

Schulgesundheitspflege in Brandenburg – SPLASH II

**Ergebnisse einer Evaluationsstudie
zu ausgewählten Gesundheitsindikatoren**

Katherina Heinrichs, Anna Romberg & Michael Ewers

Working Paper No. 21-01

Berlin, Januar 2021

**Institut für Gesundheits-
und Pflegewissenschaft**

Zitierhinweis:

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

Impressum:

Working Paper No. 21-01 der Unit
Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik

Berlin, Januar 2021

ISSN 2193-0902

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
CVK – Augustenburger Platz 1
13353 Berlin | Deutschland
Tel. +49 (0)30 450 529 092
Fax +49 (0)30 450 529 900
<http://igpw.charite.de>

Abstract

Die Schulgesundheitspflege spielt eine zentrale Rolle für den Erhalt und die Förderung von Gesundheit sowie die Prävention von Erkrankungen. Durch eine am Public Health Action Cycle orientierte Arbeitsweise können Pflegefachpersonen die körperliche Gesundheit und auch das psychosoziale Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen sowie von Eltern, Lehrenden und anderen Personen an den Schulen positiv beeinflussen. Dies war eines der Motive für die Einführung des in Trägerschaft des AWO Bezirksverband Potsdam e. V. seit 2017 in mehreren Phasen durchgeführten Modellprojekts „*Schulgesundheitsfachkräfte an öffentlichen Schulen im Land Brandenburg*“. Anknüpfend an die wissenschaftliche Begleitung der Einführung der Schulgesundheitspflege in Brandenburg und Hessen (SPLASH I) wurde von Juli 2019 bis Dezember 2020 eine auf ausgewählte Gesundheitsindikatoren ausgerichtete Evaluationsstudie allein zu dem Brandenburger Projekt durchgeführt (SPLASH II). Deren Ziel war es, mögliche Wirkungen der Schulgesundheitspflege auf den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskompetenz der Schüler*innen zu ermitteln. Die entsprechenden Daten wurden mittels Fragebögen erhoben, die die Heranwachsenden selbst ausfüllten. Diese Phase der Datenerhebung musste aufgrund der COVID-19-Pandemie nach etwa der Hälfte ausgesetzt werden. Zudem wurde eine schriftliche Befragung der Schulleitungen durchgeführt, um gesundheitsrelevante Strukturmerkmale der Schulen zu erfassen. Die erhobenen Daten wurden statistisch ausgewertet und z. T. mit zuvor erhobenen Daten vergleichend analysiert. Ergänzend wurden qualitative Interviews mit Pflegefachpersonen an den Schulen geführt, um Rollen und Aufgaben der Schulgesundheitspflege angesichts der COVID-19-Pandemie untersuchen zu können. Die qualitativen Daten wurden inhaltsanalytisch ausgewertet und verdichtend aufbereitet.

Im Ergebnis zeigte sich, dass das Angebot der Pflegefachpersonen von den Schüler*innen gut angenommen und überwiegend positiv bewertet wurde. Deren Gesundheitszustand schien vor der Pandemie basierend auf den Selbstauskünften insgesamt gut gewesen zu sein. Was Veränderungen im Gesundheitsverhalten betrifft, sind die Ergebnisse ambivalent. Rund ein Fünftel der Schüler*innen zeigte eine hohe Gesundheitskompetenz, allerdings war der Anteil derjenigen mit niedriger Gesundheitskompetenz etwa genauso hoch. Pandemiebedingt deuteten sich aus Sicht der Pflegefachpersonen zusätzliche Gesundheitsrisiken an. Gesteigerter Medienkonsum, mangelnde Bewegung und schlechtere Ernährung wurden berichtet, ebenso wie soziale Isolation, Verunsicherung und Angst vor einer Ansteckung mit SARS-CoV-2. Das Elternhaus war für die Schüler*innen die Hauptinformationsquelle zur COVID-19-Pandemie, was zuweilen mit spezifischen Herausforderungen für die Pflegefachpersonen verbunden war. Deren zusätzliche Aufgabe bestand u. a. darin, auf die Einhaltung der pandemiebedingten Hygiene- und Abstandsregeln zu achten, über SARS-CoV-2 und die Folgen sowie die damit verbundenen Maßnahmen zu informieren und ggf. Fehlinformationen richtigzustellen.

Das Modellprojekt „*Schulgesundheitsfachkräfte an öffentlichen Schulen im Land Brandenburg*“ wurde mit Blick auf ausgewählte Gesundheitsindikatoren erfolgreich fortgesetzt. Zwar lassen sich direkte Effekte der Schulgesundheitspflege auf Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Gesundheitskompetenz ohne Bezugnahme auf konkrete, abgegrenzte Einzelinterventionen nach wie vor schlecht ermitteln. Dem wird künftig mit weiteren Bemühungen zur Systematisierung und Standardisierung der Interventionen der Schulgesundheitspflege zu begegnen sein. Gerade hinsichtlich der Förderung von Gesundheitskompetenz und der pandemiebedingten Herausforderungen ist der Bedarf an Schulgesundheitspflege aber offensichtlich. Die Pflegefachpersonen wissen um ihre Relevanz und haben sich mit ihren diversen Rollen und Aufgaben in den Schulen gut etabliert. Das Spannungsfeld zwischen individuen- und populationsorientierten Perspektiven einerseits und reaktiven und antizipativen Ansätzen andererseits, sollten sie dabei sorgfältig ausbalancieren, um im Kontext der Schulgesundheitspflege auch künftig die gewünschten und angestrebten Gesundheitseffekte erzielen zu können.

Wir danken den Kolleginnen Antje Tannen, Anne Tanneberger, Simone Campus Silva und Jamie Smith sowie den im Projekt eingesetzten studentischen Hilfskräften für ihre jeweiligen Beiträge zur Vorbereitung, Durchführung und zum Gelingen der Forschungsarbeiten.

Zudem danken wir allen beteiligten Schüler*innen, Schulleiter*innen und Pflegefachpersonen, die sich an den Befragungen beteiligt haben und so – trotz zum Teil widriger Umstände – zum Gelingen dieser Evaluationsstudie beigetragen haben.

Die Evaluationsstudie „Schulgesundheitspflege und ihr Einfluss auf die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler – SPLASH II“ wurde vom AWO Bezirksverband Potsdam e.V. initiiert und von 07/2019 – 12/2020 an der Charité – Universitätsmedizin Berlin durchgeführt.

Fördergeber waren das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz (MSGIV), das Ministerium für Bildung, Jugend und Sport (MBJS) des Landes Brandenburg, die AOK Nordost und die Unfallkasse Brandenburg.

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	5
Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis	7
I Einleitung	9
1. Das Setting Schule und die Schulgesundheitspflege	9
2. Wirkungen von Schulgesundheitspflege	10
3. Die Schulgesundheitspflege in Deutschland	11
4. Rollen und Aufgaben der Schulgesundheitspflege	12
5. Schulgesundheitspflege in Pandemiezeiten	13
6. Begleitung und Evaluation des Brandenburger Modellprojekts	14
II Befragung der Schüler*innen und Schulleitungen – Methodisches Vorgehen	17
1. Befragung der Schüler*innen – Datenerhebung	17
2. Verlauf der Datenerhebung	18
3. Befragung der Schulleitungen – Datenerhebung	18
4. Datenauswertung	18
III Befragung der Schüler*innen und Schulleitungen – Ergebnisse	19
1. Befragung der Schulleitungen	19
1.1 Allgemeine Daten der Schulen	19
1.2 Gesundheitsbezogene Angebote der Schulen	20
1.3 COVID-19-bezogene Maßnahmen der Schulen	24
2. Demografie der Schüler*innen	27
3. Gesundheitszustand der Schüler*innen	28
3.1 Allgemein	28
3.2 Schüler*innen mit chronischer Erkrankung	30
3.3 BMI und Körperbild	32
3.4 Schmerzen	33
3.5 Fazit	34
4. Kontakte der Schüler*innen zu den Pflegefachpersonen	34
5. Gesundheitsverhalten der Schüler*innen	38
5.1 Mundhygiene	38
5.2 Ernährung	39
5.3 Bewegung	41
5.4 Mediennutzung	42
5.5 Rauchen und Alkohol	44
5.6 Fazit	44
6. Gesundheitskompetenz der Schüler*innen	45
6.1 Ermittelte Gesundheitskompetenz der Schüler*innen	45
6.2 Veranstaltungen	45
IV Befragung der „Schulgesundheitsfachkräfte“ – Methodisches Vorgehen	47
1. Datenerhebung	47
2. Datenauswertung	48
V Befragung der „Schulgesundheitsfachkräfte“ – Ergebnisse	49
1. Demografie der „Schulgesundheitsfachkräfte“	49
2. Selbstverständnis und Aufgaben der Schulgesundheitsfachpersonen während der COVID-19-Pandemie	49
2.1 Wahrgenommene Rollen der Pflegefachpersonen	49
2.2 Aufgaben um die Wiederöffnung der Schulen	52
2.3 Mangel an persönlichen Kontaktmöglichkeiten und Austausch	54
3. Gesundheitliche Situation während der COVID-19-Pandemie	56
3.1 Einschätzung der körperlichen Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens	56
3.2 Einschätzung der Stimmung und der psychischen Gesundheit	57
3.2.1 Wegfall sozialer Strukturen und eingeschränkte soziale Kontakte	58

3.2.2	Gefühle von Unsicherheit, Angst, Perspektivlosigkeit und Trauer	59
3.2.3	Auswirkungen auf die Lernbereitschaft und Lernfähigkeit	60
3.2.4	Verschlimmerung bestehender psychischer Auffälligkeiten und Probleme	61
4.	Umgang mit Gesundheitsinformationen	63
4.1	Informationssuche und Informationsquellen der Pflegefachpersonen	63
4.2	Eltern als Informationsquelle von Schüler*innen.....	65
4.3	Andere Informationsquellen von Schüler*innen.....	66
5.	Bereitschaft zur Einhaltung pandemiebedingter Verhaltensregeln	68
6.	Möglichkeiten zur Förderung der Gesundheitskompetenz	70
VI	Diskussion und Ausblick	73
1.	Der Bedarf an Schulgesundheitspflege	73
2.	Die Bedeutung der Schulgesundheitspflege für die Gesundheit der Schüler*innen..	74
2.1	Die Bedeutung der Schulgesundheitspflege für die körperliche Gesundheit der Schüler*innen	75
2.2	Die Bedeutung der Schulgesundheitspflege für das psychosoziale Wohlbefinden der Schüler*innen	77
3.	Die Bedeutung der Schulgesundheitspflege für die Förderung der Gesundheitskompetenz	78
4.	Profilbildung der Schulgesundheitspflege – Rollen und Aufgabenverständnis	80
5.	Ausblick	83
VII	Literatur	85
VIII	Anlage	89
1.	Ein praxistaugliches Instrument für die Schulgesundheitspflege	89
1.1	Hinweise zum Einsatz des Fragebogens.....	89
1.2	Hinweise zur Auswertung des Fragebogens	90
1.3	Hinweise zum Erhalt des Fragebogens	90
2.	In der Evaluationsstudie eingesetzte Erhebungsinstrumente	95
2.1	Fragebogen für die Befragung der Schüler*innen.....	95
2.2	Fragebogen für die Befragung der Schulleitungen	109
2.3	Kurzfragebogen für die „Schulgesundheitsfachkräfte“	124
2.4	Leitfaden für die Interviews mit den „Schulgesundheitsfachkräften“	126
3.	Präsentationen der Evaluationsergebnisse	131

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
COVID-19	Coronavirus-Krankheit-2019
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DGP	Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft
MBJS	Ministerium für Bildung, Jugend und Sport
NASN	National Association of School Nursing
RKI	Robert Koch-Institut
SARS-CoV-2	Schweres akutes respiratorisches Syndrom-Coronavirus-2
„SGFK“	„Schulgesundheitsfachkraft“
SuS	Schüler*innen bzw. Schülerinnen und Schüler
Tab.	Tabelle
WHO	World Health Organisation

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Schüler*innen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und sonderpädagogischen Förderbedarf an den befragten Schulen.....	20
Abb. 2: Bewegungs- und Sportgelegenheiten an Schulen zu T2 und T0	21
Abb. 3: Barrierefreie Bauelemente und Hilfsmittel an Schulen zu T2 und T0.....	21
Abb. 4: Gesundheitsbezogene Maßnahmen an den Schulen.....	22
Abb. 5: Erwartungen (T0) an und Veränderungen (T1, T2) durch die Pflegefachperson an der Schule SuS = Schülerinnen und Schüler; LuL = Lehrerinnen und Lehrer.....	23
Abb. 6: Veränderungen durch die Pflegefachperson an der Schule	24
Abb. 7: Gesundheitsrelevante Maßnahmen während der COVID-19-Pandemie.....	25
Abb. 8: Mittel zur Bereitstellung von Informationen durch Schulleiter*innen	26
Abb. 9: Subjektiver Gesundheitszustand der Schüler*innen	28
Abb. 10: Subjektiver Gesundheitszustand der Schüler*innen zu T2, T1 und T0.....	29
Abb. 11: Subjektiv wahrgenommene Effekte der Pflegefachperson auf die Gesundheit der Schüler*innen	29
Abb. 12: Subjektiver Gesundheitszustand der Schüler*innen mit chronischer Erkrankung (n=147).....	30
Abb. 13: Teilnahme von Schüler*innen mit chronischer Erkrankung an schulischen Aktivitäten.....	31
Abb. 14: Subjektiv wahrgenommene Rücksichtnahme auf Schüler*innen mit chronischer Erkrankung im Schulalltag zu T2, T1 und T0.....	31
Abb. 15: Subjektiv wahrgenommene Hänseleien von Schüler*innen mit chronischer Erkrankung zu T2 und T1.....	32
Abb. 16: Körperbild der Schüler*innen.....	33
Abb. 17: Folgen von Schmerzen unter den Schüler*innen in den vergangenen acht bis zehn Wochen.....	33
Abb. 18: Kontakt zur Pflegefachperson an der Schule (chron. = chronisch).....	34
Abb. 19: Gesteigertes Wohlbefinden nach dem Besuch bei der Pflegefachperson zu T2 und T1 (chron. = chronisch)	35
Abb. 20: Erreichbarkeit der Pflegefachperson im Bedarfsfall (chron. = chronisch)	35
Abb. 21: Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse der Schüler*innen bei Entscheidungen der Pflegefachperson zu T2 und T1 (chron. = chronisch)	36
Abb. 22: Gefühl der Vertraulichkeit des Besuchs bei der Pflegefachperson seitens der Schüler*innen zu T2 und T1 (chron. = chronisch).....	36
Abb. 23: Bewertung des Besuchs bei der Pflegefachperson insgesamt durch die Schüler*innen zu T2 und T1 (chron. = chronisch).....	37
Abb. 24: Zahnputzhäufigkeit der Schüler*innen	38
Abb. 25: Subjektiv wahrgenommene Effekte der Pflegefachperson auf die Zahnputzhäufigkeit der Schüler*innen	39
Abb. 26: Täglicher Nahrungsmittelverzehr der Schüler*innen	40
Abb. 27: Subjektiv wahrgenommene Effekte der Pflegefachperson auf das Ernährungsverhalten der Schüler*innen	41
Abb. 28: Körperliche Aktivität der Schüler*innen.....	41
Abb. 29: Subjektiv wahrgenommene Effekte der Pflegefachperson auf das Bewegungsverhalten der Schüler*innen	42
Abb. 30: Mediennutzung der Schüler*innen	43
Abb. 31: Subjektiv wahrgenommene Effekte der Pflegefachperson auf die Mediennutzung der Schüler*innen	43
Abb. 32: Gesundheitskompetenzniveau der Schüler*innen zu T2 (n = 450), T1 (n = 736) und T0 (n = 898)	45
Abb. 33: Teilnahme der Schüler*innen an schulischen Gesundheitsveranstaltungen zu T2, T1 und T0	46
Abb. 34: Themen der gesundheitsbezogenen Projekte oder Veranstaltungen im letzten Schuljahr	46
Abb. 35: Rollen und Aufgaben der Pflegefachpersonen in der Schulgesundheitspflege im Zuge der COVID-19-Pandemie aus ihrer Sicht	50

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Eigenschaften der teilnehmenden Schulen	19
Tab. 2: Eigenschaften der Schüler*innen (Selbstauskunft, n = 616)	27
Tab. 3: Eigenschaften der Interviewteilnehmenden (n = 24)	49
Tab. 4: Liste von Präsentationen im Rahmen des Arbeitspakets 4	131

I Einleitung

In diesem Bericht werden die Vorgehensweise und Ergebnisse einer vom AWO Bezirksverband Potsdam e.V. initiierten und auf ausgewählte Gesundheitsindikatoren ausgerichteten Evaluation des Modellprojekts „*Schulgesundheitsfachkräfte an öffentlichen Schulen im Land Brandenburg*“ (SPLASH II) dokumentiert. Dabei wird an die wissenschaftliche Begleitung der Einführung der Schulgesundheitspflege in Brandenburg und Hessen durch das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin (SPLASH I) angeknüpft. Deren Arbeitsergebnisse wurden in mehreren vergleichbaren Publikationen dokumentiert und aufbereitet (Tannen et al. 2018a, b). Auf eine ausführliche Erörterung der Bedeutung des Themas Schulgesundheitspflege im internationalen und nationalen Kontext, der Motive und Entwicklung des Modellprojekts, seiner Rahmenbedingungen und intendierten oder auch bereits erzielten Wirkungen – sowohl in Brandenburg wie auch in Hessen – wird daher an dieser Stelle verzichtet. Die folgenden Ausführungen dienen lediglich der orientierenden Einführung, zugleich sollen sie eine Einordnung der das Modellprojekt wie auch die Evaluationsstudie beeinflussenden COVID-19-Pandemie ermöglichen.

1. Das Setting Schule und die Schulgesundheitspflege

Bezug nehmend auf den seinerzeit immer offensichtlicher werdenden Zusammenhang zwischen Gesundheit und Bildung wurden öffentliche Schulen bereits in der Jakarta-Erklärung der World Health Organisation (WHO) aus dem Jahr 1997 als wichtiges Setting für die Gesundheitsbildung und -förderung benannt (WHO 1997). In Deutschland wurden diese Impulse inzwischen aufgegriffen. Nach der Jahrtausendwende formulierten die Spitzenverbände der Kranken- und Unfallkassen (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2004) sowie die Kultusministerkonferenz der Länder (Kultusministerkonferenz 2012) Empfehlungen zur Gesundheitsförderung an Schulen. 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, die sich des Themas „Gesundheit in der Schule“ angenommen haben und – wenn auch auf unterschiedliche Weise und mit gemischten Effekten – für die Gesunderhaltung, Gesundheitsförderung und Prävention in diesem Setting engagieren.

Die Schulgesundheitspflege reiht sich in diese Initiativen ein, zeichnet sich gleichwohl durch einen spezifischen Zugang und auch ein eigenständiges Profil aus. Als struktureller Vorteil gilt, dass die Pflegefachpersonen in den Schulen selbst angesiedelt sind und – anderes als vergleichbare Initiativen – nicht erst von außen hinzugezogen werden müssen. Sie verfügen somit über ein hohes Maß an Vertrautheit mit dem Setting und den dort lebenden, lernenden und arbeitenden Menschen und können sich ihnen mit hoher Kontinuität als Gesprächspartner*innen und Begleitende in Gesundheitsfragen anbieten. Ein weiterer Vorteil besteht in dem Kompetenzprofil von Pflegefachpersonen: Sie sind gleichermaßen für die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung (chronisch) kranker Menschen, zugleich aber auch für die Gesundheitsförderung, Prävention, die Förderung einer sicheren Umgebung und die Interessenwahrnehmung von Menschen aller Altersgruppen, von Individuen, Familien, Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen und Settings qualifiziert und zuständig. Die Schulgesundheitspflege nimmt in der Schule sowohl einen vorbeugenden, versorgenden wie auch edukativen Auftrag wahr und überbrückt damit die Schnittstelle zwischen dem Gesundheits- und dem Bildungssystem. Prinzipiell arbeitet sie dabei sowohl individuen- und verhaltensbezogen als auch populations- und verhältnisbezogen. Zugleich baut sie von der Schule aus Brücken in soziale Gemeinschaften und in die regional-lokale Umwelt von Schulen, um so soziale Bündnisse für mehr Gesundheit Einzelner und ganzer Bevölkerungsgruppen aufbauen zu können. Nicht zuletzt aus diesem Grund gilt die Schulgesundheitspflege international

als ein wichtiges Kerngebiet des sogenannten „Public Health Nursing“ oder „Community Health Nursing“. Diese Spezialisierung der Pflege wurde von der WHO bereits in den 1970er-Jahren wie folgt definiert:

„A special field of nursing that combines the skills of nursing, public health and some phases of social assistance and functions as part of the total public health programme for the promotion of health, the improvement of the conditions in the social and physical environment, rehabilitation of illness and disability.“ (WHO 1974).

Diese Überlegungen wurden inzwischen weiter konkretisiert. Heute umfasst diese nur schwer ins Deutsche zu übersetzende Spezialisierung der Pflege anspruchsvolle Aufgaben im Bereich *Gesundheitsförderung* (Edukation, Beratung, Unterstützung, Empowerment), *Krankheitsprävention* (Risiko-Assessment, Screening, Behandlung) sowie des *Krankheitsmanagements* (Fall- und Versorgungsmanagement, Erbringung gesundheitsrelevanter Leistungen inkl. Monitoring, Behandlung, Beratung und Rehabilitation) – und das anforderungsgerecht in diversen Settings, darunter auch Schulen. Das Spektrum reicht von der Entwicklung, Planung, Umsetzung und Evaluation gesundheitsbezogener Maßnahmen vor Ort bis hin zur Beteiligung an übergeordneten Strategieentwicklungen und Implementierung von Maßnahmen zur Gesunderhaltung, Gesundheitsförderung und Prävention für ausgewählte Bevölkerungsgruppen oder die ganze Bevölkerung (WHO 2017). Bei all dem orientieren sich das „Public Health Nursing“ oder „Community Health Nursing“ – und damit auch die Schulgesundheitspflege – an etablierten Regelkreisläufen wie insbesondere dem *Public Health Action Cycle*: Es geht stets darum, Probleme mit hoher Priorität und/oder bestimmte Zielgruppen mit besonderem Unterstützungsbedarf zu identifizieren, darauf ausgerichtete Ziele und Maßnahmen zu formulieren, diese umzusetzen und hinterher auf ihre Wirksamkeit zu prüfen, um somit systematisches Handeln und eine entsprechende Wirkungskontrolle der ergriffenen Maßnahmen zu ermöglichen (Kolip 2006).

2. Wirkungen von Schulgesundheitspflege

Pflegefachpersonen in der Schulgesundheitspflege bringen umfangreiche Kompetenzen mit, um vielfältigen gesundheitlichen Herausforderungen zu begegnen. Neben der Akutversorgung von physischen Beschwerden und Verletzungen, z. B. durch Unfälle, widmen sie sich auch dem gesundheitsbezogenen Monitoring sowie der Gesundheitsförderung und Prävention (WHO 2014). „Schulgesundheitsfachkräfte“ („SGFKs“) nehmen mit ihrem niedrigschwelliges Kontaktangebot eine vermittelnde Funktion ein und erleichtern so den Zugang zum Gesundheitssystem und seinen Diensten („access to care“); sie arbeiten mit internen und externen Akteur*innen zusammen und können somit eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleisten, auch und besonders für chronisch erkrankte Kinder (WHO 2014).

Es gibt bereits einige internationale Studien, die den positiven Effekt des Einsatzes von Pflegefachpersonen an Schulen belegen. Sie können an dieser Stelle nicht systematisch dargelegt und aufbereitet werden. Stattdessen sollen einige Hinweise auf beobachtete Effekte genügen. So können sie zum Beispiel zur Reduktion der Fehlzeiten unter Schüler*innen beitragen, indem sie eine gesundheitliche Versorgung vor Ort gewährleisten und das Gesundheitsbewusstsein stärken (Kocoglu et al. 2017). Durch präventive und gesundheitsfördernde Tätigkeiten konnten Pflegefachpersonen an der Schule das Gesundheitsverhalten von Schüler*innen positiv beeinflussen. So wurde zum Beispiel das Adipositasrisiko unter Schüler*innen verringert, indem ihre Bewegungsmotivation durch gezielte Maßnahmen der Pflegefachperson an der Schule gesteigert wurde (Tucker et al. 2015). Auch in ihrer Rolle als Manager*innen von chronischen Erkrankungen konnten Pflegefachpersonen an Schulen einen besseren Gesundheitszustand betroffener Schüler*innen, aber auch eine Steigerung ihrer schulischen Leistungen erzielen, indem sie sowohl die Kinder als auch deren Eltern beim Selbstmanagement ihrer Erkrankung unterstützten (Leroy et al. 2017). In der Betreuung von psychisch erkrankten Schüler*innen kann die

„School Nurse“ ebenfalls eine zentrale Rolle spielen: Sie kann psychosoziale Probleme identifizieren, bei der Suche nach einem passenden Versorgungsangebot helfen und die betroffenen Heranwachsenden durch eine interprofessionelle Zusammenarbeit im Schulteam unterstützen, über eventuelle medikamentöse Nebenwirkungen aufklären und alle Beteiligten für das Thema der Reintegration in den Schulalltag sensibilisieren (Stevenson 2010). Mit unabhängiger Aufklärung und Information über psychische Erkrankungen kann eine Pflegefachperson zudem die Sensibilität aller schulischen Akteur*innen sowie der Schüler*innen für das Thema steigern und der Tabuisierung von psychischen Erkrankungen entgegenwirken (Stevenson 2010). Vereinzelt Studien belegen zudem, dass Interventionen zu diesem Themenschwerpunkt, die die schulische Umwelt adressieren, zu einer Verbesserung der psychischen Gesundheit von Schüler*innen beitragen (Muellmann et al. 2017).

Darüber hinaus lassen sich durch den Einsatz von Pflegefachpersonen an Schulen an mehreren Stellen Kosten reduzieren: 1. direkte Krankheitskosten für das Gesundheitssystem, wenn Kinder und Jugendliche frühzeitig lernen, sich gesund zu verhalten, und so das Risiko für spätere Erkrankungen gesenkt wird, 2. Kosten in der Wirtschaft, da Eltern ihre Kinder nicht mehr so oft von der Schule abholen müssen und an ihrem Arbeitsplatz dadurch nicht ausfallen, 3. Kosten im Bildungssystem, weil Lehrer*innen von für sie fachfremden gesundheitsbezogenen Aufgaben entlastet werden und sich wieder verstärkt ihrem Bildungsauftrag zuwenden können (Wang et al. 2014).

3. Die Schulgesundheitspflege in Deutschland

Im internationalen Vergleich steckt die Schulgesundheitspflege in Deutschland noch immer in den sprichwörtlichen Kinderschuhen. Zwar gibt es auch hierzulande vereinzelt Pflegefachpersonen an Schulen und das schon seit geraumer Zeit. Sie sind z. B. an internationalen sowie einigen privaten Schulen oder Internaten eingesetzt, aber auch an den Schulen der dänischen Minderheit in Schleswig-Holstein und an einigen Förderschulen (Ellsäßer et al. 2015). Erst in jüngerer Zeit aber erfährt das Thema auch hierzulande mehr Aufmerksamkeit, und es werden mehr und mehr Initiativen angestoßen, um die Idee der Schulgesundheitspflege in Deutschland zu verbreiten. Dabei kommt den Bundesländern – aufgrund der Kulturhoheit der Länder und damit auch der Zuständigkeit für das Schulwesen – eine besondere Rolle zu. An dieser Stelle sollen lediglich einige dieser Initiativen in den Bundesländern kurz benannt werden:

Eine Vorreiterrolle spielt das länderübergreifende Modellprojekt *„Einführung von Schulgesundheitsfachkräften an öffentlichen Schulen in den Bundesländern Brandenburg und Hessen“*, das vom AWO Bezirksverband Potsdam e. V. initiiert und gemeinsam mit dem Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. Frankfurt/Main umgesetzt wurde. Gefördert wurden die Projekte von den jeweiligen Länderministerien, einer Gesetzlichen Krankenkasse (AOK) sowie – im Fall von Brandenburg – auch einer Unfallkasse. Aufbauend auf einer Machbarkeitsstudie und nach der Entwicklung eines Weiterbildungscurriculums für „SGFKs“ wurde in einem Zeitraum von zwei Jahren der Einsatz von jeweils zehn Pflegefachpersonen pro Bundesland an 20 (in Brandenburg) und 10 (in Hessen) Grund- und weiterführenden Schulen erprobt. Inzwischen konnten diese Bemühungen zur Einführung von Schulgesundheitspflege in Hessen erfolgreich verstetigt und erweitert werden; in Brandenburg konnte 2018 zunächst eine Verlängerung der Modellphase ab 2019 mit 27 Schulen und 18 Pflegefachpersonen erreicht werden. Dies Phase endet zum 31.12.2020.

In Rheinland-Pfalz wurden im September 2018 im Rahmen des Projektes ikidS („Ich komme in die Schule“) „SGFKs“ an zwei Grundschulen eingesetzt. Dieses Projekt steht unter der Schirmherrschaft der Bildungsministerin von Rheinland-Pfalz und wird durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und die Walter-Kaminsky-Stiftung gefördert (Johannes-Gutenberg Universität Mainz 2019). Im Fokus dieses Vorhabens stehen chronisch erkrankte und/oder sozial benachteiligte Kinder. Durch den Einsatz einer Pflegefachperson an der Schule soll deren adäquate Versorgung im Schullalltag – orientiert am Ansatz des Case Management –

gewährleistet und der Zugang zum Gesundheitssystem erleichtert werden (Johannes-Gutenberg Universität Mainz 2019).

In Bremen und Bremerhaven wurde ein Modellprojekt gestartet, in dem seit Sommer 2018 sieben „Fachkräfte für Prävention und Gesundheitsförderung“ an insgesamt zwölf Grundschulen eingesetzt werden. Das Vorhaben, das in Kooperation mit dem „Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e. V.“ und dem Gesundheitsamt Bremen durchgeführt wird und bis 2022 angesetzt ist, verfolgt einen anderen Ansatz als die zuvor genannten: Die Fachkräfte sind nicht wie beispielsweise in Brandenburg und Hessen auch in der Akutversorgung und Ersten Hilfe tätig; sie konzentrieren sich ausschließlich auf gesundheitsfördernde Projekte, Unterrichtsgestaltung oder Beratung (Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e. V.).

In Hamburg wird ein fünfjähriges Projekt geplant, in dessen Rahmen 15 „SGFKs“ an 29 Grundschulen zum Einsatz kommen sollen. Das Vorhaben wird von der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) und der Behörde für Schule und Berufsbildung (BSB) zusammen mit dem Verband der Ersatzkassen e. V. vorbereitet. Es soll die Gesundheitskompetenz der Schüler*innen, der Lehrenden und der Eltern stärken, den Zugang zum Gesundheitssystem erleichtern, präventive und gesundheitsfördernde Angebote initiieren und somit zur gesundheitsfördernden Lebenswelt Schule beitragen (Krämer 2019). Die Fachkräfte, die im Januar 2021 ihre Arbeit aufnehmen sollen, werden insbesondere an Schulen in sozial benachteiligten Stadtteilen eingesetzt (Krämer 2019).

Auch in anderen Bundesländern gibt es inzwischen Vorüberlegungen zur Einführung von Schulgesundheitspflege, die aber noch nicht zur Umsetzungsreife gelangt sind. Ob es hierzu eine Abstimmung unter den Bundesländern gibt – etwa in der Kultusministerkonferenz ist unklar. Im Jahr 2017 wurde ein Netzwerk für alle Schulgesundheitspflegenden in Deutschland gegründet, welches sich zum Ziel gesetzt hat, den Einsatz von Schulgesundheitspflegenden in Deutschland zu fördern, und den Austausch für alle Pflegefachpersonen in der Schulgesundheitspflege in Deutschland zu ermöglichen (Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Potsdam e. V. 2017). Auf Bundesebene wurde im Spätherbst 2020 von Seiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine Online-Konsultation zum Thema Schulgesundheitspflege durchgeführt, von der weitere Impulse für dieses Aufgabengebiet erwartet werden.

4. Rollen und Aufgaben der Schulgesundheitspflege

Dort wo es Pflegefachpersonen in öffentlichen Schulen gibt, sind sie heute meist zentrale Ansprechpartner*innen zum Thema Gesundheit, wobei sie zwischen den Bedarfen und Interessen unterschiedlicher Personengruppen und Akteur*innen vermitteln (z. B. Eltern, Schulleitung, Schüler*innen, Akteur*innen von außen) (Schaffer et al. 2016). Grundsätzlich orientiert sich auch die deutsche Schulgesundheitspflege an internationalen Vorbildern, wobei jedoch die spezifischen Bedingungen hierzulande mitzudenken sind (z. B. im Hinblick auf die jeweiligen formalen Qualifikationen der Pflege und die rechtlichen Rahmenbedingungen). Heterogene konzeptionelle Vorstellungen und Interessen führen dazu, dass die Rollen und Aufgaben von Pflegefachpersonen in der Schulgesundheitspflege zum Teil erheblich variieren.

Aus diesem Grund war ein Interesse bei der ersten landesweiten Implementierung von Schulgesundheitspflege in Brandenburg und Hessen darauf ausgerichtet, mehr über das tatsächliche Rollenverständnis und die Aufgabenwahrnehmung von Pflegefachpersonen in diesem Feld zu erfahren. Im Rahmen der seinerzeit durchgeführten wissenschaftlichen Begleitforschung SPLASH I (Tannen et al. 2018a, b) wurden hierzu die von den Pflegefachpersonen in der Schulgesundheitspflege in Brandenburg und Hessen wahrgenommenen Aufgaben anhand einer Leistungsdokumentation empirisch erhoben und zu einem Rollenprofil verdichtet.

