als gesundheitsförderliche Lebenswelt.....	7
4. Ziele des Projekts .....	7
4.1 Unmittelbare Ziele .....	7
4.2 Langfristige Ziele .....	8
5. Beschluss und Finanzierung des Projekts.....	8
6. Aufgaben der Projektbeteiligten.....	9
6.1 Aufgaben der SGFK .....	9
6.3 Aufgaben der Planung und Gesundheitsförderung des Gesundheitsamts .....	11
7. Auswahl der Modellschulen .....	11
8. Netzwerke.....	12
8.1 Beirat.....	12
8.2 Steuerungsgruppe.....	12
9. Evaluation.....	13
9.1 Ausgangserhebungen .....	14
9.1.1 Fragebogen zu den Schuldaten .....	14
9.1.2 Interviews mit Schulleitungen.....	14
9.1.3 Interviews mit Sekretariatsmitarbeiterinnen .....	19
9.1.4 Online-Befragung der SuS, Eltern und Lehrkräfte.....	21
9.2 Zwischenstandserhebung .....	25
9.2.1 Leitfadengestützte Interviews.....	25
9.2.2 Ergebnisse der Zwischenstandserhebung .....	26
9.3 Enderhebung.....	28
9.3.1 Online-Befragung Lehrkräfte .....	28
9.3.2 Ergebnisse der Endbefragung.....	29
9.4 Fortlaufende Dokumentation der Einsätze der SGFK von 2021 – 2024.....	30
10.1 Zusammenfassung der formativen Evaluation .....	34
10.2 Diskussion der Ergebnisse .....	35

10.3 Einschätzung bezüglich der Erfolgsfaktoren bzw. Hindernisse aus Sicht der Gesundheitsplanung .....	35
11. Weiterentwicklung stadt- und landesweit.....	37
12. Ausblick .....	37
Literaturverzeichnis .....	39
Abkürzungsverzeichnis.....	41
Abbildungsverzeichnis.....	41
Tabellenverzeichnis.....	41

## **1. Einleitung**

Mit den Schulgesundheitsfachkräften (SGFK) reagiert der Öffentliche Gesundheitsdienst auf die sich verändernde Schullandschaft, in der Kinder und Jugendliche immer mehr Zeit des Tages verbringen. Es geht vor allem darum, Schülerinnen und Schüler (SuS) im Setting Schule gesundheitlich zu stärken und dadurch auch ihre Bildungschancen zu erhöhen.

Die Landeshauptstadt Stuttgart hat daher beschlossen, in einem auf drei Jahre angelegten Modellprojekt an zwei Schulstandorten erste Erfahrungen mit SGFK zu sammeln.

Mit den SGFK, die während der Schulzeiten an der Schule anwesend sind, soll die medizinische Versorgung aller SuS verbessert werden, wie auch die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen. Somit sollen alle am Schulleben Beteiligte sowie die Eltern und das medizinische Versorgungssystem entlastet werden.

Einen weiteren Schwerpunkt bilden Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention in den Modellschulen, die in überwiegend in Stadtteilen verortet sind, in denen ein hoher Anteil an Menschen mit sozialen Problemlagen lebt. Eine Gesamtentwicklung hin zu einer „gesunden Schule“ wird angestrebt.

Eine ausführliche Dokumentation und Evaluation dienen der Bewertung und Weiterentwicklung des Modellvorhabens.

Die World Health Organisation (WHO) sowie wichtige Berufsverbände wie der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe, die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ), die Deutsche Diabetes Gesellschaft, der Fachausschuss Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) im DGSPJ und der Deutsche Lehrerverband fordern und unterstützen die Ansiedlung von SGFK, wie sie in vielen Ländern weltweit bereits seit Jahrzehnten etabliert sind (sog. „school nurses“).

## **2. Grundlagen und erste Vorreiterprojekte**

Der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Bildung und damit die Schule als wichtiges Setting für die Gesundheitserziehung und -förderung wurde bereits in der Jakarta-Erklärung der WHO aus dem Jahr 1997 benannt (WHO 1997). Die WHO empfiehlt aktuell „Health promoting Schools“ (WHO 2017b) und hat dafür in Kooperation mit der UNESCO Standards erarbeitet, zu denen als Standard 8 unter anderen gehört: „All students have access to comprehensive school-based or school-linked health services that meet their physical, emotional, psychosocial and educational health-care needs.“ (WHO, UNESCO 2021). In Deutschland wurden die ersten Impulse aus den 90er Jahren aufgegriffen und nach dem Jahr 2000 von Spitzenverbänden der Kranken- und Unfallkassen (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2004) sowie der Kultusministerkonferenz der Länder (Kultusministerkonferenz 2012) Empfehlungen zur Gesundheitsförderung an Schulen abgegeben. Mit dem Präventionsgesetz von 2015 wurden Schulen als eine zu sichernde und zu schützende Lebenswelt definiert, zugleich wurde damit der

Spielraum für gesundheitsförderliches Handeln in diesem Setting erweitert (Paulus et al. 2016).

Inzwischen gibt es auch in Deutschland zahlreiche Initiativen und Projekte zum Thema „Gesundheit in der Schule“.

Erfahrungen mit dem Einsatz von SGFK in Deutschland wurden bereits in Brandenburg, Hamburg, Hessen, Rheinland-Pfalz und Bremen gesammelt.

In Brandenburg wurden für einen Projektzeitraum von vier Jahren 18 SGFK an insgesamt 27 Modellschulen beschäftigt, darunter sowohl Grundschulen als auch weiterführende Schulen. Im Vordergrund standen hier die medizinische Akutversorgung von Verletzungen und Krankheitsbeschwerden der SuS sowie die Planung und Umsetzung von präventiven Projekten. Unter der Leitung der AWO Potsdam wurden von den Fachkräften an den Schulen fast 60 gesundheitsfördernde Projekte durchgeführt (AWO Bezirksverband Potsdam e.V., 2020). Zum Ende des Jahres 2021 wurde das Modellprojekt beendet. Trotz guter Evaluationsergebnisse u.a. durch die Charité Berlin konnte das Projekt nicht weiterfinanziert werden. Daher übernehmen nun einzelne Kommunen die Finanzierung der Fachkräfte selbst, um den nachgewiesenen Mehrwert der SGFK für die Schülerinnen und Schüler beizubehalten (AWO Bezirksverband Potsdam e.V., 2022).

Das Bundesland Bremen hat an 12 Grundschulen den Einsatz von insgesamt sieben SGFK im Rahmen eines Modellprojektes erprobt. Hier sind die Fachkräfte ausschließlich für den Bereich Prävention zuständig und beispielsweise nicht für die Akutversorgung von Verletzungen und anderen gesundheitlichen Beschwerden. Das Projekt startete zum Schuljahr 2018/2019 und war ursprünglich bis Ende 2020 angesetzt. Anschließend wurden insgesamt zehn weitere Stellen besetzt, das Projekt wird weiterfinanziert und auf mehrere Grundschulen ausgeweitet (Gesundheitsamt Bremen, o. D.).

Auch in Hamburg sind SGFK an Grundschulen tätig. Insgesamt sind dort 15 Fachkräfte an 29 Grundschulen beschäftigt und fördern in Zusammenarbeit mit den Schulärztinnen und Schulärzten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Die Schulen wurden dabei nach dem Sozialindex ausgewählt. Das Modellprojekt startete im Jahr 2020 und ist für fünf Jahre angesetzt worden (Hamburg.de GmbH & Co. KG, 2019).

Im Land Hessen werden SGFK in den Schulen über die staatlichen Schulämter beschäftigt. Die Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAGE) übernimmt als Projektträger dort die Einführung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Landesprogramms in Kooperation mit dem Hessischen Kultusministerium, die fachliche Begleitung erfolgt durch die Gesundheitsämter. Nach einer Modellprojektphase von Anfang 2017 bis Ende 2018 wurden anschließend 30 weitere feste Stellen im Haushaltsplan beschlossen (Hessischer Landtag, 2021).

In Rheinland-Pfalz wurde zunächst von 2018 bis 2019 an zwei Grundschulen der Einsatz von SGFK getestet, dieses Modellvorhaben wurde mit finanzieller Unterstützung des Bildungsministeriums bis 2021 weitergeführt. Seither wurde das

Vorhaben deutlich ausgebaut auf 24 SGFK, die mit jeweils einer halben Stelle an 26 Grundschulen eingesetzt sind (s. <https://lzg-rlp.de/de/schulgesundheitsfachkraefte.html>).

Auch in vielen Ländern weltweit (u. a. USA, Schweden, Schweiz) sind für die gesundheitlichen Angelegenheiten von Schulkindern spezialisierte Pflegekräfte („School Nurses“) an Schulen tätig.

### **3. Begründung des Vorhabens in Stuttgart**

Der Öffentliche Gesundheitsdienst hat die gesetzliche Aufgabe, Schulen (SuS, Eltern, Lehrerinnen und Lehrern) bei gesundheitlichen Fragestellungen zu beraten und zu unterstützen (§§ 7, 8 ÖGDG BW). Die aktuellen gesundheitlichen Herausforderungen in den Schulen sollen mit dem Modellprojekt angegangen werden.

#### **3.1 Gesundheitliche Risiken im Setting Schule**

Da die SuS durch den Ausbau der Ganztagsbetreuung einen immer größeren Teil des Tages an den Schulen verbringen, werden auch gesundheitliche Risiken mehr und mehr von zu Hause in die Schulen verlagert.

Bei medizinischen Problemen, sowohl bei akuten Verletzungen als auch bei auftretenden kleineren Beschwerden, werden Kinder und Jugendliche oftmals nach Hause geschickt, da in der Schule keine professionelle medizinische Versorgung stattfinden kann. Eine Beurteilung der Schwere einer Erkrankung oder Verletzung kann von den Schulen nicht geleistet werden.

#### **3.2 Verbesserung der Chancengleichheit**

Nach wie vor haben sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche höhere Gesundheitsrisiken. Prekäre Lebenssituationen, Armut, alleinerziehende Elternteile sowie Wissenslücken durch mangelnde Bildung machen es den betroffenen SuS schwer, Unterstützung für eine gesunde Lebensweise, Erziehung dazu und die notwendigen Ressourcen zur Verfügung gestellt zu bekommen. Darunter leidet nicht nur die Gesundheit, sondern dadurch werden auch die Bildungschancen verschlechtert.

#### **3.3 Zunahme chronischer Erkrankungen und Inklusion**

In Umsetzung der UN-Behindertenrechts-Konvention werden in Stuttgart zunehmend Kinder mit chronischer Erkrankung oder Behinderung inklusiv an Regelschulen beschult. Chronische Erkrankungen wie Diabetes, Asthma und Allergien, aber auch psychische Erkrankungen, nehmen bei Kindern und Jugendlichen zu: Ca. 16 % der Jugendlichen haben eine chronische Erkrankung, weitere 5 % haben eine (drohende) Behinderung (s. RKI 2017). Außerdem verbringen inklusiv beschulte Kinder durch die Ganztagschule inzwischen mehr Zeit in der Schule.

Das bedeutet, dass eine steigende Zahl von Kindern in Regelschulen pflegerische oder medizinische Maßnahmen in der Schule benötigt. Außerdem kann es häufiger zu

Notfallsituationen kommen, die die Lehrerschaft und das schulische Personal überfordern.

### 3.4. Schule als gesundheitsförderliche Lebenswelt

Die Schule ist durch die lange Aufenthaltsdauer der SuS und durch die Erreichbarkeit aller Kinder und Jugendlichen auch ein optimales Setting für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung.

Im Rahmen der schulischen Bildung können die Grundlagen für ein gesundes Leben für alle SuS gelegt werden und damit, im Sinne von Artikel 24 der UN-Kinderechtskonvention, das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit eingefordert werden.

## 4. Ziele des Projekts

Die Schulgesundheitspflege befindet sich an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Bildungssystem und hat sowohl einen vorbeugenden, erzieherischen sowie einen versorgenden Auftrag. Die Ziele unterscheiden sich nicht nur vom Ansatz am Individuum oder der Gesellschaft und ihrer Begleitumstände her, sondern auch von der Umsetzbarkeit innerhalb kürzerer oder längerer Zeit.

### 4.1 Unmittelbare Ziele

Die SGFK versorgen die SuS medizinisch bei Beschwerden, akut auftretenden Erkrankungen und Verletzungen. Fehlzeiten sollen dadurch vermieden bzw. verkürzt werden. Dadurch verbessern sie die Lernvoraussetzungen für gesundheitlich und/oder sozial belastete SuS.

SuS mit chronischer Erkrankung oder Behinderung ermöglichen sie den Schulbesuch und unterstützen bei der Bewältigung des Schulalltags.

Sie stehen den SuS beratend zur Seite. Die SGFK leiten Projektmaßnahmen zur Förderung der Gesundheit ein und arbeiten präventiv zur Vermeidung von Gesundheitsgefahren.

Mit der Wahrnehmung dieser Aufgaben soll die gesundheitliche Versorgung der SuS unmittelbar verbessert und das Schulpersonal (unterrichtendes sowie nicht-unterrichtendes) entlastet werden.

Der derzeit gültige Bildungsplan aus dem Jahr 2016 enthält die Leitperspektive Prävention und Gesundheitsförderung (s. [https://praevention.kultus-bw.de/Lde/Startseite/stark\\_staerker\\_WIR\\_](https://praevention.kultus-bw.de/Lde/Startseite/stark_staerker_WIR_)). Der Notwendigkeit zur Umsetzung dieser Leitperspektive sowie gesundheitserzieherischer Themen im Fachunterricht kann durch die Etablierung von SGFK an den Schulen Rechnung getragen werden.

Nicht zuletzt aufgrund der Pandemie-Erfahrungen haben die Anforderungen an Infektionsschutz und Hygiene an den Schulen zugenommen. Die SGFK können hierbei das Schulpersonal kompetent unterstützen und beraten.

## 4.2 Langfristige Ziele

Mit dem Modellprojekt „Schulgesundheitsfachkräfte“ verfolgt die Landeshauptstadt Stuttgart das Ziel, auf individueller Ebene die Gesundheit von SuS zu stärken und die gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern. Durch den Ausbau der Schulgesundheit sollen das Gesundheitsverhalten sowie die Gesundheitskompetenz („Health Literacy“) der SuS verbessert werden. Dies erfolgt mit dem Ziel, die Bildungsgerechtigkeit zu steigern. Durch die Begleitung und Unterstützung von SuS mit chronischer Erkrankung oder Behinderung wird Inklusion gestärkt.

Auf organisatorischer Ebene wird mit der Etablierung der SGFK an den Modellschulen angestrebt, ein gesundheitsbewusstes Schulklima zu etablieren. Die beteiligten Schulen sollen sich zu „gesunden Schulen“ entwickeln, in denen die Gesundheit der SuS bei allen Entscheidungen jederzeit mitgedacht wird. Im Curriculum der Schulen soll Gesundheit als Ziel verankert werden.

## 5. Beschluss und Finanzierung des Projekts

Im Jahr 2020 wurde dem Sozial- und Gesundheitsausschuss im Gemeinderat der LHS Stuttgart mit der Drucksache GRDRs 582/2020 der Bedarf an einer weitergehenden Schulgesundheitspflege dargelegt, der sich aus neuen Herausforderungen für die Gesundheitsrisiken sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher, der Veränderung der Schullandschaft hin zur Ganztageschule und der Zunahme von Kindern mit chronischer Erkrankung oder Behinderung an Regelschulen im Rahmen der Inklusion ergibt. Mit dem bestehenden Angebot der monatlichen ärztlichen Schulsprechstunde konnte dieser nicht mehr gedeckt werden.