Basierend auf diesen empirischen Erkenntnissen konnte ein breit gefächertes Aufgabenspektrum identifiziert werden, das fünf Kernaufgaben bzw. Rollen umfasst: Die *Erste Hilfe* beinhaltet Aufgaben der Erstversorgung bei akuten Gesundheitsbeschwerden oder Unfällen. Die *Beratung*

bezieht sich vornehmlich auf die Klärung gesundheitlicher Probleme oder Fragen seitens der Schüler*innen und setzt voraus, dass die „Schulgesundheitsfachkräfte“ („SGFKs“) niedrigschwellig ansprechbar sind und eine Vertrauensperson darstellen. Darüber hinaus geben die Schulgesundheitspflegenden *Sicherheit*: Die Schüler*innen werden kompetent unterstützt, Beschwerden können fachlich eingeschätzt und ggf. direkt behandelt werden. Außerdem bietet sich die Möglichkeit der gezielten Unterstützung chronisch erkrankter Schüler*innen. Als *Sorgeinstanz* bieten die Pflegefachpersonen in den Schulen einen geschützten Ort, der befreit vom Leistungsdruck Schutz vor Ängsten und Sorgen bieten soll. Die *Vermittlung* zwischen Eltern, Schüler*innen sowie Lehrenden und Einrichtungen des Gesundheitssystems stellt eine weitere Aufgabe der Pflegefachpersonen in der Schule dar. Allerdings wurde im Rahmen der Begleitforschung auch deutlich, dass diese Aufgaben noch wenig systematisch, eher in Reaktion auf an die Pflegefachpersonen herangetragene Anfragen und nicht durchgängig bedarfs- oder anforderungsgerecht wahrgenommen wurden (Tannen et al. 2018a,b). Daher wurde die Empfehlung ausgesprochen, sich intensiver mit dem Rollen- und Aufgabenprofil der Schulgesundheitspflege zu befassen. Zudem sollte das Thema der Systematisierung und Standardisierung von Interventionen bearbeitet werden, um künftig verlässlichere Aussagen über mögliche Wirkungen der Schulgesundheitspflege treffen zu können (ebd.).

5. Schulgesundheitspflege in Pandemiezeiten

Der Beginn der COVID-19-Pandemie erwies sich auch in Deutschland als eine historische Zäsur. Zwar wird schon seit geraumer Zeit darauf hingewiesen, dass neben dem Bedeutungszuwachs chronischer Krankheiten künftig vermehrt neue, globale Infektionskrankheiten zu beantworten sein werden; die aktuelle Pandemie ist aber für viele unerwartet, zugleich mit hoher Dynamik und weitreichenden Folgen aufgetreten. Die langfristigen Auswirkungen dieser Pandemie auf die Gesellschaft, die Gesundheit und die Lebensweisen der Bevölkerung, auf krankenversorgende Einrichtungen, den öffentlichen Gesundheitsdienst und nicht zuletzt auch den Alltag in den Bildungseinrichtungen sind derzeit noch undeutlich. Schon jetzt gibt es aber erste internationale Publikationen, die darauf hindeuten, dass auch die Rollen und Aufgaben der Schulgesundheitspflege davon nicht unberührt bleiben und womöglich neue Priorisierungen vorgenommen werden müssen.

Beispielsweise wird berichtet, dass Pflegefachpersonen in der Schulgesundheitspflege in Reaktion auf die Pandemie enger mit den lokalen und regionalen Gesundheitsbehörden zusammenarbeiteten (Bullard et al. 2020) und diese beim Fallmanagement und der Kontaktverfolgung unterstützten (Flaherty 2020). Dabei wird meist ein doppelter Fokus angelegt und sowohl die individuelle Gesundheit als auch die Gesundheit der Bevölkerung in den Blick genommen (Flaherty 2020). Zudem waren sie gefordert, basierend auf ihren spezifischen Kompetenzen Notfallpläne zu erstellen, Hygienerichtlinien zu formulieren und in enger Zusammenarbeit mit anderen Personen an den Schulen auch für deren Einhaltung und Umsetzung im Schulalltag Sorge zu tragen (Flaherty 2020).

Die National Association of School Nursing (NASN) hat für die USA die Bandbreite der Aufgaben von „School Nurses“ zu Beginn der COVID-19-Pandemie erhoben: Viele verstanden sich als Expert*innen und standen für Fragen der Eltern, Lehrkräfte oder anderer Personen zur Verfügung. Zugleich aber richtete sich ihre besondere Aufmerksamkeit in dieser Zeit auf chronisch erkrankte Schüler*innen und deren Unterstützung, auch in den Familien (Abrams, 2020). Teilweise besuchten sie sogar die Heranwachsenden zu Hause und versorgten diese mit den benötigten Medikamenten oder medizinischem Material (NASN 2020). Auch wurden in dieser Zeit viele Hygienerichtlinien und Maßnahmen überarbeitet, um eine Rückkehr der Schüler*innen an die Schulen und damit den Zugang zu Bildung zu ermöglichen (NASN 2020).

Es ist zu erwarten, dass die Pandemie sich langfristig auch psychische Folgen haben wird – sowohl in der Gesamtbevölkerung wie auch in spezifischen Teilpopulationen. In ersten Studien

wurden schon psychische Auswirkungen durch den Lockdown auf Kinder und Jugendliche beobachtet (Lee 2020). Von den Pflegefachpersonen wurde in diesem Zusammenhang erwartet, diese Ängste und aufkommenden psychischen Beeinträchtigungen zu erkennen, ihnen womöglich in interprofessioneller Zusammenarbeit vorzubeugen und sich abzeichnenden Verschlechterungen frühzeitig entgegenzuwirken (Chardavoine, 2020). Auch daran wird deutlich, wie sehr sich die Anforderungen an die Schulgesundheitspflege aufgrund der Pandemie möglicherweise weiter verändern und zudem anspruchsvoller werden.

6. Begleitung und Evaluation des Brandenburger Modellprojekts

Wie zuvor angemerkt wurde das hier im Zentrum des Interesses stehende Modellprojekt *„Schulgesundheitsfachkräfte an öffentlichen Schulen im Land Brandenburg“* bereits in einer früheren Projektphase vom Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin wissenschaftlich begleitet. Im Rahmen dieser mehrperspektivischen wissenschaftlichen Begleitforschung wurde zunächst eine umfangreiche Ausgangsanalyse durchgeführt (Tannen et al. 2018a). Dafür wurden Dokumente, Protokolle, Memos etc. gesichtet und ausgewertet. Zudem wurden in einer Baseline-Erhebung (T0) standardisierte schriftliche Befragungen von Schüler*innen (kurz: SuS), Eltern, Lehrer*innen und Schulleiter*innen sowie qualitative Einzelinterviews mit SuS, Gruppendiskussionen mit Eltern und Lehrenden sowie partizipativ angelegte Workshops mit den „SGFKs“ realisiert. Nach 12 Monaten in Brandenburg und 9 Monaten in Hessen wurde eine Follow-up-Befragung (T1) durchgeführt. Die Leistungsdokumentation der Pflegefachpersonen an den Schulen wurde nach einem Zeitraum von 11 Monaten in Brandenburg und 10 Monaten in Hessen ausgewertet (Tannen et al. 2018b).

Im Ergebnis konnte die wissenschaftliche Begleitforschung mit diesem mehrperspektivischen Ansatz interessante Einblicke in die Praxis und auch die möglichen Wirkungen der Schulgesundheitspflege vermitteln. Einerseits wurde ein ausgeprägter Bedarf an Prävention und Gesundheitsförderung erkennbar, andererseits die Notwendigkeit, den Umgang mit Erkrankungen und Unfällen an den Schulen zu verbessern. Zudem zeigten sich Optimierungspotenziale im Hinblick auf die Förderung von Gesundheitskompetenz sowohl aufseiten der Schüler*innen wie auch der Lehrer*innen. Die verschiedenen Befragungen ließen durchgehend eine hohe Akzeptanz und Wertschätzung der Pflegefachpersonen seitens der Schüler*innen, der Lehrerschaft sowie der Eltern erkennen, aber auch einen breiten und anspruchsvollen Erwartungshorizont an ihre Aufgabenwahrnehmung. Zwar waren die quantitativ erhobenen Veränderungen seit dem Einsatz der „SGFKs“ an den Schulen aufgrund des kurzen Erhebungszeitraumes nur bedingt aussagefähig und belastbar. Allerdings ließen sich einige Trends ausmachen: Die Schüler*innen hatten das Angebot der Schulgesundheitspflege gut angenommen und sich bei Krankheitssymptomen oder anderen Beschwerden an die Pflegefachpersonen gewandt. Auch mussten sie weniger oft nach Hause geschickt werden, denn durch die „SGFK“ war eine gesundheitliche Versorgung in der Schule gewährleistet. Lehrkräfte fühlten sich entlastet, und die Pflegefachperson stellte sowohl für sie als auch für die Eltern und andere Personen im Schoolsetting eine wichtige Ansprechperson zum Thema Gesundheit dar. Schließlich zeigt sich, dass sowohl die Gesundheitskompetenz der Lehrkräfte und der SuS als auch die der Eltern während des ersten Interventionszeitraumes des Modellprojektes gestiegen ist (de Buhr et al. 2020).

Ausgehend von den Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitforschung (SPLASH I) sowie anderer Daten aus der Evaluation der Maßnahmen in Hessen und Brandenburg wurde die Modellphase für das Projekt *„Schulgesundheitsfachkräfte an öffentlichen Schulen im Land Brandenburg“* bis Ende 2020 verlängert. Zugleich wurden vom Projektträger unterschiedliche wissenschaftliche Einrichtungen hinzugezogen, um die vorliegenden Erkenntnisse aus den vorangegangenen Phasen zu ergänzen und weiterhin zu überprüfen, welchen Beitrag die sogenannten „SGFKs“ zur Gesundheit und zum Bildungserfolg an allgemeinbildenden Schulen leisten können. Zudem sollte geklärt werden, unter welchen Voraussetzungen ein zukünftiger regelhafter Einsatz möglich ist. Während sich einzelne Evaluator*innen auf Bildungsaspekte, das

Aufgabenprofil und die Leistungserfassung der Schulgesundheitspflege oder auch auf rechtliche und ökonomische Aspekte konzentrierten, widmete sich das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft – in Anknüpfung an die eigenen Vorarbeiten – schwerpunktmäßig der Evaluation ausgewählter Gesundheitsindikatoren. Die Evaluationsstudie wurde unter dem Titel *„Schulgesundheitspflege und ihr Einfluss auf die Gesundheit der Schüler*innen – SPLASH II“* von Juli 2019 bis Dezember 2020 an der Charité – Universitätsmedizin durchgeführt. Ziel der mit dem Projektträger und den übrigen Evaluator*innen abgestimmten Evaluation war es, die Wirkung der Schulgesundheitspflege auf den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskompetenz der Schüler*innen zu prüfen und die Ergebnisse – wo dies aus wissenschaftlicher Sicht möglich und vertretbar war – mit denen der ersten beiden Erhebungen (T0 und T1) zu vergleichen. Allerdings wurde nicht nur das Brandenburger Modellprojekt, sondern gleichermaßen auch die wissenschaftliche Evaluation von der COVID-19-Pandemie überrascht und zu einer Anpassung gezwungen. Aus diesem Grund wurde auch untersucht, inwiefern sich die Aufgaben und Tätigkeiten von Pflegefachpersonen in der Schulgesundheitspflege aus ihrer Sicht durch dieses Ereignis verändert haben und welche Auswirkungen sie für ihre künftige Arbeit erwarten. Die Vorgehensweise, die Ergebnisse und die Schlussfolgerungen dieser Evaluationsstudie sind im Folgenden dokumentiert.

II Befragung der Schüler*innen und Schulleitungen – Methodisches Vorgehen

An dieser Stelle wird zunächst das methodische Vorgehen zur Befragung der Schüler*innen sowie der Schulleitungen in Brandenburg dargestellt. Da die Datenerhebungsphase im Jahr 2020 von der COVID-19-Pandemie geprägt war und einige Umplanungen erfuhr, wird sie, um Verwirrung zu vermeiden, chronologisch berichtet. Dementsprechend wird zunächst die Erhebung unter den Schüler*innen beschrieben, danach die Befragung der Schulleitungen. In der Ergebnisdarstellung wurde die Reihenfolge umgekehrt, um erst die Kontextinformationen der Schulleitungen zu berichten, bevor es um die detaillierteren Aussagen der Schüler*innen geht.

1. Befragung der Schüler*innen – Datenerhebung

In dem am Modellprojekt beteiligten Schulen sollten die Schüler*innen dazu befragt werden, wie es um ihren Gesundheitszustand, ihr Gesundheitsverhalten und ihre Gesundheitskompetenz bestellt war und welche Erfahrungen sie mit der Schulgesundheitspflege gesammelt hatten. Hierfür wurde eine standardisierte Befragung durchgeführt, die sich an alle SuS der beteiligten Modellschulen in Brandenburg ab der Klassenstufe 3 richtete.

Für die Datenerhebung wurde auf das aus SPLASH I bereits vorhandene Erhebungsinstrument (Fragebogen) zurückgegriffen, wobei im Rahmen des Arbeitspakets 1 inhaltliche und formale Anpassungen vorgenommen wurden. Der Fragebogen wurde gekürzt und sprachlich vereinfacht, um auch die jüngeren SuS im Alter von 9 und 10 Jahren befragen zu können. In der vorhergehenden Erhebung hatten noch deren Eltern als sogenannte Proxys (Verteter*innen) die Fragebögen ausgefüllt. Das Aufklärungsmaterial zur Teilnahme an der Befragung wurde ebenfalls auf Vereinfachungen hin überprüft und angepasst.

Nach der Genehmigung der Erhebung durch das Ministerium für Bildung, Jugend und Sport (MBS) am 20.01.2020 sowie dem ethischen Clearing durch die Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) am 29.01.2020 wurde die Befragung der SuS begonnen (Arbeitspaket 2). Dabei wurde folgendermaßen vorgegangen: Das Aufklärungsmaterial wurde an die beteiligten Modellschulen versandt und von dort an die Haushalte der SuS weitergeleitet. Sodann wurden die unterzeichneten Einverständniserklärungen der Sorgeberechtigten der SuS eingeholt und in den Schulen verwahrt. An vorab vereinbarten Tagen kamen Projektmitarbeiter*innen in die Schulen und verteilten die Fragebögen an alle SuS, deren Sorgeberechtigte ihr schriftliches Einverständnis zur Befragung gegeben hatten. Die SuS wurden wiederholt auf die Anonymität und Freiwilligkeit ihrer Teilnahme hingewiesen. Einige Items des Fragebogens wurden durch die anwesenden Projektmitarbeiter*innen erläutert, spontane Fragen seitens der SuS während des Ausfüllens durch jene beantwortet. Mit den jüngeren SuS (Klassenstufen 3 und 4) wurde der Fragebogen Frage für Frage zusammen durchgegangen. Für diese Tätigkeit hatten die Projektmitarbeiter*innen vorab eine interne Schulung erhalten. Sie sollten dadurch abschätzen können, inwiefern die Fragen erläutert und gegebenenfalls Beispiele genannt werden konnten, ohne die SuS zu beeinflussen und gleichermaßen identische Informationen zur Erläuterung an die SuS zu übermitteln. Nach dem Ausfüllen wurden die Fragebögen in einen Umschlag pro Klasse gesteckt, der verschlossen wurde und zunächst in der Schule zwischengelagert wurde.

Die Fragebögen wurden dann von Mitarbeiter*innen des Modellträgers, dem AWO Bezirksverband Potsdam e. V., eingesammelt und an ein externes Dienstleistungsunternehmen zum Einscannen weitergeleitet. Die Fragebögen wurden im Anschluss daran vernichtet. Die so digitalisierten Daten wurden elektronisch und passwortgeschützt an das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin übermittelt. Die Fragebögen wurden anonymisiert und mit einer laufenden Fallnummer versehen, wodurch lediglich ein Rückschluss auf die Schule, aber nicht mehr auf die einzelnen SuS möglich war.

2. Verlauf der Datenerhebung

Die Befragung unter den SuS mittels Fragebogen fand vom 02.03. bis 13.03.2020 an sieben von insgesamt 15 am Modellprojekt beteiligten Schulen statt. Ab dem 16.03.2020 musste die Datenerhebung abgebrochen werden. Dadurch konnte die Erhebung an zwei Schulen nicht wie geplant abgeschlossen werden; an acht Schulen konnte sie nicht gestartet werden. Grund für den Abbruch der Datenerhebung waren die zwischenzeitlich rund um die COVID-19-Pandemie getroffenen Maßnahmen, darunter a) die Schließung der Schulen entsprechend der Verlautbarung des MBS vom 15.03.2020 sowie b) ein Rundschreiben der Leitung der Charité – Universitätsmedizin Berlin, das die zumindest vorübergehende Aussetzung aller Forschungsaktivitäten vorsah, die sich nicht auf SARS-CoV-2 oder COVID-19 fokussierten.

Eine Wiederaufnahme bzw. Fortführung der Datenerhebung unter den SuS erwies sich auch nach eingehender Prüfung aus ethischen, logistischen und forschungsmethodischen Gründen als nicht mehr realisierbar. Weder sollten die Schulen bei der Wiedereröffnung und den damit verbundenen Herausforderungen rund um die notwendigen Hygienemaßnahmen und Schutzpläne durch Forschungstätigkeiten belastet werden, noch sollten die Vermittlung von Unterrichtsinhalten durch die Befragung der SuS in den Schulen behindert oder die SuS zusätzlichen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt werden. Da die Fortführung der Befragung zudem nach dem Auftreten der COVID-19-Pandemie stattgefunden hätte, wären Antwortverzerrungen im Vergleich zu den zuvor erhobenen Daten wahrscheinlich gewesen.

3. Befragung der Schulleitungen – Datenerhebung

Laut Arbeitspaket 2 wurden neben den SuS auch die Schulleitungen schriftlich befragt – ähnlich wie dies bereits in SPLASH I durchgeführt wurde. Auch diese Erhebung wurde durch das Aufkommen der COVID-19-Pandemie irritiert. Für die schriftliche Befragung der Schulleitungen wurden im Zeitraum der oben erläuterten Schulschließung in Brandenburg die Fragebögen angepasst und um Fragen zur COVID-19-Pandemie ergänzt (siehe Kapitel VIII.2). Konkret wurde nach gesundheitsrelevanten Maßnahmen aufgrund der COVID-19-Pandemie gefragt, ferner nach genutzten Informationsquellen und -kanälen, um gesundheitsrelevante Mitteilungen für Schüler*innen, Sorgeberechtigte und Schulpersonal bereitzustellen, sowie nach zusätzlichen Aufgaben der „SGFK“ an der jeweiligen Schule.

Mit Beginn der Sommerferien in Brandenburg (24.06.2020) wurden die Fragebögen mit der Teilnahmeinformation und der Einwilligungserklärung sowie einem adressierten und frankierten Rückumschlag per Post an die Schulleitungen versendet. Dabei wurden ausschließlich Schulen einbezogen, an denen im März 2020 auch die Erhebung unter den SuS stattfinden konnte.

4. Datenauswertung

Die statistische Datenauswertung entsprechend dem Arbeitspaket 3 erfolgte mithilfe von IBM SPSS Statistics 25.0. Es wurden primär deskriptive Analysen vorgenommen. Für die Items, die zu mindestens zwei Messzeitpunkten erhoben wurden, wurden – wo dies aus wissenschaftlicher Sicht möglich und vertretbar war – beschreibende Vergleiche mit den T0- und T1-Erhebungen herangezogen.

III Befragung der Schüler*innen und Schulleitungen – Ergebnisse

1. Befragung der Schulleitungen

Die Schulleiter*innen der Schulen, an denen die Befragung der SuS vor der Schulschließung vorgenommen werden konnte, wurden kurz vor den Sommerferien 2020 gebeten, einen Fragebogen auszufüllen. Dieser diente der Erfassung gesundheitsrelevanter Strukturmerkmale der Schulen, wobei er sich an den Erhebungsinstrumenten orientierte, die in der ersten Phase der wissenschaftlichen Begleitforschung SPLASH I in der sogenannten T0- und T1-Erhebung eingesetzt wurden. Der teilstandardisierte Fragebogen wurde jedoch um einige Fragen zur COVID-19-Pandemie ergänzt, um auch die hierdurch eingetretenen Veränderungen auf Seiten der am Modellprojekt beteiligten Schulen erfassen und einordnen zu können.

Als das SPLASH-Projekt 2016 startete und ein Ist-Zustand an den damals teilnehmenden Schulen erhoben wurde (T0), nahmen 18 Schulleiter*innen an der Befragung teil. 2018, in der Wiederholungsbefragung (T2), füllten noch sechs von sieben der seinerzeit angefragten Schulleiter*innen den Fragebogen aus. Dieses Ungleichgewicht in der Anzahl der teilnehmenden Schulen muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden. Als eine Konsequenz daraus wurde in den Berichten auf Vergleiche mit T0 und T1 weitgehend verzichtet, da diese nur wenig aussagekräftig gewesen wären (Tannen et al. 2018b).

1.1 Allgemeine Daten der Schulen

Das Modellprojekt wurde in Brandenburg in neun, meist ländlich strukturierten Modellregionen durchgeführt. An dieser Befragung beteiligt waren 4 Grundschulen, 3 Oberschulen und ein Oberstufenzentrum, davon 5 aus (klein)städtischen, 2 aus ländlichen Regionen. Tabelle 1 zeigt u. a., dass an den teilnehmenden Schulen zwischen 173 bis 890 Schüler*innen unterrichtet werden. Alle diese Schulen nehmen an verschiedenen Lern- oder Gesundheitsförderungsprogrammen teil. Bei den Schulen, die in einer städtischen Region liegen, ist der Anteil der Einschüler*innen mit einem niedrigen Sozialstatus höher ist, als der bei den Schulen auf dem Land.

Tab. 1: Eigenschaften der teilnehmenden Schulen

Schultyp	Anzahl der SuS (2019)	Programme der Schule	Region	Einschüler*innen mit niedrigem Sozialstatus (2018)
Oberschule	173	Schule für gemeinsames Lernen	Land	9,5% von 1358
Grundschule	352	Grundschule mit Ganztagsangeboten in der offenen Form; „Gute gesunde Schule“	Stadt	16,6% von 608
Oberschule	350	„Gute gesunde Schule“; „Schule für gemeinsames Lernen“; Ganztagsangebote	Stadt	16,6% von 608
Grundschule	397	„Verlässliche Halbtagsgrundschule + Hort + ergänzende Angebote“; Schule für gemeinsames Lernen	Stadt	20,4% von 431
Oberstufenzentrum I	890	Förderunterricht, Förderung von benachteiligten Jugendlichen im Rahmen des Berufsgrundbildungsjahres (BGJ)	Stadt	11,8% von 1574
Grundschule	480	Ganztagschule, flexible Schuleingangsphase (FLEX), Beantragung „Gute gesunde Schule“	Land	4,1% von 2051

Schultyp	Anzahl der SuS (2019)	Programme der Schule	Region	Einschüler*innen mit niedrigem Sozialstatus (2018)
Grundschule mit Oberschule	701	Förderschwerpunkt Hören, Oberschule ist gebundene Ganztagschule, „Schule für gemeinsames Lernen“, Förderung sportbegabter und interessierter Schülerinnen und Schüler	Stadt	11,8% von 1574

Der Anteil der Schülerinnen und Schüler (SuS) mit einer chronischen Erkrankung, mit einer Behinderung oder einem sonderpädagogischen Förderbedarf liegt bei 23,7 % (siehe Abb. 1). Knapp die Hälfte dieser Schüler*innen weisen eine chronische Erkrankung auf.

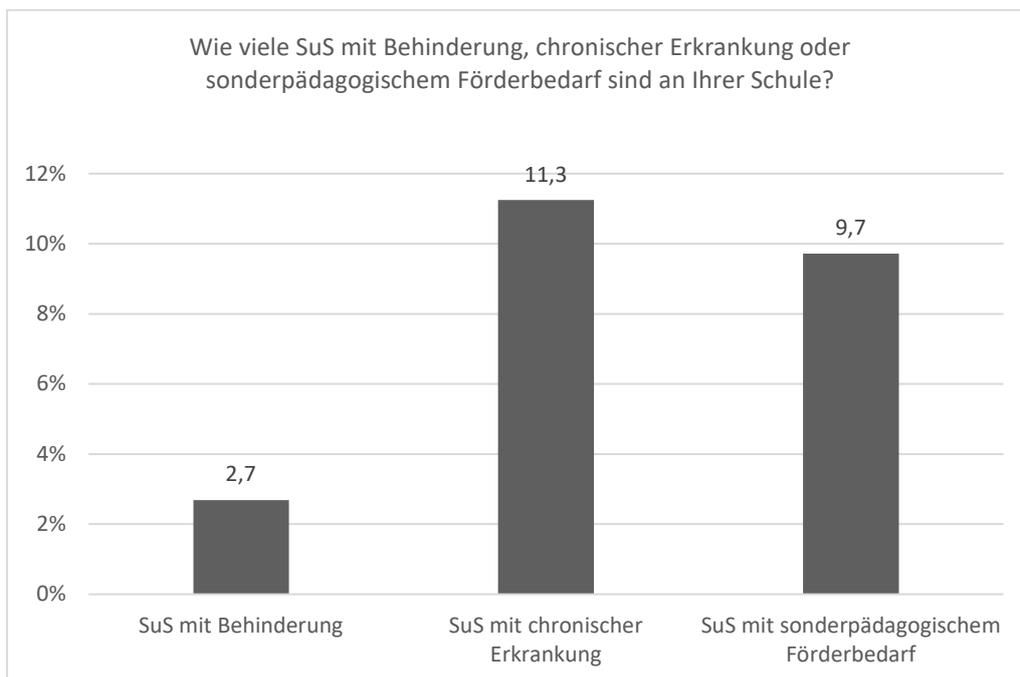


Abb. 1: Schüler*innen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und sonderpädagogischen Förderbedarf an den befragten Schulen

1.2 Gesundheitsbezogene Angebote der Schulen

Schulen stellten für ihre SuS verschiedene Bewegungs- und Sportgelegenheiten zur Verfügung. Es zeigte sich, dass Sportgelegenheiten wie Turnhallen, Sportplätze oder Laufbahnen zu T2 an allen Schulen verfügbar waren, was zu T0 noch nicht vollumfänglich der Fall war (siehe Abb. 2). Entspannungsräume, Skatebereiche oder Schwimmbäder waren sowohl zu T0 als auch zu T2 an wenigen Schulen vorhanden.



Abb. 2: Bewegungs- und Sportgelegenheiten an Schulen zu T2 und T0

Während zu T0 alle 18 Schulen ein Mittagessen für SuS anboten und dabei 12 der 18 Schulen auf gesunde Ernährungsweise achteten, stellten zum aktuellen Erhebungszeitpunkt fünf der hier einbezogenen Schulen ein Mittagessen für die SuS bereit, wobei die Hälfte dabei ebenfalls eine gesunde Ernährung berücksichtigte (ohne Abb.). Zusätzlich stellten zu T2 drei Schulen eine Trinkwasserversorgung für SuS zur Verfügung. Laut Auskunft der befragten Schulleiter*innen nahmen drei Schulen an einem Landesprogramm „Gute gesunde Schule“ bzw. „Gesunde Schule“ teil (n = 3) (ohne Abb.).

Barrierefreie Baelemente an Schulen stellten beispielsweise spezielle Toiletten, Paneele zur Schalldämpfung oder Aufzüge dar (siehe Abb. 3). Aber auch Hilfsmittel wie Lampen, Lupen oder Lesecomputer fanden zum Erhebungszeitraum T0 und T1 in unterschiedlichem Ausmaß ihren Einsatz an den Schulen.

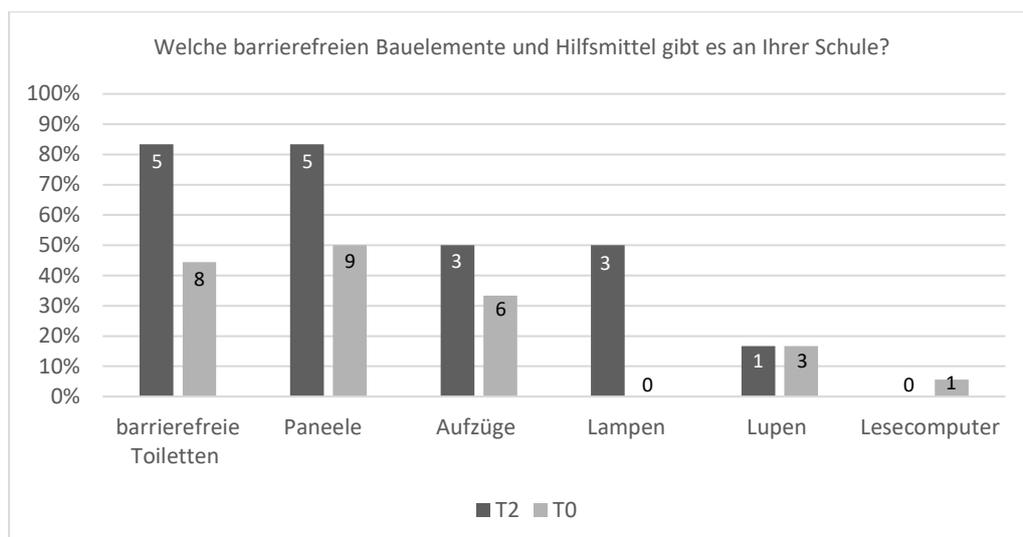


Abb. 3: Barrierefreie Baelemente und Hilfsmittel an Schulen zu T2 und T0

Im Verlauf der letzten drei Schuljahre benannten die Schulleiter*innen (n = 6) verschiedene gesundheitsbezogene Maßnahmen, die an den Schulen thematisiert wurden (siehe Abb. 4). Themen wie erste Hilfe, Ernährung, Bewegung, Suchtmittel oder Mundhygiene, aber auch Kommunikation sowie Stress und Entspannung wurden am häufigsten adressiert.

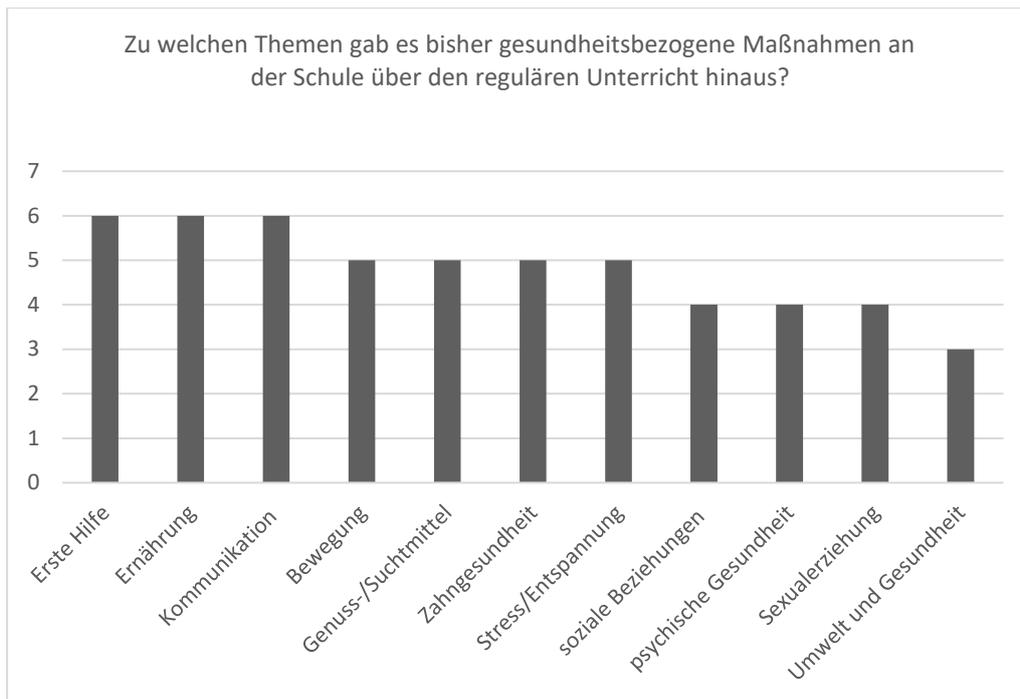


Abb. 4: Gesundheitsbezogene Maßnahmen an den Schulen

Die eben beschriebenen gesundheitsbezogenen Themen wurden an den Schulen in unterschiedlicher Häufigkeit und Form aufgegriffen und bearbeitet (ohne Abb.). Besonders häufig wurden die angesprochenen Themen im Kontext des Fachunterrichts ($n = 47$) adressiert. An zweiter Stelle nannten die Schulleiter*innen eine Zusammenarbeit mit den Pflegefachpersonen, um Gesundheitsthemen an den Schulen zu bearbeiten ($n = 33$). Auch Projekttag ($n = 30$), individuelle Projekte ($n = 27$) oder Arbeitsgemeinschaften ($n = 19$) konnten an den Schulen dazu beitragen, den SuS gesundheitsbezogene Themen näherzubringen. Informationsveranstaltungen ($n = 7$) oder Wahlpflichtangebote ($n = 3$) wurden hingegen kaum eingesetzt.

Die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung wurden an den Schulen in verschiedenen Intervallen in den Schulablauf integriert (ohne Abb.). Am häufigsten wurden den SuS gesundheitsbezogene Themen durch einmalige Projekttag nähergebracht ($n = 27$). Projektwochen fanden im Vergleich dazu deutlich seltener statt ($n = 12$). Oftmals erwähnten die Schulleiter*innen, dass sich die Bearbeitung von Themen, die der Gesundheitsförderung dienen sollten, sowohl über ein ganzes Schuljahr ($n = 16$) als auch über die gesamte Schulzeit ($n = 16$) erstreckte.

Im Rahmen der Ausgangsanalyse wurden 18 Schulleiter*innen dazu befragt, welche Veränderungen sie durch die Beschäftigung einer Pflegefachperson an den Schulen erwarteten. Sowohl zu T1 ($n = 24$) als auch zu T2 ($n = 6$) wurde diese Frage erneut gestellt. Abb. 5 zeigt, dass die Erwartungen zum Teil mit dem übereinstimmten, was dann tatsächlich an Veränderungen durch den Einsatz der Pflegefachpersonen eingetreten ist. Durch die „SGFK“ konnte eine Entlastung des Lehrpersonals von fachfremden gesundheitsbezogenen Tätigkeiten (T2: $n = 6$; T1: $n = 22$; T0: $n = 18$), ebenso wie eine Verbesserung der gesundheitlichen Akutversorgung von SuS (T2: $n = 6$; T1: $n = 24$; T0: $n = 17$) erzielt werden. Darüber hinaus verbesserte sich vor allem die gesundheitliche Versorgung von chronisch kranken und SuS mit Behinderung (T2: $n = 5$; T1: $n = 22$; T0: $n = 18$). Ebenso konnte durch den Einsatz der Pflegefachpersonen das schulische Angebot an gesundheitsförderlichen Projekten zu Themen wie z. B. gesunde Ernährung, Bewegung, Mundgesundheit, sexuelle Gesundheit (T2: $n = 6$; T1: $n = 23$; T0: $n = 15$) sowie an primärpräventiven Projekten (z. B. zu Rauchen, Mobbing, Alkoholkonsum, Erkältungsschutz) (T2: $n = 5$; T1: $n = 21$; T0: $n = 14$) ausgeweitet werden. Weniger Veränderungen konnte bei der Reduktion von Fehlzeiten des Lehrpersonals (T2: $n = 1$; T1: $n = 2$; T0: $n = 5$), der Kommunikation

der SuS untereinander (T2: n = 0; T1: n = 12; T0: n = 3) sowie der Kommunikation zwischen Lehrpersonal und SuS (T2: n = 2; T1: n = 10; T0: n = 3) erzielt werden.

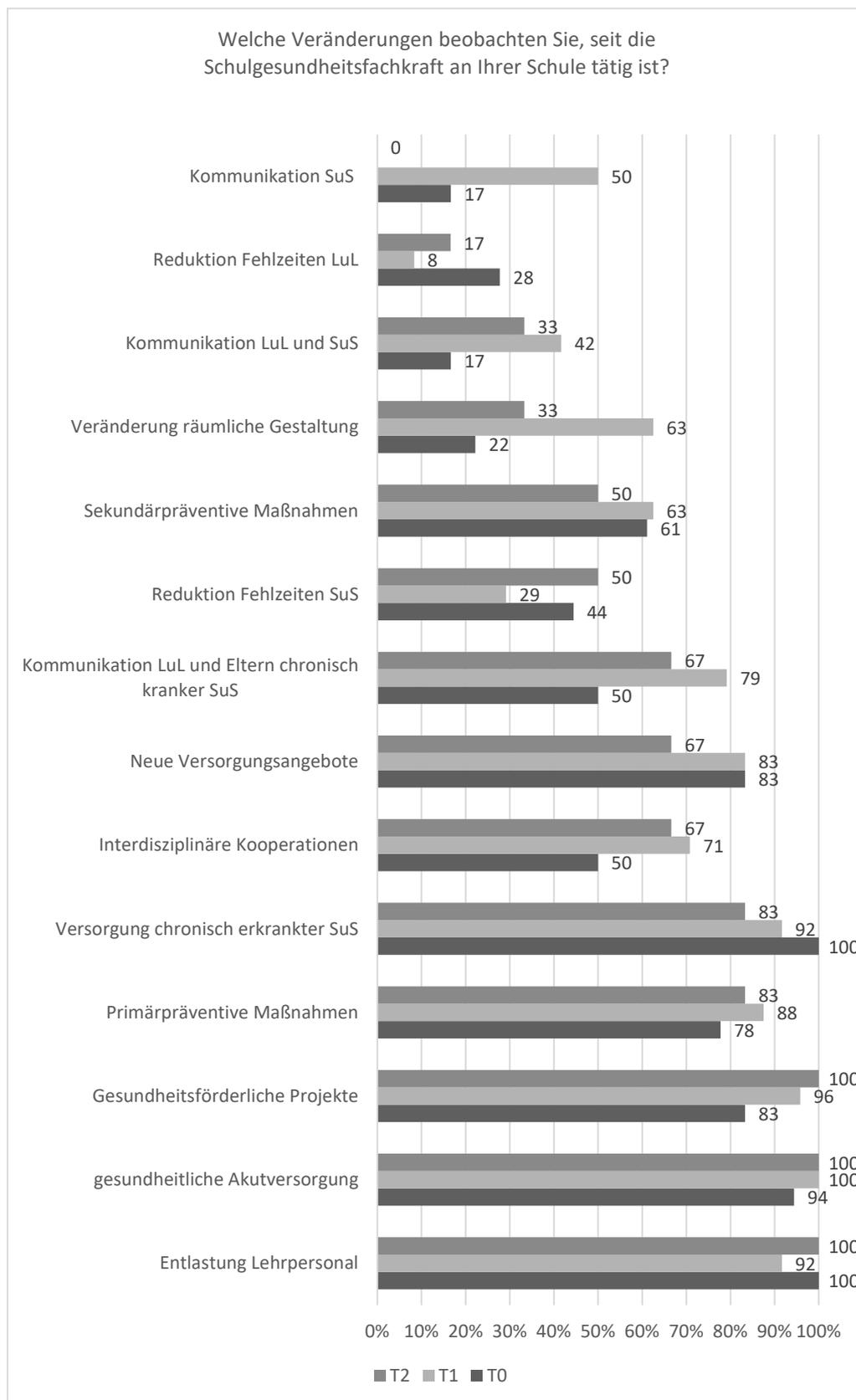


Abb. 5: Erwartungen (T0) an und Veränderungen (T1, T2) durch die Pflegefachperson an der Schule
 SuS = Schülerinnen und Schüler; LuL = Lehrerinnen und Lehrer

Die befragten Schulleiter*innen stimmten darüber überein, dass die Pflegefachpersonen das Thema Gesundheit in den Schulen deutlich präsenter machen konnten (n = 6), sie konnten die Gesundheitsinformation in der Schule verbessern (n = 6) und verantwortliche Ansprechpartner*innen an der Schule für die gesundheitlichen Probleme der SuS sensibilisieren (n = 6) (siehe Abb. 6). Das Lehrpersonal konnte gesundheitliche Themen oder Probleme häufiger an die „SGFK“ delegieren (n = 5) und der Kontakt mit Ärzt*innen, Gesundheitsämtern und anderen Gesundheitseinrichtungen im Umfeld der Schule konnte verbessert werden (n = 5). Das Lehrpersonal hat sich in seinem Unterricht aufgrund des Einsatzes der Pflegefachpersonen nicht weniger mit gesundheitlichen Themen befasst (n = 0), auch wurde die Konfrontation des Lehrpersonals mit gesundheitlichen Anliegen der SuS kaum reduziert (n = 2).

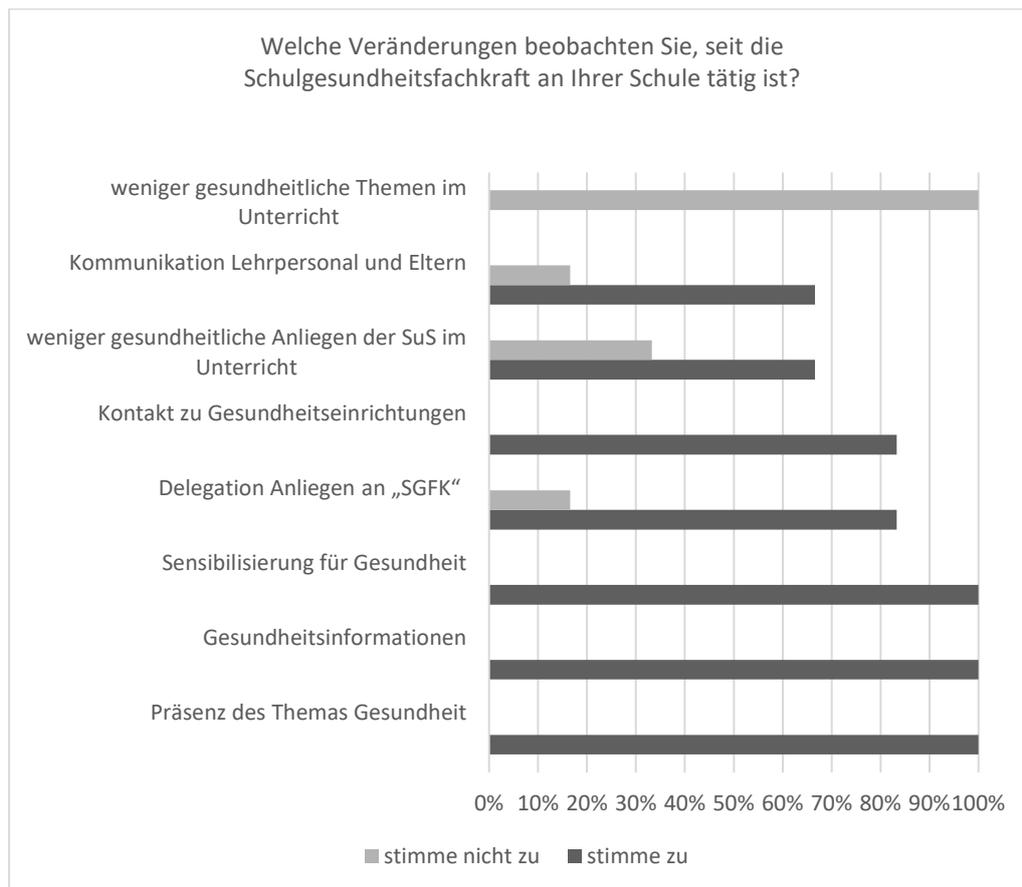


Abb. 6: Veränderungen durch die Pflegefachperson an der Schule

Abschließend hatten die in dieser Modellphase befragten Schulleiter*innen noch Gelegenheit, weitere Anmerkungen, Kommentare oder Rückmeldungen vorzubringen. In einem Fall wurde angemerkt, dass die Pflegefachpersonen durchgängig nur an einer Schule tätig sein sollten, um eine kontinuierlichere Arbeit gewährleisten zu können. In einem anderen Fall wurde mit Nachdruck gefordert, dass das Projekt „Schulgesundheitsfachkräfte an Brandenburger Schulen“ fortgeschrieben werden sollte und dass dies sowohl Schulleitungen, Schulkonferenzen und auch Schulträger befürworten würden.

1.3 COVID-19-bezogene Maßnahmen der Schulen

Die COVID-19-Pandemie stellte insbesondere die Schulen vor große, in dieser Form bis dato nicht gekannte Herausforderungen. Ging es am Anfang noch darum, den Schulbetrieb trotz der sich verschärfenden Pandemie aufrechtzuerhalten, galt es im weiteren Verlauf die Folgen der behördlicherseits angeordneten Schulschließung aufzufangen und schließlich die Wiederaufnahme eines geregelten Schulbetriebs unter Pandemie-Bedingungen zu organisieren. Die Schulleiter*innen haben in der Befragung einerseits Maßnahmen benannt, die während der

COVID-19-Pandemie durchgesetzt wurden. Andererseits machten sie auf Mittel und Wege aufmerksam, die genutzt wurden, um Informationen an SuS, Sorgeberechtigte und das Schulpersonal weiterzugeben. Außerdem gaben die Schulleiter*innen eine Einschätzung dazu ab, inwieweit „SGFKs“ sie und die übrigen Mitglieder der Schulgemeinschaft während der Pandemie unterstützt haben bzw. welches Unterstützungspotenzial sie sehen.

Aufgrund der COVID-19-Pandemie mussten an den Schulen vielfältige gesundheitsrelevante Maßnahmen ergriffen werden (siehe Abb. 7). Die befragten Schulleiter*innen (n = 6) nannten dabei den Einsatz von Abstandshaltern wie Bodenmarkierungen, Zugangskontrollen in die Schulen bzw. auf das Schulgelände, das Aussetzen des Sportunterrichts und den Verzicht auf den Verkauf von Speisen in der Schule und auf dem Schulgelände. Des Weiteren wurden hygienische Maßnahmen wie die Anpassung von Waschplätzen (n = 5) oder die Bereitstellung von Desinfektionsmittel (n = 5) sowie kontaktreduzierende Maßnahmen wie die Gestaltung asynchroner Pausen (n = 3) oder das Herabsetzen der Schüler*innenzahl pro Klasse (n = 5) während der COVID-19-Pandemie ergriffen, um einer Ausbreitung entgegenzuwirken.

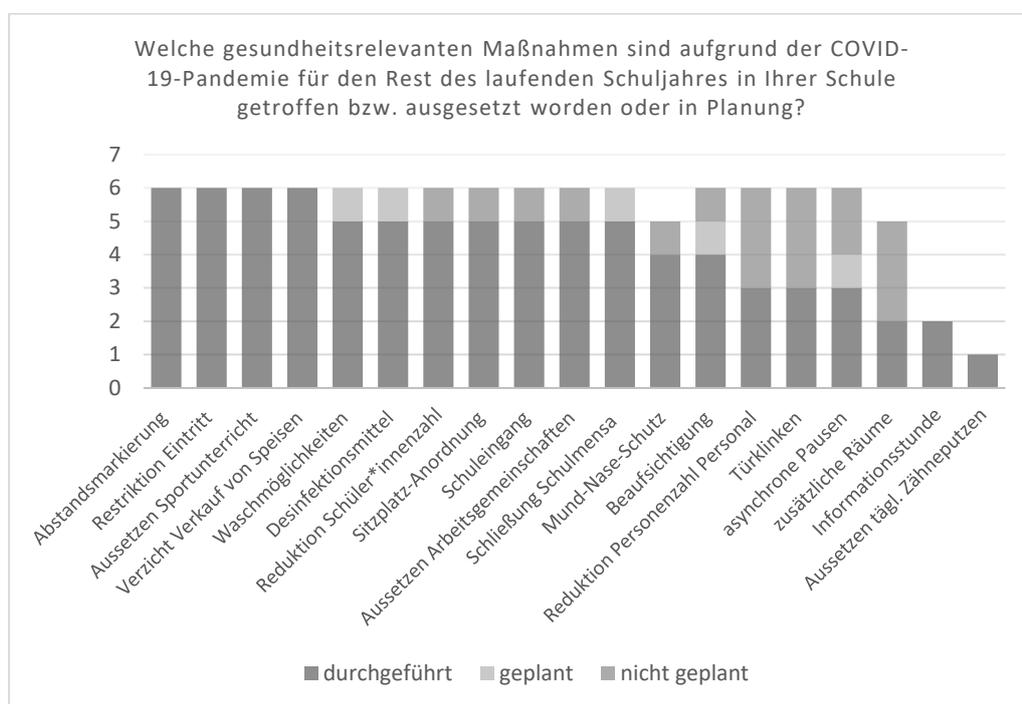


Abb. 7: Gesundheitsrelevante Maßnahmen während der COVID-19-Pandemie

Um Informationen über die COVID-19-Pandemie und die richtigen Verhaltensweisen für die verschiedenen Zielgruppen an den Schulen – also für SuS, Sorgeberechtigte und Schulpersonal – bereitstellen zu können, nutzten die befragten Schulleiter*innen verschiedene Informationsquellen und -kanäle (siehe Abb. 8). Am häufigsten wurden von den befragten Schulleiter*innen die „SGFKs“ (n = 6), die Gesundheitsämter (n = 5) sowie Ärzt*innen (n = 4) genannt. Dabei ist allerdings ungeklärt, um was für Ärzt*innen es sich dabei konkret handelte (z. B. kooperierende niedergelassene Allgemeinmediziner*innen, niedergelassene Fachärzt*innen, Ärztinnen in Kliniken oder solche aus dem Umfeld der befragten Schulleiter*innen). Das Festlegen von Verhaltensregeln für das gesamte Schulpersonal, das Informieren der SuS über Hygienemaßnahmen, das Informieren der Sorgeberechtigten per Rundbrief sowie das Aushängen von Plakaten mit Verhaltenshinweisen in der Schule und auf dem Schulgelände stellten Informationskanäle dar, die alle befragten Schulleiter*innen (n = 6) nutzten. Das Angebot einer Telefonsprechstunde durch die Pflegefachpersonen an der Schule war ein Informationskanal, der punktuell an den Schulen bereits genutzt wurde (n=2). Manche Schulleiter*innen dachten zumindest darüber nach (n=2), während andere diese personalkommunikative Maßnahme zur Information der

verschiedenen Zielgruppen gar nicht erst in Betracht gezogen haben (n=2). Hier zeigen sich Unterschiede zwischen den Schulen, die auf eine unterschiedliche Wahrnehmung des Aufgaben- und Verantwortungsspektrums der Pflegefachpersonen für Schulgesundheitspflege durch die Schulleiter*innen hinweisen könnten.

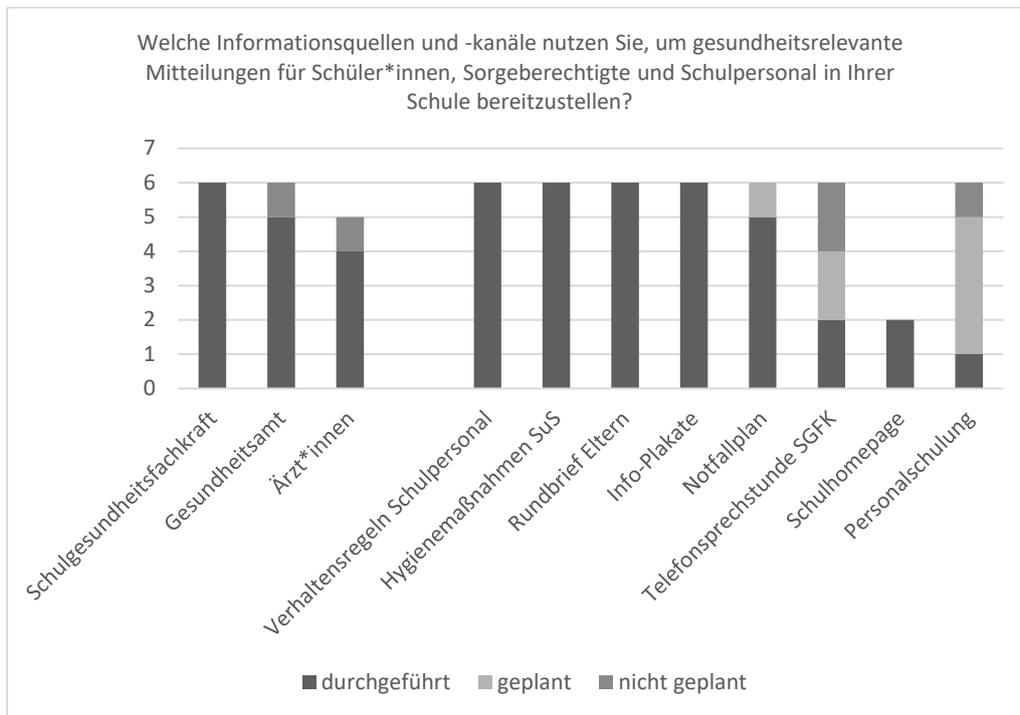


Abb. 8: Mittel zur Bereitstellung von Informationen durch Schulleiter*innen

Abschließend wurden die Schulleiter*innen aus Brandenburg gefragt, welche zusätzlichen Aufgaben sie durch die COVID-19-Pandemie für die an ihren Schulen eingesetzten Pflegefachpersonen sehen. In einem Freitextfeld hielten drei der sechs befragten Schulleiter*innen ihre Ideen dazu fest. So wurde beispielsweise in einem Fall auf die Möglichkeit des Einsatzes der „SGFK“ im Gesundheitsamt hingewiesen. In einem anderen Fall wurde der Wunsch geäußert, dass die Pflegefachpersonen präsent und aufgeschlossen sind, informieren, Aufklärungs- und Hinweismaterial bereithalten und ständigen Kontakt mit dem Gesundheitsamt aufrechterhalten. Das Thema Informationen übermitteln – etwa auch auf Elternabenden – war mehreren Schulleiter*innen wichtig. In einer Aussage wurde ein noch engerer Kontakt zwischen Schulleitung und Pflegefachperson gewünscht, zudem bestand die Vorstellung, dass die Pflegefachpersonen in gewisser Weise Monitoring-Funktionen übernehmen, die Inspektion von Corona-bedeutsamen „Hotspots“ (Toilette, Waschplätze etc.) durchführen und entsprechende Hinweise weitergeben könnten. Schließlich wurden die Erstellung und Evaluation des schulinternen Hygieneplans sowie die Sensibilisierung der SuS und Lehrer*innen für das Händewaschen und andere hygienische Aspekte als zusätzliche Aufgabe der Pflegefachpersonen in Pandemiezeiten angesehen.

2. Demografie der Schüler*innen

Zunächst sollten mit der Fragebogenerhebung einige Informationen über die Schüler*innen zusammengetragen werden, die an den Brandenburger Modellschulen unterrichtet wurden. Wichtig ist dabei zu bemerken, dass in dieser Befragungsrunde (T2) alle SuS ab 9 Jahren den Fragebogen selber bearbeiteten. In den vorausgegangenen Befragungen (T0 und T1) stammten die Informationen zu den SuS unter 11 Jahren dagegen von den Eltern (Proxys).

Wichtig: Die Daten der beiden ersten Befragungen (T0 und T1) und die der hier dokumentierten Befragung (T2) sind aus wissenschaftlicher Sicht nur sehr bedingt miteinander vergleichbar, was bei der Betrachtung und Interpretation sorgfältig zu berücksichtigen ist.

In Tabelle 2 werden die Eigenschaften der Stichprobe zu T2 gezeigt. Insgesamt konnten bis zum pandemiebedingten Abbruch der Datenerhebung 616 SuS an sieben Schulen befragt werden, davon 465 SuS in den Klassenstufen 3 bis 6 an Grundschulen, 134 SuS in der Sekundarstufe I und 13 SuS in der Sekundarstufe II. Das mittlere Alter der Befragten lag bei 11,2 Jahren, die Spannweite umfasste 7 bis 26 Jahre. Das Geschlechterverhältnis war annähernd gleichverteilt. Einen mindestens einseitigen Migrationshintergrund wiesen 17,8 % der SuS auf.

Tab. 2: Eigenschaften der Schüler*innen (Selbstauskunft, n = 616)

Schüler*innen	n	n	M (SD) bzw.	% bzw.
	teilnehmend	fehlend	Anzahl	[Range]
Bildungsstufe	612	4		
Primarstufe (3.-6. Klasse)	465			76,0
Sekundarstufe I (ab 7. Klasse)	134			21,9
Sekundarstufe II (ab 11. Klasse)	13			2,1
Alter	602	14	11,2 (2,6)	[7-26]
7-10 Jahre			279	45,3
11-13 Jahre			201	32,6
14-18 Jahre			117	19
19 Jahre und älter			5	0,8
Geschlecht	609	7		
weiblich			287	46,4
männlich			317	51,5
divers			5	0,8
Migrationshintergrund	575	41		
ohne			465	75,5
einseitig			21	3,4
beidseitig			89	14,4

Anmerkungen. n = Fallzahl; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Range = Spannweite

Um eine annähernde Vergleichbarkeit der in der dritten Befragungsrunde erhobenen Daten mit den Daten der T0- und T1-Erhebungen herstellen zu können, wurden die SuS der Sekundarstufe II (n = 13) aus den Analysen ausgeschlossen, da in den Dokumentationen der T0- und T1-Erhebungen (Tannen et al. 2018b) ebenfalls nur Daten aus der Grundstufe und der Sekundarstufe I berichtet wurden.

Die folgende Ergebnisdarstellung bezieht sich auf Stichprobengrößen von n = 603 zu T2, n = 1.964 zu T1 und n = 2.122 zu T0. Aufgrund fehlender Werte bei einzelnen Variablen, die in den Tabellen als n (fehlend) bezeichnet werden, variieren die Gruppengrößen. Zugunsten der besseren Lesbarkeit wurde auf die Angabe der jeweiligen Gruppengrößen in den Abbildungen weitestgehend verzichtet.

3. Gesundheitszustand der Schüler*innen

Nachfolgend werden zunächst verschiedene Aspekte zum Gesundheitszustand der Schüler*innen berichtet, die im März 2020 im Rahmen der aktuellen Erhebungswelle (T2) in Selbstausskunft von ihnen erhoben wurden. Sofern dies möglich war und aussagekräftig erschien, wurden diese Daten mit den Werten den bisherigen beiden Erhebungen (T1 und T0) verglichen. Die zuvor geschilderten Einschränkungen bzgl. der Vergleichbarkeit der drei Befragungswellen sind dabei jedoch zu berücksichtigen.

3.1 Allgemein

Ein Anteil von 83,6 % der befragten Schüler*innen erachtete ihren Gesundheitszustand zu T2 als „gut“ bis „sehr gut“. Dieser Anteil blieb über die verschiedenen Altersstufen hinweg annähernd konstant, wobei der Anteil der sich „sehr gut“ fühlenden SuS mit steigendem Alter ab-, der sich „gut“ fühlenden gleichzeitig zunahm (siehe Abb. 9). Ihren Gesundheitszustand als „schlecht“ oder „sehr schlecht“ bezeichneten insgesamt 1,3 % der SuS. Dieser Anteil nahm mit steigendem Alter ab.

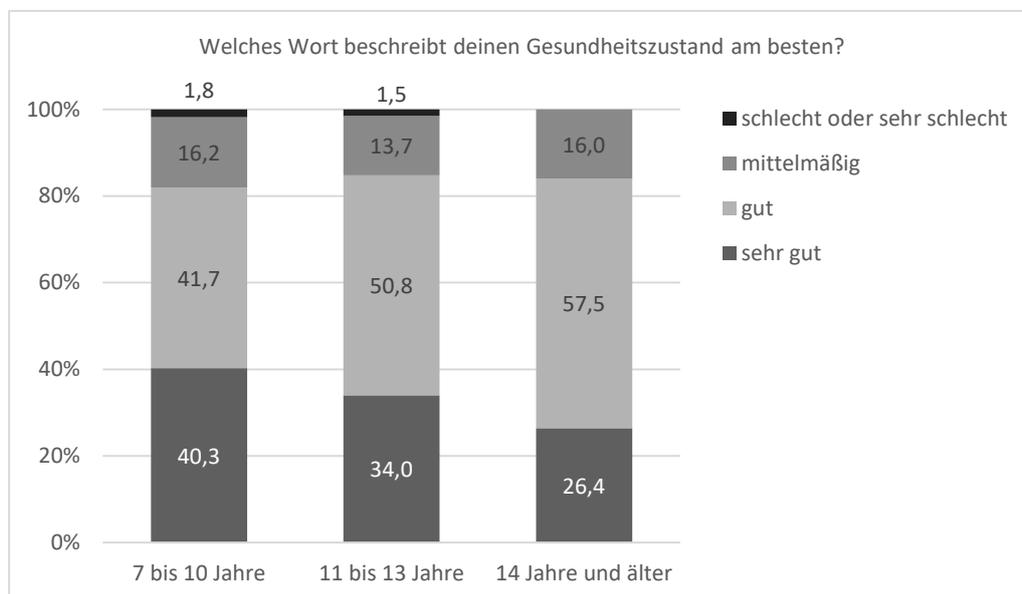


Abb. 9: Subjektiver Gesundheitszustand der Schüler*innen

Im Vergleich zu T1 und T0 erschien der Anteil derjenigen SuS, die einen guten bis sehr guten subjektiven Gesundheitszustand angegeben haben, etwa gleich (T2: 83,6 %; T1: 84,9 %; T0: 86,3 %). Abb. 10 zeigt, dass der Anteil der sich sehr gut fühlenden SuS unter den Jüngeren über alle drei Messzeitpunkte hinweg stets höher war. Betrachtet man jedoch die Antworten „sehr gut“ und „gut“ (jeweils die beiden dunkelsten Balkenabschnitte) gemeinsam, so ergab sich zu T2 kein großer Unterschied mehr zwischen den beiden Altersgruppen, im Gegenteil zu T1 und T0. Hier nahm die subjektiv mindestens gute Gesundheit mit steigendem Alter ab.

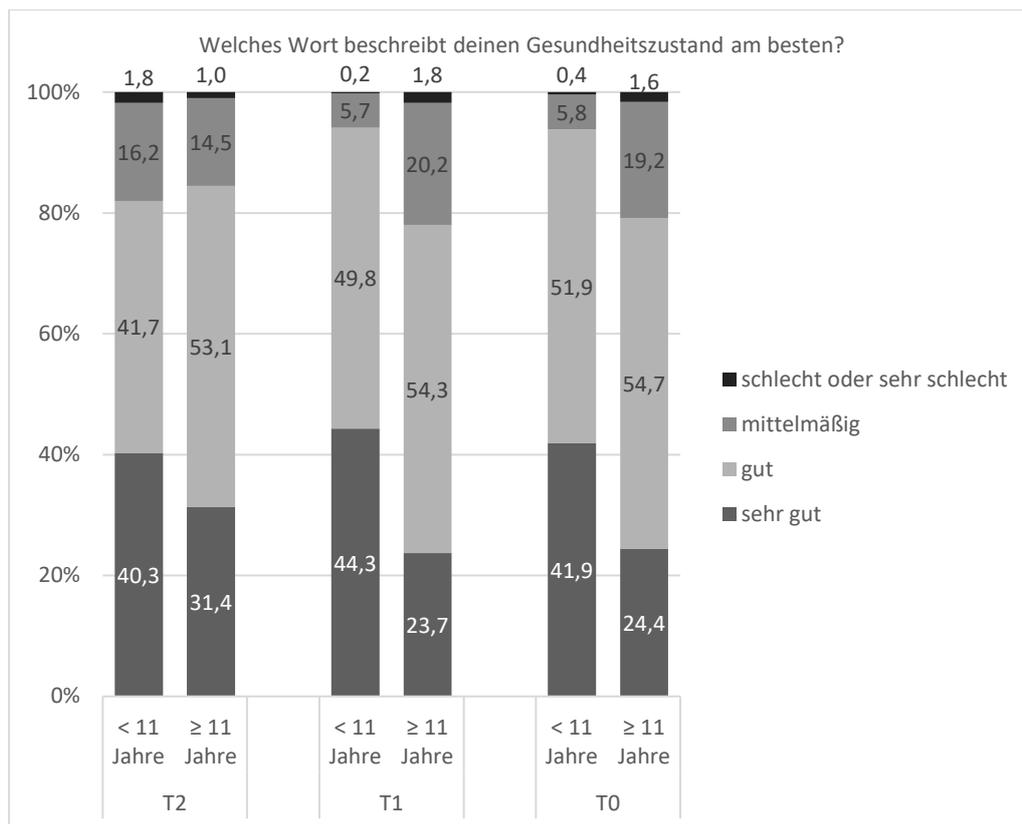


Abb. 10: Subjektiver Gesundheitszustand der Schüler*innen zu T2, T1 und T0

Die SuS wurden im März 2020 zu ausgewählten Aspekten befragt, inwiefern diese sich geändert hätten, seit die Pflegefachpersonen an der Schule waren. Die Aussage „Seit die „SGFK“ an meiner Schule ist, denke ich öfter über Gesundheit nach“ stimmte nach Selbstauskunft von 56,9 % der SuS „einigermaßen“ oder „genau“. Über zwei Drittel (69,4 %) der SuS meinten, dass sie seitdem viel über ihre Gesundheit gelernt hätten (siehe Abb. 11).

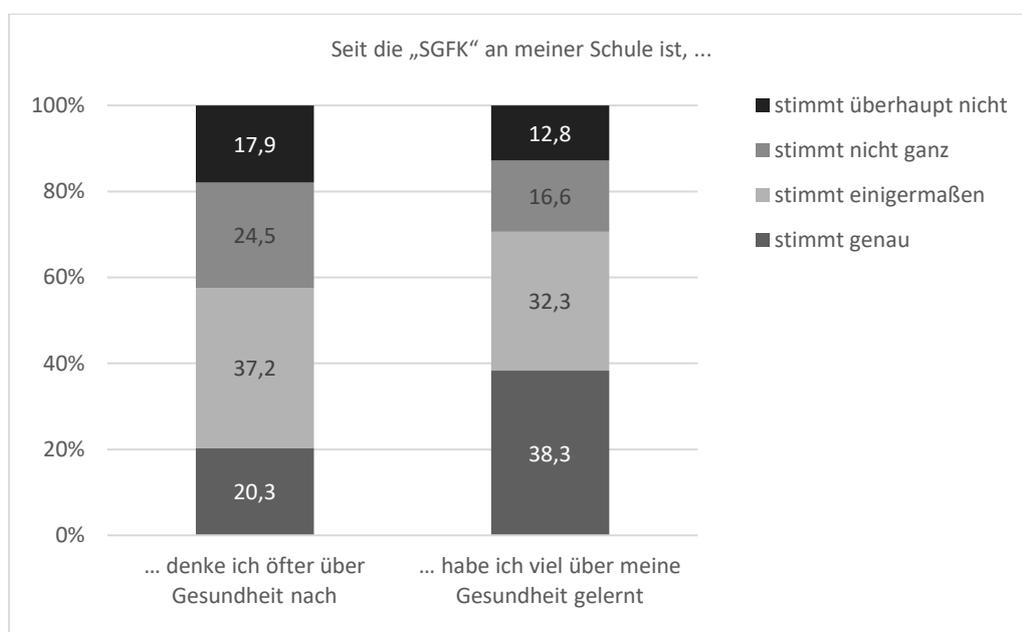


Abb. 11: Subjektiv wahrgenommene Effekte der Pflegefachperson auf die Gesundheit der Schüler*innen

Der allgemeine Gesundheitszustand der SuS erschien gut und vergleichbar zu den anderen Messzeitpunkten. Der zu T0 und T1 beobachtete Rückgang der subjektiv guten bis sehr guten Gesundheit mit steigendem Alter konnte zu T2 nicht festgestellt werden. Über zwei Drittel der SuS gaben an, viel über ihre Gesundheit gelernt zu haben, seit die „SGFK“ an der Schule war.

3.2 Schüler*innen mit chronischer Erkrankung

Im Rahmen der aktuell durchgeführten Befragung (T2) gaben 147 SuS an, mit mindestens einer chronischen Erkrankung oder Behinderung zu leben – das ist immerhin ein Viertel aller befragten SuS (24,4 %). Der Anteil der SuS, die ihren Gesundheitszustand als „gut“ oder „sehr gut“ bezeichneten, war bei der aktuellen Erhebung (T2) unter den SuS mit chronischen Erkrankungen annähernd so hoch wie in der gesamten Stichprobe (80,8 %, siehe Abb. 12).