Der Verwaltungsausschuss sowie der Sozial- und Gesundheitsausschuss stimmten dem Antrag auf Durchführung des Modellprojekts Schulgesundheitsfachkräfte einstimmig zu. Der Schulbeirat und der Jugendhilfeausschuss nahmen ihn einmütig zur Kenntnis.

Die Finanzierung war bereits überwiegend über Drittmittel gesichert. Der Gemeinderat erhielt während der Projektlaufzeit einen Zwischenbericht (GRDRs 901/2022), der sehr positiv aufgenommen wurde, und war für die Verantwortlichen während der gesamten Laufzeit eine verlässliche Unterstützung auf dem Weg zur Verstetigung und Ausweitung des Projekts.

Der Bedarf an finanziellen Aufwendungen stellte sich folgendermaßen dar, berechnet für die komplette Projektlaufzeit von drei Jahren:

- 3 Stellen à 80% SGFK auf 3 Jahre befristet, Entgeltstufe EG 9a 535.500€
- Qualifizierung der SGFK 3.500€
- 0,6 Facharzt, Entgeltstufe EG 15 189.180€<sup>1</sup>
- 0,3 Gesundheitsplanung, Entgeltstufe EG 13 77.220€
- Ein ausgestatteter Raum pro Schulcampus 6.000€

---

<sup>1</sup> Hierbei handelt es sich um eine Umschichtung von Stellenanteilen für Schulsprechstunden.

- Handy und Notebook 6.000€
- Materialien 2.000€
- Öffentlichkeitsarbeit 2.000€
- Unterstützung gesundheitsförderlicher Projekte 9.000€
- Projektleitung 0,1 Gesundheitsplanung Entgeltstufe EG 14 28.830€; 0,1 Arzt, Entgeltstufe EG 15 31.530€<sup>2</sup>,

zusammen 890.760€.

Drittmittel konnten in folgendem Umfang eingeholt werden:

- Eduard-Pfeiffer-Stiftung 345.000€
- Stiftung Zukunft der Jugend 166.928€
- Ministerium für Soziales, Land Baden-Württemberg 77.199€
- Unfallkasse Baden-Württemberg 40.000€

zusammen 629.127€

Ohne diese Anschubfinanzierung durch die Stiftungen und die weiteren Drittmittelgeber wäre eine Umsetzung des Projekts nicht möglich gewesen.

Somit entstand der Stadt Stuttgart ein restlicher Finanzierungsbedarf von 261.633€, der bis auf die Projektleitung in der Abteilung Gesundheitsförderung und Planung über bestehende Stellen abgedeckt werden konnte.

## **6. Aufgaben der Projektbeteiligten**

Da das Projekt an der Schnittstelle zwischen Gesundheit, Bildung und Jugend angesiedelt ist, beteiligen sich die beiden Referate, Soziales und gesellschaftliche Integration sowie Jugend und Bildung, aktiv an der Umsetzung und Begleitung in den Netzwerken (s. u.).

Im Gesundheitsamt der LHS wird das Projekt SGFK von zwei Abteilungen bzw. Sachgebieten gesteuert: dem Sachgebiet Kinder- und Jugendgesundheit innerhalb der Abteilung Kinder- Jugend- und Zahngesundheit, Soziale Dienste und der Abteilung Gesundheitsförderung und Planung. Die Aufgaben der Beteiligten sind im Einzelnen:

### **6.1 Aufgaben der SGFK**

- Erstmaßnahmen bei Unfällen und in Notfallsituationen, Untersuchung und Überwachung im Unterricht erkrankter SuS, Entscheidung über das weitere Vorgehen treffen
- Medizinisch-pflegerische Verrichtungen bei Kindern mit chronischer Erkrankung oder Behinderung (z.B. Blutzuckermessung, Medikamentengabe nach ärztlicher Verordnung, Sondenernährung, Überwachung einer Spezialdiät)

---

<sup>2</sup> Finanzierung im Rahmen vorhandener Stellenanteile.

- Kinder mit gesundheitlichen Risiken, die noch nicht ausreichend an eine adäquate medizinische Versorgung angebunden sind, identifizieren und vermitteln
- Unterstützung und Beratung von SuS, Schulpersonal und Eltern bei medizinischen Fragen und ggf. Weitervermittlung in das Hilfesystem
- Unterstützung des pädagogischen Personals beim Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen, die in inklusiven Settings beschult werden
- Unterstützung der Schule beim Umsetzen der Empfehlungen von Fachgesellschaften im Bereich chronisch kranker Kinder und Jugendlichen oder Kinder und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen oder Behinderungen
- Enge Kooperation mit der Schulsozialarbeit, den pädagogischen Fachkräften in der Ganztagesbetreuung und Integrationsfachkräften an der Schnittstelle medizinische / psychosoziale Problemlagen von SuS
- Planung und Durchführung von Untersuchungen oder Impfangeboten an den Schulen in Kooperation mit der Schulärztin / dem Schularzt
- Unterstützung der Schulsanitäter
- Vernetzung und interdisziplinäre Kooperation mit beteiligten Ämtern, wie z.B. Jugendamt (speziell in Kinderschutzfragen), Beratungsstellen und weiteren Kooperationspartnern
- Begleitung der Schulentwicklung als Teil eines multiprofessionellen Teams, um ein gesundes Umfeld in der Schule (z. B. ausgewogene Schulverpflegung, Bewegungsförderung, seelische Gesundheit, Hygienemaßnahmen) zu schaffen und eine gesundheitsförderliche Einrichtung zu werden
- Planung und ggf. Durchführung von Aktivitäten zur Gesundheitserziehung wie Unterrichtsbesuche, Projekttag, Elternabende in Kooperation mit Schulärztinnen und -ärzten, pädagogischem Personal und externen Kooperationspartnern
- Unterstützung und Beratung der Schule bei der Umsetzung der Leitperspektive Prävention und Gesundheitsförderung im Bildungsplan (Konzepterarbeitung und Konzeptumsetzung)
- Unterstützung bei der Umsetzung des Bildungsplanes in Bezug auf die gesundheitserzieherischen Themen, z.B. Sachunterricht, Biologie, AES als fachkundige Person, auch in entsprechenden Unterrichtsstunden
- Entwicklung, Planung, Umsetzung und Evaluation gesundheitsbezogener Maßnahmen vor Ort
- Beteiligung an der übergeordneten Strategieentwicklung und Implementierung von Maßnahmen zur Gesunderhaltung, Gesundheitsförderung und Prävention.

Für diese Aufgaben wurden (Familien-) Gesundheits- und- (Kinder-) Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger mit mindestens dreijähriger Berufserfahrung im Umgang mit Kindern und Jugendlichen gesucht und eingestellt. Die Durchführung der erforderlichen Weiterqualifizierungsmaßnahmen für die SGFK erfolgte im Gesundheitsamt und bei externen Fortbildungen.

## 6.2 Aufgaben der Schulärztinnen und Schulärzte des Gesundheitsamts

Die Schulärztinnen und Schulärzte des Gesundheitsamtes sind medizinische Ansprechpartnerinnen und -partner und Fachaufsicht für die SGFK. Sie besprechen gemeinsam komplexe Fälle aus der täglichen Arbeit oder der Sprechstunde. Einzelne SuS können ggf., je nach Alter mit oder ohne Eltern, zur Untersuchung und zum Gespräch ins Gesundheitsamt einbestellt werden, beispielsweise auch als Angebot im Rahmen der Offenen Sprechstunde.

Sie unterstützen die SGFK bei der Konzeption und ggf. Durchführung von Aktivitäten zur Gesundheitserziehung in Klassen oder bei Elternabenden und machen Fortbildungsangebote. In Kooperation mit der SGFK können sie Untersuchungen (z. B. Seh- und Hörtest mit Gewichts-, Blutdruck- und Impfpasskontrolle, ggf. gruppenweise J1 bei Jugendlichen) oder Impfangebote an den Schulen durchführen (vgl. Schuluntersuchungsverordnung Baden-Württemberg).

## 6.3 Aufgaben der Planung und Gesundheitsförderung des Gesundheitsamts

In der Abteilung ist die Koordination und Evaluation des Projekts angesiedelt. Die zuständige Planerin ist für organisatorische Fragen zuständig, beruft die zugeordneten Gremien ein, hält die Kontakte zu internen und externen Kooperationspartnern, berichtet an den Gemeinderat und die geldgebenden Stiftungen und Organisationen und plant die Öffentlichkeitsarbeit. Außerdem evaluiert sie das Modellprojekt fortlaufend.

Gemeinsam mit den SGFK initiiert und steuert die Projektkoordinatorin die präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen an den Schulen. Dies geschieht in einem Steuerungskreis aus SGFK, Schulsozialarbeit, Präventionslehrkraft und ggf. pädagogischen Fachkräften.

Dabei orientieren sich alle Beteiligten an etablierten Regelkreisläufen, wie insbesondere dem Public Health Action Cycle: Probleme mit hoher Priorität und/oder bestimmte Zielgruppen mit besonderem Unterstützungsbedarf sollen identifiziert, darauf ausgerichtete Ziele und Maßnahmen formuliert, umgesetzt und evaluiert werden, um somit systematisches Handeln und eine entsprechende Wirkungskontrolle der ergriffenen Maßnahmen zu ermöglichen (Kolip 2006).

## 7. Auswahl der Modellschulen

Die Auswahl der Standorte fand aufgrund gesundheitlicher und sozialer Indikatoren sowie aus räumlicher und schulentwicklungsplanerischer Sicht statt. Dabei wurden die Vorschläge von den beteiligten Abteilungen des Gesundheitsamts, des Schulverwaltungsamts, der Stuttgarter Bildungspartnerschaft und des Jugendamts berücksichtigt.

Wichtige soziale und gesundheitliche Indikatoren waren der Anteil an Bonuscard-Berechtigten, Arbeitslosengeld-Empfängerinnen und -empfänger bei Alleinerziehenden, Sozialgeldempfängerinnen und -empfänger und ein hoher Anteil an Kindern mit Übergewicht und auffälligem Grobmotorik-Screening. Aus räumlicher und

schulentwicklungs-planerischer Sicht waren die Größe der Schulen, die Nähe mehrerer Schulen unterschiedlicher Schularten zueinander, die bauliche Eignung und die Planung von Umbaumaßnahmen o. ä. entscheidend.

Zusätzlich wurde die Bereitschaft der Schulen abgefragt.

Als Ergebnis wurden folgende Schulstandorte für das Projekt ausgewählt:

- Der Schulcampus in Zuffenhausen-Rot, der die Uhlandschule, eine Grund- und Werkrealschule mit 458 SuS sowie 30 Lehrkräfte, die Rilke-Realschule mit 465 SuS und 34 Lehrkräften und das Ferdinand-Porsche-Gymnasium mit 769 SuS und 75 Lehrkräften umfasst. An diesem Schulstandort werden insgesamt 1692 SuS von 139 Lehrkräften unterrichtet (Zahlen aus dem Jahr 2021). Dafür wurden vom Gesundheitsamt zwei SGFK angestellt.
- Der Schulcampus Neugereut mit der Pelikan-Grundschule mit 262 SuS und 22 Lehrkräften sowie der Jörg-Ratgeb-Schule (Realschule und Gymnasium) mit 1007 SuS und 99 Lehrkräften (Zahlen aus dem Jahr 2021). An diesem Standort waren zunächst eine SGFK, später dann zwei SGFK beschäftigt.

## **8. Netzwerke**

Besonders wichtig ist die kontinuierliche Abstimmung mit den entsprechenden Fachämtern innerhalb der Stadt: dem Jugendamt, Sozialamt, Schulverwaltungsamt, der Stuttgarter Bildungspartnerschaft sowie dem Staatlichen Schulamt. Weitere Ämter wie das Amt für Sport und Bewegung und das Kinderbüro bringen ihre Expertise ebenfalls ein. Zur Steuerung und Begleitung des Projekts wurden zwei Gremien, ein Beirat und eine Steuerungsgruppe, gebildet.

### **8.1 Beirat**

Das Modellprojekt wird von einem Beirat unter Leitung von Frau Bürgermeisterin Dr. Sußmann (Referat für Soziales und gesellschaftliche Integration) und Frau Bürgermeisterin Fezer (Jugend und Bildung) begleitet. Der Beirat trifft sich ein- bis zweimal pro Jahr, wird in die grundsätzlichen Planungen und Ergebnisdarstellungen einbezogen und trifft ggf. grundlegende Entscheidungen. Teilnehmende sind die Amtsleitung und Beteiligte von Gesundheitsamt, Leitungsebene aus Jugendamt, Schulverwaltungsamt, Sozialamt und staatlichem Schulamt, die Kinderbeauftragte sowie die Behindertenbeauftragte der Stadt Stuttgart, Vertretungen der Schulleitungen der beteiligten Schulen sowie Vertretungen der beteiligten Stiftungen, der Unfallkasse BW, der Krankenkassen und des Sozialministeriums.

Der Beirat klärt bei Problemlagen, betreibt Lobbyarbeit für das Projekt und bahnt die Wege für eine nachhaltige Verstetigung der SGFK bei der Landeshauptstadt Stuttgart.

### **8.2 Steuerungsgruppe**

In der Steuerungsgruppe unter Leitung des Gesundheitsamtes sind weitere Organisationen und Personen eingebunden, die wichtige Aspekte für das Projekt mit einbringen und die selbst in dem Projekt vor Ort tätig sind. Die Steuerungsgruppe trifft sich zwei- bis dreimal pro Jahr, begleitet die praktische Arbeit und vernetzt die Akteure

miteinander. Teilnehmende sind die Projektbeauftragten im Gesundheitsamt der Abteilung Gesundheitsförderung und Planung sowie des Sachgebiets Kinder- und Jugendgesundheit, die SGFK, Vertretungen von Schulleitungen der beteiligten Schulen, der Schulsozialarbeit, der Präventionsbeauftragten, der Stuttgarter Bildungspartnerschaft, des Staatlichen Schulamts und des Sozialministeriums, Vertretungen der Arbeitsebene aus Schulverwaltungsamt, Amt für Sport und Bewegung, Jugendamt und Sozialamt sowie der Unfallkasse Baden-Württemberg.

## 9. Evaluation

Ziel der Evaluation ist es, dass der Einsatz der SGFK und die von den SGFK durchgeführten Maßnahmen und Projekte im Rahmen des Modellprojektes (kontinuierlich) auf die tatsächlichen Bedarfe abgestimmt werden. Der Prozess der Etablierung von SGFK an Schulen soll zudem dahingehend begleitet werden, dass Erfolgs- und Hindernisfaktoren für die Weiterentwicklung des Einsatzes von SGFK erhoben werden können.

Konkret werden folgende Aspekte bzw. Ziele im mixed-methods-Design mit qualitativen und quantitativen Methoden betrachtet und überprüft:

- Fortlaufende Analyse des Bedarfs der medizinischen und pflegerischen Versorgung an den Modellschulen von SuS (auch mit chronischen Erkrankungen), deren Eltern und Schulpersonal
- Fortlaufende Analyse des Bedarfs an Gesundheitsförderung an den Modellschulen aus Sicht von SuS (auch mit chronischen Erkrankungen), deren Eltern und der Lehrkräfte
- Fortlaufende Darstellung der Inanspruchnahme der SGFK durch die SuS der Modellschulen, dabei insbesondere hinsichtlich der
  - o Häufigkeit und Dauer,
  - o Anlässe und Art der medizinischen Versorgung
  - o Aufenthalte nach der Versorgung
  - o Inanspruchnahme von Rettungsdiensten
- Analyse der Auswirkung des Modellprojektes auf die
  - o Fehlzeiten durch Abbruch des Schulbesuchs aufgrund medizinischer Probleme von SuS
  - o Belastung des Schulpersonals
  - o Anzahl der gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen und Projekte an den Modellschulen
  - o Zufriedenheit aus Sicht der SuS, Eltern und Schulpersonal mit dem Kontakt zu den SGFK.