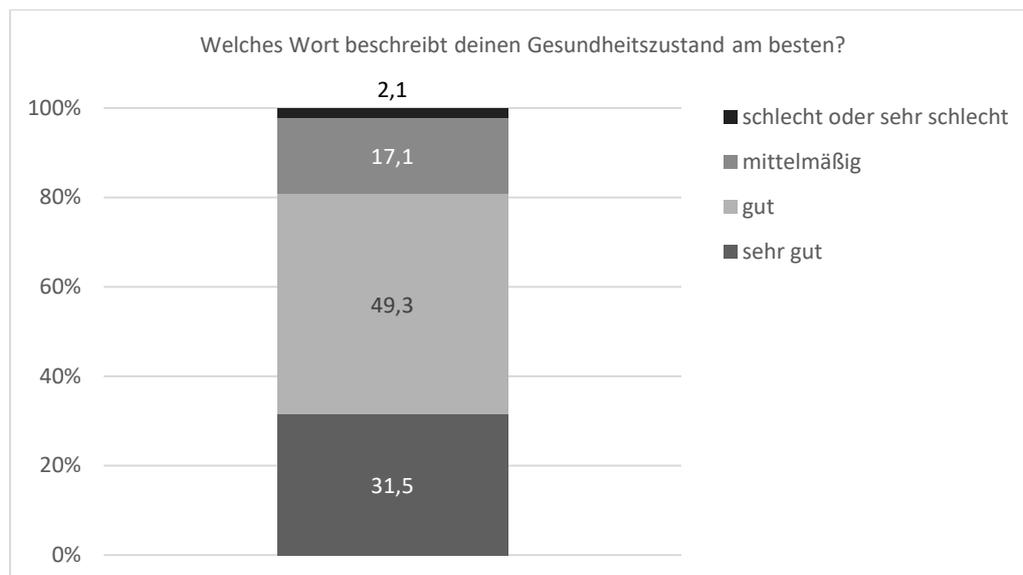


Abb. 12: Subjektiver Gesundheitszustand der Schüler*innen mit chronischer Erkrankung (n=147)

Die SuS mit chronischer Erkrankung wurden gefragt, wie häufig sie trotz ihrer Erkrankung oder Behinderung an schulischen Aktivitäten teilnehmen konnten (siehe Abb. 13). Die häufigsten Beeinträchtigungen wurden in Verbindung mit dem Sportunterricht angegeben. Hier konnten rund drei Viertel immer mitmachen. Bei Ausflügen konnten knapp 90 %, bei Klassenfahrten und Projekttagen jeweils über 90 % der SuS mit chronischer Erkrankung immer dabei sein, ebenso bei den Pausen gemeinsam mit den Mitschüler*innen (ohne Abb.).

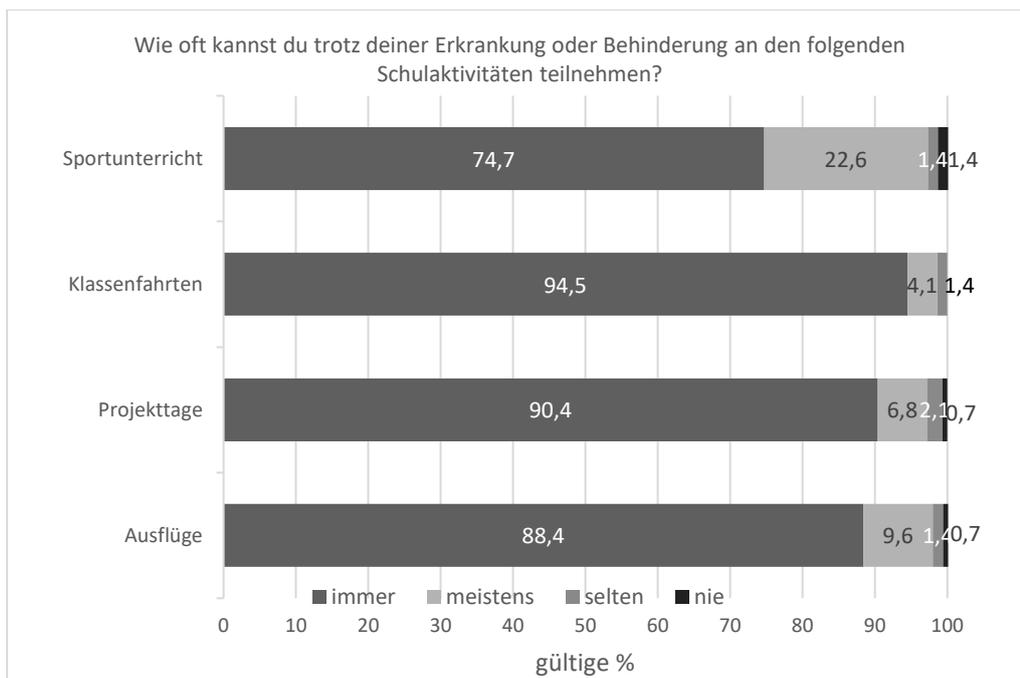


Abb. 13: Teilnahme von Schüler*innen mit chronischer Erkrankung an schulischen Aktivitäten

Der Anteil der SuS mit chronischer Erkrankung, die laut Selbstauskunft zu T2 genau das richtige Maß an Rücksichtnahme erfuhren, lag bezüglich der Mitschüler*innen bei 78,1 % (Abb. 14). In den vorausgegangenen Befragungen lag dieser Wert noch jeweils um einige Prozentpunkte niedriger. Bezüglich der Lehrkräfte lag der Anteil in der aktuellen Befragung bei 75,4 %, hier zeigen sich gegenüber den beiden ersten Befragungswellen keine auffälligen Unterschiede.

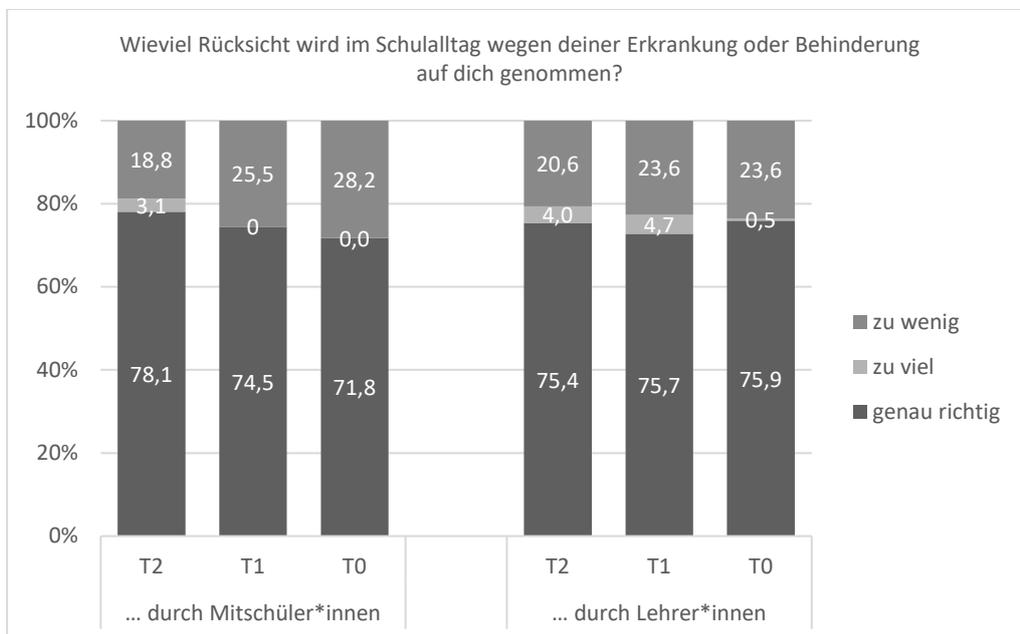


Abb. 14: Subjektiv wahrgenommene Rücksichtnahme auf Schüler*innen mit chronischer Erkrankung im Schulalltag zu T2, T1 und T0

Abb. 15 zeigt, wie häufig SuS mit chronischer Erkrankung laut eigener Angaben gehänselt wurden. Zu T2 fühlten sich 13,4 % der SuS mit chronischer Erkrankung von ihren Mitschüler*innen gehänselt (häufiger als „nie“: n = 19). Nur vereinzelt gaben SuS mit chronischer Erkrankung an, von Lehrkräften gehänselt zu werden (häufiger als „nie“: n = 6).

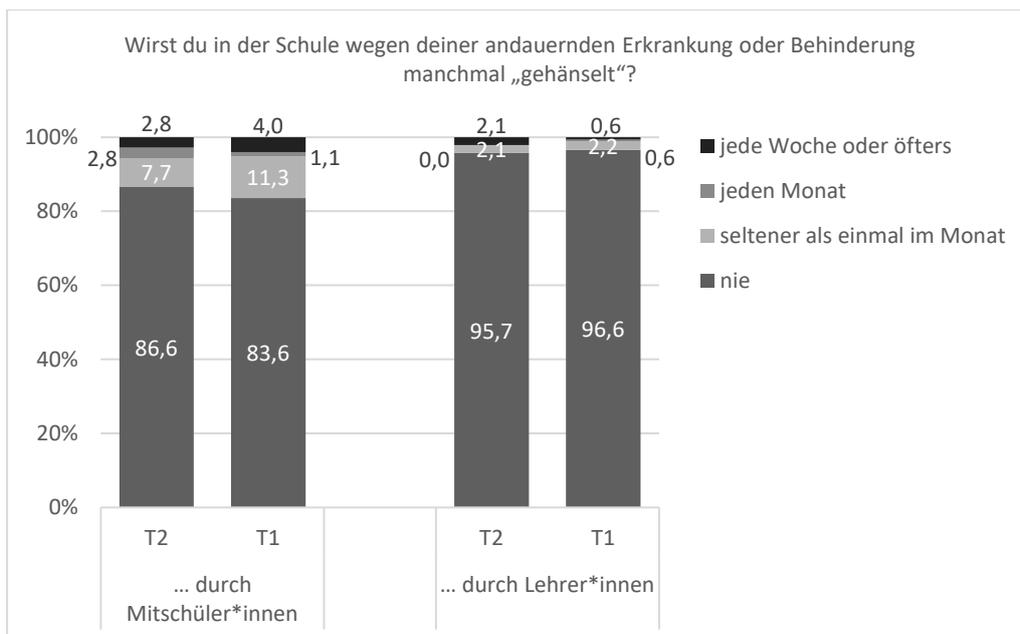


Abb. 15: Subjektiv wahrgenommene Hänseleien von Schüler*innen mit chronischer Erkrankung zu T2 und T1

Die Selbstauskünfte zum Gesundheitszustand der SuS mit chronischer Erkrankung entsprachen etwa denen der Gesamtheit der in dieser Erhebung befragten SuS. Am Sportunterricht konnten rund drei Viertel der SuS mit chronischer Erkrankung immer teilnehmen, an Ausflügen, Projekttagen, Klassenfahrten und gemeinsamen Pausen immerhin jeweils rund 90 %. Die wahrgenommene Rücksichtnahme wurde von rund drei Vierteln der chronisch erkrankten Schüler*innen als „genau richtig“ eingestuft.

3.3 BMI und Körperbild

Alle Schüler*innen wurden zu ihrem Körperbild befragt (Abb. 16). Hierbei zeigte sich, dass es nach wie vor einen hohen Anteil an Schüler*innen gab, der glaubte, zu dick zu sein. Jedoch war auch knapp die Hälfte aller Befragten zufrieden mit ihrem Körperbild. Unter den untergewichtigen Schüler*innen waren es nur noch 7,1 %, die sich zu dick fühlten, unter den Schüler*innen mit Normalgewicht waren es 23,6 %, und ein Großteil der übergewichtigen Kinder und Jugendlichen gaben an, zu dick zu sein (78,8 %).

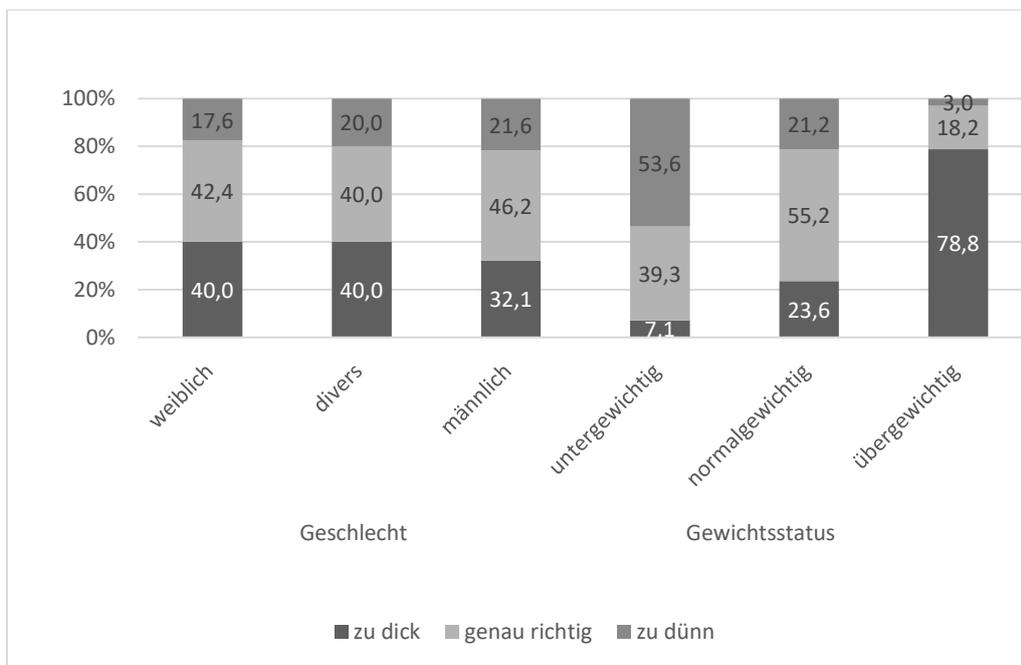


Abb. 16: Körperbild der Schüler*innen

3.4 Schmerzen

In der aktuellen Befragung (T2) wurden die SuS gefragt: „Hattest du seit den Weihnachtsferien so starke Schmerzen, dass du ein Medikament eingenommen hast/nicht am Unterricht teilnehmen konntest/einen Arzt/eine Ärztin aufgesucht hast?“. Die Erhebung wurde vom 02.03. bis zum 13.03.2020 durchgeführt; je nach Erhebungsdatum bezogen sich die Antworten auf diese Fragen demnach auf einen Zeitraum von acht bis zehn Wochen.

25,3 % der SuS gaben in diesem Fall (T2) an, Medikamente wegen Schmerzen eingenommen zu haben (siehe Abb. 17). Dem Unterricht fernbleiben mussten deswegen 15,2 %, etwas mehr (16,2 %) gingen zu einem Arzt/einer Ärztin. Über alle Messzeitpunkte hinweg war die Medikamenteneinnahme im Vergleich zum Fernbleiben vom Unterricht oder einem Arztbesuch die wahrscheinlichste Reaktion auf starke Schmerzen.

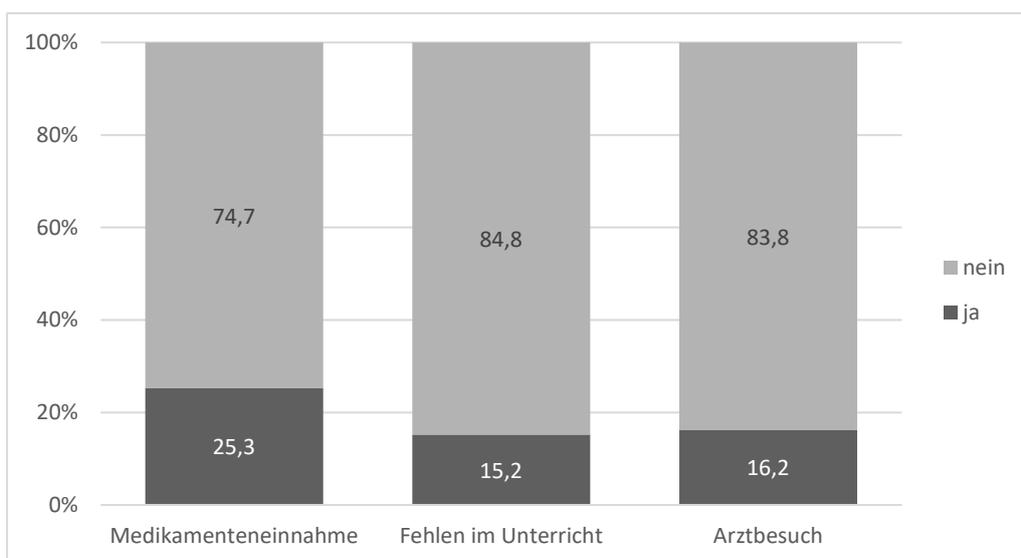


Abb. 17: Folgen von Schmerzen unter den Schüler*innen in den vergangenen acht bis zehn Wochen

3.5 Fazit

Die Schüler*innen an den teilnehmenden Schulen schätzten ihren allgemeinen Gesundheitszustand überwiegend als gut bis sehr gut ein. Außerdem gaben mehr als die Hälfte an, öfter über ihre Gesundheit nachzudenken und viel über ihre Gesundheit gelernt zu haben, seit die Pflegefachpersonen an der Schule waren. SuS mit chronischer Erkrankung schätzten ihren Gesundheitszustand ähnlich gut ein wie die Gesamtheit der befragten Schülerschaft und fühlten sich mehrheitlich rücksichtvoll behandelt und erfuhren nur selten Hänseleien. Ein Großteil der Schüler*innen gab weiterhin an, sich „zu dick“ zu fühlen, aber auch knapp die Hälfte schien zufrieden mit dem eigenen Gewicht zu sein. Mehr als die Hälfte der Schüler*innen schätzten das eigene Körperbild passend zum aktuellen Gewicht ein. Des Weiteren war die Medikamenteneinnahme das präferierte Mittel bei Schmerzen, bevor die Schüler*innen dem Unterricht fernblieben oder einen Arzt/eine Ärztin aufsuchten.

4. Kontakte der Schüler*innen zu den Pflegefachpersonen

Im nachfolgenden Abschnitt wird berichtet, wie viele Schüler*innen in dem aktuellen Erhebungszeitraum (T2) Kontakt mit den Pflegefachpersonen an ihrer Brandenburger Schule hatten und wenn ja, wie dieser Kontakt mit der Schulgesundheitspflege von ihnen empfunden wurde.

Insgesamt gaben 445 SuS an, im Erhebungszeitraum Kontakt zur „SGFK“ an ihrer Schule gehabt zu haben, das sind immerhin 75,6 % der befragten SuS. Der Anteil war unter den Jüngeren am größten, gefolgt von den SuS mit chronischer Erkrankung (siehe Abb. 18). Damit deutet sich an, dass das Angebot der Schulgesundheitspflege eine deutliche Sichtbarkeit und Verbreitung in den hier untersuchten Modellschulen gefunden hat.

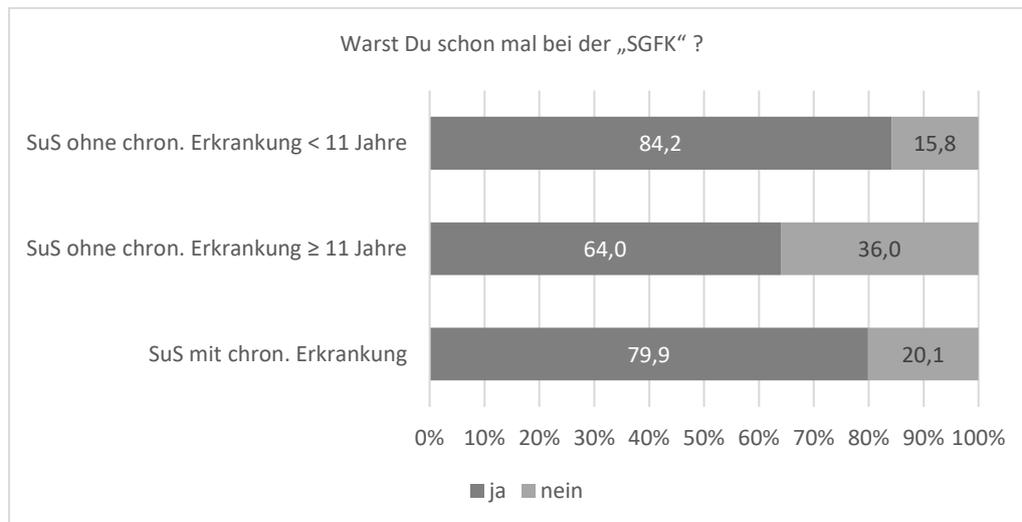


Abb. 18: Kontakt zur Pflegefachperson an der Schule (chron. = chronisch)

Auf die Frage, ob sich die SuS nach dem Besuch bei den Pflegefachpersonen besser gefühlt hätten, antworteten fast drei Viertel der SuS mit „ja“ (siehe Abb. 19). Wie die Gegenüberstellung zu den Ergebnissen der Vorbefragung (T1) veranschaulicht, fallen die Ergebnisse zwischen den drei Gruppen der SuS in der aktuellen Befragung gleichmäßiger aus. Über Gründe für diese Unterschiede könnte lediglich spekuliert werden. Festzuhalten bleibt, dass in beiden Erhebungen (T1 und T2) ein hoher Anteil der SuS angibt, sich durch den Kontakt mit der Schulgesundheitspflegenden besser zu fühlen.

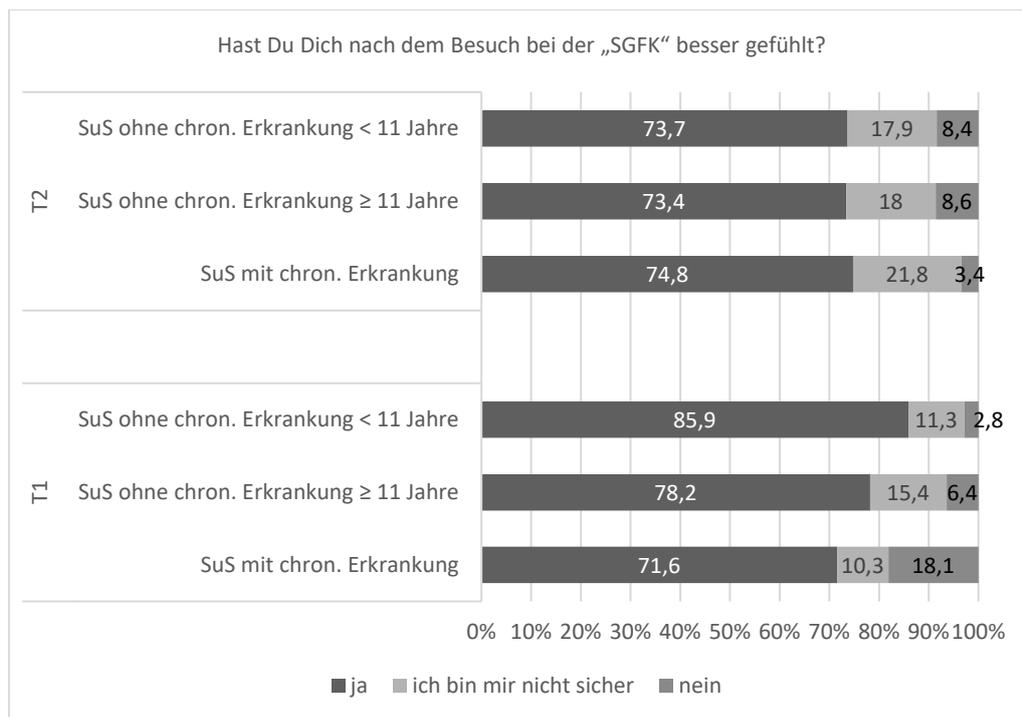


Abb. 19: Gesteigertes Wohlbefinden nach dem Besuch bei der Pflegefachperson zu T2 und T1 (chron. = chronisch)

Eine wichtige Frage für die Bewertung des Angebots der Schulgesundheitspflege ist, wie gut die Pflegefachpersonen im Schulalltag tatsächlich erreichbar waren. Eine klare Mehrheit (zwischen 85 und 90 %) der SuS gab wie in Abb. 20 dargestellt in der aktuellen Befragung (T2) an, die Pflegefachpersonen bei Bedarf „meistens“ oder „immer“ erreicht zu haben.

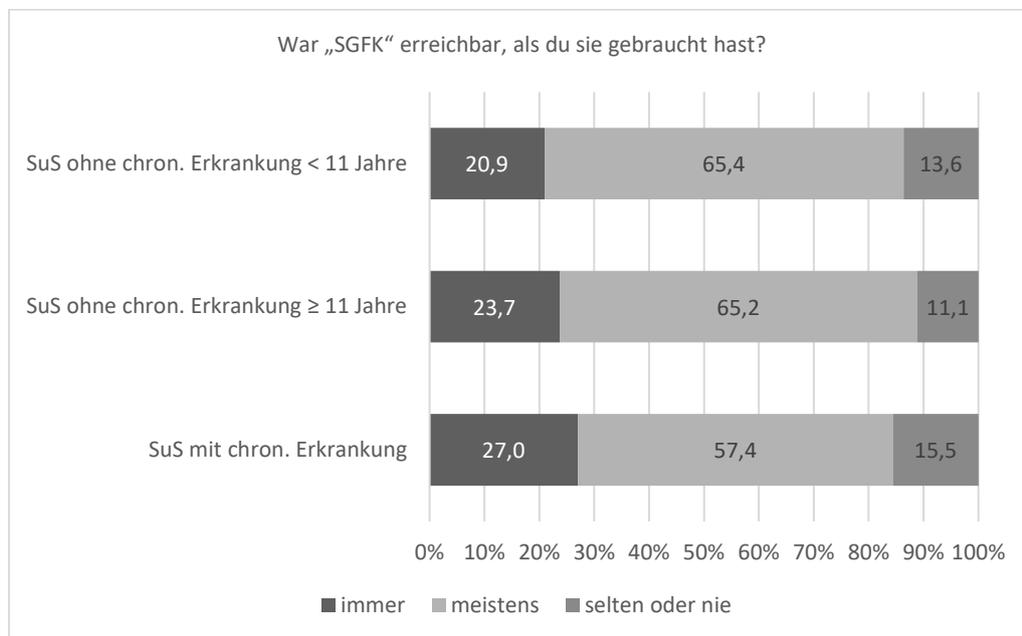


Abb. 20: Erreichbarkeit der Pflegefachperson im Bedarfsfall (chron. = chronisch)

Wenn ein Kontakt zu den Pflegefachpersonen hergestellt wurde, fanden insgesamt 72,4 % der aktuell befragten Schüler*innen ihre Wünsche und Bedürfnisse bei deren Entscheidungen berücksichtigt. Der Anteil war in der aktuellen Erhebung (T2) unter den SuS mit chronischer Erkrankung mit 77,5 % am größten, während er in dieser Gruppe zu T1 noch am niedrigsten war (siehe Abb. 21).

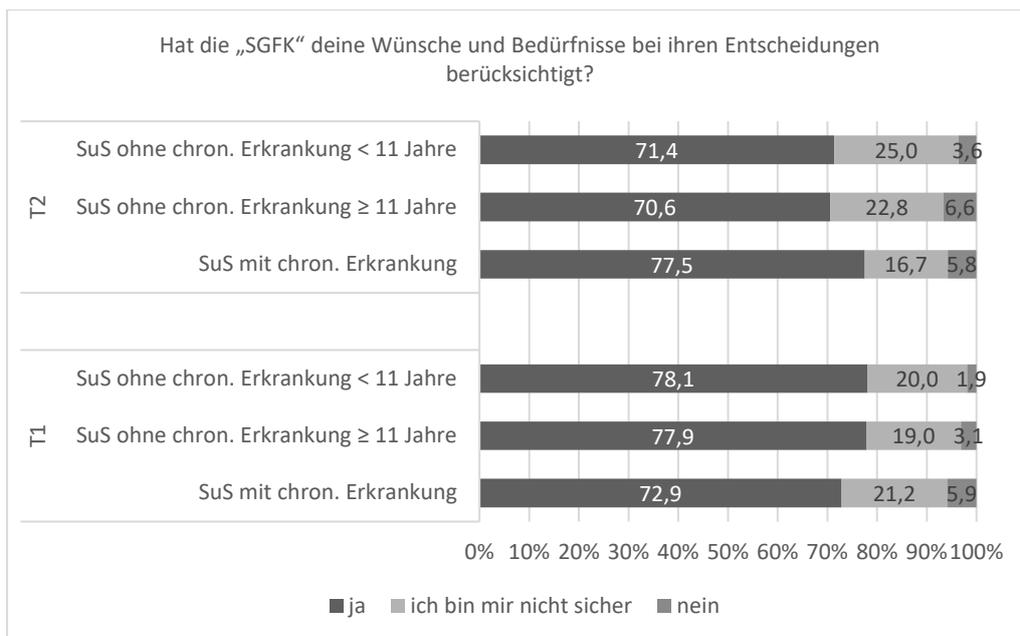


Abb. 21: Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse der Schüler*innen bei Entscheidungen der Pflegefachperson zu T2 und T1 (chron. = chronisch)

Ebenfalls ein Großteil (83,0 %) der SuS empfanden ihren Besuch bei der Pflegefachperson an der Schule zu T2 als vertraulich (siehe Abb. 22). Der Anteil war unter den SuS mit chronischer Erkrankung am größten, wobei er in dieser Gruppe zu T1 am kleinsten war. Also nahmen mehr SuS mit chronischer Erkrankung ihren Besuch bei der „SGFK“ als vertraulich wahr.

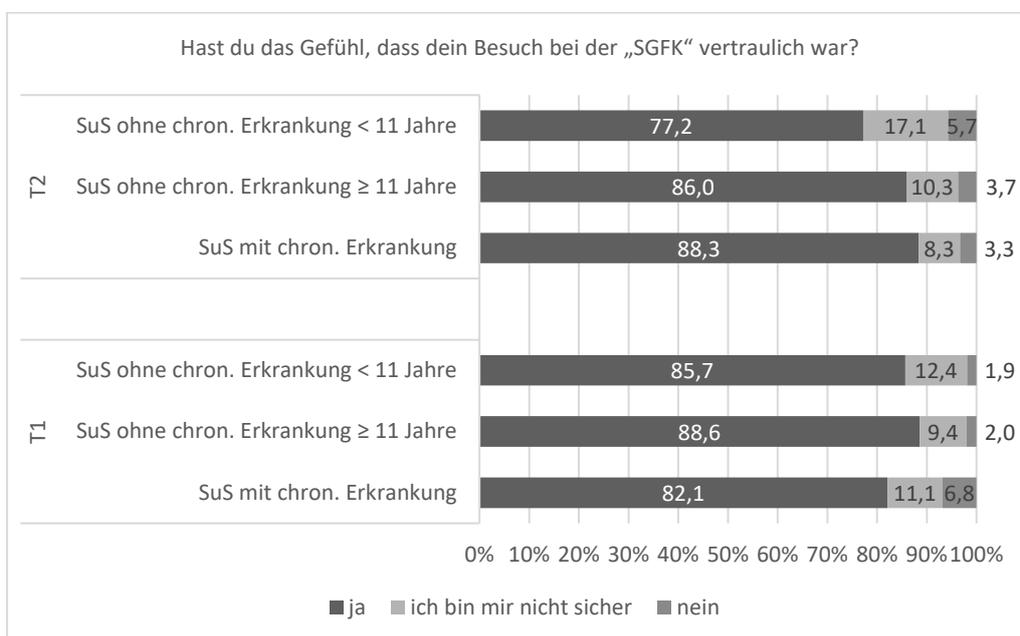


Abb. 22: Gefühl der Vertraulichkeit des Besuchs bei der Pflegefachperson seitens der Schüler*innen zu T2 und T1 (chron. = chronisch)

Ihren Besuch bei der Schulgesundheitspflegenden beurteilten 83,9 % der SuS als insgesamt „gut“ oder „sehr gut“ (siehe Abb. 23). Bei den SuS ab 11 Jahren waren es drei Viertel und damit weniger als zur T1-Erhebung. Allerdings stieg der Anteil der positiven Bewertungen unter den SuS mit chronischer Erkrankung von 58,8 (T1) auf 90 % (T2).

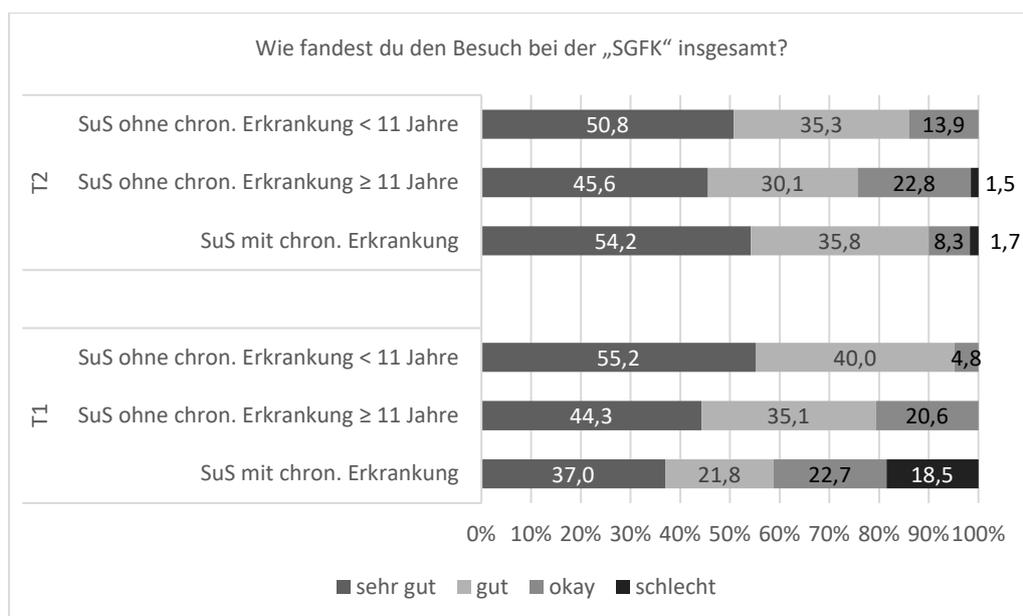


Abb. 23: Bewertung des Besuchs bei der Pflegefachperson insgesamt durch die Schüler*innen zu T2 und T1 (chron. = chronisch)

Die vorliegenden Erkenntnisse zur Nutzung und Bewertung des Angebots der Schulgesundheitspflege an den Brandenburger Modellprojektschulen lassen sie wie folgt zusammenfassen:

Rund drei Viertel der befragten Schüler*innen gaben in der aktuellen Befragung (T2) an, schon mal bei der an ihrer Schule tätigen Pflegefachperson gewesen zu sein. Überwiegend wurden diese Besuche anhand verschiedener Kriterien positiv bewertet – damit wird in der Summe trotz leichter, womöglich erhebungsbedingter Unterschiede das Ergebnis der Vorbefragung (T1) bestätigt. Besonders bzgl. der Gesamtbewertung, der Vertraulichkeit sowie der Berücksichtigung der eigenen Wünsche und Bedürfnisse fällt in der aktuellen Erhebung die Beurteilung unter den SuS mit chronischer Erkrankung besser aus als in der Vorerhebung. Verbesserungspotenzial zeigt sich insbesondere bei der Erreichbarkeit der Pflegefachperson für diese spezielle Nutzergruppe.

In einer Frage konnten die Schüler*innen in einem offenen Antwortformat angeben, was sich durch die Schulgesundheitsfachperson in der Schule, speziell in ihrer Klasse, bei ihnen zu Hause oder für sie ganz persönlich geändert hatte. Hierbei wurde deutlich, dass die meisten die „SGFKs“ als Ansprechpartner*innen für körperliche Probleme (z. B. Bauchschmerzen oder Verletzungen) sahen. Im Schul- bzw. Klassensetting wurde als ein weiterer Punkt die Verbesserung des Schulklimas durch die Pflegefachpersonen genannt. Auch die Reduktion der Fehlzeiten sahen viele Schüler*innen als einen Vorteil, den die Pflegefachpersonen im Schulsetting mit sich gebracht hatten. Allerdings kritisierten auch einige SuS, dass ihre Mitschüler*innen die Anwesenheit einer Pflegefachperson in der Schulgesundheitspflege ausnutzen würden, um dem Unterricht fern zu bleiben (siehe auch Tannen et al. 2018b). Im häuslichen und persönlichen Setting nannten viele Schüler*innen den positiven Einfluss auf ihre Ernährung und das Hygieneverhalten. Die SuS erwähnten außerdem, dass sie sich selbst sicherer gefühlt hätten, genauso wie viele Eltern, die sich sicherer fühlen würden, seit eine Pflegefachperson an der Schule war.

5. Gesundheitsverhalten der Schüler*innen

In diesem Kapitel werden gesundheitsbezogene Verhaltensweisen der aus der aktuellen Befragung (T2) berichtet. Außerdem wurden die SuS gefragt, wie sich bestimmte Gesundheitsverhaltensweisen verändert hätten, seit die Pflegefachperson an der Schule war – auch diese Befragungsergebnisse werden hier dargestellt. Zugunsten der Übersichtlichkeit ist dieses Kapitel thematisch gegliedert (Mundhygiene, Ernährung, Bewegung, Mediennutzung sowie Rauchen und Alkohol). Wo dies möglich ist und sinnvoll erscheint, werden Vergleiche mit den Ergebnissen der Ausgangsanalyse (T0) und der Folgerhebung (T1) angestellt. Aufgrund unterschiedlicher Bedingungen in den drei Erhebungsphasen sind diese Vergleiche – wie bereits mehrfach angemerkt – jedoch mit gewissen Einschränkungen zu betrachten.

5.1 Mundhygiene

Über zwei Drittel (68,4 %) der im aktuellen Erhebungszeitraum (T2) befragten Schüler*innen gab an, halb- bis vierteljährlich zum Zahnarzt zu gehen. Weitere 23,6 % berichteten von jährlichen, 8 % von selteneren oder auch gar keinen Kontrollbesuchen beim Zahnarzt. Insgesamt putzten sich laut Selbstangabe 78,5 % der SuS mindestens zweimal täglich die Zähne. In der Grundstufe war dieser Anteil höher als in der Sekundarstufe I, sprich mit steigendem Alter scheinen die Anstrengungen im Bereich der Zahn- und Mundhygiene nachzulassen. (siehe Abb. 24).

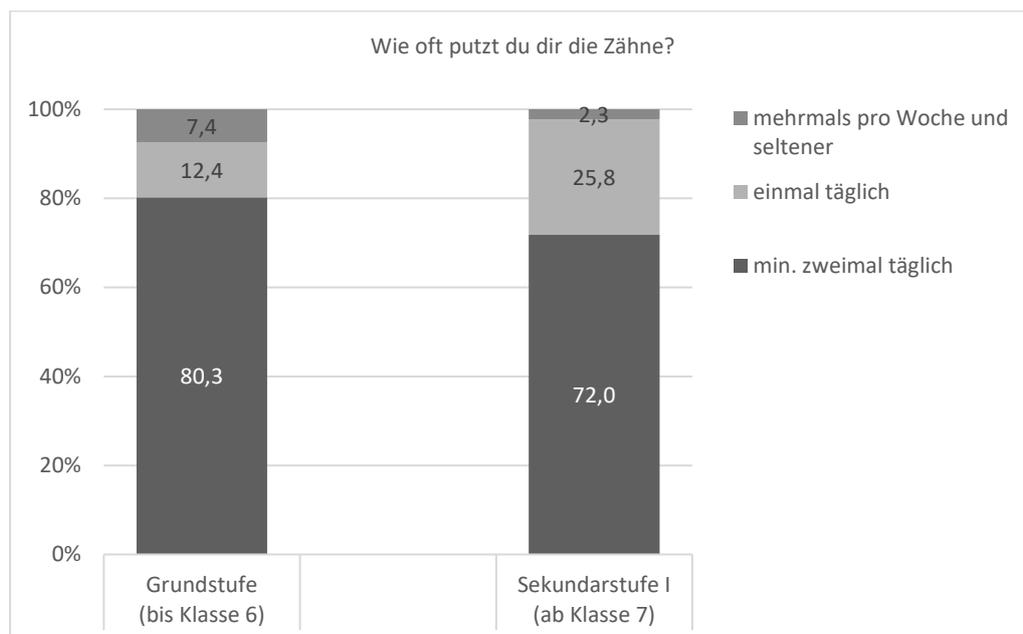


Abb. 24: Zahnputzhäufigkeit der Schüler*innen

Darüber hinaus wurden die SuS gefragt, ob sie sich häufiger oder gründlicher die Zähne putzen würden, seit die Pflegefachperson an ihrer Schule war. Dieser Aussage stimmten über 70 % der SuS zu (siehe Abb. 25). Inwiefern diese subjektive Wahrnehmung der SuS zu dem von ihnen berichteten Verhalten (siehe Abb. 24) passt, bleibt zu diskutieren, zumal nur rund 10 % der SuS angaben, dass die Schulgesundheitspflegenden Angebote zum Thema Mundhygiene gemacht hätten (siehe Kapitel III.6.2).

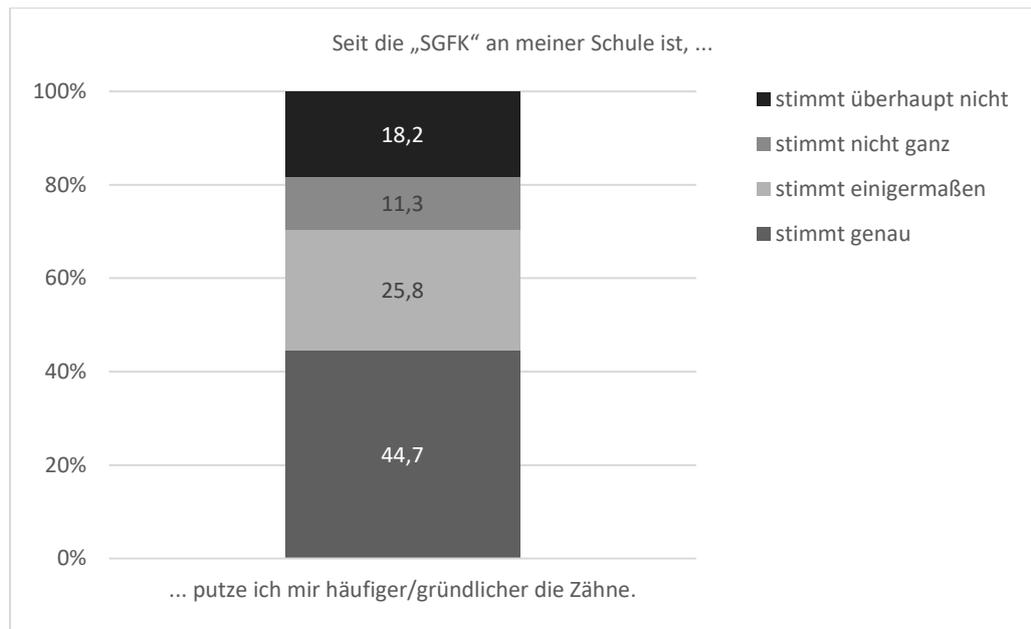


Abb. 25: Subjektiv wahrgenommene Effekte der Pflegefachperson auf die Zahnpflichthäufigkeit der Schüler*innen

5.2 Ernährung

In Abb. 26 wird die Selbstausskunft der SuS zum täglichen Verzehr bestimmter Nahrungsmittel gezeigt. Fast die Hälfte bzw. fast ein Drittel der SuS der Grundstufe gaben im Rahmen der aktuellen Erhebung (T2) an, täglich Obst/Früchte bzw. Gemüse/Salat zu verzehren. In der Sekundarstufe I waren es mit jeweils fast jedem Dritten bzw. fast jedem Fünften deutlich weniger.

Zu T2 aßen in der Grundstufe 18,4 % der SuS laut Selbstausskunft täglich Schokolade oder andere Süßigkeiten, in der Sekundarstufe I waren es 12,8 %. Der tägliche Konsum von Knabberereien wie Chips oder Pommes wurde zu T2 von 11,9 % der SuS der Grundstufe angegeben. Laut Selbstausskunft tranken 17,8 % der SuS der Grundstufe zu T2 täglich zuckerhaltige Getränke wie Saft oder Cola. In der Sekundarstufe I waren es 19,5 %. In beiden Gruppen hatte der Anteil zugenommen, unter den jüngeren SuS allerdings stärker.

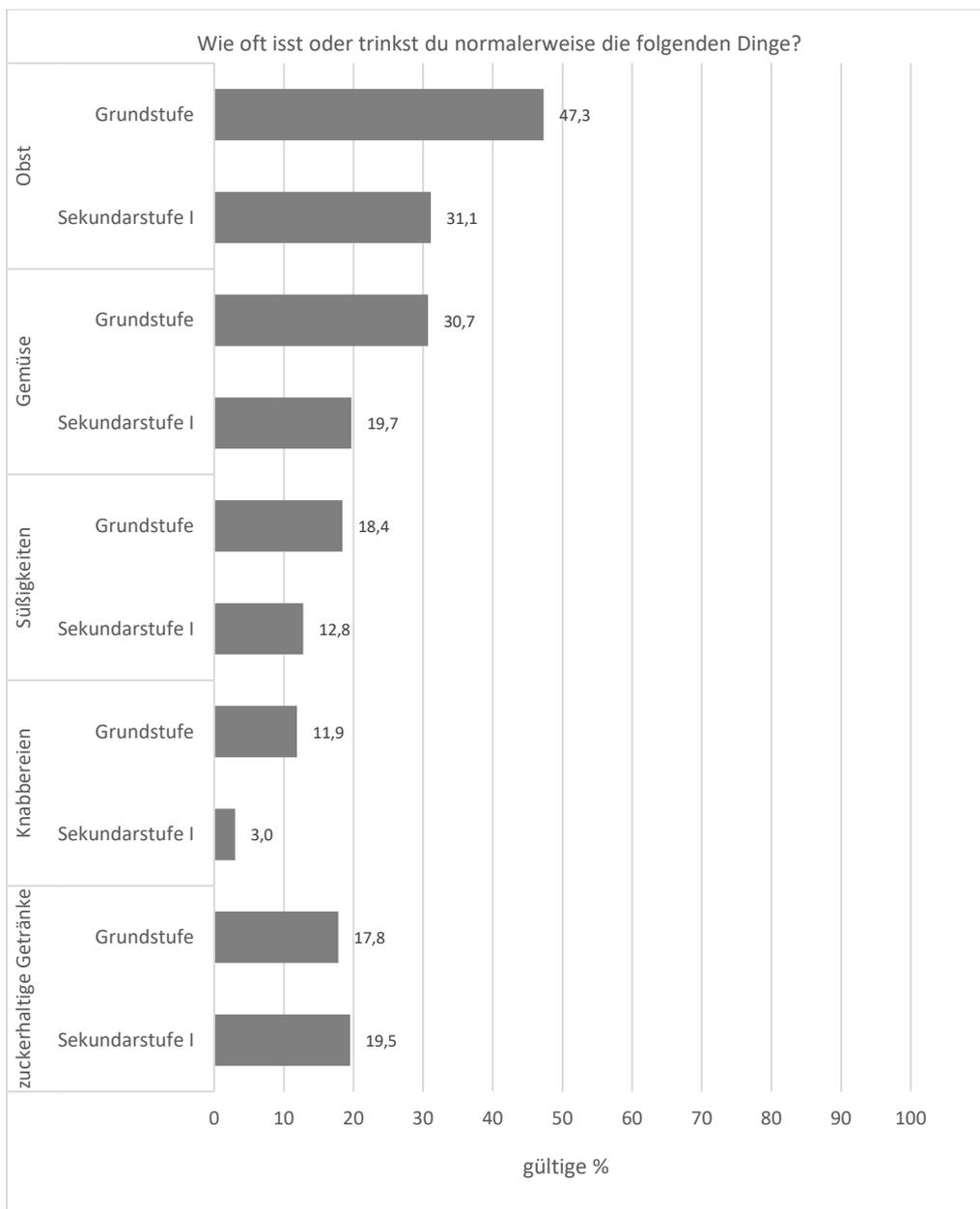


Abb. 26: Täglicher Nahrungsmittelverzehr der Schüler*innen

Die SuS wurden gefragt, inwiefern sich ihr Verzehr von Obst/Gemüse, Süßigkeiten und zuckerhaltigen Getränken geändert hätte, seit die „SGFK“ an der Schule war. Fast zwei Drittel stimmten der Aussage zu, mehr Obst/Gemüse zu essen. Gut ein Drittel (36,9 %) bzw. 43,3 % stimmten zu, weniger Süßigkeiten bzw. weniger gesüßte Getränke zu sich zu nehmen (siehe Abb. 27).

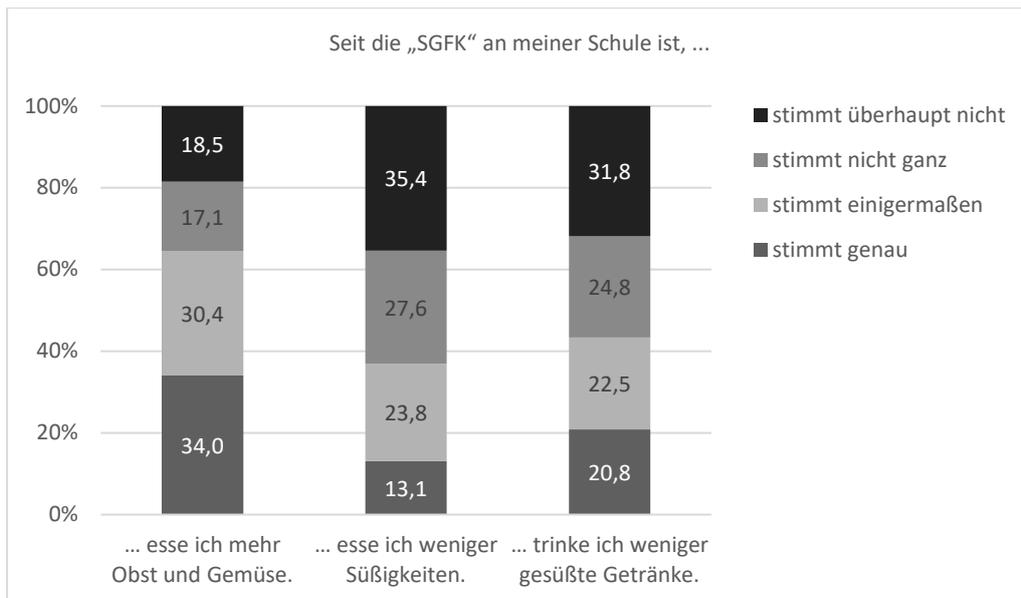


Abb. 27: Subjektiv wahrgenommene Effekte der Pflegefachperson auf das Ernährungsverhalten der Schüler*innen

5.3 Bewegung

Die Schüler*innen wurden gefragt, wie oft sie in ihrer Freizeit körperlich aktiv seien, sodass sie richtig ins Schwitzen kommen oder außer Atem sind (z. B. beim Fußball spielen, Skateboard oder Fahrrad fahren, Tanzen). In der Grundstufe gaben mehr als zwei Drittel der SuS zur aktuellen Erhebung T2 an, mindestens dreimal in der Woche körperlich aktiv zu sein, während es in der Sekundarstufe I die gute Hälfte war (siehe Abb. 28). Diese Diskrepanz zwischen den beiden Gruppen war über alle drei Messzeitpunkte zu beobachten.

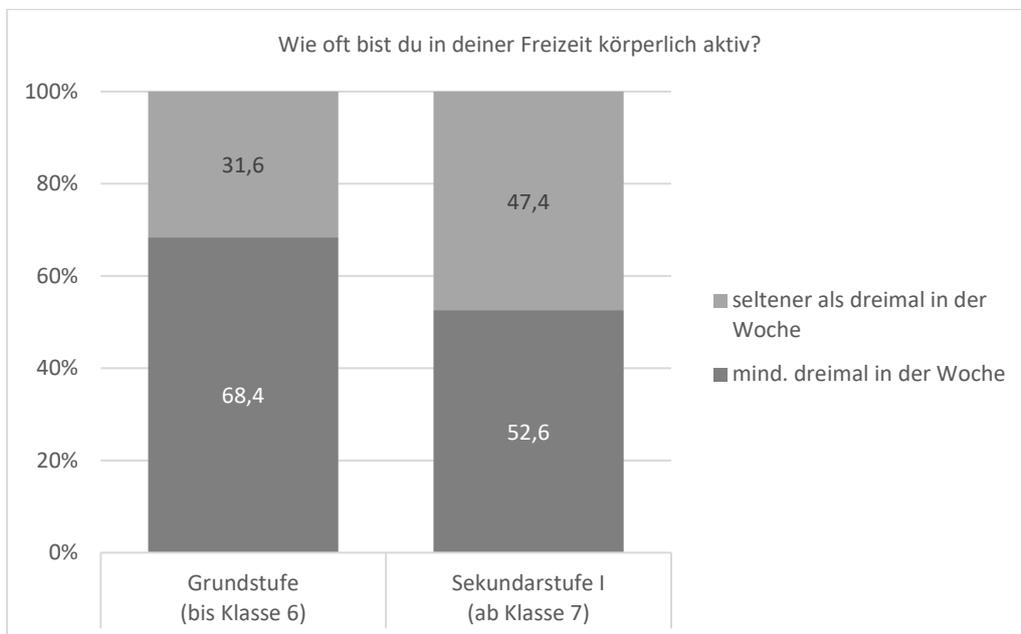


Abb. 28: Körperliche Aktivität der Schüler*innen

Der Aussage, sie würden sich mehr bewegen, seit die Schulgesundheitspflegende an der Schule war, stimmten 61,3 % der Schüler*innen zu (siehe Abb. 29). Allerdings veränderten sich die Werte der berichteten körperlichen Aktivität nicht in die entsprechende Richtung. Möglicher-

weise wirkten bei den Fragen zu den Veränderungen seit Beginn der Tätigkeit der Schulgesundheitspflegenden Verzerrungen im Sinne der sozialen Erwünschtheit, sodass der positive Einfluss durch die Pflegefachperson überschätzt wurde.

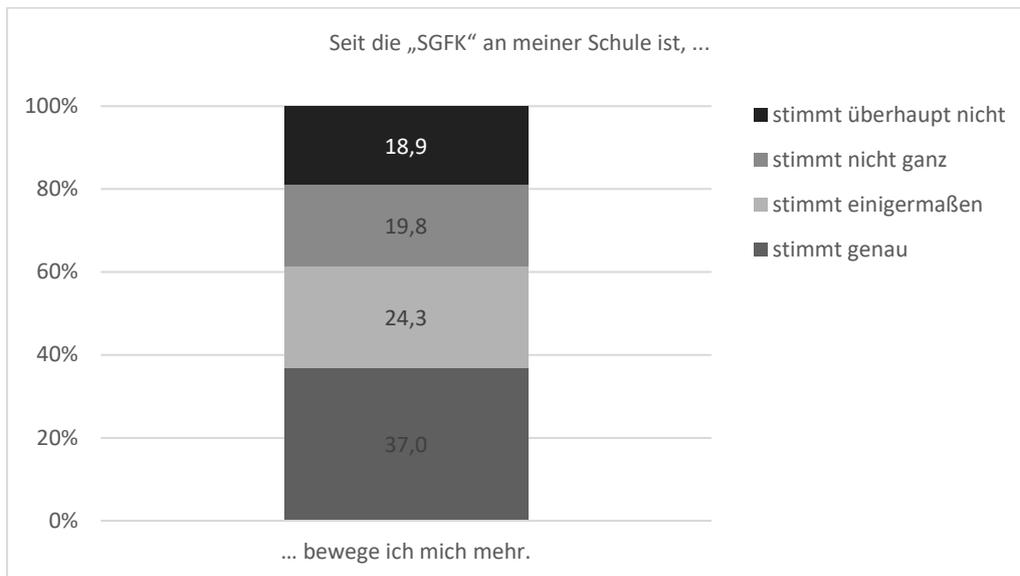


Abb. 29: Subjektiv wahrgenommene Effekte der Pflegefachperson auf das Bewegungsverhalten der Schüler*innen

5.4 Mediennutzung

Abb. 30 stellt die Mediennutzung der Schüler*innen zur aktuellen Befragungswelle (T2) dar. 30,2 % der SuS der Grundstufe und 38,3 % der SuS der Sekundarstufe I saßen täglich drei Stunden oder länger vor dem Fernseher. Digitalen Spielen widmeten sich 24,5 % in der Grundstufe und 39,1 % der Sekundarstufe I im selben Umfang. Das Internet nutzten 31,0 % der SuS der Grundstufe und 71,3 % der SuS der Sekundarstufe I drei Stunden oder länger. Der Zweck der Internetnutzung wurde nicht erhoben. In der Grundstufe hörten 26,3 % und in der Sekundarstufe I 42,1 % der SuS im selben Umfang Musik.

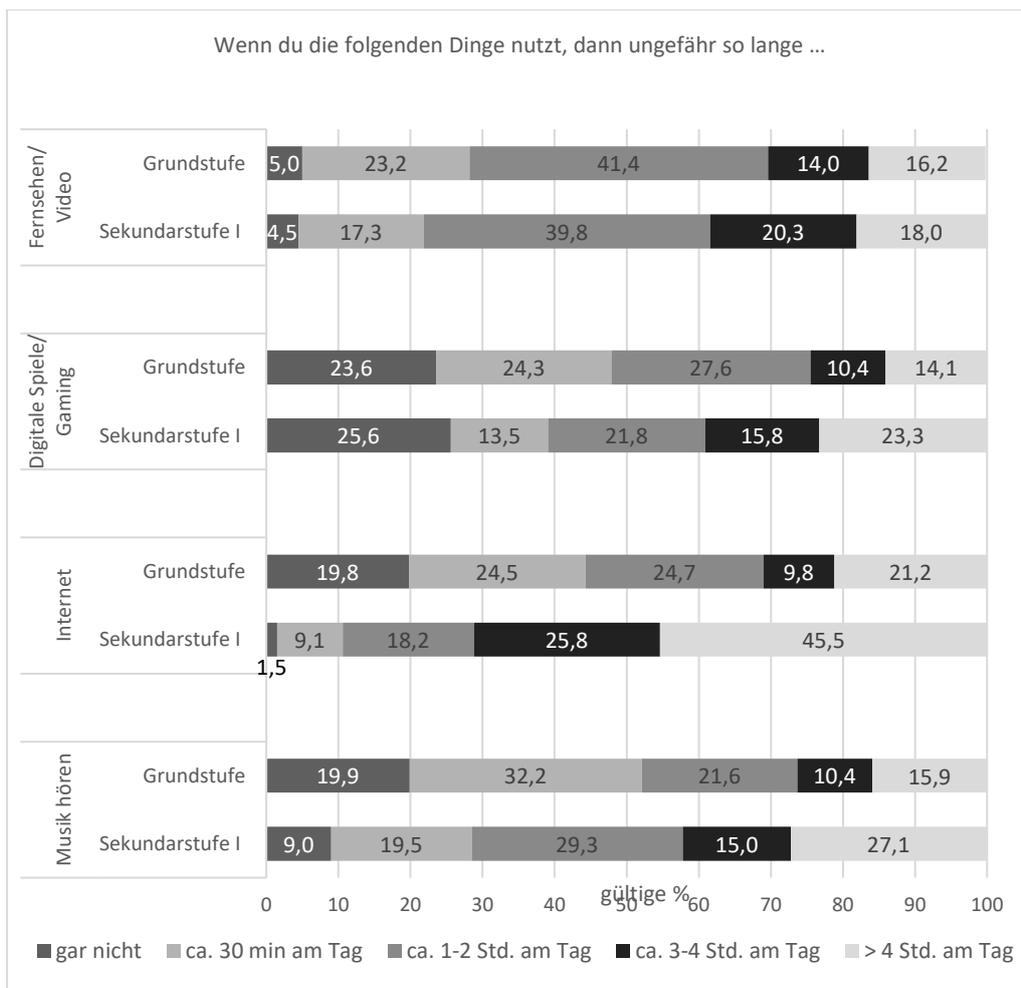


Abb. 30: Mediennutzung der Schüler*innen

Die Schüler*innen wurden gefragt, ob sie weniger vor dem Fernseher, PC, Tablet usw. sitzen würden, seit die Pflegefachperson für Schulgesundheitspflege an der Schule war. Dieser Aussage stimmten 38,6 % der Befragten zu (siehe Abb. 31).

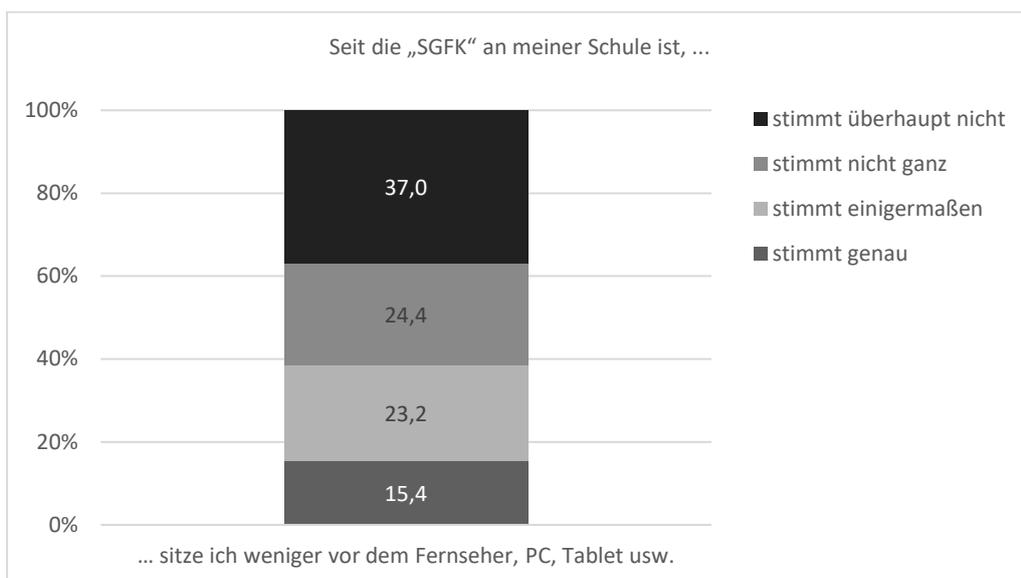


Abb. 31: Subjektiv wahrgenommene Effekte der Pflegefachperson auf die Mediennutzung der Schüler*innen

5.5 Rauchen und Alkohol

Von den 111 SuS über 14 Jahren gaben über 80 % an, noch nie geraucht zu haben, und rund 70 %, noch nie Alkohol getrunken zu haben (ohne Abb.). Täglichen oder fast täglichen Tabakkonsum berichteten 10 Personen (9,4 %). Mindestens ein Glas alkoholhaltiger Getränke nahmen laut Selbstangaben 2 bis 10 Personen (je nach Art des Getränks) zu sich.

5.6 Fazit

Im Gesundheitsverhalten der Schüler*innen zum aktuellen Erhebungszeitpunkt (T2) finden sich eindeutige Anknüpfungspunkte für gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen durch die Pflegefachperson, die allerdings noch besser und systematischer genutzt werden könnten. Hierbei ist vor allem auch der Einfluss auf das gesundheitliche Verhalten der SuS durch ihr soziales Umfeld, vor allem durch ihr Elternhaus, zu berücksichtigen.

Auffällig ist der hohe Internetkonsum der älteren SuS. Hierbei wäre es wichtig zu wissen, zu welchem Zweck das Internet genutzt wird und inwiefern sich der Konsum mit den anderen Kategorien überschneidet, schließlich nutzen viele Menschen das Internet, um Videos anzusehen, Computerspiele zu spielen oder Musik zu hören. Diese Zeit wäre dann ggf. „doppelt“ erhoben. Ungeachtet dessen lassen sich Hinweise auf die Wichtigkeit einer Förderung der Internetkompetenz ableiten.

Wenn man das Gesundheitsverhalten der Schüler*innen betrachtet, muss berücksichtigt werden, dass die Daten vor der ersten Schulschließung während der COVID-19-Pandemie erhoben wurden. Gerade Verhaltensweisen wie Medienkonsum und Bewegung dürften sich während des Homeschoolings stark geändert haben – wobei man hier zwischen schulgebundenem und privatem Medienkonsum unterscheiden könnte. Inwiefern es hierbei dann unterschiedliche gesundheitliche Effekte gibt, ist fraglich, zumal der Medienkonsum in beiden Fällen mit einer reduzierten Bewegung einhergehen dürfte.

Die Schüler*innen nahmen z. T. starke Veränderungen in ihrem eigenen Gesundheitsverhalten wahr, seit die Schulgesundheitsfachperson an der Schule war. Diese subjektiven Veränderungen schlugen sich aber nicht im berichteten gezeigten Gesundheitsverhalten nieder. Dieser Diskrepanz wird in der Diskussion in Kapitel VI.2.1 nachgegangen.

6. Gesundheitskompetenz der Schüler*innen

Bereits im letzten Erhebungszeitraum (T1) hat sich die Förderung von Gesundheitskompetenz als ein relevantes und lohnendes Aufgabenfeld für die Schulgesundheitspflege erwiesen. Insofern wurde dieser Themenkomplex in der aktuellen Erhebung (T2) mit besonderem Interesse betrachtet. Alle Schüler*innen ab 9 Jahren wurden nach einer Selbsteinschätzung ihrer Gesundheitskompetenz gefragt. Dazu wurde erneut das aus 10 Items bestehende Instrument *Health Literacy for School-Aged Children* (HLSAC) genutzt (Paakkari et al. 2016). Je zwei Items dienen der Abbildung der fünf Kernbereiche der Gesundheitskompetenz: theoretisches Wissen, praktisches Wissen, kritisches Denken, Selbstwahrnehmung und Bürgerschaft. Aus den zehn Aussagen wird ein Gesamtwert gebildet und kategorisiert. Die Ergebnisse für die drei Erhebungsphasen sind in Abb. 32 zu sehen, wobei jedoch zu beachten ist, dass die Teilnehmer zu T0 und T1 mit ≥ 11 Jahren älter waren als die SuS zu T2 (≥ 9 Jahre).

6.1 Ermittelte Gesundheitskompetenz der Schüler*innen

In der aktuellen Erhebung lag der Anteil der Schüler*innen mit einer hohen Gesundheitskompetenz bei fast 20 % (siehe Abb. 32). Eine moderate Gesundheitskompetenz zeigten rund 60 %. Bei rund 20 % fiel die Gesundheitskompetenz niedrig aus. Dieser Anteil blieb über die drei Erhebungszeiträume relativ konstant und weist auf eine nicht zu vernachlässigende vulnerable Gruppe innerhalb der Schülerschaft hin.

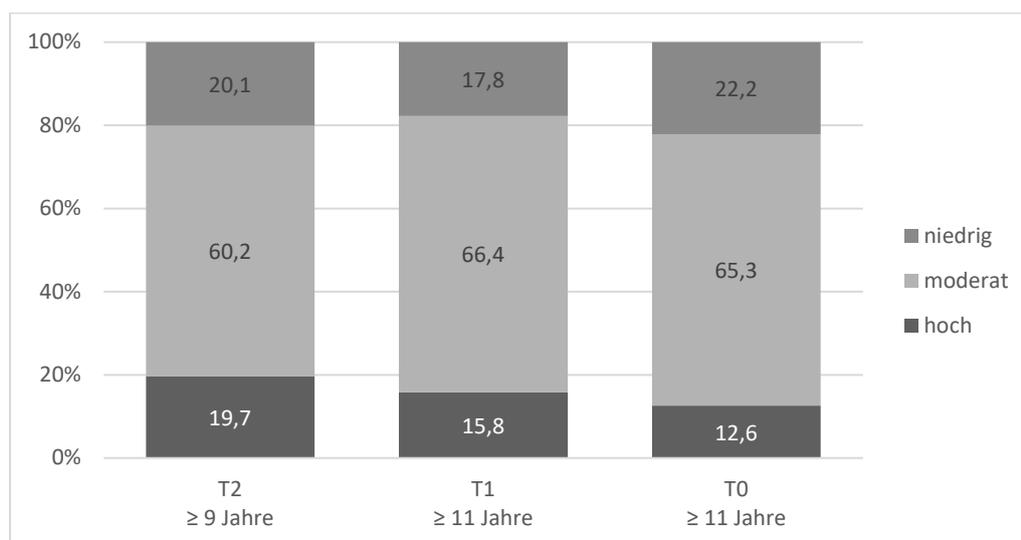


Abb. 32: Gesundheitskompetenzniveau der Schüler*innen zu T2 (n = 450), T1 (n = 736) und T0 (n = 898)

6.2 Veranstaltungen

Eine Möglichkeit, die Gesundheitskompetenz von Schüler*innen gezielt zu steigern, stellen Projekte oder Veranstaltungen zu gesundheitlichen Themen dar. Alle SuS wurden gefragt, ob sie an solchen Projekten oder Veranstaltungen teilgenommen hatten (siehe Abb. 33). Der Anteil der zustimmenden SuS war in der Grundstufe mit über der Hälfte der SuS deutlich höher als in der Sekundarstufe I mit rund einem Drittel. Nach Aussage der Eltern, die in den beiden vorherigen Erhebungswellen (T1 und T0) dazu befragt wurden, nahmen in beiden Altersgruppen deutlich weniger SuS an Veranstaltungen teil. Gleichzeitig sank in beiden Gruppen der Anteil der Aussage, es hätte keine Angebote gegeben.