Angesichts dieser Zielsetzungen wurde ein formatives Evaluationsdesign gewählt.

Die Evaluation wurde mit mehreren Bausteinen und zu verschiedenen Zeitpunkten durchgeführt, die in der folgenden Tabelle 1 zusammengefasst sind.

Tabelle 1 Darstellung der Evaluationsmaßnahmen

	<b>Ausgangserhebung 2021/22</b>	<b>Zwischenstands- erhebung 2023</b>	<b>Enderhebung 2024</b>	<b>Fortlaufende Erhebung</b>
<i>Quantitativ</i>	<i>Fragebogen Schulleitung Online-Befragung Eltern, Lehrkräfte und SuS</i>	<i>Auswertung der Dokumentation 3 Schulhalbjahre September 2021- Juli 2023</i>	<i>Online- Befragung Lehrkräfte  Auswertung der Dokumentation aller Schuljahre 2021- 2024</i>	<i>Dokumentation der Einsätze der SGFK</i>
<i>Qualitativ</i>	<i>Leitfadengestützte Interviews Schulleitungen, Sekretärinnen</i>	<i>Leitfadengestützte Interviews Lehrkräfte, SuS, Eltern, Eltern von Kindern mit chron. Erkrankung</i>		

## 9.1 Ausgangserhebungen

Das Design und die Inhalte der Ausgangserhebung erfolgten in Abstimmung mit Frau Prof. Antje Miksch<sup>3</sup>.

### 9.1.1 Fragebogen zu den Schuldaten

Zur Erfassung des Ausgangszustands an den Schulen wurden den Schulleitungen zwei Fragebögen zugesandt. Der erste umfasst die allgemeinen Daten der Schule:

- Anzahl der SuS, Lehrkräfte und des weiteren Personals
- Anzahl von SuS mit einer chronischen Erkrankung oder Behinderung
- Zusammenarbeit mit Eltern
- vorhandene Projekte zu Gesundheitsförderung und Prävention

Der zweite Fragebogen dient der Bestandsaufnahme der wichtigen Faktoren zu den Themen Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung sowie Beteiligungsmöglichkeiten der SuS und deren Eltern (s. Anhänge).

### 9.1.2 Interviews mit Schulleitungen

Um die Ergebnisse der schriftlichen Befragung der Schulleitungen zu ergänzen, wurden im Oktober 2021 von der Projektkoordination des Gesundheitsamts Interviews mit den Schulleitungen der Modellschulen durchgeführt. Hierfür wurde ein Interviewleitfaden eingesetzt, welcher vertiefende Fragen zu den Themen „Medizinische Versorgung“, „Räumliche Ausstattung“, „Ablauf der medizinischen

---

<sup>3</sup> Zu dieser Zeit Honorarprofessorin an der PH Heidelberg (Prävention und Gesundheitsförderung), jetzt Professur für Modern Health Science an der EH Darmstadt

Versorgung“ sowie „Prävention und Gesundheitsförderung“ und „Schülerinnen und Schüler“ beinhaltet. Die Fragen beziehen sich darin auf die Gegebenheiten **vor** der Anstellung der SGFK an den Schulen. Darüber hinaus konnten seitens des Schulpersonals bestehende Wünsche und Erwartungen an das Projekt geäußert werden. Ziel der Befragung war es, einen Gesamtüberblick über die gesundheitliche Situation und die medizinische Versorgung an den Schulen zu bekommen und Defizite, beziehungsweise Verbesserungsmöglichkeiten, aufzudecken. Diese sollen weiterhin als Ansatzpunkte für spätere Präventionsprojekte, die von den SGFK geplant werden, dienen.

Zum Einsatz kamen teilstandardisierte qualitative Interviews mit den o. g. Beteiligten des Projekts. Qualitative Auswertungen teilstandardisierter Interviews ermöglichen keine exakten Quantifizierungen, und sind daher nicht übertragbar auf andere Projektschulen. In der Ergebnisdarstellung sollen daher Begriffe wie „einige“, „manche“, „wenige“ Hinweise darauf geben, ob entsprechende Aussagen in den Befragungen eher häufig oder eher selten getätigt wurden.

Die Ergebnisse der Interviews zum Ausgangszustand werden in den folgenden Abschnitten zusammengefasst.

#### *Bisherige medizinische Versorgung*

Die Akutversorgung verläuft bei allen Schulen vor der Anstellung der SGFK ähnlich (s.u.) und wird über das Sekretariat koordiniert. Die Anzahl der medizinischen Notfälle an den Schulen ist sehr unterschiedlich. Während an einigen Schulen circa drei bis fünf Mal in der Woche ein Notfall auftritt, kommt es an anderen Schulen nur zwei bis drei Mal im gesamten Schuljahr zu einer Notfallsituation. Betrachtet man die Einsätze von Rettungsfahrzeugen an den Modellschulen, so lassen sich ebenfalls starke Unterschiede feststellen. An einigen Schulen wird nur circa fünf Mal im Schuljahr ein Rettungswagen gerufen, während an anderen Schulen bis zu 15 Mal im Jahr ein Rettungsfahrzeug zum Einsatz kommt.

Auch chronische Erkrankungen und Behinderungen sind an den Schulen vertreten und erfordern in einigen Fällen besonderen Betreuungsbedarf. Die am häufigsten auftretende chronische Erkrankung stellt dabei Diabetes mellitus dar, gefolgt von Rheuma, Skoliose, Herzfehler, Epilepsie, Mukoviszidose. Einige der betroffenen SuS haben dabei Schulbegleitungen zur Unterstützung an ihrer Seite.

#### *Ablauf der medizinischen Versorgung VOR Einsatz der SGFK*

Erkrankt eine oder ein SuS während der Unterrichtszeit, wird das betroffene Kind in allen Schulen zuerst ins Sekretariat geschickt. Dort findet eine Erstversorgung durch den Schulsanitätsdienst, Sekretariatsmitarbeitende oder Ersthelfende statt. Daraufhin werden die Eltern kontaktiert und das Kind wird von ihnen abgeholt oder darf mit Einverständnis der Eltern selbstständig nach Hause gehen. Nur in schweren Fällen wird ein Rettungswagen gerufen. Die Betreuung der erkrankten SuS nach der Erstversorgung gestaltet sich an den Modellschulen unterschiedlich. Während in einigen Schulen Lehrkräfte, Mitarbeitende des Sekretariats oder der Schulleitung, der Sanitätsdienst oder Ersthelfer aus dem Lehrerkollegium anwesend sind und sich um

die Kinder und Jugendlichen kümmern, findet in einem Fall keine entsprechende Betreuung statt. In diesem Fall werden erkrankte SuS lediglich von anderen SuS begleitet.

Der Zeitaufwand, den das Schulpersonal für die Versorgung von kranken SuS aufbringen muss, variiert dabei zwischen drei Minuten und bis zu einer Stunde pro Fall, wenn beispielsweise die Eltern telefonisch nicht gleich erreicht werden können. Hinzu kommt ein Zeitaufwand für die Lehrkräfte, die die SuS ins Sekretariat begleiten müssen.

Ferner wird im Interview die Kommunikation mit den Eltern in einem Krankheitsfall angesprochen. Alle Schulleitungen berichten dabei von einer nahezu unproblematischen Kommunikation. Nur in einzelnen Fällen kommt es vor, dass Telefonnummern nicht mehr aktuell sind oder die Eltern nicht erreicht werden können. Mitunter gibt es Eltern, die sehr hohe Ansprüche und Erwartungen in Bezug auf die medizinische Versorgung ihrer Kinder haben. In diesem Zusammenhang muss gelegentlich klargestellt werden, was die Schule im Hinblick auf Versorgung von Krankheiten und Verletzungen leisten kann und was nicht.

Im Gespräch mit den Schulleitungen wird nach positiven und negativen Aspekten in der medizinischen Versorgung an der Schule gefragt. Gut funktioniert hat an allen Modellschulen die Erstversorgung von kleinen und alltäglichen Beschwerden oder Verletzungen. Dies wird ermöglicht durch gut ausgebildete Ersthelferinnen und Ersthelfer und ein effektives Schulsanitätsdienstprogramm. In der medizinischen Versorgung sind keine groben Fehler vorgekommen und seitens der Eltern gibt es ebenfalls keine negativen Rückmeldungen bezüglich der Gesundheitsversorgung an der Schule ihrer Kinder.

Negativ fällt am Großteil der Modellschulen auf, dass eine professionelle Lagebewertung durch das Schulpersonal meist nicht möglich ist. Die Schwere einer Krankheit oder einer Verletzung kann oftmals nicht eingeschätzt werden, was dazu führt, dass die SuS häufig nach Hause geschickt werden. Darüber hinaus sind Fälle im Zusammenhang mit Kindeswohlgefährdung sowie psychische Aspekte vom Schulpersonal kaum behandelbar. Psychosomatische Beschwerden, wie etwa Bauch- oder Kopfschmerzen, können in der Schule nicht nachhaltig versorgt werden, da das Fachwissen seitens der Lehrkräfte fehlt und keine ausreichende Vertrauensbasis zwischen den SuS und dem Schulpersonal vorhanden ist. Ebenfalls als negativ empfunden wird der hohe Zeitaufwand für die Versorgung von kranken SuS durch die Sekretariatsmitarbeitenden.

### *Bisherige räumliche Ausstattung*

An vier der insgesamt fünf Modellschulen gibt es einen speziellen Raum, der für die Akutversorgung von Verletzungen und Beschwerden verwendet wird. Eine Schule besitzt keinen entsprechenden Raum; in diesem Fall befindet sich eine Liege auf dem Flur bei den Büros der Schulleitung. Zur Versorgung von kleineren gesundheitlichen Problemen ist die Ausstattung dieser Räumlichkeiten ausreichend. Verbandsmaterial, ein Erste-Hilfe-Kasten und Kühlpacks sind überall vorhanden. Einige der

Schulleitungen sehen jedoch die geringe Größe der Räume oder das Fehlen von fließendem Wasser als problematisch an und wünschen sich einen Zugang zu Wasser sowie mehr Platz in den Räumen.

### *Prävention und Gesundheitsförderung VOR Einsatz der SGFK*

Im nächsten Punkt wird im Interview das Thema Prävention und Gesundheitsförderung näher beleuchtet. Zunächst sollen die Schulleitungen die gesundheitliche und soziale Lage der Familien der SuS kurz beschreiben. Da es sich bei den Modellschulen um Brennpunktschulen handelt, ist die soziale Lage der Familien durchmisch. Zum einem gibt es sehr behütete SuS aus sozial stärkeren Familien, zum anderen gibt es aber auch einen großen Teil von SuS aus sozial schwachen Lebensverhältnissen an den Schulen. Darunter fallen geflüchtete Familien, alleinerziehende Elternteile und finanziell schwache Familien. Teilweise sind die Kinder und Jugendlichen verwahrlost; in diesen Fällen ist das Jugendamt informiert. Die gesundheitliche Lage der Familien ist nur schwer einschätzbar. Auffällig sind diesbezüglich jedoch die sehr ungesunde Ernährung einiger SuS sowie die psychischen Belastungen.

Im Hinblick auf präventive und gesundheitsfördernde Projektarbeit sind an den Modellschulen bereits einige Programme vorhanden. Es werden Projekttag und -wochen oder verpflichtende Unterrichtseinheiten zu den Themen Ernährung, Bewegung, Sucht- und Gewaltprävention sowie Kommunikation und Konfliktbewältigung durchgeführt. Darüber hinaus gibt es an einigen Schulen auch gesundheitsfördernde Angebote der Schulsozialarbeit, beispielsweise im Bereich Bewegung.

Gesundheitsfördernde Angebote und Präventionsarbeit finden häufig in Zusammenarbeit mit externen Institutionen statt. Am häufigsten genannt werden hierbei Kooperationen mit Organisationen, welche insbesondere das Thema Suchtprävention in den Blick nehmen.

Auch die Gestaltung der Beteiligung von SuS in der Schule ist im Interview angesprochen. An den weiterführenden Schulen besteht eine Beteiligung unter anderem bei der Essensauswahl, der Gestaltung des Außengeländes sowie bei den Angeboten von AG's oder Sportveranstaltungen. Die SuS sind dabei eher nicht an schulpolitischen Fragestellungen interessiert. An den meisten Schulen findet die Beteiligung von SuS im Rahmen der SMV statt. An den Grundschulen besteht eher weniger Einbindung der Kinder. Befragungen der SuS in den Klassen finden dort jedoch häufig statt.

### *Erwartungen an den Einsatz der SGFK*

Erwartet wird vom Projekt, dass durch die SGFK das Thema Gesundheit stärker in den Unterricht integriert wird, die Qualität der medizinischen Versorgung an der Schule steigt und damit weniger Fehlzeiten der SuS im Unterricht entstehen. Die Fachkräfte sollen für die SuS eine Anlaufstelle für gesundheitliche Probleme aller Art darstellen und einen auf Vertrauen basierenden Raum zur Aussprache schaffen, in welchem die SuS nicht bewertet oder beurteilt werden. Darüber hinaus soll eine multiprofessionelle Zusammenarbeit zwischen der SGFK und anderen Professionen, wie der

Schulsozialarbeit und den Präventionslehrerinnen und -lehrern, stattfinden. Die SGFK soll dabei denselben Stellenwert haben wie beispielsweise die Sozialarbeitenden der Schulen.

Im Hinblick auf Prävention und Gesundheitsförderung wird nach den Themen gefragt, durch die SGFK ergänzt und weiterentwickelt werden sollen. In diesem Zusammenhang ist es den Schulleitungen wichtig, dass der Bereich Bewegung und Ernährung weiter ausgebaut wird. Drei von fünf Schulen bemerken dazu, dass die Essensversorgung an der Schule verbessert werden sollte, z. B. wäre die Implementierung eines gesunden Frühstücks wünschenswert. Darüber hinaus wird Unterstützungsbedarf bei den Themen Ernährungsberatung, beispielsweise hinsichtlich der Optimierung des Pausenverkaufs, und Elternberatung genannt.

Ferner erwarten die Modellschulen von den SGFK, dass eine ziel- und projektorientierte Zusammenarbeit mit anderen Professionen, wie beispielsweise der Schulsozialarbeit oder den Fachbereichen Biologie und Sport, aufgebaut wird. Auch in Bezug auf Alkohol- und Suchtprävention sollen mehr nachhaltige Projekte implementiert und umgesetzt werden.

#### *Barrieren bei der Umsetzung des Projekts*

Im Interview wird nach möglichen Barrieren und Stolpersteinen, die den Ablauf des Projektes beeinträchtigen könnten, gefragt. Die Schulleitungen nennen hierbei anfängliches Misstrauen oder Irritationen seitens der Eltern, insbesondere im Hinblick auf das Thema Datenschutz. Darüber hinaus könnten einige Eltern nicht damit einverstanden sein, dass die SGFK Einblicke in gesundheitsbezogene und private Anliegen der SuS bekommt und diese medizinisch behandelt. An einer Schule könnte die hohe Anzahl an SuS und der damit verbundene hohe Betreuungsschlüssel der Fachkraft ein Problem darstellen. Der Fokus würde dann auf der Versorgung der vielen Verletzungen und akuten Beschwerden liegen und die Präventionsarbeit in den Hintergrund rücken.

#### *Wünsche an das Projekt*

Abschließend können die Schulleitungen Wünsche, die sie an das Modellprojekt haben, äußern. Diesbezüglich wird genannt, dass die Rahmenbedingungen für die SGFK so geschaffen sein sollen, dass sie gut und effektiv arbeiten und in den Schulen ankommen können. Es soll ein regelmäßiger Austausch zwischen allen Beteiligten stattfinden und feste Ansprechpartnerinnen und -partner für die Fachkräfte geben. Außerdem ist eine Implementierung und Verstetigung des Projektes an den Modellschulen erwünscht. Fachlich sollen insbesondere die Gesundheitskompetenz der Kinder und Jugendlichen von den Fachkräften angegangen werden sowie von Expertinnen oder Experten die Themen Ernährung, Sexualität und allgemeines Wissen über den eigenen Körper an die SuS herangebracht werden.

Die Mehrheit der Schulen wünscht sich mehr Vernetzungen zu externen Partnern, sofern diese sinnvoll und effektiv sind. Gebündelte Projekte, die an einer Stelle zusammenlaufen, aber auch Fortbildungen werden angestrebt. Die Kernaufgabe an der Schule soll jedoch der Unterricht bleiben.

### 9.1.3 Interviews mit Sekretariatsmitarbeiterinnen

Mit jeweils einer Sekretariatsmitarbeiterin der Modellschulen wurden Anfang 2022 - nach dem ersten Projekthalbjahr – leitfadengestützte Interviews geführt. Dadurch konnten bei diesen auch schon Fragen zu den Abläufen, Änderungen etc. nach Einsatz der SGFK gestellt werden:

#### *Allgemeine Fragen*

Bei der Befragung der Sekretärinnen wird zunächst ein großer Unterschied in der Berufserfahrung deutlich. Die Beschäftigungsverhältnisse an den einzelnen Schulen variieren von 16 Monaten bis 27 Jahren. Dabei reichen die Vorerfahrungen der Sekretärinnen in diesem Berufsfeld insgesamt von einer kurzfristigen Erfahrung im Rahmen einer Krankheitsvertretung bis hin zu 27 Jahren.

#### *Gesundheitliche Versorgung von SuS VOR Projektstart*

Vor Beginn des Projekts wurden, abhängig vom Bedarf, bis zu sechs SuS täglich medizinisch von den Sekretärinnen versorgt. Zur Versorgung werden dabei im Schnitt zwischen zwei und 15 Minuten benötigt. An einer Schule kommen pro Monat ein Zeitaufwand von 30 Minuten für die Nacharbeit durch Statistik oder Nachfragen dazu. Insgesamt werden an den Schulen pro Woche im Durchschnitt 2,5 Stunden Zeit (sehr große Varianz durch unterschiedliche Schulgrößen) für die gesundheitliche Versorgung der SuS aufgebracht. Eine Dokumentation der Versorgung findet überwiegend nicht statt. Nur an zwei Schulen erfolgt diese anhand eines Klassenbucheintrags oder einer Krankenzimmerliste sowie einem Laufzettel für die Eltern, der unterschrieben zu den Lehrkräften zurückgebracht wird.

Die zusätzliche Belastung durch die Behandlung bei Verletzungen oder Erkrankungen nehmen die Sekretärinnen sehr unterschiedlich wahr. Es werden sowohl geringe, aber auch mittlere und hohe Belastungen empfunden.

Die Situation, dass SuS bei größeren Verletzungen oder psychischen Beschwerden nicht adäquat versorgt werden konnten, wurde nicht von allen Schulsekretärinnen beschrieben. Begründet wird dies etwa dadurch, dass solch eine Situation noch nie eingetreten ist oder das Ersthelfer im Kollegium vorhanden sind. Auch das eigene Wissen aus Erste-Hilfe-Kursen wird als Ressource genutzt. Überfordernde Situationen erleben die restlichen Sekretärinnen zwischen einmal im Monat und einmal im halben Jahr.

Die Anzahl der SuS, die nach einer medizinischen Versorgung wieder in den Unterricht zurückkehren können, ist bei allen Schulen sehr gering. Oft können keine oder nur wenige der Kinder erneut am Unterricht teilnehmen.

Bei schwerwiegenden Verletzungen ist der Einsatz eines Rettungsfahrzeugs notwendig. Solche Notfälle treten an den Schulen unterschiedlich häufig auf, weshalb die Rettungsfahrzeugeinsätze zwischen ein bis zweimal im Monat und zwei- bis viermal im Jahr variieren. Dokumentiert werden die Einsätze anhand einer Meldung an die Unfallkasse.

Für die Betreuung oder Versorgung von SuS mit chronischen Erkrankungen oder Behinderung ist keine der Sekretärinnen zuständig.

#### *Gesundheitliche Versorgung von SuS NACH Projektstart*

Die Sekretärinnen empfinden aufgrund des Einsatzes der SGFK überwiegend eine deutliche Entlastung. Nur zwei Sekretärinnen geben an, keine oder nur eine mittlere Entlastung zu spüren, da die gesundheitliche Versorgung kleinerer Verletzungen weiterhin überwiegend von ihnen selbst vorgenommen wird: Aufgrund der Anwesenheit der SGFK entfällt die medizinische Versorgung der SuS durch die Sekretärinnen zum größten Teil. Pro Tag handelt es sich noch um höchstens drei SuS, bei welchen kleinere Tätigkeiten, wie das Verteilen von Pflastern und Kühlpads, notwendig sind. Eine Sekretärin gibt an, weiterhin die gleiche Anzahl der medizinischen Versorgungen vorzunehmen wie zuvor, da die SGFK sich in einem anderen Gebäude des Schulcampus befindet und somit nicht immer rechtzeitig vor Ort sein kann. Der zeitliche Aufwand für die Versorgung dieser hauptsächlich kleineren Verletzungen beträgt wenige Minuten.

Nach Projektstart variiert der Anteil an SuS, die wieder in den Unterricht zurückkehren können, zwischen den Schulen stark. Es werden Anteile von 30 %, 80 % und 90 % der SuS angegeben. Den Sekretärinnen an zwei Schulen stehen hierfür keine Informationen zur Verfügung. Von den SuS wird das Angebot der SGFK laut der Sekretärinnen durchweg gerne angenommen. Nur wenn die Einverständniserklärung nicht von den Eltern ausgefüllt wurde oder die SGFK abwesend ist, kann keine Inanspruchnahme des Angebots erfolgen.

Eine Zusammenarbeit mit der SGFK können sich alle Sekretärinnen gut vorstellen. So solle im Sekretariat anhand der Art der Verletzung bzw. Erkrankung entscheiden werden, ob der Schulsanitätsdienst oder die SGFK gerufen werden muss. Damit für die Sekretärinnen allerdings kein Mehraufwand entsteht, solle die Versorgung der SuS überwiegend durch die SGFK oder andere Ersthelfer erfolgen.

#### *Kommunikation mit den Eltern*

Die Kommunikation mit den Eltern läuft an allen Schulen in der Regel problemlos ab. Nur wenn ein Kind abgeholt werden muss, kommt es teilweise zu Komplikationen. Aufgrund des Einsatzes der SGFK wird an zwei Schulen eine Entlastung bei der Kommunikation mit den Eltern wahrgenommen.

#### *Prävention und Gesundheitsförderung*

Die Sekretärinnen schätzen den Gesundheitszustand der SuS ihrer Schule überwiegend als gut bis mittelmäßig ein. An einer Schule wird der Zustand, abgesehen von Ausnahmefällen, als sehr gut angegeben. Erwähnt wird die Zunahme von psychischen Problemen. Aufgrund der hohen Schülerzahl kann eine Sekretärin keine Angaben zum gesundheitlichen Zustand der SuS machen.

Bei zukünftigen Präventionsprojekten sollen Themen wie psychische Gesundheit, Achtsamkeit, Selbstwertgefühl und Aggressivität behandelt werden. Auch sollen die Projekte an dem Ernährungsverhalten bzw. –wissen der SuS ansetzen und die

Möglichkeit für mehr Bewegung bieten. Für die Betreuung von SuS mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen fühlen sich die Sekretärinnen derzeit gut informiert.

#### *Wünsche und Erwartungen*

Schulungen zu bestimmten Krankheitsbildern oder zur Erstversorgung sehen die Sekretärinnen überwiegend als nicht notwendig an, da sie bereits informiert sind und in Notfällen auf die SGFK zurückgreifen möchten. Ein grundlegendes Wissen ist auch durch die regelmäßige Teilnahme an Erste-Hilfe-Kursen vorhanden.

Von den Sekretärinnen wird im Rahmen des Modellprojekts die Verstetigung des Einsatzes der SGFK sowie die Anstellung von weiteren SGFK gewünscht. Zudem sollte die SGFK mehr Zeit für die SuS aufbringen können, damit besser untersucht werden kann, ob die vorliegenden Symptome organischer Natur sind oder psychisch verursacht werden. In einer Schule wird der Wunsch geäußert, die SGFK näher vor Ort zu stationieren, damit auch eine Entlastung bei der Versorgung kleinerer Verletzungen gegeben ist.

#### 9.1.4 Online-Befragung der SuS, Eltern und Lehrkräfte

Die Grundlage für die Erhebung der Indikatoren zur Beurteilung der Auswirkungen und Erfolge des Projekts ist eine Online-Befragung unter Mitwirkung des statistischen Amtes der Stadt Stuttgart im zweiten Schulhalbjahr 2022 (Februar bis Mai 2022). Die Fragen wurden in Anlehnung an die Fragebögen der Studien SPLASH-Teil1 der Charité zu den Projekten in Brandenburg und Hessen (s. Tannen et al. 2017) und der Machbarkeitsstudie aus Rheinland-Pfalz (s. Fischer et al. 2019) erstellt.

Da die Evaluationsmaßnahmen erst nach Projektstart geplant werden konnten, startete die Befragung erst nach einer Projektlaufzeit von 8 Monaten.

Die SuS werden darin zu ihrem Gesundheitsverhalten, der (medizinischen) Versorgung, der Ausstattung und den Angeboten an der Schule, einzelnen medizinischen Parametern sowie zu Wünschen und Erwartungen an das Projekt befragt. Eltern und Lehrkräfte erhalten vergleichbare Fragebögen mit denselben Parametern. Die Lehrkräfte werden zusätzlich zur Gesundheitskompetenz der SuS sowie zu ihrer eigenen Gesundheit in Bezug auf die Belastungen in der Schule befragt (s. Anhang).

Alle SuS der Modellschulen ab der 5. Klassenstufe erhielten eine Einladung zur Beantwortung des Online-Fragebogens. Von diesen 2510 SuS nahmen insgesamt 405 SuS teil, dies entspricht 16,1%. Darunter waren gleich viele weibliche wie männliche Teilnehmende, 3% haben ihr Geschlecht mit „divers“ angegeben. Die Sekundarstufe I ist mit 52% etwas stärker vertreten als die Sekundarstufe II (48%).

Von allen Projektschulen haben 14,4% der Eltern (n=426) den Fragebogen beantwortet. Überwiegend wurde der Fragebogen von der Mutter ausgefüllt (81,9%), die Geschlechtszugehörigkeit ihrer Kinder war ausgewogen. Die Grundschule besuchten davon 26,5%, die Sekundarstufe I 33,3% und die Sekundarstufe II 40,1%.

Von den Lehrkräften beantworteten 46,9% den Fragebogen (n=122). Davon waren 30,6% männlich und 69,4% weiblich.

Die Rücklaufquoten der SuS und Eltern liegen für Online-Befragungen in einem guten Bereich (10-20%), die der Lehrkräfte in einem sehr guten Bereich (>30%). Erschwerend für den Rücklauf bei den SuS war insbesondere, dass zuvor eine schriftliche Einverständniserklärung der Eltern eingeholt werden musste. Die Ergebnisse sind nicht als repräsentativ einzustufen, dennoch als hilfreich für die weitere Bewertung des Projekts. Um die Ergebnisse besser einordnen zu können, werden als Vergleich einige Zahlen der Studie SPLASH-Teil1 der Charité herangezogen (s. Tannen et al. 2017). Darin wurden SuS, Eltern und Lehrkräfte mit schriftlichen Fragebögen befragt. Er wurde von 2776 SuS ausgefüllt, was dort 28% aller an den befragten vorhandenen SuS umfasst, von 4234 Eltern (29,5% aller möglichen Eltern der Schulen) und von 420 Lehrkräften, was einen Rücklauf von 36% bedeutet.

Die Online-Befragung führte zu folgenden thematisch geordneten Ergebnissen:

#### *Versorgung VOR Einführung von SGFK*

Die Hilfsangebote bei medizinischen und anderen Problemen bewerten die SuS durchschnittlich mit der Note 2,7 bzw. 2,8, das Beratungsangebot bei medizinischen Fragen mit 2,9. Fast die Hälfte (46%) der SuS gibt an, nicht zu wissen, an wen sie sich vor Projektstart im Falle von gesundheitlichen Problemen hätten wenden können. Mit der generellen medizinischen Versorgung an der Schule sind aber dennoch nur 15% unzufrieden bzw. sehr unzufrieden.

Die meisten Eltern (87,6%) und Lehrkräfte sind mit der Versorgung von akuten Verletzungen und Unfällen sowie von chronischen oder schweren Erkrankungen oder Behinderungen sehr zufrieden bis teils/teils zufrieden, 12,6% der Eltern sind eher unzufrieden bis überhaupt nicht zufrieden damit. 61,3% der Lehrkräfte sind mit der Versorgung von akuten Beschwerden oder Verletzungen voll und ganz bis eher zufrieden, 25,2% teils/teils und 13,5% überhaupt nicht bis zufrieden bis eher unzufrieden. Die Versorgung ist für 29,2% häufig eine große Belastung, für 38,9 manchmal und für 31,9% selten bis nie.

Jedes dritte Elternteil gibt an, dass das eigene Kind während der Schulzeit bereits einen Unfall oder eine Verletzung hatte.

#### *Akute gesundheitliche Beschwerden und Wohlbefinden*

Bei den SuS zählen Kopfschmerzen und Gereiztheit zu den am häufigsten angegebenen gesundheitlichen Beschwerden. Insgesamt wurden von den Befragten (N=405) 371 Beschwerden (Schmerzen verschiedener Art sowie Niedergeschlagenheit und Stress) in den letzten sechs Monaten benannt, wobei Mehrfachnennungen möglich waren.

Die Eltern geben an, dass mehr als jeder dritte SuS innerhalb der letzten vier Wochen unter Kopf- oder Bauchschmerzen litt. Laut der Eltern fühlt sich jedes 10. Kind niedergeschlagen oder deprimiert oder hat Ängste. Ein Drittel der SuS hatte innerhalb der letzten vier Wochen gar keine Beschwerden. Die Zahlen der Studie SPLASH-Teil1 bestätigen diese Zahlen, auch in Brandenburg und Hessen konnten 20% bzw. 19% der SuS aufgrund von Schmerzen und 33% bzw. 30% aufgrund anderer Erkrankungen

oder Unfälle in den letzten drei Monaten mindestens einmal nicht am Unterricht teilnehmen (s. Tannen et al. 2017).

Den SuS sind Gesundheit und Wohlbefinden an der Schule überwiegend wichtig. Die Mehrzahl der Eltern (81,2%) gibt an, dass sich ihr Kind in der Schule überwiegend bis sehr wohlfühlt. Den Gesundheitszustand ihrer Kinder geben 91,5% mit gut bis sehr gut an. Die gesundheitliche Ausgangssituation und das Wohlbefinden an der Schule werden auch in der Studie SPLASH-Teil1 überwiegend als gut bis sehr gut eingeschätzt (s. Tannen et al. 2017).