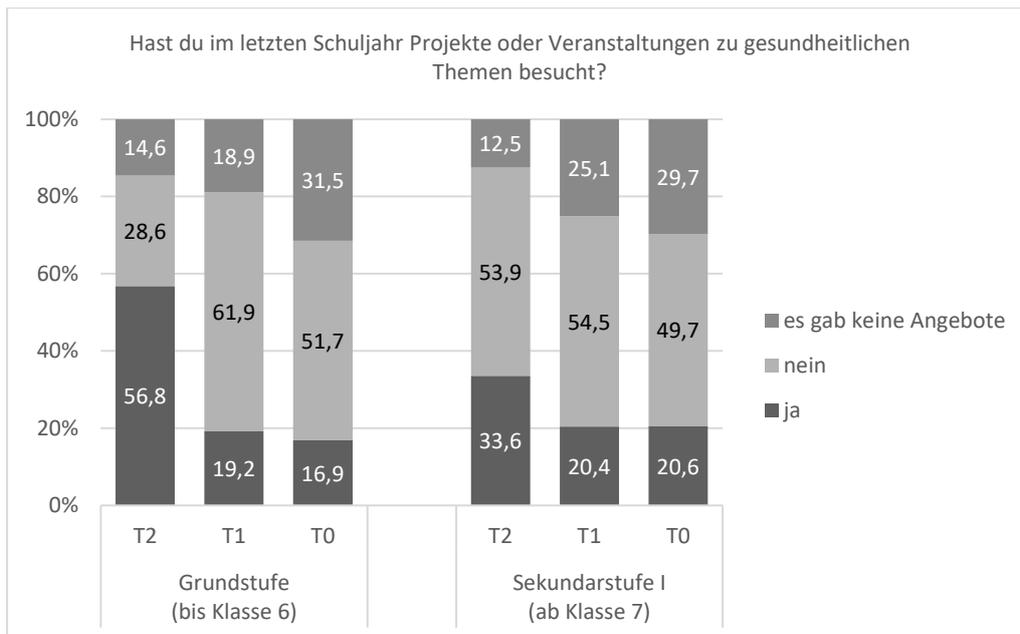


Abb. 33: Teilnahme der Schüler*innen an schulischen Gesundheitsveranstaltungen zu T2, T1 und T0

Zu T2 wurden die SuS zusätzlich gefragt, zu welchen Themen sie gesundheitsbezogene Projekte oder Veranstaltungen im letzten Schuljahr besucht hatten (siehe Abb. 34). Fast ein Drittel der Veranstaltungen behandelte laut Angaben der SuS das Thema Ernährung, jeweils knapp ein Fünftel die Themen Hygiene und Substanzkonsum (inkl. Alkohol und Tabak). Weitere konkrete Themen stellten Mundhygiene, erste Hilfe und Bewegung dar.

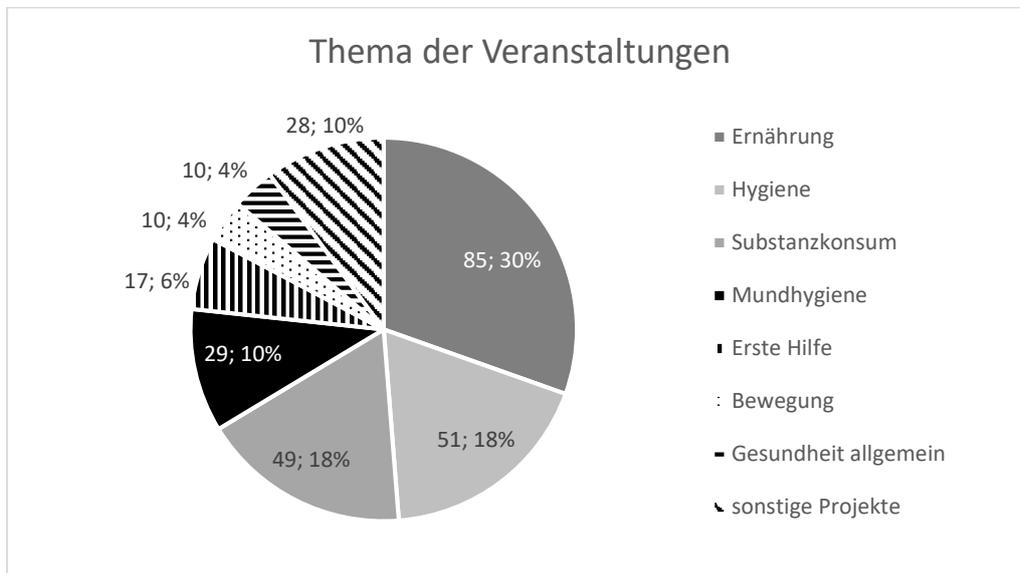


Abb. 34: Themen der gesundheitsbezogenen Projekte oder Veranstaltungen im letzten Schuljahr

Der über die drei Messzeitpunkte recht stabile Anteil der Schüler*innen mit niedriger Gesundheitskompetenz von rund einem Fünftel weist auf eine Risikogruppe in der Schülerschaft hin, auf die ein besonderes Augenmerk gerichtet werden sollte. Die Möglichkeiten zur Stärkung der Gesundheitskompetenz umfassen u. a. Projekte oder Veranstaltungen zu gesundheitlichen Themen, die von rund einem Drittel (Sekundarstufe I) bzw. der Hälfte (Grundstufe) der SuS wahrgenommen wurden. Diese Veranstaltungen drehten sich vornehmlich um die Themen Ernährung, Hygiene und Substanzkonsum. Ob dies relevante Themen für die jeweiligen SuS waren, kann mangels Bedarfsanalyse nicht festgestellt werden.

IV Befragung der „Schulgesundheitsfachkräfte“ – Methodisches Vorgehen

1. Datenerhebung

Ursprünglich war im Rahmen des Arbeitspakets 2 eine zusätzliche schriftliche Befragung der an dem Modellprojekt beteiligten Pflegefachpersonen zur Erfassung gesundheitsrelevanter Strukturmerkmale der Schulen vorgesehen. Wie in Kapitel II.2 „Verlauf der Datenerhebung“ beschrieben, konnte aber bereits die Fragebogenerhebung unter den SuS aufgrund der Maßnahmen rund um die sogenannte COVID-19-Pandemie nicht wie geplant erfolgen. Um trotz der Umstände Daten erfassen und die veränderte berufliche Situation der „SGFKs“ im Zuge der COVID-19-Pandemie beleuchten zu können, wurde daher mit dem Projektträger (AWO Bezirksverband Potsdam e. V.) ein verändertes Erhebungsverfahren vereinbart. Eine qualitative Befragung sollte Erkenntnisse dazu liefern, mit welchen Herausforderungen die Pflegefachpersonen an den Schulen im Zuge der Pandemie umzugehen und wie sich deren Aufgaben dadurch ggf. verändert hatten. Außerdem wurden sie gebeten, eine subjektive Einschätzung zur Gesundheit, zum Gesundheitsverhalten sowie zum Informationssuchverhalten der SuS abzugeben. Dabei interessierte, ob und inwiefern sie in Verbindung mit der COVID-19-Pandemie stehende Veränderungen aufseiten der SuS gesehen oder antizipiert haben, die im weiteren Verlauf dann als Ansatzpunkt für gezielte Interventionen der Schulgesundheitspflege dienen könnten.

Ein halbstrukturierter Interview-Leitfaden diente der Erfassung dieser Informationen. Dieser begann mit einer allgemeinen Frage („Wie haben Sie die Zeit seit Februar an Ihrer Schule erlebt?“), um die Schulgesundheitspflegende allmählich ans Thema heranzuführen und ihnen die Gelegenheit zu bieten, sich an die Vorgänge an den Schulen ab Februar zurückzuerinnern. Es folgten Fragen zur Stimmung an der Schule, seit die SuS an die Schulen zurückgekehrt waren, v. a. unter den SuS sowie den Lehrkräften. Des Weiteren wurde nach allgemeinen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie ebenfalls auf diese Gruppen gefragt. Auch konkrete Fragen zum körperlichen und psychischen Gesundheitsstatus der SuS wurden gestellt, wobei explizit Bezug genommen wurde auf körperliche Aktivität, Ernährungsverhalten und Medienkonsum – Aspekte also, die auch in der vorausgegangenen Befragung der SuS eine wichtige Rolle gespielt haben. Von Interesse war ferner, ob die Pflegefachpersonen durch die COVID-19-Pandemie neu Bedarfe seitens der SuS und anderer Zielgruppen der Schulgesundheitspflege beobachten konnten. Außerdem wurden die „SGFKs“ gebeten, einerseits die Quellen anzugeben, über die sie sich über die COVID-19-Pandemie informierten, und andererseits den Umgang mit Gesundheitsinformationen seitens der SuS einzuschätzen. Schließlich wurden sie gefragt, welche Interventionspotenziale sie sahen, um die Gesundheit der SuS zu gewährleisten, was sie selbst v. a. zur Gesundheitskompetenz der SuS und die Schulleitung allgemein zur Gesundheitsförderung unter den SuS beitragen könnten.

Um die Kontextualisierung der durch die qualitative Befragung gewonnenen Informationen zu ermöglichen, wurden die Pflegefachpersonen vor dem Interview gebeten, einen kurzen Fragebogen zu soziodemografischen Daten auszufüllen.

Angestrebt wurde eine Vollerhebung unter den Pflegefachpersonen in Brandenburg, die beim Projektträger angestellt sind (n = 18). Um die Anzahl der befragten Personen zu erhöhen und aussagekräftigere Ergebnisse zu erzielen, wurden auch die in der Schulgesundheitspflege tätigen Pflegefachpersonen aus Hessen (n = 10) in die Befragung einbezogen (siehe hierzu (Tannen et al. 2018a, b). Durch die Datenerhebung in zwei verschiedenen Bundesländern sollte sich ein vielfältigeres Bild der Lage aus Sicht der Pflegefachpersonen an der Schule ergeben.

Die Genehmigungen des MBS des Landes Brandenburg sowie des Hessischen Kultusministeriums lagen zu Beginn der Datenerhebung vor. Außerdem wurde ein ethisches Clearing der Ethikkommission der DGP eingeholt. Alle Schulgesundheitspflegenden in Brandenburg und Hessen wurden telefonisch kontaktiert und um ein Interview gebeten. Die Kontaktdaten wurden vom

jeweiligen Arbeitgeber mitgeteilt. Bei vorliegender freiwilliger Bereitschaft wurde ein Interviewtermin vereinbart sowie die Teilnahmeinformation mitsamt Einwilligungserklärung und Kurzfragebogen übermittelt (siehe Kapitel VIII.2). Die Information und die Rücksendung der von den „SGFKs“ ausgefüllten Einwilligungserklärungen erfolgten auf elektronischem Wege (via E-Mail). Direkt vor dem Gespräch mit den Pflegefachpersonen wurde eine zusätzliche mündliche Aufklärung sowie die Beantwortung offener Fragen seitens der Schulgesundheitspflegenden durchgeführt. Die Einwilligungserklärungen wurden separat von den restlichen Studienmaterialien unter Verschluss archiviert.

Die qualitativen, leitfadengestützten Einzelinterviews erfolgten aus Gründen des Infektionsschutzes ausschließlich am Telefon. Die Interviews wurden alle von derselben Projektmitarbeiterin geführt, was ein einheitliches Vorgehen bei der qualitativen Befragung gewährleisten sollte. Die Verwendung eines Leitfadens stellte eine Vergleichbarkeit der angesprochenen Inhalte über alle Teilnehmer*innen hinweg sicher (siehe Kapitel VIII.2). Die Erhebung erfolgte in den Sommerferien der jeweiligen Bundesländer (25.06. - 07.08. in Brandenburg und 06.07. - 14.08. in Hessen), um die Abläufe in den Schulen und die Arbeitsprozesse der Pflegefachpersonen möglichst nicht zu stören.

Die Gespräche wurden digital mit einem nicht-internetfähigen Gerät aufgezeichnet und im Verlauf der Datenerhebung zum Teil von der studentischen Hilfskraft bzw. von einem externen Transkriptionsdienst verschriftlicht (transkribiert). Die Transkripte wurden ggf. anonymisiert (also ohne Personen-, Städte- oder Schulnamen) per E-Mail zurückgesendet. Nach der Sichtung der Transkripte wurden die Aufnahmen gelöscht.

2. Datenauswertung

Die qualitativen Interviews wurden unter Zuhilfenahme von MAXQDA 11 inhaltsanalytisch ausgewertet (Mayring 2010). Ausgehend von übergeordneten Kategorien, die auf dem Leitfaden basieren (deduktives Codieren), wurde das Material weiter differenziert, indem Kategorien direkt aus dem Material abgeleitet wurden (induktives Codieren). Drei Interviews wurden von zwei Mitarbeiterinnen unabhängig voneinander codiert. Die entstandenen Kategoriensysteme wurden diskutiert und Diskrepanzen durch Konsensfindung eliminiert, die übrigen Interviews wurden nach dem daraus resultierenden System in zwei Runden codiert. Die Verdichtung der Daten erfolgte wiederum entlang der deduktiven Kategorien, wobei der Fokus auf die im folgenden Kapitel V dargestellten Themenbereiche gelegt wurde. Bei der Auswertung blieb das Bundesland, in dem die Pflegefachpersonen tätig waren, unberücksichtigt.

Der kurze Fragebogen zu soziodemografischen Daten wurde in SPSS eingegeben und deskriptiv ausgewertet.

V Befragung der „Schulgesundheitsfachkräfte“ – Ergebnisse

1. Demografie der „Schulgesundheitsfachkräfte“

Tabelle 3 zeigt die demografischen Charakteristika der Stichprobe. Insgesamt wurden 24 Interviews geführt; zu einem Interview fehlen die demografischen Angaben der befragten Person. Im Durchschnitt waren die Interviewteilnehmenden 42,2 Jahre alt und seit rund 30 Monaten als Pflegefachperson in der Schulgesundheitspflege tätig.

Acht der befragten Personen gaben an, über eine zusätzliche Qualifikation zu verfügen. Hier wurden einerseits Fachweiterbildungen (Diabetesassistent*in, Fachschwester/-pfleger für Dialyse und Nephrologie, Fachkinderkrankenpflege für Anästhesie, Intensivpflege und Neonatologie, Praxisanleiter*in, Deeskalationstrainer*in), andererseits aber auch andere Ausbildungen (Heilerziehungspfleger*in, Rettungssanitäter*in, Arzthelfer*in, Heilpraktiker*in) und Studienabschlüsse (Bachelor Soziologie) genannt. Über eine dezidiert pflegewissenschaftliche Qualifikation (Bachelor/Master) verfügte keine der befragten Personen.

Von den 14 in Vollzeit arbeitenden Pflegefachpersonen an der Schule waren fünf für eine Schule, acht für zwei Schulen und eine für drei Schulen zuständig. Alle neun als Teilzeitkräfte eingesetzten „SGFKs“ waren für eine einzige Schule zuständig.

Tab. 3: Eigenschaften der Interviewteilnehmenden (n = 24)

Teilnehmende	Mittelwert (Spannweite) bzw. Anzahl
Alter in Jahren ^a	42,2 (29 – 65)
Geschlecht (weiblich)	23
Berufsabschluss ^{a, b}	
Gesundheits- und Krankenpflege	21
Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	3
Anderer/weiterer Berufsabschluss	8
Berufstätigkeit als „SGFK“ in Monaten ^a	29,6 (4 – 56)
Tätigkeit in ...	
Brandenburg	17 (von 18)
Hessen	7 (von 10)
Zuständigkeit für ... ^a	
1 Schule	14
2 Schulen	8
3 Schulen	1
Anzahl der Schüler*innen ^a	666 (160 – 1260)
Beschäftigungsverhältnis ^a	
Vollzeit	14
Teilzeit	9
Interviewlänge in Minuten	50,75 (30-84)

Anmerkungen. ^a fehlende Werte = 1; ^b Mehrfachnennung möglich

2. Selbstverständnis und Aufgaben der Schulgesundheitsfachpersonen während der COVID-19-Pandemie

2.1 Wahrgenommene Rollen der Pflegefachpersonen

In den Interviews wurden die im Rahmen der Schulgesundheitspflege eingesetzten Pflegefachpersonen unter anderem danach gefragt, in welcher Rolle sie selbst sich während der COVID-19-Pandemie sahen bzw. wie sie vonseiten der verschiedenen Akteursgruppen in der Schule angesprochen wurden. Abb. 35 stellt die Ergebnisse grafisch dar.



Abb. 35: Rollen und Aufgaben der Pflegefachpersonen in der Schulgesundheitspflege im Zuge der COVID-19-Pandemie aus ihrer Sicht

Einige der Befragten gaben an, als „*Expert*innen in Gesundheitsfragen*“ zurate gezogen worden zu sein. Anlass für derartige Anfragen waren beispielsweise die sich rasch ändernden Informationen, Verordnungen und Erlasse zur Pandemie und die Frage, wie diese in schulische Hygienekonzepte und -strategien übersetzt werden könnten – so auch in dem folgenden Interviewauszug:

Dass dann die Schulleitung kurz anruft und sagt: ‚Du, wir setzen uns in ‘ner halben Stunde zusammen. Kommst du dazu? Hast du dich damit schon mal beschäftigt?’ So. Und dann, klar, sehe ich mich, sehe ich mich in der Rolle dann auch dafür zu sorgen, dass meine, meine Expertise oder zumindest mein, mein Kenntnisstand oder meine Erfahrung da ein bisschen, ja, ein bisschen genutzt wird, um das auch ein bisschen zu vermitteln und zu gucken, dass dann auch was Gutes bei rauskommt. (7947,78)

Die Pflegefachpersonen sahen sich seitens der Schulleitung in ihrer fachlichen Expertise angesprochen und explizit nach einer (pflege-)fachlichen Einschätzung gefragt. Anderen Interviews war zu entnehmen, dass es bei derartigen Anfragen beispielsweise um die notwendigen Maßnahmen im Sinne des Hygieneplans oder auch vergleichbare Themen gehen konnte (z. B. zum Desinfektionsbedarf in Klassenräumen). Die hier zitierte Pflegefachperson sah sich durch die Anfrage persönlich herausgefordert. Ihre Wortwahl lässt allerdings darauf schließen, dass sie noch etwas unsicher dahingehend war, ob und inwieweit ihre spezifische Expertise sich als nützlich erweisen würde. Zumindest verband sie ihr Engagement mit der Hoffnung, die Aktivitäten der Schulleitung ansatzweise unterstützen und einen als nützlich erachteten Beitrag zur Beantwortung der Gesundheitskrise leisten zu können.

Daneben wurden die Pflegefachpersonen aber auch mit Anfragen konfrontiert, bei denen es eher um individuelle Belange von Lehrenden an den Schulen ging (z. B. in Verbindung mit eigener Risikoerkrankung) und bei denen sie als „*Beratende und Vertrauenspersonen*“ gefordert waren. Das folgende Zitat veranschaulicht diese Erfahrung:

Also es waren ganz klar auch wirklich Ängste bezüglich des Unterrichtes, und wie verhalte ich mich, oder was ist sinnvoll, was ist nicht sinnvoll? Wann reicht Reinigen von etwas, wann Desinfizieren? Wie kann ich das mit der Klasse organisieren? Also es gab viele so Einzelfragen. (9133,15)

Ermöglicht wurden derartige, z. T. auch persönliche Anfragen – so ordnete die hier zitierte Pflegefachperson ihrer Erfahrungen ein – durch ein zuvor aufgebautes Vertrauensverhältnis zu den Lehrenden. Sie haben die Pflegefachpersonen seit der Wiedereröffnung der Schulen offensichtlich als derart vertrauenswürdig erlebt, um sich auch mit ihren individuellen „Sorgen“ und „speziellen Problematiken“ an sie zu wenden. Deutlich wird dieses Rollenverständnis als neutrale Vertrauensperson sowohl mit Blick auf die Lehrenden wie auch mit Blick auf die Schüler*innen, wie folgender Interviewauszug zeigt:

Es hat auch, finde ich, viel mit Beziehungs- oder Vertrauensaufbau zu tun, dass es auch immer deutlich ist, dass ich nicht dazu da bin, mit erhobenem Zeigefinger die ganze Zeit durch die Gegend zu laufen, sondern dass mir was daran liegt (...) ich glaube, Veränderungen oder auch im Gesundheitsverhalten, die funktionieren oft nur erstmal über einen Aufbau von irgendeiner Art von Beziehung. (9133,101)

Die angestrebten gesundheitsbezogenen Effekte wurden nicht dadurch erreicht, dass die Pflegefachpersonen in kontrollierender Funktion oder gar als „Gesundheitspolizei“ auftraten. Vielmehr basierte die Wirkung der Schulgesundheitspflege in erster Linie auf Beziehungsarbeit – so das hier zum Ausdruck gebrachte Selbst- und Aufgabenverständnis, das sich offensichtlich auch in der aktuellen Gesundheitskrise bewährt hatte.

Daneben war den Interviews zu entnehmen, dass sich die Befragten in Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie auch als „Vermittler*innen und Übersetzer*innen“ betrachteten, v. a. gegenüber Schüler*innen. Aber auch Lehrende und Schulleitungen haben sie in dieser Funktion zuweilen angesprochen. Anscheinend war es für die Personengruppen nicht immer ganz einfach, die vielfältigen und zum Teil widersprüchlichen Informationen zur Pandemie ohne fachliche Unterstützung einzuordnen, zu bewerten und für sich nutzbar zu machen. Dies galt offensichtlich – so die Interviewten – auch für offizielle Informationen von Behörden oder medizinischen Fachleuten. Zwar werden in den Interviews die hierzu aktuell geführten Diskurse über das Thema Gesundheitskompetenz und den Umgang mit der „Infodemie“ nicht explizit angesprochen, die Pflegefachpersonen verdeutlichten in ihren Aussagen aber implizit, wie wichtig es sei, angesichts der Flut an Informationen auch über Relevanzkriterien zu verfügen und unterscheiden zu können, welche Informationen als verlässlich anzusehen seien und welche nicht – so auch in dem folgenden Interviewauszug:

Ja, und vielleicht auch so ein bisschen richtungsweisend, im Sinne davon: Was ist eine gute Information oder eine seriöse Information und was nicht und wie erkenne ich das? (6937,77)

Ihre Aufgabe sehen sie folglich darin, den verschiedenen Personengruppen an der Schule bei dieser Einordnungsaufgabe zu helfen und in der Rolle als Vermittler*innen und Übersetzer*innen auch deren individuelle Gesundheitskompetenz zu fördern.

Eine der befragten Pflegefachpersonen würde gerne noch darüber hinausgehen und die Aufgabe der Wissensvermittlung an die Schüler*innen durch die Pflege auch im Unterricht verankert sehen, räumte dabei aber in dem folgenden Interviewauszug zugleich ein gravierendes „Umsetzungsproblem“ ein:

Also ich weiß nicht, ob das jetzt nur an meiner Schule ist oder ob es anderen Schulgesundheitsfachkräften auch so geht, dass sie Schwierigkeiten haben, (...) sich stärker in die Wissensvermittlung auch einbringen zu können, ja. Also es ist ja das Stichwort, also so wie ich es verstehe, ist vom Kultusministerium durchaus vorgesehen, dass die Schulgesundheitsfachkräfte ihre Bildungswirksamkeit erhöhen. Und, aber in der Schule gibt es halt Strukturen, die dann auch in die Richtung wirken, dass man eher vom Unterricht ferngehalten wird, ja. Weil das wie so eine heilige Kuh ist. (3167,56)

Zwar würde die hier befragte Pflegefachperson die Notwendigkeit sehen, gesundheitsbezogenes Wissen zu vermitteln und sich stärker auch am Unterricht zu beteiligen. Dabei berief sie sich u. a. auf die Bildungsverwaltung, die von der Einführung der Schulgesundheitspflege anscheinend auch Wirkungen auf Bildungsprozesse erwarteten. Zugleich wurde aber betont, dass dem Einsatz der Pflegefachpersonen in diesem Bereich offensichtlich ernstzunehmende Hindernisse entgegenstehen würden, die nicht angetastet werden dürften. Welche genau das sind, blieb in dem Interview offen.

Eine Reihe der im Rahmen dieser Studie befragten Pflegefachpersonen sah sich in zwischenmenschlicher Hinsicht zudem als eine Art „Vorbild und Ruhepol“ in der COVID-19-Pandemie, sowohl gegenüber den Lehrenden wie auch gegenüber den Schüler*innen:

Dass man erstmal abwartet. Weil ich fand, am Anfang hat (sich) sicherlich gefühlt alle drei Stunden die Nachrichtenlage geändert und (...) ich glaube, ich war so ein Ruhepol würde ich sagen wollen. So, erstmal abwarten, nicht? Mal gucken, wir nehmen es ernst. Nicht gleich mit Kanonen auf Spatzen schießen, bin ich sowieso kein Fan von. Und das hat sich auch, als die Schule wieder anfing, eigentlich in der Arbeit mit den Lehrern widergespiegelt. (5828, 19)

Der sich rasch ändernden Informationslage und der zum Teil auch aufgeregten Berichterstattung über die Pandemie in den Medien wollte die hier zitierte Pflegefachperson mit Abstand begegnen. Dabei ging es ihr offensichtlich darum, einer unangemessenen Überreaktion vorzubeugen – eine Haltung, die sich bei ihr offensichtlich auch in anderen Lebenslagen bewährt hatte und die sie im Kontakt mit den Lehrenden weitergeben wollte.

2.2 Aufgaben um die Wiederöffnung der Schulen

Die Pflegefachpersonen in der Schulgesundheitspflege wurden in den Interviews u. a. auch nach ihren Aufgaben in Verbindung mit der Wiedereröffnung der Schule im Mai befragt. Demnach hätten sie einerseits vorbereitende Aufgaben wahrzunehmen gehabt, die noch während der Schulschließung anstanden, andererseits Aufgaben, die sie dann nach der Rückkehr der ersten Schüler*innen an die Bildungseinrichtungen übernahmen. Dabei ließen sich in den Interviews zwei Aufgabenbereiche identifizieren, die in enger Verbindung mit den zuvor dargelegten Rollenverständnissen zu sehen sind, andere im Rahmen der Schulgesundheitspflege üblicherweise wahrgenommene Aufgaben sind dagegen in den Hintergrund getreten.

Ein großer Aufgabenkomplex bezog sich auf das Thema Hygiene – sowohl in der Vorbereitung wie auch ab dem Zeitpunkt der Schulöffnung. Zunächst war die Erarbeitung eines Hygienekonzepts entsprechend der behördlichen Vorgaben für die Wiederaufnahme des Lehrbetriebs an den Schulen zwingend erforderlich. Während einige Pflegefachpersonen offenbar gezielt als Gesundheitsexpert*innen angesprochen und von den Schulleitungen bei dieser Konzeptentwicklung beratend hinzugezogen wurden, gab es aber auch gegenteilige Erfahrungen:

Als es kurz davor war, dass die Schule wieder geöffnet wurde, musste ich drum betteln, dass ich in die Hygiene, ich sage mal, in die Vorbereitungen mit einbezogen werde. Und das muss ich auch wirklich beanstanden, da bin ich auch ziemlich angepiekt, man ist nicht auf mich zugekommen. Ich habe mich da ständig angeboten, und dann kam, wenn mal eine Antwort kam, kam dann: „Ja, das ist Schulleitungssache. Und was wollen Sie denn überhaupt unterstützend tun? Was können Sie denn?“ Und so kam die ein oder andere Antwort, oder es wurde gar keine Antwort gegeben, und so läuft das bis heute. (3227,9)

Der hier zitierte Interviewauszug zeigt einerseits auf, dass die betreffende Schulleitung die Expertise der Pflegefachpersonen in Zweifel zog und ihren möglichen Beitrag zur Aufgabenbewältigung eher gering schätzte. Andererseits wird seitens der befragten Person die Enttäuschung über dieses Vorgehen und zugleich das Bemühen deutlich, sich immer wieder aktiv in die vorbereitenden Arbeiten für die Schulöffnung einzubringen. Über die Gesamtheit der Interviews

hinweg stellte sich diese Situation allerdings als Extrem- bis Einzelfall dar. Deutlich wird daran aber, dass die Schulleitungen eine Schlüsselstellung hatten, wenn es um die Möglichkeiten der Pflegefachpersonen ging, sich an der Bewältigung der pandemiebedingten Herausforderungen zu beteiligen.

Während es bei der Konzeptentwicklung offensichtlich unterschiedliche Vorgehensweisen gab, schien es um die konkrete Vorbereitung und Umsetzung der Hygienemaßnahmen anders bestellt gewesen zu sein. Wiederholt berichteten die Pflegefachpersonen davon, dass sie mit der Beschaffung von Hygieneprodukten und Materialien betraut waren, darunter auch der Bereitstellung von Mund-Nasen-Schutzmasken. Nach der Wiederöffnung der Schulen stand dann das Trainieren der Handhygiene v. a. mit den jüngeren SuS sowie die Umsetzung der Maßnahmen zur Wahrung der Abstandsregeln auf der Agenda, z. B. die Einrichtung von Einbahnstraßensystemen. Mit anderen Worten: Die Pflegefachpersonen brachten sich in die Umsetzung der von den Schulleitungen (mit oder ohne ihre Beteiligung) entwickelten Hygienekonzepte ein. Dabei versuchten sie an der ein oder anderen Stelle, im Nachhinein noch Einfluss zu nehmen, etwa wenn sie darauf hinwirkten, bei jüngeren Kindern auf den Einsatz von Hautdesinfektionsmittel zu verzichten.

Neben diesen hygienebezogenen Aufgaben bestand das zweite große Aufgabenfeld in der Aufklärung über die COVID-19-Pandemie und damit verbundene Maßnahmen, v. a. im persönlichen Kontakt in den Lerngruppen. Die Pflegefachpersonen waren nach eigenem Bekunden dafür zuständig, durch personalkommunikative Maßnahmen – z. B. das Aufhängen von Plakaten oder das Verteilen von Informationsmaterialien an Schüler*innen, Eltern und auch Lehrende – über die Pandemie und den Umgang damit zu informieren. Dies konnte beispielsweise auch in Form von Elternbriefen erfolgen. Eher ausnahmsweise wurden laut den Interviewpartner*innen die jeweilige Schulhomepage und/oder deren Lautsprecher-System zur Informationsvermittlung genutzt. Gründe dafür, warum auf diese Kanäle seltener zurückgegriffen wurde, wurden in den Interviews nicht genannt.

Die Pflegefachpersonen haben aber nicht allein die im Rahmen der Hygienepläne beschlossenen Maßnahmen umgesetzt. Sie haben auch die dafür erforderlichen Bedingungen geschaffen, indem sie koordinierend und organisierend tätig wurden. So erforderte die Umsetzung der zuvor erwähnten und anderer Hygiene- und Informationsmaßnahmen laut den Interviewpartner*innen ein hohes Maß an Zusammenarbeit sowohl innerhalb wie auch außerhalb der Schulen – also einerseits mit Schulleitung und Lehrenden und andererseits z. B. mit Behörden. Dies veranschaulicht der folgende Interviewauszug:

Wir haben so ein Hygieneteam gemacht, weil 50 Klassen ist ein bisschen hart alleine zu machen. Und wir machen es halt so, dass wir in die Klassen gehen, wenn die kommen, einmal die Woche, und mit denen reden, wie es denen geht, was sie tun, nicht tun (...) Machen ich und zwei andere Lehrer noch, das hat eigentlich ganz gut funktioniert. (4485,79)

Die Pflegefachpersonen suchten sich Unterstützung bei den Lehrenden und ggf. anderen Personen in der Schule und banden sie in ihre Aktivitäten ein. Dies geschah schon allein aufgrund der Größe der Schulen und der zahlreichen kleinen Lerngruppen, die betreut wurden. Aber auch sonst schien diese Kooperation erfolgreich gewesen zu sein.

Einige „SGFKs“ wurden auch als Aufsicht eingesetzt und achteten somit auf Hof und Fluren der Schule darauf, ob die Schülerschaft sich an die Hygieneregeln hielt, was ggf. mit Ermahnungen der Schüler*innen einherging. Außerdem motivierten sie die SuS zu gesundheitsförderlichem Verhalten, besonders zur körperlichen Aktivität. Zugleich wird in den Interviews deutlich, dass die auf einzelne Schüler*innen ausgerichteten Aufgaben und insbesondere solche im Bereich der Ersten Hilfe und Akutversorgung deutlich zurückgegangen waren. Dafür wurden unterschiedliche Gründe angeführt: Zum einen sei es aufgrund der reduzierten Personenzahl an den

Schulen und der Maßnahmen im Zuge der COVID-19-Pandemie, z. B. das Abstandhalten, zu weniger Verletzungen gekommen. Außerdem seien die SuS bei Symptomen, die auf einen Atemwegsinfekt hindeuten könnten, zu Hause geblieben. Dementsprechend seltener wurden die Pflegefachpersonen von Kindern oder Jugendlichen mit derartigen Beschwerden kontaktiert. Außerdem wurde geäußert, dass die eingeführten Hygienemaßnahmen nicht nur vor einer Ansteckung mit SARS-CoV-2 schützen würden, sondern auch vor anderen Krankheitserregern, so dass die Zahl der Infekte insgesamt relativ gering gewesen sei. Wenn einzelne Schüler*innen sie aufgesucht hätten, dann vorwiegend wegen mutmaßlich psychosomatischer Beschwerden. Auch die verkürzten Schultage – meist wurde von vier Stunden berichtet – hätten zu einer Reduktion der persönlichen Kontakte geführt. Schließlich machten einige der Befragten darauf aufmerksam, dass auch die räumlichen Bedingungen – konkret die engen Krankenzimmer – eine individuelle Betreuung von Schüler*innen unter Corona-Bedingungen erschwert hätten – es sei schlicht nicht möglich gewesen, das Abstandsgebot einzuhalten.

Viele der Befragten berichteten allerdings von Versuchen, auf die Schüler*innen und auch die Eltern zuzugehen und ihnen individuelle Beratungs- und Informationsangebote zu unterbreiten. Beispielsweise hätten sie ihre Kontaktdaten zur Verfügung gestellt. Einzelne Pflegefachpersonen richteten eine Telefon-Sprechstunde oder einen Kummerkasten ein, berichteten aber von einem geringen Rücklauf. Häufiger seien die Schüler*innen von selbst auf die Pflegefachpersonen zugekommen, in geringerem Maße auch die Lehrer*innen. Der geringe persönliche Kontakt gerade zu den Schüler*innen und damit die Reduktion ihrer individuenzentrierten Aktivitäten und Einflussmöglichkeiten wurde von den hier befragten Pflegefachpersonen insgesamt als große Herausforderung erfahren, wie auch die folgenden Ausführungen verdeutlichen.