#### *Chronische Erkrankungen oder Behinderungen*

Von den befragten SuS geben 13,6% an, eine lang anhaltende Erkrankung oder Behinderung zu haben, von den Eltern geben dies für ihr Kind 11,1% an. Von diesen 62 SuS benötigt mehr als jedes dritte Kind (37,1%) eine besondere Versorgung. Laut der Eltern sind die häufigsten Erkrankungen Asthma und Allergien.

Die Zahlen der Studie aus Brandenburg und Hessen bestätigen diese Zahlen: hier liegt bei 14% (Brandenburg) bzw. 9% (Hessen) der SuS eine chronische Erkrankung oder Behinderung vor, am häufigsten Asthma oder Allergien (s. Tannen et al. 2017).

Ein Großteil der SuS mit langanhaltender Erkrankung oder Behinderung hatte vor Einsatz der SGFK keine Ansprechperson dafür an der Schule.

#### *Themen der Prävention und Gesundheitsförderung*

SuS interessieren sich vor allem für gesunde Ernährung (54%), die Wirkung von Drogen (37,5%), Stressmanagement und Entspannung (36,6%).

Nur wenige Eltern geben an, bisher Informationen zu Fragen der Gesundheit, beispielsweise in Form von Elternabenden, vermittelt bekommen zu haben.

Auf die Frage, welche Themen der Prävention in den Schulen bereits umgesetzt werden, antworten die Lehrkräfte am häufigsten mit Suchtprävention, Gewaltprävention und Ernährung. Themen, die von den SuS als wichtig eingeschätzt werden, wie Bewegung und Stressbewältigung, finden bisher seltener statt. Die Lehrkräfte wünschen sich mehr Kooperationen, außerunterrichtliche Angebote und eine andere Pausengestaltung für die SuS.

#### *Gesundheitskompetenz*

Zu diesem Thema wurden ausschließlich die Lehrkräfte befragt. Nur 22,5% von ihnen sind der Meinung, dass die SuS gut über Gesundheit informiert sind, 23% sind der Meinung, dass sie überhaupt nicht bzw. eher nicht gut darüber informiert sind. Auch Tannen et al. geben in der Studie aus Brandenburg und Hessen an, dass 22% der SuS über ein niedriges Health Literacy Level verfügen (s. Tannen et al. 2017). Dies wurde hier von den SuS selbst über ein 10-Item-Selbstbewertungsinstrument (HLSAC) erfasst (s. Paakkari et al. 2016).

### *Bewegung und Medienkonsum*

Die WHO (WHO 2010) empfiehlt Jugendlichen täglich 60 Minuten Bewegung mittlerer bis hoher Intensität. Nur 13,9% der SuS erreichen diese Empfehlung für körperliche Bewegung.

Die meisten SuS kommen entweder zu Fuß oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln in die Schule.

Ein Großteil der SuS gibt an, mehr als vier Stunden am Tag Medien zu nutzen. Die Eltern wünschen sich mehr Informationen zu Bildschirmmedien.

### *Ernährung in der Schule*

Zu ihrer eigenen Ernährung geben 30,7% der SuS an, täglich Obst zu essen, 26,1% essen laut eigener Aussage täglich Gemüse. Die Eltern geben den Konsum ihrer Kinder von Obst und Gemüse mit 54,8% täglich an. 24% essen (laut eigener Aussage) täglich Süßigkeiten, 9,8% täglich Chips oder andere Knabbereien, 6,4% Fastfood. Zu den Getränken geben 14,1% an, täglich gesüßte Getränke zu trinken, 13,2% machen dies 4-6mal pro Woche.

Die SuS bewerten das Mittagessen in der Mensa mit der Note 3,3 im Durchschnitt, den Pausenverkauf etwas besser mit 2,5. Die Eltern schätzen den Pausenverkauf zu 45,9% als gesund bis sehr gesund ein, zu 54,1% als weniger gesund bis ungesund. Das Mittagessen in der Schule sehen sie zu 57,4% als (sehr) gesund an, zu 42,6% als weniger gesund bis ungesund. Die Lehrkräfte bewerten das Mittagessen in der Mensa mit der Note 3,7, den Pausenverkauf mit 3,1.

Auch in Brandenburg und Hessen sind die SuS, Eltern und Lehrkräfte unzufrieden mit der Essensausgabe am Schulkiosk und in der Kantine (s. Tanne et al. 2017).

Weniger als der Hälfte der befragten SuS frühstücken an jedem Schultag.

### *Suchtmittelkonsum*

10% der SuS rauchen an ein bis zwei Tagen pro Woche bis täglich Zigaretten. 9,4% trinken an mindestens 1-2 Tagen in der Woche Alkohol. Dies entspricht den Angaben der Studie SPLASH-Teil1, in der auch 8% der SuS über 11 Jahren täglich Tabak rauchen und 10% regelmäßig Alkohol trinken.

Wenige SuS (3%) geben an, bereits Erfahrung mit Drogen gemacht zu haben. Cannabis bzw. Marihuana ist die am häufigsten ausprobierte und konsumierte Droge.

### *Gewicht/Körperselbstbild*

Von den SuS, die diese Frage beantworteten, gaben 33,3% an, sich zu dick oder viel zu dick zu fühlen, 19,8% empfinden sich als zu dünn bzw. viel zu dünn, 46,8% finden ihr Gewicht genau richtig. In Brandenburg und Hessen empfanden sich im Vergleich dazu 43% als zu dick, 16% als zu dünn und 41% als genau richtig.

### *Räumlichkeiten*

Die Atmosphäre an den Schulen bewerten die SuS und Lehrkräfte als gut bis befriedigend. Die Lehrkräfte wünschen sich mehr Ruhezeiten für die SuS. Den SuS

fehlen ebenfalls Ruhezonen und Aufenthaltsräume. Die SuS bewerten die Sauberkeit und Hygiene in der Schule etwas schlechter als befriedigend (Ø Note 3,3). Auch die Lehrkräfte sehen hier Defizite (Ø Note 3,2). Die Bewegungsmöglichkeiten in der Pause werden von den SuS durchschnittlich mit Note 2,4 bewertet, von den Lehrkräften mit Note 3,2, die Ruhezonen und -räume von den SuS mit Note 3,3 und von den Lehrkräften mit 4,0. Von diesen werden auch die Rückzugsmöglichkeiten für sie selbst mit Note 3,8 nur als ausreichend bewertet.

Die Evaluationsstudie SPLASH-Teil1 hat zu diesem Thema eine höhere Zufriedenheit der SuS, Eltern und Lehrkräfte in Brandenburg ergeben, sowohl mit der Sauberkeit und Hygiene an der Schule als auch mit der Aufenthaltsqualität auf dem Schulhof und den Ruhezonen. Anders sah das Ergebnis der gleichen Studie in Hessen aus: auch hier wird sowohl die Hygiene und Sauberkeit von SuS, Eltern und Lehrkräften nur als mittelmäßig bis schlecht bewertet (s. Tannen et al. 2017)

## 9.2 Zwischenstandserhebung

Als Zwischenbilanz des Projekts wurden 21 Monate nach Projektstart, zwischen Mai und Juli 2023, leitfadengestützte Interviews mit Eltern, Eltern von SuS mit einer chronischen Erkrankung, Lehrkräften und SuS geführt. Die Auswahl erfolgte durch die Schulen.

### 9.2.1 Leitfadengestützte Interviews

Im Einzelnen wurden interviewt:

- 8 SuS aller beteiligten weiterführenden Schulen (7 weiblich, 1 männlich) im Alter zwischen 11 und 15 Jahren, einzeln oder in Kleingruppen von 2 bis 4 Personen.

Sie wurden nach ihrem Gesundheitszustand, körperlichen Beschwerden, der Versorgung von medizinischen Problemen an der Schule und ihrer Zufriedenheit damit, der Bekanntheit der SGFK und (ggf.) der Zufriedenheit der Behandlung durch sie, der Einschätzung der SGFK als Vertrauensperson, zum Angebot an Prävention und Gesundheitsförderung an der Schule und zu Veränderungen an der Schule seit der Einführung gefragt.

- 14 Lehrkräfte (4 männlich, 10 weiblich) aus 5 der beteiligten Modellschulen in Gruppen à 3 bis 4 Personen.

Sie wurden nach ihrem Wohlbefinden und dem der SuS an der Schule gefragt, nach ihrer Einschätzung des Gesundheitszustands der SuS, zu ihren Kenntnissen der Rolle und des Auftrags der SGFK und dem Informationsaustausch mit ihnen, nach der medizinischen Versorgung von ihnen selbst und den SuS vor und nach Einführung der SGFK und ihrer Zufriedenheit damit und zum Stand der Prävention und Gesundheitsförderung zum jetzigen Zeitpunkt und wichtigen Bedarfen dazu an ihrer Schule.

- 7 Elternteile (alle weiblich) aus 5 der beteiligten Modellschulen, einzeln oder in Gruppen à 2 bis 3 Personen.

Die Eltern wurden nach dem Gesundheitszustand ihrer Kinder befragt und nach ihren bisherigen Erfahrungen mit den SGFK. Hatten sie bereits welche gesammelt, wurden sie nach der Zufriedenheit damit und nach dem Informationsaustausch darüber befragt. Sie sollten beurteilen, ob sich an der Schule etwas seit dem Einsatz verändert hat und wie zufrieden ihr Kind mit den SGFK ist.

- 3 Elternteile (alle weiblich) aus 2 Schulen mit Kindern mit einer chronischen Erkrankung: 2 der Kinder haben eine Diabetes-Typ1-Erkrankung, 1 Kind hat eine sehr schwerwiegende genetische Erkrankung.

Die Erfahrungen der Eltern vor und nach Ankunft der SGFK an den Schulen, die (möglichen) Veränderungen in der Versorgung ihrer Kinder und ihre Zufriedenheit damit, die Herausforderungen und ihre Wünsche bzgl. der weiteren Unterstützung wurden erfragt.

### 9.2.2 Ergebnisse der Zwischenstandserhebung

Die Ergebnisse sind im Folgenden nach Zielgruppen geordnet zusammengefasst.

#### *Schülerinnen und Schülern*

Alle an der Befragung teilnehmenden Schülerinnen und Schüler kennen und wissen vom Angebot der SGFK und hatten schon Kontakt mit ihnen, manche sehr regelmäßig. Mit der Versorgung waren sie immer zufrieden. Sie nehmen die SGFK sehr positiv und hauptsächlich als Ansprechpartnerinnen bei medizinischen und psychischen Problemen wahr, Zitat: *"Ich liebe unsere zwei Krankenschwestern", "dass sie einfach da sind, nicht nur als Krankenschwester, sondern als Personen"*. Der Aufenthalt bei den SGFK wird auch gerne als „Auszeit“ vom Unterricht genutzt. Die Themen Prävention und Gesundheitsförderung sind noch nicht sehr bekannt.

Die SuS geben an, dass sie, bevor die SGFK an der Schule waren, teilweise im Sekretariat oder Schülerhaus mit Pflastern, Kühlakkus o. ä. versorgt wurden. In einem Fall hat die Mutter öfter Medikamente gebracht.

Besonders gefällt ihnen an den SGFK, dass diese sich auskennen und wissen, was gut für sie ist. Sie beruhigen und geben Sicherheit, es besteht ein Vertrauensverhältnis und man könne mit ihnen reden. Nicht so gut finden sie, dass die SGFK nicht immer da sind und man manchmal nicht weiß, wo man sie finden kann.

Auf die Frage, ob man mit Problemen zu den SGFK gehen würde, antworten die SuS unterschiedlich: einige ja, andere würden eher zur Schulsozialarbeit gehen.

Auf die Frage, ob sich an der Schule etwas geändert hat seit dem Einsatz der SGFK, antworten sie, dass sie die bessere Versorgung wahrnehmen durch weniger Verletzte im Sekretariat und durch mehr Mitschülerinnen und Mitschüler, die aus dem Unterricht gehen, wobei aber auch mehr wieder zurückkommen bzw. an der Schule bleiben.

#### *Lehrkräfte*

Die befragten Lehrkräfte arbeiten an den Schulen zwischen einem und 29 Jahren. Die SGFK sind allen bekannt und sie beurteilen ihren Einsatz sehr positiv. Alle sehen eine

große Entlastung und Arbeitserleichterung durch die SGFK, Zitat: „*Es ging immer irgendwie, jetzt ist es natürlich "Luxus"*“.

Die medizinische, fachgerechte und schnelle Versorgung wird sehr positiv gesehen, auch die Unterstützung der Kinder mit chronischer Erkrankung. Darüber hinaus wird das Yoga-Angebot für Lehrkräfte an einer Schule sehr geschätzt.

Inbesondere fühlen sie sich durch die Fachexpertise und die geringere zeitliche Inanspruchnahme entlastet. Vor Einsatz der SGFK wurde der Schulsanitätsdienst gerufen oder die SuS gingen mit Begleitung ins Sekretariat, dort wurden sie abgeholt oder nach Hause entlassen. Dieses Ergebnis ist analog zur Studie aus Rheinland-Pfalz, bei dem neben der zeitlichen auch insbesondere die emotionale und kognitive Entlastung von den Lehrkräften betont wurde. Sie fühlten sich beruhigt und erleichtert, weil sie die Verantwortung an jemanden mit größerer medizinischer Kompetenz abgeben konnten. Dadurch konnten sich die Lehrkräfte besser auf die Klasse und den Unterricht konzentrieren (s. Fischer et al. 2019).

Die Persönlichkeiten der SGFK werden sehr geschätzt. Der Austausch mit ihnen und der Bekanntheitsgrad der SGFK können noch verbessert und die Präventionsthemen ausgeweitet werden.

Diese Ergebnisse der Zwischenstandserhebung sind ganz ähnlich zu denen der Studie zum Modellprojekt in Rheinlandpfalz (s. Fischer et al. 2019). Durch die Arbeit der Schulgesundheitsfachkraft an ihrer Schule fühlten sich dort fast alle Befragten deutlich entlastet.

### *Eltern*

Alle beurteilen den Einsatz der SGFK sehr positiv, Zitat: "*Ich find's wirklich 'ne super Sache*". Insbesondere wird Wert gelegt auf die fachgerechte Einschätzung der Schwere von gesundheitlichen Beeinträchtigungen in der Schule.

Die Wahrnehmung der SGFK ist hauptsächlich, dass sie für die Erstversorgung bei medizinischen Problemen zuständig sind. Prävention und Gesundheitsförderung haben die Eltern nicht als Teil der Aufgaben der SGFK bewusst wahrgenommen.

Mehrere der befragten Eltern gaben an, dass sie vor Einführung der SGFK nicht zufrieden mit der Versorgung ihrer Kinder bei Beschwerden waren und sie diese teilweise aus der Schule abholen mussten. Mit der jetzigen medizinischen Versorgung sind alle Eltern sehr zufrieden. Der Informationsaustausch mit den SGFK ist, wenn nötig, erfolgt.

An weiteren Veränderungen durch die Anwesenheit der SGFK geben 2 Elternteile an, dass sich das Bewusstsein für Gesundheit bei den Kindern verändert hat (Zitat: "*Wir haben nur einen Körper, auf den müssen wir aufpassen*"), das Thema Ernährung rückt mehr in den Vordergrund, verstärkt durch Corona auch das Thema Impfen.

Die Eltern fühlen sich alle entlastet durch die Anwesenheit der SGFK, sie sind beruhigt, was die fachgerechte und schnelle Versorgung ihrer Kinder angeht. Auch bei der Studie aus Rheinland-Pfalz ergab sich ein ähnliches Ergebnis: 34,5% fühlten sich

deutlich, 29,8% eher entlastet durch die Tätigkeit der Schulgesundheitsfachkraft (s. Fischer et al. 2019).

Das Frühstück für Kinder wird positiv erwähnt.

Verbessert werden sollten ihrer Meinung nach zum einen noch der Bekanntheitsgrad der SGFK an den Schulen (bei Eltern und SuS) und das Wissen um ihr Aufgabengebiet der Prävention und Gesundheitsförderung.

Zitate der Eltern: *"Ich habe mich total gefreut, dass es dieses Projekt gibt und hoffe, dass es einfach auch weitergeht, eine kontinuierliche Finanzierung möglich ist", "Ich sehe den Bedarf".*

#### *Eltern von Kindern mit chronischer Erkrankung*

Alle 3 befragten Eltern waren vor Einsatz der SGFK sehr intensiv in die Betreuung ihrer Kinder während der Schulzeit eingebunden. Arbeiten war in dieser Zeit nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich, durch Betreuung der Kinder zu Hause oder in Abrufbereitschaft. Eine Mutter musste in der ersten Klasse täglich vor dem Klassenzimmer ihres Sohnes mit einer Diabeteserkrankung sitzen, da keiner an der Schule die Verantwortung für die adäquate Versorgung, vor allem im Notfall, übernehmen konnte und eine Schulassistentin nicht gefunden werden konnte.

Die SGFK sehen alle drei sehr gut aufgestellt für eine Unterstützung ihrer Kinder. Seit sie da sind, können ihre Kinder am Unterricht und auch am Schulalltag (Mahlzeiten, Ausflüge etc.) viel häufiger teilnehmen.

Bedarf sehen sie teilweise noch bei der Schulung der Lehrkräfte zu den chronischen Krankheiten und bei der Kommunikation mit Lehrkräften. Eine individuelle Assistenz sehen die Mütter der beiden Kinder mit Diabetes als überdimensioniert an.

### 9.3 Enderhebung

#### 9.3.1 Online-Befragung Lehrkräfte

Um die Maßnahme aus Sicht der Lehrkräfte zu bewerten, wurde am Ende des Projektzeitraums von Mai bis Juli 2024 eine zweite Online-Befragung durchgeführt. Die Online-Befragung wurde als Kommunalstatistik gemäß § 8 Landesstatistikgesetz vom 24. April 1991 (GBl. 10/1991) durch das Statistische Amt der Landeshauptstadt Stuttgart durchgeführt.

Die Lehrkräfte aller 5 beteiligten Projektschulen wurden zur Teilnahme an der Online-Befragung aufgefordert. Sie werden darin nach den allgemeinen Angaben zu ihrer Beurteilung einzelner Parameter befragt, die Anhaltspunkte zu Aufenthaltsqualität und allgemeinen Gesundheitsstandards an der Schule geben können, sowie zu ihrem eigenen Wohlbefinden und dem der SuS. Der Fokus der Endbefragung liegt auf der Beurteilung der medizinischen Versorgung an der Schule seit dem Einsatz der SGFK sowie den Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung und den Gesundheitskompetenzen der SuS. Da wir durch den Einsatz der SGFK die Lehrkräfte sowie alle anderen Beteiligten bei medizinischen Problemen und der Versorgung von

Kindern mit chronischer Erkrankung entlasten wollen sowie die Prävention und Gesundheitsförderung vorantreiben wollen, soll dies einer abschließenden Bewertung der Zielerreichung dienen. Schlussendlich sollen die Lehrkräfte angeben, welchen weiteren Handlungsbedarf sie sehen und welches Thema zukünftig angegangen werden sollte.

### 9.3.2 Ergebnisse der Endbefragung

Von ca. 260 vorhandenen Lehrkräften haben 124 (fast 50%) den Fragebogen beantwortet. Dies entspricht fast genau der Zahl der Lehrkräfte, die an der Ausgangsbefragung teilgenommen haben (121 von 260).

Zum Zeitpunkt dieser Berichterstellung konnte die Enderhebung durch das Statistische Amt der Landeshauptstadt Stuttgart noch nicht vollständig ausgewertet und mit der Ausgangserhebung verglichen werden, erste Zwischenergebnisse deuten jedoch auf folgendes hin:

An einigen grundlegenden Dingen, die zu Gesundheit und Wohlbefinden an der Schule beitragen (Atmosphäre/Stimmung an der Schule, Zusammenarbeit mit Eltern, Aufenthaltsqualität im Schulhof, Sauberkeit, Ruhezeiten für SuS, Aufenthaltsräume für SuS in den Pausen), konnten die SGFK in der Kürze der Projektlaufzeit nichts entscheidend verändern. Die Aufenthaltsqualität im Schulhof, Rückzugsmöglichkeiten für Lehrkräfte, der Pausenverkauf und die Auswahl am Automaten sind ebenfalls Dinge, die verbesserungsfähig bleiben, bereits besser stufen die Lehrkräfte die Bewegungsmöglichkeiten und das Mittagessen in der Mensa ein.

Die Zufriedenheit mit der Versorgung von Verletzten und von akuten Beschwerden hat sich im Durchschnitt deutlich verbessert. Die Zufriedenheit mit dem Umgang mit chronischen Erkrankungen hat sich ebenfalls verbessert. Die zusätzliche Belastung durch die Versorgung verletzter oder erkrankter SuS hat sich im Durchschnitt nicht verändert, allerdings hat sich die Anzahl der Personen, die „häufig“ angeben, deutlich reduziert. Die Häufigkeit einer notwendigen medizinischen Betreuung hat nach dem Einsatz der SGFK zugenommen. Mehr als die Hälfte geben an, dass es seit der Einführung der SGFK mehr Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung an der Schule gibt als vorher.

Zu den Fragen nach der Gesundheitskompetenz der SuS geben die Lehrkräfte an, dass diese jetzt besser informiert sind über ihre Gesundheit und die Möglichkeiten, diese zu erhalten oder zu verbessern. Generell bleibt es dabei, dass die Aufarbeitung und das Verständnis von Gesundheitsinformationen für das eigene Verhalten defizitär sind.

Bei der Beantwortung der offenen Fragen nach den drängendsten Themen an der Schule und dem größten Handlungsbedarf gehen die meisten Antworten in Richtung einer gesunden, ausgewogenen Ernährung, Verbesserung der psychischen Gesundheit, vor allem Stressbewältigung, mehr Ruhezeiten und Lehrergesundheit bzw. mehr Lehrpersonal. Das Projekt verbinden die Lehrkräfte vor allem mit Entlastung im Arbeitsalltag und größerer Sicherheit bei medizinischen Problemlagen. Sie nehmen

deutlich wahr, dass mehr SuS wieder am Unterricht teilnehmen, nachdem sie medizinisch betreut wurden.

#### 9.4 Fortlaufende Dokumentation der Einsätze der SGFK von 2021 – 2024

Die SGFK dokumentierten jeden ihrer Einsätze. Die ausführliche Dokumentation umfasst neben der Zeitdauer, der Gründe für den Besuch der SGFK und der Art der medizinischen Versorgung auch, ob die SuS wieder am Unterricht teilnehmen können oder ob diese außerhalb der Schule weiter versorgt werden müssen. Beratungen und präventive sowie gesundheitsfördernde Maßnahmen, sowie organisatorische Tätigkeiten wie Besprechungen, Fortbildungen etc. werden ebenfalls in ihrer zeitlichen Dimension erfasst.

*Zentrale Ergebnisse der Dokumentation sind:*

Die SGFK werden im Modellzeitraum an jedem Standort täglich von ca. 10 SUS aufgesucht. Die durchschnittliche Kontaktzeit beträgt 16 Minuten<sup>4</sup>. Mädchen (52 %) nehmen das Angebot der SGFK etwas häufiger in Anspruch als Jungen (48 %).

Der häufigste Anlass zur Kontaktaufnahme bei den SGFK sind Krankheitsbeschwerden (68%) und Unfallverletzungen (24%). Gesprächsbedarf und tätliche Auseinandersetzungen kommen als Anlass seltener vor.

Abbildung 1 zeigt die Gesamtübersicht der Anlässe zur Kontaktaufnahme bei den SGFK. In weniger als 1% der Fälle muss zusätzlich ein Rettungswagen gerufen werden.

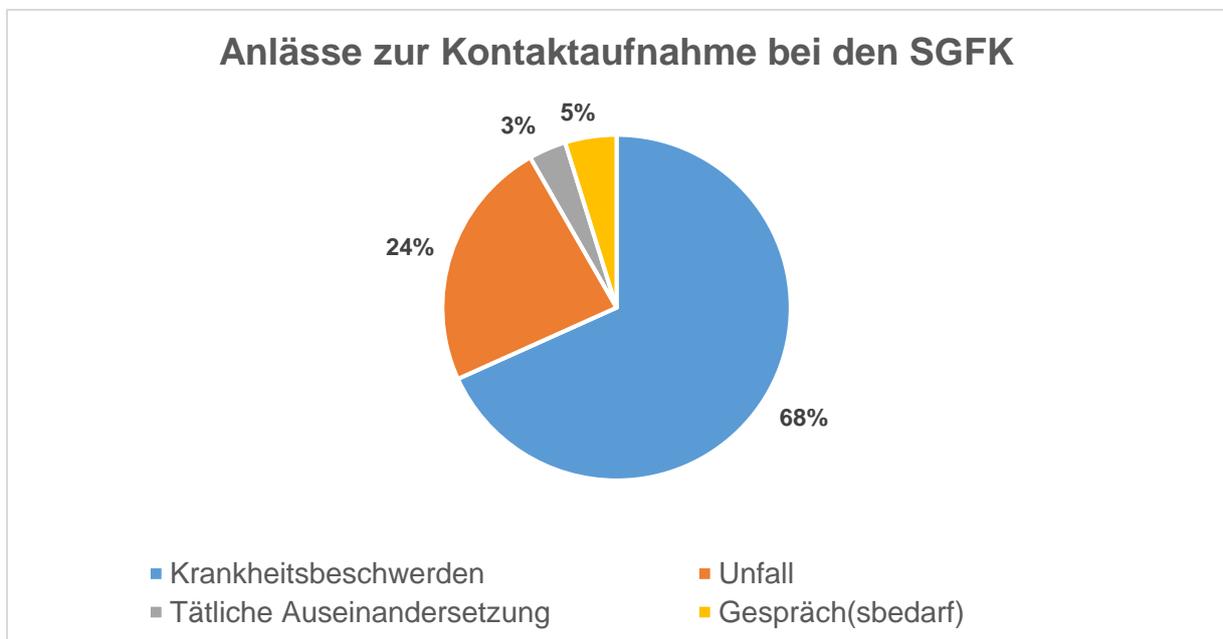


Abbildung 1 Anlässe zur Kontaktaufnahme bei den SGFK

<sup>4</sup> Bagatellmaßnahmen wie Anbringen eines Pflasters oder Ausgabe eines Kühlpads sind hierbei nicht berücksichtigt.

Die Beschwerden, die zur Kontaktaufnahme führten, sind der Abbildung 2 zu entnehmen. Jeder zweite SuS suchte die SGFK aufgrund von Schmerzen auf. Zu sonstigen Symptomen zählen u.a. Allergien, Asthmaanfälle, ausgeschlagene Zähne, Diarrhoe oder Konjunktivitis.

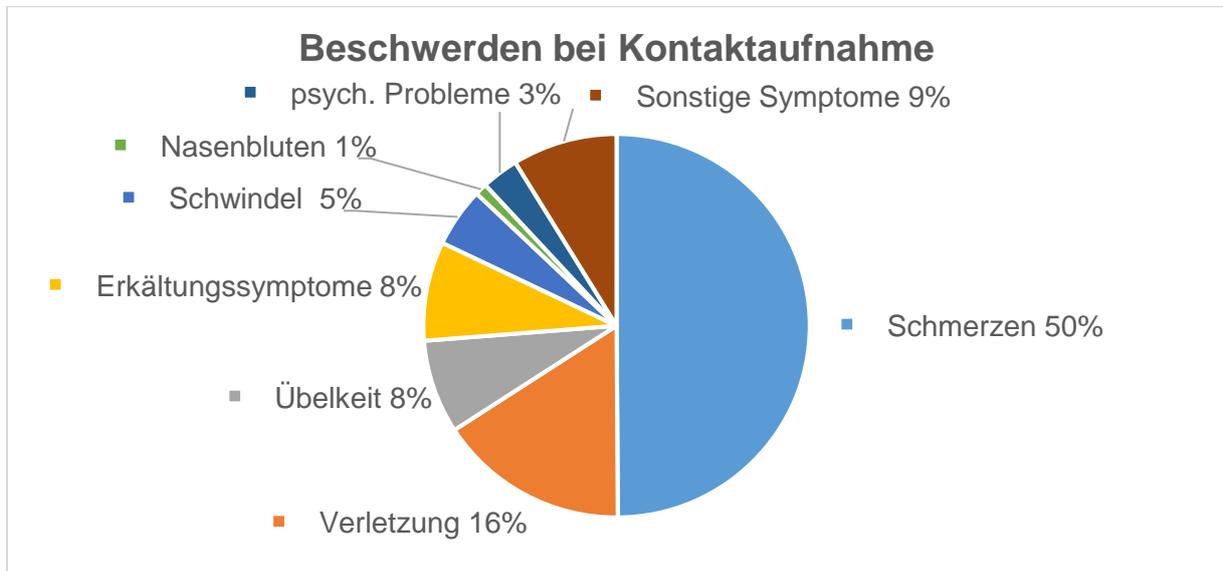


Abbildung 2 Am häufigsten auftretende Beschwerden der SuS

Der Einsatz der SGFK und deren gesundheitliche Versorgung führt dazu, dass 79% der SuS wieder in den Unterricht zurückkehren können und nicht nach Hause geschickt oder abgeholt werden müssen. Das zeigt, dass die SGFK durch die gesundheitliche Versorgung die Teilhabe am Unterricht fördern und ein Großteil der SuS (wieder) regulär am Unterricht teilnehmen kann.

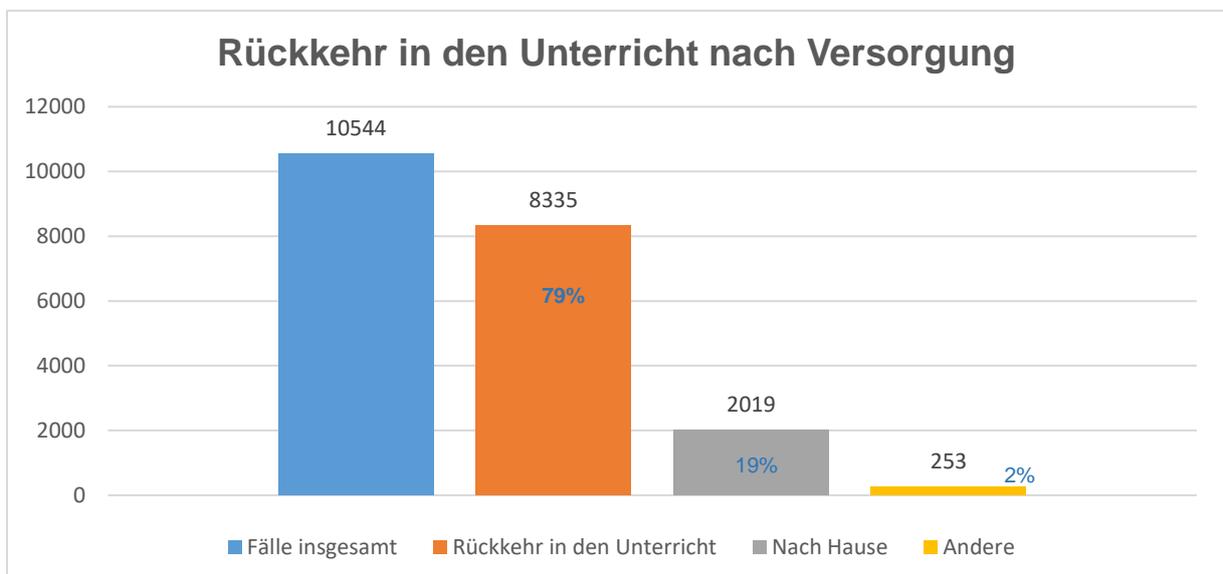


Abbildung 3 Aufenthalt nach der Versorgung durch SGFK

Die SGFK führen zahlreiche Maßnahmen entsprechend der verschiedenen Kontaktanlässe durch. Dazu gehören unter anderem Wundversorgung, Kühlung bei Verletzungen, Gespräche und Beratung. Gesprächsbedarf bestand häufig aufgrund von Problemen in der Familie, dem Freundeskreis oder Liebeskummer. Unter anderen

Maßnahmen sind Blutdruck- und Sauerstoffsättigungsmessung, Temperaturkontrolle, Verleih von Gehstützen, Lagerung, Bereitstellung einer Spucktüte sowie das Bereitstellen von Essen und Trinken zu nennen. Welche Maßnahmen von den SGFK überwiegend getroffen wurden, ist in Abbildung 4 zu sehen.