2.3 Mangel an persönlichen Kontaktmöglichkeiten und Austausch

Während der Schließung der Schulen waren einige der Pflegefachpersonen anderweitig – etwa in Gesundheitsämtern – eingesetzt und hatten kaum mehr persönlichen Kontakt zu den von ihnen betreuten Schüler*innen. Auch nach der Wiedereröffnung der Schulen war der unmittelbare Kontakt zwischen Pflegefachpersonen und den verschiedenen Zielgruppen an den Schulen – insbesondere aber zu den Schüler*innen – zeitlich deutlich eingeschränkt. In den Interviews wurde dieser Umstand von Befragten bedauert und insbesondere der negative Einfluss auf das zuvor Geschaffene beklagt – so auch in folgendem Interviewauszug:

Man fängt wieder von Null an, das Vertrauen aufzubauen. Das ist das Grundproblem einfach, um ranzukommen, bis sie sich öffnen, dauert es sehr, sehr lange, und dieser Cut hat genau das auch bewirkt, dass man wieder von vorne anfängt. Das hinzubekommen, dass sie ein bisschen was von ihrem Leben preisgeben. Also um erst einmal zu gucken: Wo kann ich dir helfen? (7624,56)

Damit die Schüler*innen sich aufgeschlossen zeigten und bereit waren, auch ihre Probleme mitzuteilen, mussten die Pflegefachpersonen an den Schulen zunächst eine Vertrauensbasis schaffen. Diese sahen die Befragten durch die Schulschließung beeinträchtigt, was von ihnen verlangte, sich in diesem Bereich erneut zu engagieren und durch ein proaktives Vorgehen erneut die notwendigen Voraussetzungen für ihre Arbeit zu schaffen. Sie sahen sich also in ihren Bemühungen bei der Herstellung einer förderlichen Arbeitssituation zurückgeworfen. Zudem schien durch die Kontaktreduktion ein wesentliches Element der Schulgesundheitspflege zumindest beeinträchtigt, wie sich hier andeutet:

Also die Kommunikation mit den Kindern, das ist ja das Schönste an meiner Arbeit überhaupt, ja? Und das ist halt jetzt komplett anders, ne? (2493,60)

Die Kommunikations- und Kontaktmöglichkeiten mit einzelnen Kindern oder Jugendlichen sind nach Auffassung der hier zitierten Pflegefachpersonen das Besondere an der Schulgesundheitspflege und eben dieses Element wurde durch die Pandemie in Mitleidenschaft gezogen. Welche

Schlüsse die Pflegefachpersonen daraus zogen und ob es ihnen gelang, auch in den eher populationsbezogenen Maßnahmen der Schulgesundheitspflege Erfüllung zu finden, blieb in den Interviews unbeantwortet. Allerdings äußerten einzelne der Befragten, dass sie sich auf die Rückkehr zu ihren „eigentlichen“ Aufgaben freuen würden.

In ähnlicher Weise wurde als Hindernis angesehen, dass auch die Eltern durch die Pandemie und deren Begleiterscheinungen persönlich schlechter erreichbar gewesen seien. Während zuvor Elternversammlungen ermöglichten, alle Eltern auf einmal zu erreichen und in einen direkten Austausch miteinander einzutreten, mussten in der Pandemiezeit individuelle Zugänge gesucht und geebnet werden. Dies kostete nicht nur mehr Zeit, sondern barg auch ganz eigene Herausforderungen für die befragten Pflegefachpersonen:

Wo es persönlich oft in den Elternversammlungen auch schöne Diskussionen gab, wo man einfach Eltern vielleicht auch bewegt hat, weil andere Eltern was gesagt haben und sie dadurch ein bisschen aufmerksam wurden. Und wenn ich das einzeln mache, weiß ich immer nicht, ob ich gerade bei diesen Eltern ankomme oder sie einfach nur „Ja, ja“ sagen. (...) Gerade wenn ich die nicht persönlich habe, sondern am Telefon, kann ich immer schwer einschätzen, ob ich irgendwas bewirkt habe in dem Bereich. Also gerade dieser telefonische Kontakt. Ich finde diesen persönlichen Kontakt oft viel besser, weil ich dann auch weiß, wie der gegenüber reagiert. (7624,96)

Die notwendigerweise telefonischen oder digitalen Kontakte schienen die Möglichkeiten der Pflegefachpersonen, die Eltern wahrzunehmen, zu motivieren und die Beziehung zu ihnen zu pflegen, einzuschränken. Es fehlte den Pflegefachpersonen durch die Kanalreduktion an der ansonsten in der persönlichen Begegnung erfahrenen Resonanz auf ihre Interventionen. Zwar nutzen sie die vorhandenen technischen Möglichkeiten, um den Kontakt zu den Eltern irgendwie aufrechtzuerhalten; eine persönliche Begegnung würden sie aber in jedem Fall vorziehen. Hinzu kommt, dass organisatorische oder bürokratische Hürden vielfach dazu beigetragen hätten, dass selbst die reduzierten Kontaktmöglichkeiten nicht immer genutzt werden konnten. So erläuterten einige der Befragten, dass die Einverständniserklärungen der Sorgeberechtigten zur Kontaktaufnahme nicht immer vollständig ausgefüllt waren und beispielsweise Telefonnummern fehlten. Aus Datenschutzgründen sei dann eine proaktive Kontaktaufnahme durch die Pflegefachpersonen nicht möglich gewesen.

Eingeschränkte persönliche Kontaktmöglichkeiten gab es aber nicht nur zu den Schüler*innen oder deren Eltern. Auch der Kontakt untereinander oder der kontinuierliche fachliche Austausch mit Kolleg*innen aus dem Gesundheitssektor war aufgrund der Pandemie nur eingeschränkt möglich, wie der folgende Interviewauszug verdeutlicht:

Was ich ganz schade finde: dass ich im Hintergrund eigentlich niemanden habe, mit dem ich reden kann, außer meine anderen Schulkrankenschwestern-Kollegen, oder ich rufe explizit irgendwelche Ärzte an. Aber wir haben ja nicht mal eine direkte Linie mit irgendwelchen Ärzten, dass wir Sachen mal besprechen können. (...) Das fand ich ganz komisch und finde es immer noch komisch. Wir haben 1200 Leute bei uns in der Schule, da sind am Tag vier, fünf Telefonate mit verschiedenen Gesundheitsämtern und immer wieder mit verschiedenen Menschen. Und das hat mich in den letzten Wochen echt am meisten genervt. (4485,25)

Trotz zahlreicher Personen in der Schule und auch in der Schulumwelt fehlte es der hier zitierten Pflegefachpersonen an direkten Kontakten, mit denen ein fachlicher oder auch persönlicher Austausch möglich gewesen wäre. Die Pflegefachpersonen waren – von punktuellen und meist telefonischen Absprachen abgesehen – auf sich allein gestellt, was ihnen persönlich zu schaffen machte und ihnen die Ausübung ihrer Arbeit erschwerte. Vor allem – so deutet es sich in dem vorangegangenen Zitat an – schien es an beständigen und verlässlichen Beziehungen zu Kolleginnen und Kollegen aus dem Gesundheitsbereich zu fehlen.

3. Gesundheitliche Situation während der COVID-19-Pandemie

Die Pflegefachpersonen in der Schulgesundheitspflege wurden in den Interviews gebeten, eine Einschätzung dazu abzugeben, ob und inwiefern sich die körperliche und psychische Gesundheit der Schüler*innen durch die COVID-19 Pandemie aus ihrer Sicht verändert hatten. Tatsächlich fiel es den meisten interviewten Pflegefachpersonen schwer, diese Frage zu beantworten. Zum einen verwiesen sie auf ihre begrenzten Arbeitszeiten und die eingeschränkten persönlichen Kontakte. Nach der Wiedereröffnung der Schulen seien die Schüler*innen meist nur an zwei Tagen in der Woche anwesend gewesen, und da hätten sich nur wenige Möglichkeiten ergeben, um sich einen persönlichen Eindruck von deren Gesundheitszustand zu verschaffen. Zum anderen führten sie aus, dass es bei den älteren Schüler*innen ohnehin schwierig sei, den Gesundheitszustand durch Inaugenscheinnahme verlässlich einzuschätzen. Zum Teil würden die Schüler*innen selbst nicht erkennen, dass sie gesundheitliche Probleme haben, oder diese in Alltagsbegegnungen überspielen. Eine zuverlässige Beurteilung sei ihnen daher aufgrund von Alltagskontakten nicht möglich gewesen. Dennoch fanden sich in den Interviews stellenweise Aussagen dazu, welche Folgen die Pandemie für die Schüler*innen womöglich nach sich zog.

3.1 Einschätzung der körperlichen Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens

Ging es um die Einschätzung der körperlichen Gesundheit der Schüler*innen wurden unterschiedliche Positionen erkennbar. Während einige deren Gesundheitsstatus nach Rückkehr an die Schulen allgemein als gut bewerteten, kamen andere zu gegenteiligen Ansichten. Eine der befragten Pflegefachpersonen führte dazu aus:

Die, die adipös waren, sind weiterhin adipös, und die, die 'nen schlechten Zahnstatus haben, den haben sie auch weiterhin. (...) Die, also wie gesagt, die sich schon immer krank gefühlt haben oder die immer irgendwie sehr anfällig waren, die sind es ja auch weiterhin. (2867,43)

Dem Zitat ist zu entnehmen, dass bei einzelnen Gruppen von Schüler*innen ohnehin vorhandene körperliche Gesundheitsprobleme weiterhin bestanden. Inwiefern es hier zu graduellen Verbesserungen oder auch Verschlechterungen dieser Problemlagen gekommen ist, bleibt in diesem und auch anderen Interviews offen – zumindest werden keine entsprechenden Beobachtungen berichtet oder Erwartungen geäußert. Wenn negative Entwicklungen in Verbindung mit der körperlichen Gesundheit beobachtet wurden, dann bezogen sie sich auf Aspekte wie Tagesrhythmus, Gewicht und Fitness der Schüler*innen.

Die gestörte Tagesstruktur wurde vor allem aus der Schließzeit der Schulen berichtet, aber einzelt auch aus der Phase nach der Wiedereröffnung. Mehrfach brachten die Interviewten den nach hinten verschobenen Tagesrhythmus mit einem vermehrten Medienkonsum der Schüler*innen in Verbindung. So wurde in der ersten Zeit nach Wiedereröffnung der Schulen beobachtet, dass Kinder und Jugendliche häufig übermüdet im Unterricht gesessen hätten. Durch Selbstberichte sei der erhöhte Medienkonsum bestätigt worden. Einzelne der Interviewten vermuteten zudem, dass der erhöhte Medienkonsum durch die Eltern begrüßt, zumindest aber nicht unterbunden wurde. Die Kinder hätten in dieser Zeit keine aufwändige Betreuung benötigt, was die Eltern womöglich als entlastend erfahren hätten. In dem folgenden Interviewauszug wird deutlich, dass die Interviewten gerade im Bereich des Medienkonsums aber auch noch andere Gesundheitsrisiken sehen:

Also Stichwort Medienkonsum ist natürlich ein Riesenproblem, war es ja schon vorher, dass man Schüler hatte, die übernächtigt waren, die viel zu hohe Bildschirmzeiten hatten. Und da hab' ich mir dann auch gedacht: Toll, wenn wir jetzt wirklich über, also über Monate oder Jahre diese Homeschooling-Geschichte fahren müssen, dann leistet ja die

Schule ihren Beitrag im Grunde die Bildschirmzeit zu erhöhen, dann wird das ja noch brisanter, dann darauf zu achten, also wie Schüler die Zeit vor ihren Geräten nutzen, vor ihren Endgeräten. (3167,31)

In dem Interviewauszug werden die mit der Verlagerung auf den Online-Unterricht und die digitale Kommunikation verbundenen Herausforderungen angesprochen. Tatsächlich ist zu erwarten, dass sich die ohnehin ausgeprägte Nutzung von elektronischen Geräten mitsamt den damit verbundenen Auswirkungen (z. B. auf die Konzentration, Sehkraft, Beweglichkeit) durch die Pandemie weiter erhöhen wird. Die sich daraus ergebende Dringlichkeit des Problems und der daraus zu erwartenden gesundheitlichen Folgen war der hier interviewten Pflegefachperson bewusst. Ob sie auch bereits über geeignete Konzepte und Strategien verfügte, dem im Rahmen der Schulgesundheitspflege zu begegnen, lässt sich dem Interview nicht entnehmen.

In enger Verbindung mit dem erhöhten Medienkonsum wurden in den Interviews auch die reduzierte körperliche Aktivität der Kinder und Jugendlichen und die damit einhergehenden Folgen thematisiert. Vielfach hätten die Schüler*innen dies nach der Wiedereröffnung der Schulen selbst berichtet, zuweilen registrierten die Pflegefachpersonen aber auch von sich aus eine eingeschränkte Fitness und schnellere Erschöpfung oder auch ein gesteigertes Aktivitätsbedürfnis. Auch eine Gewichtszunahme einzelner oder mehrerer Kinder oder Jugendlicher sei zu beobachten gewesen oder in Gesprächen mit Schüler*innen oder Eltern beklagt worden. Neben den eingeschränkten Bewegungsmöglichkeiten während der Pandemie sei hierfür aber noch ein anderer Faktor verantwortlich zu machen – so die Beobachtung der hier zitierten Pflegefachperson:

Ich habe festgestellt, sie kommen mit Chips vermehrt wieder an, mit Süßigkeiten und ihrer Eistees und Energy-Drinks. Und Argument ist dann von den Leuten, wenn ich sage „Aber du weißt doch, ist nicht so doll, was du hier trinkst“, dann: „Schüler-Café ist ja auch nicht auf. Ich kann mir kein Wasser holen.“ (7859,70)

Sprachen die Pflegefachpersonen ungünstige Ernährungsgewohnheiten, insbesondere aber vermehrten Konsum von Fastfood oder Süßwaren, an, wurde auf das pandemiebedingt eingeschränkte Angebot an gesunden Alternativen hingewiesen – auf diese Weise wurden zuvor womöglich gestartete Bemühungen um Bewusstseinsbildung und Verhaltensänderung seitens der Schüler*innen durch ungünstige Verhältnisse wieder zunichtegemacht.

Um angesichts dessen verhaltensbedingte Gesundheitsbeeinträchtigungen vermeiden zu können, suchten die befragten Pflegefachpersonen nach kreativen Auswegen:

Ich habe (...) Beschäftigungsmöglichkeiten angeboten (...) Dann habe ich sie aufgefordert, rauszugehen, das schönste Foto des Tages zu schießen und das dann einzureichen, solche Dinge. (3227,96)

Durch aktivierende Maßnahmen mit spielerischem Charakter versuchte die hier zitierte Pflegefachperson, gegenzusteuern und die Schüler*innen zu mehr Bewegung zu motivieren. Auch andere Befragte berichteten von solchen Maßnahmen, seien es Spiele, bewegte Pausen oder auch motivierende Gespräche mit einzelnen Schüler*innen. In Einzelfällen wurde sogar bereits während der Schulschließungen versucht, diese Aktivierungsmaßnahmen anzustoßen und die Schüler*innen zu Verhaltensweisen zu motivieren, die ihre körperliche Gesundheit auch angesichts widriger Umstände erhalten sollten.

3.2 Einschätzung der Stimmung und der psychischen Gesundheit

Darüber hinaus wurden die Pflegefachpersonen in den Interviews auch um eine individuelle Einschätzung der sozioemotionalen Situation und der psychischen Gesundheit der Schüler*innen im Zusammenhang mit der Pandemie gebeten. Auch hier zeigten sie anfänglich eine ge-

wisse Zurückhaltung. Nach und nach aber wurden in den Interviews zahlreiche mit der Schließzeit der Bildungseinrichtungen und deren anschließender Wiedereröffnung in Verbindung stehende Beobachtungen präsentiert.

3.2.1 Wegfall sozialer Strukturen und eingeschränkte soziale Kontakte

Einige der Befragten berichteten davon, dass die Schüler*innen unter den eingeschränkten Möglichkeiten der Freizeitgestaltung auf sozialer und emotionaler Ebene gelitten hätten. So durften die Kinder und Jugendlichen weder in Jugendclubs oder Sportvereine gehen noch ihre Schulfreunde treffen. In einigen Interviews wurde insbesondere auf die fehlende Tagesstruktur und den Wegfall von Freizeitmöglichkeiten hingewiesen:

Dieses Vakuum, die strukturiert ja jetzt keiner mehr. Vorher hatten die, weiß ich nicht, Schule bis um zwei oder drei, und dann haben sie den Sportverein gehabt, dann haben sie da was oder hier ein Jugendtreffen, und das ist ja alles weg. Und das ist halt auch das, was man am meisten merkt, dass die halt irgendwie so traurig sind: Wieso, was? Mein Leben ist weg, was haben wir denn jetzt noch? (4485,51)

Was wichtig war, was dem Alltag eine Struktur und einen Sinn verliehen hatte, brach durch die Pandemie und den gesellschaftlichen Stillstand zunächst weg. Dies verursachte – so die Sichtweise der hier zitierten Pflegefachperson – Gefühle von Verlust und Sinnlosigkeit aufseiten der Schüler*innen. Verstärkt wurde die in Folge gedrückte Stimmung und latente Unzufriedenheit noch durch die soziale Isolation, die bis hin zur „Vereinsamung“ (9536,62) reichen konnte. Die Schüler*innen hätten gerade während der Schließzeit ihre Freunde und das Gemeinschaftsgefühl an der Schule vermisst, wenngleich in unterschiedlicher Intensität. Dabei seien – so die befragten Pflegefachpersonen – insbesondere auch die jeweils unterschiedlichen sozialen Situationen der Kinder und Jugendlichen mitzudenken:

Es gibt andere Kinder, die dann nur geklagt haben, ja, die leben nur also getrennt bei Mutter, Vater, die konnten nicht zum anderen Elternteil. Ihnen ging es nicht gut. Die waren da richtig traurig. Dann habe ich Kinder in Wohngruppen gehabt, die nicht nach Hause durften, die sonst eigentlich am Wochenende bei Mutter oder Vater sind, die durften die Wohngruppe nicht verlassen wegen Corona, denen ging es sehr, sehr schlecht. Also denen ging es richtig schlecht. Sie waren auch wirklich verändert, wie wir sie an der Schule erlebt haben, wie ich sie erlebt hab. (...) Und das erschien mir unverhältnismäßig, die Kinder einzusperren und nicht zu ihren Eltern zu lassen. Das, ja, also keine Ahnung, das war, das fand ich nicht gut. (4602,33)

Insbesondere wenn Schüler*innen in besonderen sozialen Konstellationen lebten – also etwa mit getrenntlebenden Eltern oder in speziellen Betreuungseinrichtungen – hatte das durch die Pandemie bedingte Zurückfahren des üblichen sozialen Lebens negative Auswirkungen, so die hier gemachte Beobachtung. Von der hier zitierten Pflegefachperson wurden die erzwungenen Kontaktabbrüche und die verordnete soziale Isolation kritisch gesehen, die negativen Auswirkungen auf die soziale und emotionale Situation der Kinder und Jugendlichen seien einfach zu ausgeprägt. Ob es Alternativen zu diesen drastischen Maßnahmen gegeben hätte und welche das womöglich gewesen wären, wird in dem Interview nicht thematisiert.

Mit der Wiedereröffnung der Schulen hätte sich nach Aussage der befragten Pflegefachpersonen dann gezeigt, wie sehr die Schüler*innen sich freuten, ihre Freunde wiederzusehen. Diese Rückkehr zu einem halbwegs normalen Alltag hätte für das psychosoziale Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen somit große Bedeutung gehabt, weshalb sie als wichtige politische Maßnahme während der Pandemie gewürdigt wurde.

Eine Gemeinschaft hat ja verschiedene Wirkungen, auch auf die Kids, regulierend, (...) unterhalten oder stützend oder nicht alleine fühlen, und ich glaube, das kommt da schon

durch. Und halt auch eine Form von Dankbarkeit der Schule gegenüber. Das finde ich jetzt ganz nice zu sehen, dass viele, die eigentlich so/ Die kommen auf einmal gerne, ja? (4485,35)

Betont wird in diesem Interviewauszug nicht so sehr der Bildungsauftrag der Schule, sondern vielmehr die soziale Dimension dieses Lebensraums und Settings. Hier unterhalten die Schüler*innen einen großen Teil ihrer alltäglichen sozialen Beziehungen. In dem Interviewauszug deutet sich an, dass selbst diejenigen, die ansonsten der Schule nicht so viel haben abgewinnen können, diese soziale Dimension zu schätzen wussten und dem Schulbesuch plötzlich positiv gegenüberstanden. In einigen Fällen sei die Freude des Wiedersehens dann allerdings so groß gewesen, dass eine gewisse Nachlässigkeit Einzug gehalten habe, insbesondere was die Abstandsregeln im Schulalltag anbelangte. Hier waren dann auch wieder regulierende Maßnahmen vonseiten der Pflegefachpersonen oder auch der Lehrenden an den Schulen erforderlich (siehe auch Kapitel V.2.2).

3.2.2 Gefühle von Unsicherheit, Angst, Perspektivlosigkeit und Trauer

Bei einigen Schüler*innen wurden häufiger Gefühle von Unsicherheit und Angst beobachtet. Berichtet wurde von der konkreten Furcht vor einer Ansteckung, entweder aus Angst um die eigene Person oder um Angehörige. Auch hätte einigen Schüler*innen Sorge bereitet, dass bei einer möglichen Ansteckung der lange geplante Sommerurlaub gefährdet gewesen wäre. Im Falle von Kindern oder Jugendlichen mit Migrationshintergrund hätte dies beispielsweise auch bedeutet, dass sie ihre Familien nicht hätten besuchen können. Viele Schüler*innen seien verunsichert, besorgt oder auch eingeschüchtert gewesen, u. a. wegen der vielen neuen Verhaltensregeln an der Schule:

Aber das ist natürlich ein Unterschied zu vorher gewesen, wo sie alle durcheinanderflippen konnten und jetzt natürlich auch traurig waren, dass sie durch die Klassenteilungen manchmal dann auch nicht mit ihren Freunden zusammen in einer Gruppe waren. Also das ist schon aufgefallen, dass es die Kinder halt sehr, ja, traurig gemacht hat, kann ich jetzt nicht anders sagen, ne? (2493,12)

Die in dem Interviewauszug angesprochene Anpassung des Schulbetriebs an die Pandemiebedingungen habe mitunter dazu geführt, dass es den Schüler*innen trotz Schulöffnung nicht möglich war, ihre Freund*innen wieder um sich zu haben und ihre sozialen Alltagsbeziehungen wiederaufzunehmen. Aufgrund der gestaffelten Pausen wären sie sich auch auf dem Hof nicht oder nur sehr selten begegnet, was die ohnehin zuweilen gedrückte Stimmung in den Schulen verstärkt hätte.

Die pandemiebedingte Informationsschwemme habe außerdem ein Gefühl der Perspektivlosigkeit ausgelöst. Einige Schüler*innen hätten sich gefragt, wie es während der COVID-19-Pandemie generell mit der Schule und ihrem Alltag weitergehen würde. Bei anderen hätten die Pandemie und deren Auswirkungen zu einer tiefen Verunsicherung geführt – zum Teil mit konkreten körperlichen Folgen, wie der folgende Interviewauszug veranschaulicht:

Also auf alle Fälle Betroffenheit, ne? Also alle waren mit dem Thema beschäftigt, es gab kaum noch andere Themen. Also da kann ich nichts gegen sagen. Das war präsent und alles hatte irgendwie mit Corona zu tun, ne? Ja, also das, was wir so kommuniziert haben, wie gesagt, dass es traurig ist, dass sie ihre Schulfreunde nicht sehen und auch nicht mit denen spielen können. Das war präsent. Und dann kann man natürlich auch sagen, dass dadurch halt auch, es sind Bauchschmerzen entstanden, also das ist halt auch so, ne? Wenn die Kinder sich da Sorgen machen, dann hat das halt auch Auswirkungen irgendwann auf die Körper. Also es wurde auch schon so kommuniziert, ne, dass da Bauchschmerzen und Kopfschmerzen, das war nach wie vor präsent. (2493,16)

Die Pandemie hatte für alle Personen in den Schulen unausweichliche Folgen und beschäftigte sie andauernd. Bei einzelnen Schüler*innen hätte dies – so die hier zitierte Beobachtung – auch Störungen im Befinden nach sich gezogen, die dann in Form körperlicher Beschwerden an die Pflegefachpersonen in den Schulen herangetragen wurden.

3.2.3 Auswirkungen auf die Lernbereitschaft und Lernfähigkeit

Gerade die Schüler*innen in den Abschlussklassen hätten sich durch die Pandemie um ihre Feiern und Abschlussfahrten gebracht gefühlt und entsprechende Reaktionen von Trauer oder auch Ärger gezeigt. Andere hätten sich hingegen vor den Abschlussprüfungen gefürchtet oder generell davor, aufgrund ihrer aktuellen Lebensumstände nicht mehr die gewünschte Leistung in der Schule erbringen zu können. In einzelnen Fällen berichteten die befragten Pflegefachpersonen auch von Schüler*innen, die sich schwer damit getan hätten, wieder in den Schulalltag mit seinen verschiedenen Anforderungen hineinzufinden – so beispielsweise in dem folgenden Auszug:

Es klingt vielleicht komisch, aber dass es dann wie so ein Schlupfloch gibt, wenn sowieso die Schule nicht mehr so einen Teil des Lebens darstellt, sondern so runtergefahren ist, dass man dann auch wie sich selber so abhängt und auch gar nicht/ und dann selber sich dann auch so ins, nochmal mehr vielleicht ins Häusliche dann verkriecht und das Ganze eher schwieriger als leichter wird, auf lange Sicht, dadurch dass die Schule ja auch nicht wirklich so jeden Tag präsent war, wie sie normalerweise ist. (9133,65)

Je länger die Konzentration auf das Häusliche und Private anhielt, desto mehr hätten sich einzelne Kinder oder Jugendliche zurückgezogen und umso schwieriger sei es für sie gewesen, sich wieder in das soziale Leben an der Schule einzufädeln und die Bildungseinrichtung mit ihren Leistungsanforderungen wieder als wichtigen Teil des eigenen Lebens anzuerkennen. Dies – so wird von den Befragten betont – sei insbesondere bei denjenigen Schüler*innen zu beobachten gewesen, die schon vor der Schließung der Schulen mit dieser Institution und ihren Anforderungen gehadert hätten.

Zugleich wurde aber auch beobachtet, dass die reduzierte Anwesenheit in den Schulen bei einigen Schüler*innen auch zu einer Steigerung der Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit geführt habe – und dies selbst bei denjenigen, von denen es eher nicht zu erwarten gewesen wäre, wie der folgender Interviewauszug zeigt:

Wir haben auch mit Schulverweigerung viel zu tun. Wir haben auch einen Projektjahrgang für Schulverweigerer, und da waren Schüler, die tatsächlich gesagt haben: „Ach, wissen Sie, (...) die drei Tage, die schaff ich total gut, und da macht's sogar fast Spaß.“ Und hatte richtig gute Leistungen und war eigentlich zu 100 Prozent da. Und wenn nun die Schulwoche eine Fünf-Tage-Woche ist, dann ist der vielleicht höchstens zwei Tage gekommen und war dann auch noch auffällig. (...) Also, das war auch interessant. Vielleicht zu sagen, mhm, ja, müssen diese Kinder ins Projekt? Kann man es leisten zu sagen, die kommen drei Tage und machen zwei Tage Homeschooling? Ich weiß nicht, ob sich da was ändern wird. So in der Richtung für so, ja, sind nicht schwer erziehbare, aber für schwer unterrichtbare Kinder. Keine Ahnung. War eine interessante Aussage, wir haben alle so ein bisschen gestaunt darüber. (5828,23)

Die reduzierten Kontaktzeiten mit der Schule und ihren Anforderungen habe bei einigen, hier als „Schulverweigerer“ bezeichneten Schüler*innen, zu einer gewissen Entspannung beigetragen und sich positiv auf die Mitarbeit und die Ergebnisse ausgewirkt. Dadurch dass sie weniger Zeit in der Schule verbringen mussten, seien diese Zeiten intensiver genutzt worden. Die hier zitierte Pflegefachperson dachte aufgrund dieser Beobachtung sogar laut darüber nach, ob die-

ser Effekt nicht auch für ein pädagogisches Konzept zur Beschulung von Kindern und Jugendlichen mit Lernschwierigkeiten oder Verhaltensauffälligkeiten genutzt werden könnte. Zumindest hätte die Beobachtung in der Schulgemeinschaft für Aufsehen gesorgt.

Insgesamt hätten die Schüler*innen nach Ansicht der hier befragten Pflegefachpersonen nach der Wiederöffnung der Schulen eine positivere Grundeinstellung zum Unterricht gezeigt. Dazu hätten nicht zuletzt einige Veränderungen des Schulbetriebs beigetragen, wie sie im folgenden Interviewauszug angesprochen werden:

Also das ist positiv aufgefallen, dass durch die kleinen Lerngruppen ein ganz anderes Lehren und auch Lernen möglich war. Also es wurde von allen Seiten eigentlich die Situation im Raum als sehr angenehm empfunden, weil doch mehr Ruhe drin war und die Lehrkräfte halt auch mehr Zeit hatten, den Kindern unterstützend zur Seite zu stehen. Also das ist natürlich auch eine positive Seite, dass es einen Unterschied macht, ob da nun 30 Kinder unterrichtet werden oder 15, ja? Also das ist halt auch eine positive. (2493,14)

Die pandemiebedingte Reduktion von Klassenstärken oder Gruppengrößen habe den Lehrenden mehr Zeit für einzelne Schüler*innen gelassen und insgesamt zu einer ruhigeren Atmosphäre, weniger Konkurrenzdruck und einem effektiveren Lernen beigetragen – so die hier getroffene Feststellung. Außerdem hätten die Schüler*innen durch die kurzen Schultage mehr Freizeit gehabt, was sich im Gegenzug dann in Form konzentrierterer Lern- und Arbeitsphasen in den Schulen ausgezahlt hat. Eine Entspannung bzgl. des Leistungsdrucks und Schulstresses habe nach Beobachtung der befragten Pflegefachpersonen insbesondere bei den Schüler*innen mit bestehenden psychischen Problemen seine Wirkung entfaltet – und dies bereits oder insbesondere während der Zeit der Schulschließung. Einige Pflegefachpersonen hätten beobachtet, dass es diesen Schüler*innen in diesen Wochen deutlich besser ergangen sei: Das Lernverhalten habe sich gebessert und die Belastbarkeit erhöht.

3.2.4 Verschlimmerung bestehender psychischer Auffälligkeiten und Probleme

Doch auch hier ist das Bild, das die befragten Pflegefachpersonen von den Auswirkungen der Pandemie auf das psychosoziale Wohlbefinden der Schüler*innen zeichneten, von gegensätzlichen Erfahrungen geprägt. So berichteten einige der Interviewten auch von einer Verschlimmerung bestehender psychischer Probleme während der Schulschließung, die bis hin zu einem Suizidversuch reichten.

Also die Kinder, die ich jetzt in der Zeit vor Corona schon regelmäßig gesehen habe, teils welche, die psychischen Beschwerden haben oder seelischen Kummer, wie auch immer, die ich ein bisschen länger begleitet habe und die ich jetzt nach Corona wiedergesehen habe, denen ging es allen schlechter, deutlich schlechter. (6937,41)

Kinder und Jugendliche, zu denen die Pflegefachpersonen zuvor engere Kontakte unterhalten hätten, hätten nach der Wiedereröffnung der Schulen eine deutlich negative Entwicklung und ein stärker ausgeprägtes Beschwerdebild erkennen lassen. Während also die einen von den getroffenen Maßnahmen eher profitiert hätten, hätten andere darunter gelitten, weshalb eine differenzierte Betrachtung erforderlich sei – so die interviewten Pflegefachpersonen.

Erschwerend sei hinzugekommen, dass sich der Zugang zu einzelnen Schüler*innen nach der Wiedereröffnung der Schulen schwieriger gestaltet habe, weil durch den reduzierten Kontakt ein gewisser Vertrauensverlust eingetreten sei. Dies sei gerade bei Schüler*innen mit psychischen Beschwerden zu beobachten gewesen.

Na ja, also die Veränderung ist einfach da, das Vertrauensverhältnis, was ich vorher aufgebaut habe, ist einfach unterbrochen worden. (...) Alle, die psychische Probleme haben

und sich zum Beispiel ritzen ja, da ist dieses wöchentliche Gespräch mit mir immer weggefallen, und das hat schon Auswirkungen, dass ich jetzt wieder von vorne anfangen das Vertrauen aufzubauen, um sie ein bisschen aufzufangen, was da eigentlich das Problem ist. Viele kommen jetzt mit Riesenverletzungen, wo ich denke, das muss doch vorher jemand gesehen haben. Ja. Also. Aber es hat keiner gesehen, weil, sonst kommen auch Lehrer, die mich informieren, wo wir dann ein Hilfesystem gucken für das Kind herzustellen, aber jetzt waren sie eben zu Hause. Es hat keiner gesehen. (...) Das finde ich schon dramatisch, also diese Zeitspanne. (7624,39)

Mit dem erzwungenen Rückzug ins Private seien auch ansonsten in der Schule beobachtete selbstschädigende Verhaltensweisen einzelner Schüler*innen aus dem Blickfeld der Pflegefachperson oder der Lehrenden geraten. Dabei – so lässt sich dem Interviewauszug entnehmen – wurden die beobachteten Rückschritte insbesondere angesichts der begrenzten Zeit der Abwesenheit von der Schule als sehr auffällig und besorgniserregend eingeschätzt. Dies unterstreicht zugleich die wichtige Funktion der Schulgesundheitspflege, wenn es darum geht, derartige Entwicklungen aufseiten einzelner Schüler*innen sorgfältig im Blick zu behalten (Monitoring) und rechtzeitig bedarfsgerechte weiterführende Hilfeangebote zu unterbreiten oder entsprechend fachkundige Helfer*innen einzubinden (Koordination und Kooperation).

Die zum Teil ungünstigen Entwicklungen aufseiten einzelner Schüler*innen wurden auch auf deren familiäre Situation – insbesondere die latente oder manifeste Überforderung der Elternhäuser und Familien – zurückgeführt. So wurde von den interviewten Pflegefachpersonen berichtet, dass sich einige Eltern von sich aus hilfeschend an die Schulen gewendet hätten, weil sie mit der Arbeit zu Hause (mobiles Arbeiten) und der gleichzeitigen Unterstützung ihrer Kinder in Schulangelegenheiten (Homeschooling) nicht mehr zurechtgekommen seien. Andere Familien hätten unter schwerwiegenden Zäsuren wie Arbeitsplatzverlust gelitten oder schlicht mehrere Wochen auf zu engem Raum verbringen müssen – mit entsprechenden Folgen für das soziale Zusammenleben und die psychische Gesundheit aller Familienmitglieder. Erneut ist dies aber kein einheitliches Bild, denn ...