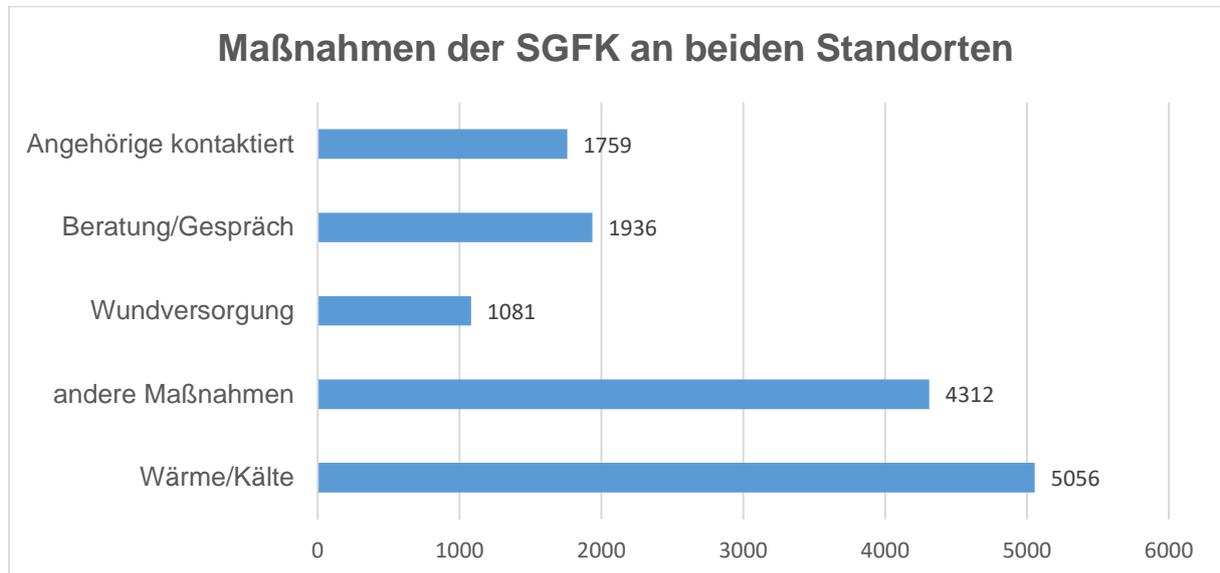


Abbildung 4 Von den SGFK getroffene Maßnahmen in Zahlen

Darüber hinaus wurde die Häufigkeit der Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit besonderen gesundheitlichen Bedürfnissen oder chronischen Erkrankungen dokumentiert. Diese Kinder und Jugendlichen machen etwa 8 % bzw. durchschnittlich täglich zwei Einsätze an beiden Standorten aus. Je nach chronischer Erkrankung oder besonderen gesundheitlichen Bedürfnissen schwankt die Kontaktzeit stark, durchschnittlich liegt diese bei 14 Minuten.

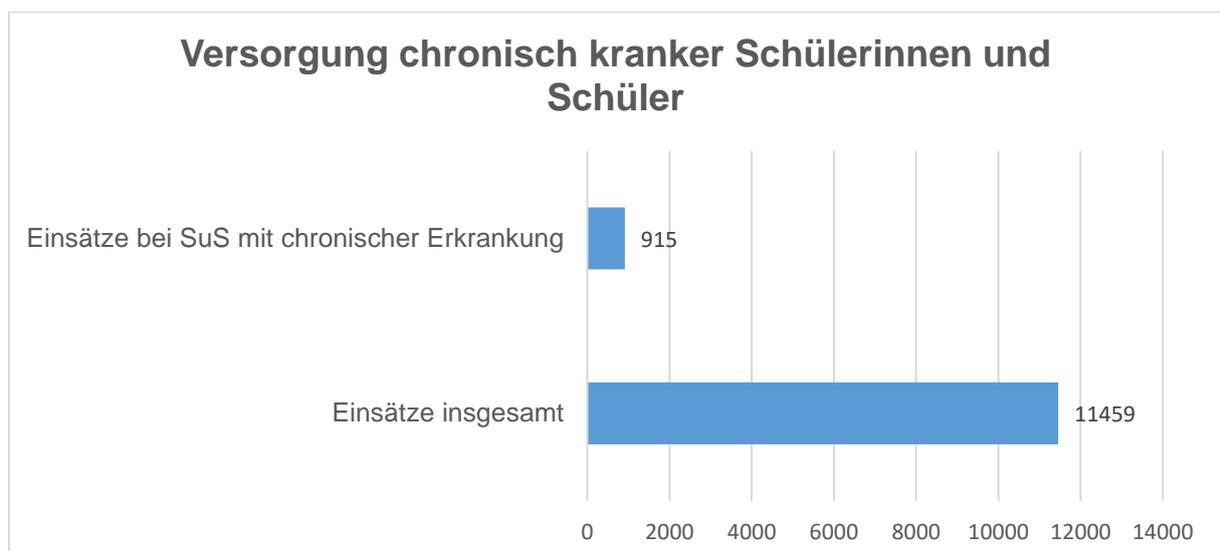


Abbildung 5 Anteil der Einsätze bei SuS mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen

Zwischen den Schulformen, bzw. der Grund- und Sekundarstufe, zeigen sich starke Unterschiede bezüglich der Inanspruchnahme der SGFK. Auf SuS von Real- und Werkrealschulen entfallen 76%, auf die von Gymnasien 21% und auf die von Grundschulen 12% der Einsätze. Das Angebot wurde in Real- und Werkrealschulen

mit mehr als 161 jährlichen Einsätzen pro 100 SuS wesentlich häufiger wahrgenommen als in Grundschulen und Gymnasien.

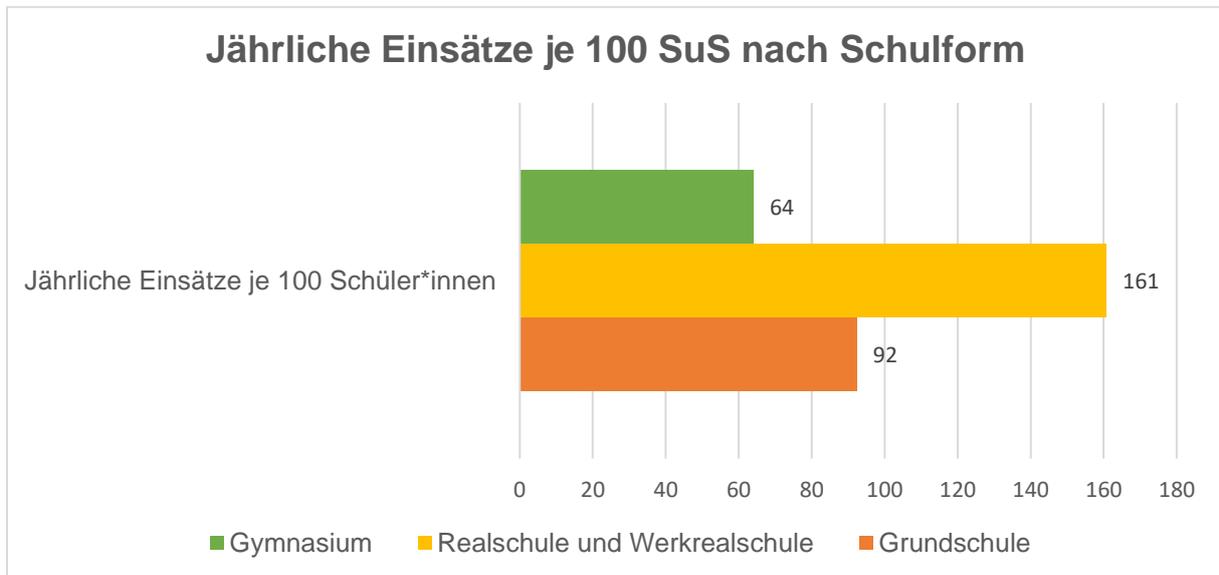


Abbildung 6 Einsatzzahlen nach Schulart

Im Laufe der drei Projektjahre werden über 500 Aktionen zur Prävention und Gesundheitsförderung durchgeführt. Dies reichen vom viermal pro Woche stattfindenden Frühstück für (Grundschul-) Kinder über eine regelmäßige „ruhige Pause“ bis zu Projektwochen zu verschiedenen Themen (Bewegung und Gesundheit, gesunde Ernährung) und Unterrichtsbesuchen zu einzelnen Themen wie beispielsweise Ernährung und Verdauung oder Monatshygiene. In der folgenden Abbildung 7 sind die aufgezeichneten Anteile an den Arbeitszeiten zu sehen:

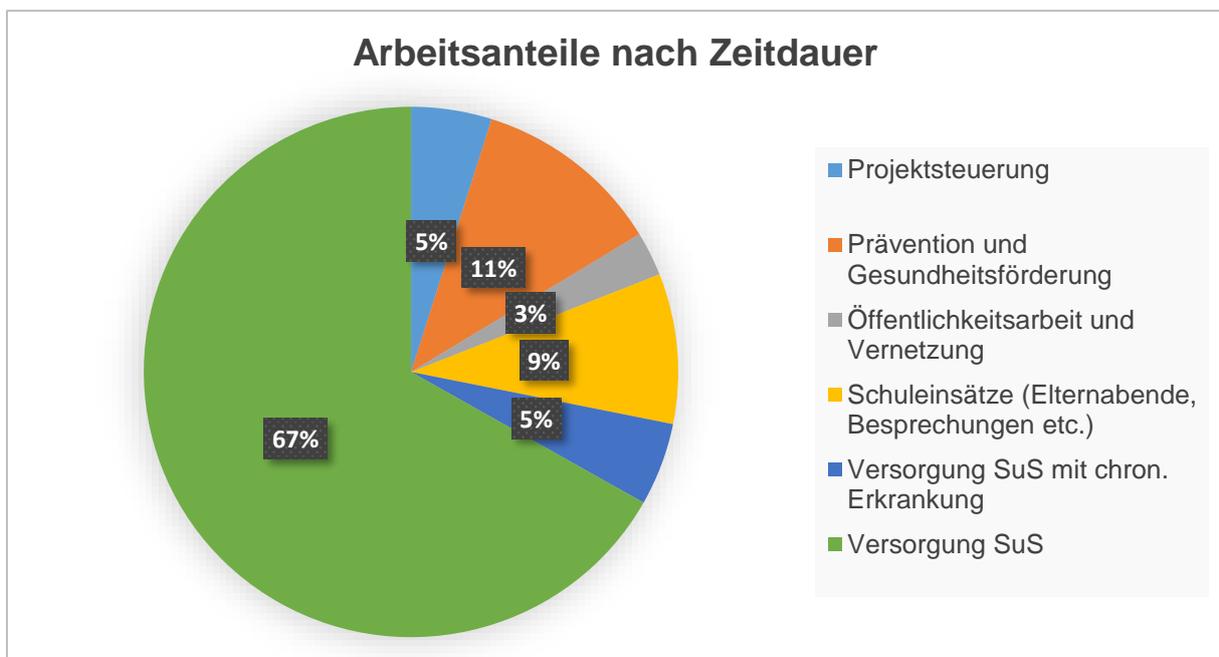


Abbildung 7 Anteile der unterschiedlichen Arbeitsaufgaben der SGFK

## 10. Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

### 10.1 Zusammenfassung der formativen Evaluation

Die oben dargestellten Evaluationsdaten sollen nachfolgend eingeordnet und bewertet werden.

Die Einsatzzahlen zeigen den hohen Bedarf an medizinischer Expertise in den Schulen. Alle eingesetzten Methoden verdeutlichen in ihren Ergebnissen, dass die Einsätze der SGFK zu einer besseren medizinischen Versorgung und einem verbesserten Sicherheitsgefühl im Umgang mit körperlichen und psychischen Beschwerden führen.

Durch das eingesetzte mixed-methods-Design konnte die Bandbreite der täglichen Einsätze der SGFK aufgezeigt werden. Zudem konnte die Herausforderung bei der adäquaten Darstellung der Einsätze deutlich gemacht werden: Während bei der fortlaufenden Dokumentation als häufigste Anlässe zur Kontaktaufnahme bei den SGFK Krankheitsbeschwerden und Unfallverletzungen (zusammen 92%) genannt wurden, so zeigte sich in den qualitativen Interviews mit den SuS, dass diese den Kontakt zu den SGFK auch deshalb als „Auszeit“ nutzen, da diese als wichtige und vertrauenswürdige Ansprechpersonen bei Problemen gesehen werden („Sie beruhigen und geben Sicherheit, es besteht ein Vertrauensverhältnis und man kann mit ihnen reden“). Dies bestätigt sich wiederum in der fortlaufenden Dokumentation der Einsätze: Während bei den Kontaktanlässen nur in 5 % ein Gesprächsbedarf genannt wurde, wurde in 14% der Fälle letztlich eine Beratung/Gespräch als Maßnahme dokumentiert. Diese Maßnahme kann auch präventiven Charakter haben, indem sie künftigen gleich gearteten Problemen vorbeugt.

Weiter war es wichtig, die Teilnahme am Unterricht sicherzustellen. Über alle drei Jahre gesehen konnten ca. 80% der versorgten SuS nach Versorgung durch die SGFK wieder am Unterricht teilnehmen. Dies ist umso beachtlicher, als eine zusätzliche Kategorie für „Kurzkontakte“ besteht, in die Pflaster-, Kühlpad-, Wärmekissen-Ausgaben fallen, so dass die übrigen Fälle (und nur diese wurden dabei berücksichtigt) tatsächlich SuS sind, die ein (etwas) größeres Problem haben. Damit ist dieses Ziel ebenfalls umgesetzt.

Insbesondere bei der Zielgruppe der sozial benachteiligten Menschen kann das Angebot eines Frühstücks, ein offenes Ohr für Probleme unterschiedlicher Art mit einem Weiterverweisen an die richtigen Ansprechpersonen, das Aushelfen mit Essen und vieles mehr an Unterstützungsmaßnahmen ein wichtiger Schritt zu einem erfolgreichen Schulbesuch sein.

Die tägliche Begleitung und Unterstützung von SuS mit einer chronischen Erkrankung ermöglicht einigen von ihnen überhaupt erst den Schulbesuch bzw. macht die ständige Anwesenheit eines Elternteils überflüssig. Dadurch wird aktiv Inklusion gestärkt.

Das Schulpersonal und die Eltern betonen übereinstimmend, dass eine deutliche Entlastung eingetreten ist, dies einerseits in zeitlicher Hinsicht, wie auch hinsichtlich der Entscheidungen über die Notwendigkeit und Art einer sachgerechten Behandlung.

## 10.2 Diskussion der Ergebnisse

Zu einem gesundheitsbewussten Schulklima trägt bei, dass bei allen beteiligten Schulen das Thema Gesundheit laut Aussage der Schulleitungen wesentlich stärker in den Vordergrund gerückt ist. Da das Forschungsdesign aus Ressourcengründen angepasst werden musste, Gesundheitsverhalten wie -kompetenz nicht wissenschaftlich erhoben wurden und außerdem erst nach längerer Zeit Fortschritte erkennbar sein können, kann darüber hier keine abschließende Aussage getroffen werden. Eltern und SuS bestätigen in den Interviews aber, dass die Gesundheit bei ihnen stärker in den Blick gerückt ist.

Die Prävention von Gesundheitsgefahren ist nicht direkt nachweisbar, da es um das Nicht-Eintreffen von Krankheiten geht, eine positive Beeinflussung ist aber durch die Beratungen und Projektmaßnahmen zur Förderung der Gesundheit naheliegend. Die SGFK leisten einen Beitrag zur Gesundheitserziehung durch Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention und passen gemeinsam mit den Beteiligten im Gesundheitsamt die Themen an die Bedarfe der Schulen an.

Da die eingesetzten SGFK die gesundheitlichen Risiken ausgleichen können und sie von allen SuS gleichermaßen in Anspruch genommen werden können, dient ihr Einsatz der Verbesserung von Bildungsgerechtigkeit. Hierzu trägt auch die im Vergleich zum Ausgangszustand gesteigerte Rückkehr in den Unterricht nach einem medizinischen Problem bei. Die Initiierung von gesundheitsfördernden und präventiven Projekten in den Schulen schaffen für jeden und jede SuS einen Zugang zum Thema Gesundheit, so dass alle Kinder, unabhängig vom Sozialstatus ihrer Familie, diese Angebote und Präventionsmaßnahmen in Anspruch nehmen können.

Nachhaltige Veränderungen hin zu einer gesunden Schule waren noch nicht sicher nachweisbar. Dies war auch nicht zu erwarten, da dafür ein längerer Zeitraum benötigt wird und die Veränderungen über eine Sensibilisierung für das Thema Gesundheit und Anregungen zur Verbesserung hinaus nicht im Rahmen der Möglichkeiten der SGFK liegen. Insbesondere die Ruhemöglichkeiten (sowohl für SuS als auch für Lehrkräfte) sind weiterhin verbesserungsbedürftig, ebenso wie die Verpflegung und die Sauberkeit. Hier gibt es sicherlich Entwicklungspotenzial auf dem Weg zur „Gesunden Schule“, wenn das Bewusstsein dafür bei allen Beteiligten weiter gestärkt wird.

Durch den Start des Projekts zum Schuljahr 21/22 in der Pandemie war die Umsetzung von Projekten anfangs noch nicht möglich und konnte erst ab dem zweiten Projektjahr angegangen werden. Prävention und Gesundheitsförderung sollen zukünftig weiter ausgebaut und systematisiert werden.

## 10.3 Einschätzung bezüglich der Erfolgsfaktoren bzw. Hindernisse aus Sicht der Gesundheitsplanung

Ergänzend zu den Evaluationsmaßnahmen und der fortlaufenden Betrachtung des Modellprojekts ergaben sich aus Sicht der Gesundheitsplanung wichtige Erkenntnisse für den Erfolg des Einsatzes von SGFK:

- Die Auswahl geeigneter Standorte (nach Größe, sozialer Lage, ausreichend und verfügbare Raumressourcen incl. Ausstattung/IT-Infrastruktur, Schularten, Bereitschaft zur Zusammenarbeit)
- Die Einstellung geeigneter Mitarbeitender, die Erfahrungen im Umgang mit Kindern und Jugendlichen haben und ihre Professionalität gegenüber den Mitarbeitenden der Schulen, den Eltern und allen weiteren beteiligten Kooperationspartnern einbringen
- Die Begleitung durch den ÖGD ermöglicht den Zugriff auf Netzwerke und auf fachliche Expertise bei schwierigen Fällen, Planung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention etc.
- Eine breit gestreute Öffentlichkeitsarbeit unter Einbindung wichtiger Akteure stärkt die Position der Fachkräfte und der Maßnahme insgesamt gegenüber der Politik.
- Eine offene und wertschätzende Kommunikation zwischen den Mitarbeitenden in den Schulen sowie mit den Beteiligten im Gesundheitsamt im regelmäßigen Austausch verhindert Missverständnisse, stärkt die Bindung und ermöglicht gegenseitige Unterstützung bei der Wahrnehmung der unterschiedlichen Aufgaben.
- Die gute Zusammenarbeit zwischen den Ämtern der Stadtverwaltung ermöglicht eine reibungslose Organisation der Maßnahme vor Ort, u. a. durch die Bereitstellung von geeigneten Räumen, Beratung bei Maßnahmen zur Kinderbeteiligung, Austausch und Wahrnehmung von Angeboten anderer Ämter wie beispielsweise des Amts für Sport und Bewegung, der Beratungszentren des Jugendamts oder der Stuttgarter Bildungspartnerschaft.

Beim Einsatz der SGFK wurden auch Grenzen deutlich, dazu gehören:

- Das System Schule ist im Hinblick auf Zeiten (Ferien, Prüfungen), Pflichten (Datenschutz, Aufgaben der Mitarbeitenden etc.) wenig flexibel in der Etablierung neuer Strukturen.
- Einige Hindernisse auf dem Weg zur „gesunden Schule“ sind strukturell bedingt. So ist es sehr schwierig, beispielsweise die Verpflegung mit Essen und Trinken gesundheitsförderlicher zu gestalten.
- Eine (Mit-) Finanzierung durch andere Einrichtungen wie z. B. Krankenkassen oder Ministerien war bisher nicht durchzusetzen.
- Kleine(re) Schulstandorte können bisher nicht versorgt werden. Soll auch dort eine SGFK täglich anwesend sein, müssen neue Einsatzformen und –zeiten ermöglicht werden. Eine Möglichkeit wäre, dies modellhaft an einigen Schulen zu testen.
- SuS nehmen das Angebot teilweise als Gelegenheit, um dem Unterricht zeitweise fernzubleiben. Dies wird weiter beobachtet und gemeinsam mit den Schulen nach Lösungen gesucht.
- Räumliche Probleme behindern an einigen Schulen eine noch bessere Versorgung. So ist in einer Schule kein Raum vorhanden und daher die Versorgung dort eingeschränkt. Auch der Zugang ins Internet sowie in das städtische Netz machen an einzelnen Schulen Probleme.

Limitationen bei der Evaluation zeigten sich in folgenden Punkten:

- Eine Enderhebung mit SuS und Eltern fand aus ressourcentechnischen Gründen nicht statt.
- Die Ergebnisse der Evaluationsmaßnahmen sind nicht generalisierbar, denn bislang wurden die Signifikanzen bei der Lehrerbefragung nicht berechnet. Die Daten liegen vor und können ggf. im Rahmen weiterer wissenschaftlicher Publikationen genutzt werden.

## **11. Weiterentwicklung stadt- und landesweit**

Im Jahr 2023 stellte das Gesundheitsamt den Antrag an den Gemeinderat, das Modellprojekt zu verstetigen und auszubauen. In GRDRs 600/2023 wurden dafür zusammen 8 Stellen mit jeweils 0,8 Stellenanteilen beantragt sowie eine 0,7 Stelle im Gesundheitsamt für die Planung und Koordinierung der Maßnahme, zuzüglich Gelder für Qualifikationsmaßnahmen, Projektunterstützung für gesundheitsfördernde Maßnahmen sowie Anschaffungskosten zur Ausstattung der Personen und Räume. Dieser Antrag wurde Ende des Jahres bewilligt und kann ab dem Schuljahr 2024/25 umgesetzt werden.

Zunächst wurden dafür zwei weitere große Schulstandorte gesucht. In Abstimmung mit den schon beim Modellprojekt beteiligten Ämtern konnten aufgrund von Sozial- und Gesundheitsdaten sowie der räumlichen Eignung und der Berücksichtigung unterschiedlicher Schularten mit Bad Cannstatt und Stuttgart-Ost zwei geeignete Schulstandorte gefunden werden. Der Campus in Bad Cannstatt besteht aus einem Gymnasium und einer Realschule mit einer benachbarten weiteren Realschule, der in Ost besteht aus einem Sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentrum (SBBZ), einer Grund- und Werkrealschule, einer Realschule und einem in kurzer Entfernung liegenden Gymnasium.

Seit Beginn des Projekts gibt es Interessierte aus anderen Kommunen, die ebenfalls an der Etablierung von SGFK arbeiten bzw. arbeiten möchten. Mitarbeitende des Gesundheitsamts waren daher immer wieder auf Tagungen, in Besprechungen und Gremien vertreten, um die Entwicklung in Stuttgart darzustellen und beim Aufbau in anderen Kommunen behilflich zu sein. Der modellhafte Charakter dient der Förderung eines weiteren Ausbaus der Schulgesundheitspflege.

## **12. Ausblick**

Die Weiterentwicklung bietet die Grundlage für die Etablierung von festen Strukturen, an denen in der Folge gearbeitet wird. Ein Aufbau weiterer Standorte wird angestrebt, es gibt großes Interesse daran bei den Schulen. Das Gesundheitsamt möchte in diesem Zusammenhang auch ein Konzept entwickeln, wie kleinere Schulstandorte von einer SGFK profitieren könnten.

Im Zuge der Verstetigung wird ein Curriculum für die Weiterbildung neuer SGFK und ein Präventionscurriculum für alle Schulen erstellt, das die Präventions- und

gesundheitsfördernden Maßnahmen verbindlicher regeln soll. Dieses kann auch in Schulen Verwendung finden, die derzeit noch über keine SGFK verfügen.

**Wir danken den Sponsoren, der Eduard-Pfeiffer-Stiftung, der Stiftung „Zukunft der Jugend“, dem Ministerium für Soziales Baden-Württemberg und der Unfallkasse Baden-Württemberg, sehr für ihre Unterstützung des Modellprojekts.**

## Literaturverzeichnis

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen (o. D.): Schulgesundheitsfachkräfte – Vertrauenspersonen mit besonderen Kompetenzen.

<https://www.aok.de/pk/hessen/inhalt/schulgesundheitsfachkraefte/> (zuletzt aufgerufen: 22.02.2022)

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2004): Empfehlungen zur Gesundheitsförderung in Schulen. Bergisch Gladbach und München.

AWO Bezirksverband Potsdam e.V. (2022): Cottbus übernimmt Finanzierung der Schulgesundheitsfachkräfte. <https://awo-potsdam.de/news-artikel/cottbus-uebernimmt-finanzierung-der-schulgesundheitsfachkraefte/> (zuletzt aufgerufen: 22.02.2022)

AWO Bezirksverband Potsdam e.V. (2020): Tätigkeitsbericht – Modellprojekt „Einführung von Schulgesundheitsfachkräften an öffentlichen Schulen im Land Brandenburg“, 4 f.

Fischer J, Diefenbach C, Eichinger M, Schmidt M, Urschitz M (2019): Abschlussbericht Machbarkeitsstudie zur Schulgesundheitsfachkraft. Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI), Abteilung für Pädiatrische Epidemiologie an der Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz.

Gesundheitsamt Bremen (o. D.): Gesundheitsfachkräfte an Schulen (GefaS). <https://www.gesundheitsamt.bremen.de/gesundheitsfachkraefte-an-schulen-gefas-22434> (zuletzt aufgerufen: 22.02.2022)

Hamburg.de GmbH & Co. KG (2019): Schulgesundheit. Gesundheit von Hamburger Grundschulkindern stärken. <https://www.hamburg.de/pressearchiv-fhh/13235442/2019-11-21-bgv-schulgesundheitsfachkraefte/> (zuletzt aufgerufen: 22.02.2022)

Heinrichs K, Romberg A, Ewers M (2021): Schulgesundheitspflege in Brandenburg – SPLASH II. Ergebnisse einer Evaluationsstudie zu ausgewählten Gesundheitsindikatoren. Working Paper No. 21-01 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Hessischer Landtag (2021): Stand des Einsatzes von Schulgesundheitsfachkräften in Hessen 2020.

Kolip P (2006): Evaluation, Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung. Prävention und Gesundheitsförderung 1(4), 234-239

Kultusministerkonferenz (2012): Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule.

Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (o. D.): Schulgesundheitsfachkräfte verbessern die Gesundheitssituation an Grundschulen. <https://lzg-rlp.de/de/schulgesundheitsfachkraefte.html> (Zugriff am 12.08.2024)

Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (2016): Prävention in der Schule Baden-Württemberg. [https://praevention.kultus-bw.de/Lde/Startseite/stark\\_staerker\\_WIR\\_](https://praevention.kultus-bw.de/Lde/Startseite/stark_staerker_WIR_) (Zugriff am 12.08.2024)

Paakari O, Torppa M, Kannas I, Paakkari L (2016): Subjective health literacy: Development of a brief instrument for school-aged children. *Scand J Public Health*.

Paulus P, Hundeloh H, Dadaczynski K (2016): Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Schule. *Prävention und Gesundheitsförderung* 11(4), 237-242.

Robert Koch-Institut (2017): *Journal of Health Monitoring* 2(4), S. 45-64, Berlin.

Tannen, A, Ebert J, Ewers M (Hg.) (2017): Schulgesundheitspflege an allgemeinbildenden Schulen: Teil 1 – Analyse der Ausgangslage. Working Paper No. 18-02 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin.

WHO (1997): Die Jakarta Erklärung-Zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert. 4. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung, Jakarta: WHO.

WHO (2010): *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: WHO.

WHO (2014): *European framework for quality standards in school health services and competences for school health professionals*. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO (2017): *Enhancing the Role of Community Health Nursing for Universal Health Coverage*. Human Resources for Health Observer Series. Geneva: WHO.

WHO (2017b): *Health Promoting Schools: An effective approach to early action on noncommunicable disease risk factors*. WHO/NMH/PND/17.3

WHO, UNESCO (2021): *Making every school a health-promoting school: global standards and indicators for health-promoting schools and systems*. Genf: World Health Organization and the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

## **Abkürzungsverzeichnis**

AWO	Arbeiterwohlfahrt
DGSPJ	Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin
GRDrs	Gemeinderatsdrucksache
HAGE	Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V.
HLSAC	Health Literacy for School-aged Children
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
SBBZ	Sonderpädagogisches Bildungs- und Beratungszentrum
SGFK	Schulgesundheitsfachkraft
SuS	Schülerinnen und Schüler
WHO	World Health Organisation

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1 Anlässe zur Kontaktaufnahme bei den SGFK	30
Abbildung 2 Am häufigsten auftretende Beschwerden der SuS	31
Abbildung 3 Aufenthalt nach der Versorgung durch SGFK	31
Abbildung 4 Von den SGFK getroffene Maßnahmen in Zahlen	32
Abbildung 5 Anteil der Einsätze bei SuS mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen	32
Abbildung 6 Einsatzzahlen nach Schulart	33
Abbildung 7 Anteile der unterschiedlichen Arbeitsaufgaben der SGFK	33

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1 Darstellung der Evaluationsmaßnahmen	14
--	----