... einigen bekam diese Auszeit, diese Zuwendung von der Familie her, dieses Unterstützen beim Lernen, dieser soziale, dieser engere soziale Kontakt bekam es sehr gut. Halt vom ganzen Sozialverhalten her, von der psychischen Gesundheit. Also, das kann ich im Großen und Ganzen sagen. (2859,23)

Während also die einen das enge Zusammenleben als belastend erlebt hätten, scheint es bei anderen – so die hier zitierte Beobachtung – eher zu einem engeren und vertrauensvolleren Miteinander geführt zu haben, mit entsprechenden positiven Auswirkungen auf das psychosoziale Wohlbefinden.

Andererseits wurde auch von Familien berichtet, die durch den intensiven Kontakt miteinander während der Schließzeit zusammengewachsen seien: Ob sich dabei bestimmte Muster erkennen ließen, ob also bestimmte gesellschaftliche Gruppen stärker negativ von den Pandemiefolgen beeinflusst wurden als andere, wird in den Interviews eher selten thematisiert. Einige der Befragten äußern aber die Vermutung, dass die Auswirkungen der Pandemie vor allem bestehende Ungleichheiten und Problemlagen seitens der Schüler*innen oder ihrer Familien verstärkt hätten und deutlicher zutage treten ließen. Eine der befragten Pflegefachpersonen fasste ihre Erfahrungen folgendermaßen zusammen:

Dass ich Kinder weiß, wo einfach häusliche Gewalt vorgekommen ist, durch/ also im Vorfeld schon und das Jugendamt sehr aktiv war – aber durch die Pandemie einfach alles ausgesetzt war –, und auch nachmittags Programm war, sodass das Kind eigentlich nur noch zum Abendbrot beziehungsweise Schlafen in die Familie gegangen ist. Und die waren jetzt 24 Stunden aufeinander, und die waren ja nicht ohne Grund irgendwo immer, also in Hilfeeinrichtungen für das Kind. Und wenn das dann wegbricht über so eine lange

Zeit, diesen psychischen Schaden, was da wahrscheinlich aufgetreten ist, den wird keiner mehr aufarbeiten können für das Kind. (...) Und wie gesagt, das Jugendamt auch an seine Grenzen kommt (...), jetzt definitiv viele runtergefallen sind hinten und leider erleben mussten, was sie hätten lieber nicht erleben sollen. (7624,74)

In Fällen, in denen zuvor bereits behördliche Maßnahmen eingeleitet worden waren, sei es durch die Pandemie zu einer eingeschränkten Betreuung der Familien gekommen. Bestehende Probleme hätten sich dann weiter verschärft – mit entsprechenden Folgen für die Kinder und Jugendlichen. Bei den Vorfällen habe es sich um Vernachlässigung oder auch um körperliche Gewalt in der Familie gehandelt. Daraufhin hätten in Einzelfällen Anzeigen erstattet und sogar Kinder aus den Familien genommen werden müssen. Die hier zitierte Pflegefachperson äußerte sich daher eher pessimistisch zu den möglichen Effekten der Pandemie in Hinblick auf die Entwicklung dieser Kinder und Jugendlichen und die Möglichkeiten der Behörden, hier regulierend, korrigierend oder auch problemlösend eingreifen zu können.

4. Umgang mit Gesundheitsinformationen

Durch die COVID-19-Pandemie wird auf unmissverständliche Weise deutlich, wie wichtig leicht zugängliche und glaubwürdige Gesundheitsinformationen sind, um gesundheitlichen Risiken im Alltag begegnen zu können und die eigene Gesundheit trotz widriger Umstände erhalten oder auch fördern zu können. Doch nicht jede Information, die den Medien zu entnehmen ist oder in sozialen Netzwerken kursiert, erfüllt tatsächlich die Anforderungen, die an qualitätsgesicherte Gesundheitsinformationen gestellt werden. Umso wichtiger ist eine ausgeprägte und auch kritische Gesundheitskompetenz, weshalb dieses Thema auch und gerade im Kontext der Schulgesundheitspflege besondere Aufmerksamkeit verdient. „Der Grad, zu dem Menschen in der Lage sind, gesundheitsrelevante Informationen zu erschließen, zu verstehen, zu bewerten, zu kommunizieren und zu verwenden, gilt als wichtiger Gesundheitsindikator“ (Ewers et al. 2017: 237). Dies gilt gleichermaßen für Schüler*innen, Eltern sowie Lehrende, zugleich aber auch für die in diesem Kontext tätigen Pflegefachpersonen. Ihnen wird in der Literatur eine anspruchsvolle Mittlerrolle zugewiesen, wenn es um die Weitergabe von Gesundheitsinformationen, die Gestaltung gesundheitskompetenter Organisationen und zugleich um die gezielte Förderung individueller Gesundheitskompetenz oder deren Kompensation geht (ebd.). Hierfür müssen die Pflegefachpersonen einerseits motiviert und befähigt sein, relevante „Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden“ (Sørensen et al. 2012: 3), andererseits müssen sie ihre edukative Rolle als Vermittler*innen annehmen und gezielt auf möglichst evidenzbasierte Konzepte und Strategien zur Förderung von Gesundheitskompetenz ausgewählter Populationen oder Individuen zurückgreifen – auch in der Schulgesundheitspflege.

Vor diesem thematischen Hintergrund interessierte in der qualitativen Befragung der Pflegefachpersonen zunächst, woher sie selbst ihre Informationen über die Pandemie bezogen hatten, wie aktiv sie bei der Suche und Auswahl der Informationen vorgegangen waren und ob bzw. welche Bewertungsmaßstäbe sie dabei angelegt hatten. Ferner war von Interesse, wie sie im Alltag mit diesen Informationen umgingen und was sie diesbezüglich aufseiten von Schüler*innen und Eltern oder auch Lehrenden beobachtet hatten.

4.1 Informationssuche und Informationsquellen der Pflegefachpersonen

In einigen Interviews wurde zu Beginn deutlich, dass die Pflegefachpersonen durch das Auftreten der Pandemie sowohl als Privatpersonen wie auch in ihrer professionellen Rolle gefordert und dadurch zum Teil auch erheblich verunsichert waren. Insofern waren sie sowohl an Informationen interessiert, die sie direkt für ihre persönliche Lebensgestaltung nutzen konnten (z. B. die Organisation ihres Familienlebens), als auch an Informationen, die für ihren professionellen Umgang mit der Pandemie nützlich waren.

Im Folgenden werden Quellen dargestellt, die die Pflegefachpersonen aktiv zur Informationssuche nutzten. Nicht berücksichtigt bleiben Wege des passiven Informiert-Werdens, z. B. wenn ihnen von Behörden oder Arbeitgebern Informationen unaufgefordert zugeschickt wurden.

Fast alle Interviewten verwiesen auf behördliche Veröffentlichungen. Hauptinformationsquelle waren die regelmäßigen Veröffentlichungen des Robert-Koch-Instituts (RKI) sowohl zur Entwicklung der Pandemie als auch zu den Hintergründen und den in dem Zusammenhang erforderlichen Maßnahmen. Daneben wurde auch das jeweils für den eigenen Einzugsbereich zuständige Gesundheitsamt als Informationsgeber genannt. Vereinzelt wurden zudem das Bundesministerium für Gesundheit und dessen nachgeordnete Behörde, die Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, als Informationsquellen erwähnt. Wie sich die Pflegefachpersonen die Informationen erschlossen haben – ob sie regelmäßig und aktiv danach gesucht haben (etwa auf den Internetseiten der Organisationen) oder ob ihnen die Informationen über offizielle Kanäle zugeleitet wurden, ließ sich den Interviews nicht entnehmen. Bemerkenswert ist, dass niemand die Suche in Datenbanken mit einschlägiger Fachliteratur oder auch die Informationsangebote von wissenschaftlichen Fachgesellschaften oder Berufsverbänden – etwa der Deutschen Gesellschaft für Public Health (DGPH), der DGP oder des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) – als Informationsquellen anführte. Dabei wurden auch von deren Seite, z. T. spezifische und nützliche Informationen für einzelne Handlungsbereiche zur Verfügung gestellt. Dagegen wurden von einer großen Zahl an Befragten die Medien – sowohl Fernsehen, Radio und Presse als auch das Internet – als relevante Quelle benannt, aus der sie ihre Informationen bezogen. Wie sie in diesem Fall die sprichwörtliche „Spreu vom Weizen“ trennten und die Qualität der auf diesem Weg erhaltenen Informationen einordneten, wurde vonseiten der befragten Pflegefachpersonen nicht problematisiert. Einige der Befragten wiesen jedoch darauf hin, dass ihnen für die Einordnung und Bewertung der Informationen der fachliche Austausch wichtig war. Entweder es wurden Arbeitskreise, anscheinend auf Initiative des örtlichen Gesundheitsamtes, gegründet, oder der Kontakt zu anderen Pflegefachpersonen in der Schulgesundheitspflege wurde intensiviert. Außerdem wurden Kontakte zu einzelnen Personen z. B. am Gesundheitsamt genutzt. Der Austausch sei primär über Telefon und E-Mail erfolgt. Allerdings fanden sich Hinweise darauf, dass das Informationssuchverhalten der Pflegefachpersonen sich im Laufe der Zeit verändert hatte:

Also jetzt gucke ich da [beim RKI] selber nicht mehr nach. Weil, wie gesagt, das (...) ändert sich ja alle Tage lang also. Da hat man auch gar keine Nerven für, und ich habe da auch gar keine Zeit für, da jeden Tag nachzugucken, was es jetzt gerade Neues gibt. Aber im Krankenhaus gibt es ja regelmäßig Corona-Runden förmlich, also so Besprechungen. Und da erfährt man ja dann alles. (5818,55)

In diesem Zitat deutet sich an, dass die hohe Dynamik des Informationsgeschehens und die Informationsschwemme zur COVID-19-Pandemie nach und nach als belastend erlebt wurden. Neben einem erhöhten zeitlichen Aufwand für die Aktualisierung von Informationsmaterialien beschrieben die Befragten emotionale Reaktionen auf die „Infodemie“, z. B. in Form von Verunsicherung (2305,9) oder Angst und Sorge (3227,49). Diese negativen Gefühle lösten möglicherweise eine Art Abwehrreaktion aus, die im Verlauf der Pandemie zu einem Rückgang des Informationssuchverhaltens unter den Befragten führte. Entweder die Suche wurde reduziert, z. B. auf täglich einmaliges Nachrichten-Gucken, oder eingestellt, auch unter Verweis auf die begrenzten zeitlichen Kapazitäten und auf informative Besprechungen in anderen Settings, wie hier dem Krankenhaus. Dem würde widersprechen, dass in einigen Interviews verdeutlicht wurde, dass die Pflegefachpersonen sich selbst als verlässliche Informationsquelle für die Schüler*innen oder auch die Eltern und Lehrenden verstanden und angaben, diese Funktion auch während der Pandemie aktiv wahrgenommen zu haben.

4.2 Eltern als Informationsquelle von Schüler*innen

Die Übermittlung verlässlicher Gesundheitsinformationen zur Pandemie wurde – so die befragten Pflegefachpersonen – in erheblichem Umfang dadurch beeinflusst, dass die Schüler*innen nach der Wiedereröffnung der Schulen vielfach die Informationen aus ihrem privaten Umfeld in die Schule hineingetragen und dort untereinander verbreitet hätten. Einerseits erwies sich dies als Bereicherung, da es auf diese Weise zuweilen zu einem förderlichen Austausch mit den Kindern und Jugendlichen und deren Eltern gekommen sei.

Also da gibt es ja Krankenschwestern [unter den Eltern], da gibt es Ärzte und dann gibt es sage ich mal, nicht gesundheitliche Berufe, und die, die gesundheitliche Berufe erlernt haben, die sind da eigentlich wirklich auch sehr interessiert daran, also die lesen sehr viel. Andere hören dann halt von den Medien vielleicht mal nur mit einem halben Ohr hin, aber im Großen und Ganzen sind jetzt eigentlich alle sehr interessiert, weil jeder irgendwie wissen will: Wie geht's weiter, also was passiert? Muss man ja auch, also kann ja jeden Tag wieder was Neues sein. (1491,79)

Vor allem in den Fällen, in denen die Eltern als Kolleg*innen aus Gesundheitsberufen identifiziert werden konnten, erwies sich der Austausch aus Sicht der Befragten als anregend. Dies wurde vor allem auf die Art und Weise zurückgeführt, wie diese Eltern relevante Informationen suchten, fanden, bewerteten und nutzten – etwa in Form des Literaturstudiums. Daneben gab es aber auch die hier als „andere“ bezeichneten Personengruppen, die aus den Medien diffuse und womöglich unvollständige Informationen aufnahmen und diese dann über ihre Kinder in der Schule verbreitet hätten. Grundsätzlich aber wird hier das ausgeprägte Informationsbedürfnis seitens der Eltern (und auch der anderen Personen an den Schulen) begrüßt. Zugleich aber verwiesen die befragten Pflegefachpersonen auch auf Schattenseiten, so in dem folgenden Interviewauszug:

Also bei den Gesprächen, die ich hatte mit einzelnen Eltern, wo es so um das Zurückkommen zur Schule ging, da hatte ich, aber das ist wirklich mehr so ein Gefühl, dass die Eltern einfach so von dieser Informationsflut und Vielfalt überfordert waren. (6937,68)

In dem Zitat wird die Menge an Informationen, deren rasche Zunahme und überwältigende Wirkung auf die Eltern angesprochen. Nach Ansicht der Pflegefachpersonen hätten viele Elternhäuser große Schwierigkeiten damit gehabt, die umfangreich über viele Kanäle gestreuten Informationen zu verarbeiten. Wie die Pflegefachpersonen darauf reagierten und wie sie versuchten, die richtige Dosis an Informationen an die Eltern zu übermitteln oder sie beim Suchen, Finden, Bewerten und Nutzen der für sie relevanten Informationen zu unterstützen, lässt sich den Interviews allenfalls indirekt entnehmen. Hinzuweisen ist etwa auf die weiter oben erwähnten Maßnahmen im Zusammenhang mit der Wiedereröffnung der Schulen.

In dem Zusammenhang wurde in einigen Interviews die Verständlichkeit der Gesundheitsinformationen rund um die COVID-19-Pandemie problematisiert. Gerade sogenannte bildungsferne Elternhäuser oder solche mit Migrationshintergrund und damit verbundenen Sprachschwierigkeiten hätten Probleme damit gehabt, die ihnen übermittelten Gesundheitsinformationen überhaupt aufzunehmen und zu verstehen. Infolgedessen sei es in den Schulen zuweilen zu schwierigen Situationen gekommen:

Die Grundschüler verdrehen ja dann oft schon gerne mal irgendwelche Sachen. Wenn die Eltern, weiß ich nicht, manche Eltern sind ja nun auch nicht oder sind nicht so gebildet, ne? Dann werden ja auch Informationen, die halt durch die Medien verbreitet werden, nicht so aufgefasst, wie sie gemeint sind. Von daher kommt's da manchmal auch zu Irritationen für die Schüler, dass die da irgendwie, ja, für uns totalen Quatsch erzählen. (2867,71)

Einerseits wird hier angeführt, dass die Eltern durch die Medien verbreitete Informationen missverstehen und womöglich mit Fehlern behaftet an ihre Kinder weitergeben könnten – insbesondere, wenn es an entsprechenden Bildungsvoraussetzungen zur Einordnung und Bewertung der Gesundheitsinformationen fehlt. Andererseits würden die Kinder selbst dann aber auch die ihnen übermittelten Informationen fehlerhaft oder verkürzt weitergeben. Auf diese Weise sei es – quasi nach dem sprichwörtlichen „Stille-Post-Prinzip“ – zu Fehl- und Desinformation gekommen, die im Schulalltag durch entsprechende Korrekturmaßnahmen aufgefangen werden müssten.

Schließlich wurde in den Interviews auch auf Probleme hingewiesen, die sich daraus ergeben hätten, dass die Elternhäuser direkt oder indirekt über die Schüler*innen in das Informationsgeschehen an den Schulen einwirken und so womöglich gesundheitsgefährdendes Verhalten unterstützen könnten. Ein Beispiel hierfür wird in folgendem Interviewauszug angesprochen:

Wenn die Mutter sagt: „Nein, ist nicht so schlimm, du brauchst keine Maske aufsetzen“, dann wird es halt auch so gemacht, ne? Und das ist halt für die Kinder schwierig. Wem kann ich jetzt glauben, ne? Also wirklich die Eltern noch mal bewusstmachen, was sie eigentlich für eine Vorbildfunktion halt haben. Und da ganz genau aufpassen, auch was sie sich untereinander unterhalten, ne? Die Kinder, die nehmen ja alles auf und ist ja auch richtig so. Da so ein bisschen zu sensibilisieren. (2493,32)

Wenn Eltern ihren Kindern unsachgemäße Informationen nahebringen oder sie sogar dazu anhalten, in der Schule geltende soziale Normen und Verhaltensregeln zu unterlaufen, drohen die Kinder in eine Zwickmühle zu geraten. Die hier zitierte Pflegefachperson hielt es daher für notwendig, die Eltern an ihre Rolle als Verhaltensmodell zu erinnern und daran, dass sie sich im Alltag auch im Umgang mit Informationen umsichtig verhalten sollten. Ob die zitierte Pflegefachperson diese „Sensibilisierung“ der Eltern als ihren Auftrag verstand, lässt sich dem Zitat nicht entnehmen. In jedem Fall aber dürfte es eine heikle und herausfordernde Aufgabe sein, zumal hier individuelle Werte, Selbstbestimmungsrechte und der elterliche Erziehungsauftrag gleichermaßen berührt werden. Unterbleibt diese „Sensibilisierung“ aber und verhalten sich Eltern und infolgedessen auch die Schüler*innen weiterhin gegen die in der Schule geltenden Regeln, droht dieses Verhalten um sich zu greifen und größere Konflikte zu provozieren – so die Befürchtung der befragten Pflegefachperson.

4.3 Andere Informationsquellen von Schüler*innen

Wiederholt berichteten die befragten Pflegefachpersonen von einem z. T. sehr ausgeprägten Informationsbedürfnis der Schüler*innen – in der folgenden Äußerung wurden Vermutungen darüber angestellt, worauf dies zurückzuführen sein könnte:

Viele Kinder hatten Fragen, wo man dann so das Gefühl hatte, dass zu Hause auch gar nicht darüber gesprochen wurde oder die Fragen nicht beantwortet wurden. (2381,17)

Einerseits vermutete die hier zitierte Pflegefachperson, dass mit den Schüler*innen überhaupt nicht über die COVID-19-Pandemie gesprochen wurde, wobei die Motive dafür, beispielsweise mangelndes Wissen oder mangelnde Motivation seitens der Eltern, unklar blieben. Außerdem wurde vermutet, dass die Aufklärung oftmals auf eine nicht kindgerechte Weise erfolgt sei und dadurch mehr Fragen offengeblieben als beantwortet worden seien – auch hier seien dann die Schule und die Pflegefachpersonen gefordert, um diesem Informationsbedürfnis zu entsprechen.

Viele der Befragten berichteten davon, dass die Schüler*innen sich nicht allein vermittelt über das Elternhaus, sondern vor allem auch eigenständig über das Internet über die COVID-19-Pandemie informieren würden, vornehmlich über Social-Media-Plattformen. Dabei bestünde nach Ansicht der Befragten die Gefahr, dass sie dabei auch verkürzte Informationen aufnehmen und womöglich Falschinformationen oder sogar Verschwörungstheorien Glauben schenken und

sich davon beeinflussen lassen könnten. In dem Zusammenhang berichtete eine der befragten Pflegefachpersonen von einer Schülerin, die zu Beginn der Pandemie Mund-Nase-Masken an der Schule verteilt und fast schon „panisch“ auf die Gesundheitskrise reagiert hätte:

*Und sie kam, als der Lockdown zu Ende war, und hat behauptet, Corona gäbe es nicht mehr. Und hat genau in die andere Welle geschlagen und verbreitet in der Schule. Wo ich auch wieder, ja, ein ernstes Gespräch geführt habe. Und irgendwie dachte ich so: Toll!
(5828,13)*

Nach der Wiedereröffnung der Schule sei die anfängliche Panik der Schülerin in das Gegenteil umgeschlagen. Weil die Schülerin dabei die Existenz des Virus und damit auch die Hygiene- und Verhaltensregeln an der Schule infrage stellte, sah sich die Pflegefachperson zur Intervention gezwungen. Dem Interviewauszug lässt sich zwar nicht entnehmen, wie dieses Gespräch mit der Schülerin verlaufen ist. Die ironisch anmutende Schlusssequenz macht aber deutlich, dass es sich um ein schwieriges Gespräch und eine für die befragte Pflegefachperson wohl nicht ganz einfach zu lösende Situation handelte.

Auch andere Befragte sahen die Informationssuche im Internet und in den sozialen Medien kritisch. Eine der interviewten Pflegefachpersonen fasste die Problematiken rund um die Informationssuche im Internet mit folgenden Worten zusammen:

*(...) auch das Internet, ne!? Wo viele Informationen zu bekommen sind, die ja nicht unbedingt immer dem aktuellen Wissensstand, sage ich jetzt mal, so entsprechen (...). Ich finde es sehr, sehr schwierig für alle Beteiligten, im Netz klarzukommen. Also weil es einfach in meinen Augen zu viele Informationen sind, die nicht der Wahrheit entsprechen.
(2493,32)*

Zwar sei es einfach für die Kinder und Jugendlichen im Internet an Informationen heranzukommen, deren Qualität und Aktualität sei – so die hier zitierte Pflegefachperson – aber zweifelhaft. Zu erkennen, welche Informationen als seriös und zuverlässig einzuordnen sind, falle ausgesprochen schwer. Ob „alle Beteiligte“ in der zitierten Interviewpassage auch die Pflegefachperson einschließt oder ob sie für sich Wege und Mittel kennt, um die Informationen im Internet zu filtern und zu bewerten, wurde in dem Interview nicht thematisiert. Allerdings sprach sich die befragte Pflegefachperson im Verlauf des Gesprächs für eine gemeinsam vertretene „Schulmeinung“ aus, die dann konsequent von allen Beschäftigten an die Schüler*innen weitergegeben werden könnte. Im Interview blieb offen, ob es sich dabei um eine auf akzeptierten wissenschaftlichen Erkenntnissen gründende und unter den Beteiligten als verbindlich angesehene Position zur COVID-19-Pandemie und den damit zusammenhängenden Maßnahmen handelte oder aber ob diese von der Schulleitung gewissermaßen „von oben herab“ bestimmt werden sollte. Die hier Befragte unterstrich gleichermaßen die Verantwortung, aber auch die Autorität der Schulleitung, diese Meinung zu formen. Darüber hinaus wurde hier und an anderer Stelle darauf hingewiesen, dass dieses Problem der Informationsbewertung nicht allein bei den digitalen Medien, sondern auch bereits beim Radio und Fernsehen bestehen würde. In einem anderen Interview wurde hierzu festgehalten:

*Man hört ja auch oft was im Radio oder in den Nachrichten, und es ist ja nicht immer alles wahr, was dort gesagt wird. Aber das können Kinder halt nicht filtern wirklich.
(7624,86)*

Das Filtern, Sortieren und Bewerten der von den Medien präsentierten Informationen würde den Kindern schwerfallen. Inwieweit die Schulgesundheitspflege hier die Aufgabe übernehmen kann und übernehmen sollte, die kritische Medienkompetenz und damit den Umgang mit Gesundheitsinformationen zu fördern, oder ob diese Aufgabe der Medienerziehung anderen – insbesondere den Lehrenden – überantwortet wird, konnte in den Interviews nicht vertieft

werden. Einzelne Befragte stellten deutlich klar, dass dies die Kompetenzen und den Aufgabenbereich der Schulgesundheitspflege und damit ihren Kompetenzbereich übersteigen würde. Die Wichtigkeit dieser Aufgabe wurde aber wiederholt verdeutlicht.

5. Bereitschaft zur Einhaltung pandemiebedingter Verhaltensregeln

In den Interviews mit den Pflegefachpersonen wurde nicht nur über die Suche nach Gesundheitsinformationen, deren Bewertung und Verbreitung gesprochen. Die Befragten berichteten auch, welche Schlüsse die Schüler*innen daraus gezogen hatten und wie sie mit den Hygienemaßnahmen zurechtgekommen waren.

Auf die Frage, ob und inwiefern die pandemiebedingten Regeln nach der Wiedereröffnung der Schulen von den Kindern und Jugendlichen eingehalten wurden, schilderten die befragten Pflegefachpersonen ein vielgestaltiges Bild. Von einigen wurde betont, dass sich alle gut an die Maßnahmen gehalten hätten, z. B. an die Maskenpflicht, das Händewaschen oder das eingeführte Einbahnstraßensystem.

Und ich kann auch nur sagen, dass die wirklich von der sechsten Klasse, die hier die Anfänge gemacht haben, bis später auch die ganz, ganz kleinen Erst- und Zweitklässler sich komplett super dran gehalten haben. Also es hat alles funktioniert. Und natürlich sind sie traurig und hatte immer versucht, auch so ein bisschen Aufmunterung reinzubringen und ja. Aber komplett alle miteinander super mitgemacht und kann man wirklich nur stolz darauf sein, ja? (2493,12)

Die jüngeren Schüler*innen – so ist diesem Interviewauszug zu entnehmen – hätten die neuen Regeln akzeptiert und auch vorbildlich befolgt. Allenfalls eine gewisse Traurigkeit aufgrund der mit diesen Regeln verbundenen Beschränkungen – etwa im Bereich der sozialen Kontaktmöglichkeiten – sei zu beobachten gewesen, was aber durch positive Verstärkungen der Pflegefachpersonen und anderer Erwachsener hätte aufgefangen werden können.

Manche Schüler*innen seien sogar noch weitergegangen und – so vereinzelte Aussagen der Befragten – hätten eine „ernstere“ (2223,25) oder „erwachsenere“ (2493,50) Haltung entwickelt. Dabei sei es auch nicht immer ganz spannungsfrei zugegangen:

Ansonsten achten sie sehr untereinander darauf, dass sie richtig Hände waschen und Abstand halten, also was ich teilweise schon echt traurig finde, dass die Kinder untereinander schon so einen Spleen aufeinander haben. Also das hört man ganz oft so durch das Schulgebäude, dann so, ja: „Halte Abstand und gehe weg und nicht anfassen!“ Und ich denke so: „Oh Gott, was tun wir eigentlich unseren Kindern hier an?“ (2381,33)

Die Kinder hätten darauf geachtet, dass die ihnen wegen der Pandemie auferlegten sozialen Verhaltensregeln auch von allen Schüler*innen eingehalten wurden. Ob sie dies aus Einsicht in die Notwendigkeit dieser Maßnahmen taten oder weil sie sich damit in sozial erwünschter Weise und gruppenkonform verhalten wollten, lässt sich hier nicht klären. Es deutet sich in dem Interviewauszug aber an, dass die befragte Pflegefachperson befürchtete, dass sich diese Ausübung von Selbst- und Fremdkontrolle womöglich negativ auf die Kinder auswirken könnte.

Zugleich berichteten andere Pflegefachpersonen aber davon, dass nicht immer und überall derart diszipliniert und regelkonform gehandelt wurde. In manchen Fällen sei es schlicht so gewesen, dass die Schüler*innen sich nach der Schließzeit so darüber gefreut hätten, ihre Schulfreund*innen wiederzusehen, dass sie die pandemiebedingten Regeln in der konkreten Situation einfach vergessen hätten:

Viele Jungs haben gesagt: „Wir freuen uns, dass wir uns wiedersehen können.“ Und dann kennt man das ja auch von sich auch, diese überschwängliche Freude und die haben einfach ein paar Tage gebraucht. (5828,23)

Die Wiedersehensfreude, der Bewegungsdrang und der Wunsch nach sozialer Nähe seien anfänglich sehr ausgeprägt gewesen, wobei die Jungen hier ausdrücklich genannt wurden. Nach und nach seien die Regeln aber von den Schüler*innen zumeist akzeptiert und befolgt worden.

Manche Kinder seien – wie bereits dargelegt – Fehlinformationen aufgesessen und zum Beispiel davon überzeugt gewesen, dass Mund-Nasen-Schutzmasken nicht vor einer Verbreitung von SARS-CoV-2 schützen würden:

Und die sehe ich dann natürlich auch, sage ich mal, mehrmals am Tag, wo ich sage: „Du, wo ist dein Mundschutz?“ Oder, oder. Weil, ich meine, wenn die Eltern einem sagen, das ist totaler Quatsch, das hilft überhaupt nicht, ja, was macht man dann als Sohn, Tochter? (...) Dann glaubt man halt schon auch sicherlich immer wieder seinen Eltern. (9133,95)

Wurden die Schüler*innen von den Pflegefachpersonen auf Verstöße gegen die pandemiebedingten Verhaltensregeln aufmerksam gemacht, hätten sie sich auf die von ihren Eltern verbreiteten Auffassungen und vorgelebten Verhaltensweisen berufen. Für die Schüler*innen ergab sich daraus ein womöglich schwer zu lösender Werte- und Loyalitätskonflikt zwischen den an der Schule und den im Elternhaus geltenden Regeln.

Wieder andere Schüler*innen hätten aber auch Inkonsistenzen in den Regelwerken bemerkt, was die Einhaltung der pandemiebedingten Auflagen erschwert hätte:

Dieses Unverständnis über diese, na ja, teilweise widersprüchlichen Maßnahmen, da und da muss Abstand gehalten werden, da und da nicht, gerade wenn die Schüler dann nachmittags im Hort sind, wo sie keinen Abstand halten müssen. Wo sie spielen dürfen und sich berühren dürfen und alles. Und eine Stunde vorher im Unterricht durften sie es nicht. Also so dieses Unverständnis, was natürlich auf Dauer dann auch zu Wut führt. (2381,55)

Die Tatsache, dass die pandemiebedingten Regeln – wie etwa hier das Abstandsgebot – mal mehr und mal weniger streng ausgelegt worden seien, hätten die Schüler*innen durchaus registriert. In Reaktion darauf registrierten die Pflegefachpersonen Unverständnis, zum Teil aber auch Widerstand und Verärgerung.

In wieder anderen Fällen, gerade unter den älteren Schüler*innen, hätten nach Aussage einzelner „SGFKs“ aus einer coolen, „oppositionellen“ (9133,35) oder provozierenden Haltung heraus zeigen wollen, dass sie es nicht nötig hätten, die Regeln zu befolgen. Zudem berichteten die Pflegefachpersonen über einige der älteren Schüler*innen, dass diese sich anscheinend für unverwundbar (6937,45) oder gar für unsterblich halten würden. Wie sie darauf reagiert haben, macht beispielsweise folgender Auszug deutlich:

Ich habe einen mal zurechtgewiesen, massiv. Das ist sonst gar nicht so meins und meine Aufgabe, auch vor allem vielleicht die ein bisschen lauter anzusprechen. (...) Der: Handshake gemacht, dann Zigarette geteilt, seinen Mundschutz nicht aufgesetzt, wollte ganz cool sein und auch irgendwie Desinfektionsmittel nicht benutzen. Und den habe ich schon massiv zurechtgewiesen (...) Und, ah, er tat so ein bisschen, wie: „Lass die Alte mal reden!“ (5828,43)

Auf ein provozierendes Verhalten eines älteren Schülers reagierte die hier zitierte Pflegefachperson mit strengen erzieherischen Mitteln, die – so betont sie – ansonsten nicht zu ihrem Verhaltensrepertoire und auch nicht zu ihrem Rollenverständnis gehören würden. Im Verlauf des Gesprächs wurde deutlich, dass der betreffende Schüler sein Fehlverhalten eingesehen und sich aus Sorge sogar bei der Rektorin erkundigt hätte, ob jemand an der Schule erkrankt sei – es habe, so die Befragte, bei dem betreffenden Schüler „Klick gemacht“ (5828,43).

Schließlich hatten die hier interviewten Pflegefachpersonen nach einer ersten Phase hoher Aufmerksamkeit und auch einer ausgeprägten Bereitschaft zu regelkonformen Verhalten mit der Zeit auch gewisse Ermüdungserscheinungen beobachtet:

Am Anfang, muss ich sagen, haben sie sich strikt noch sehr gut dran gehalten mit Händewaschen und eben ähnlichem oder auch mit dem Mundschutz (...) Aber nach einer Weile hat man eben auch gesehen, wer ist eben auch nachlässiger. (6565,57)

Den Interviews ist nicht zu entnehmen, ob die im Sommer zunächst weniger dramatische Entwicklung der Pandemie oder andere Gründe für diese zunehmenden Nachlässigkeiten ausschlaggebend waren. Auch finden sich keine Hinweise darauf, ob und wie die Pflegefachpersonen versucht haben, diesen Ermüdungserscheinungen zu begegnen und die Präventionsbereitschaft und auch die Motivation zur Einhaltung der pandemiebedingten Verhaltensregeln unter den Schüler*innen zu fördern.

6. Möglichkeiten zur Förderung der Gesundheitskompetenz

Die in der Schulgesundheitspflege tätigen Pflegefachpersonen wurden in den Interviews vor dem Hintergrund ihrer Beobachtungen gebeten, Überlegungen dazu anzustellen, wie die Gesundheitskompetenz der Schüler*innen gefördert werden könnte. Der Großteil der Befragten sprach sich daraufhin für direkte personalkommunikative Maßnahmen aus. In erster Linie wurden aufklärende Gespräche genannt, entweder in den Lerngruppen, häufiger aber im persönlichen und anlassbezogenen Gespräch mit auffälligen Schüler*innen:

Und da ist eben wirklich Aufklärung immer ganz wichtig. Das versuche ich dann immer alles so ein bisschen geradezurücken. Die Kinder können ja nicht dafür, man kann jetzt nicht sagen: „Du erzählst nicht so einen Unsinn hier.“ Die können ja nichts dafür. Was ihre Eltern erzählen, das ist für die Kinder richtig und das glauben die. Da muss man immer sagen, dass die gar nicht ganz richtig informiert sind. Dass es ein bisschen anders ist. (4602,57)

Die direkte gesundheitsbezogene Information und Wissensvermittlung wurden als besonders bedeutsam angesehen, um eventuellen Wissenslücken begegnen oder auch verbreitete Fehlinformationen aufseiten einzelner Kinder und Jugendlichen richtigstellen zu können. Anscheinend bemühten sich die Pflegefachpersonen um situations- und anlassbezogene Informationsübermittlung, wobei im Unklaren blieb, ob sie dabei zielorientiert vorgehen, ob sie spezifische Lernmittel nutzten und ob sie den Erfolg ihrer Aufklärung – etwa in Form eines Teach-Back-Verfahrens – systematisch überprüften. In einigen Interviews deutete sich zumindest an, dass die Bemühungen um Aufklärung auffälliger Schüler*innen nicht die nachhaltige Wirkung entfalteten, die sich die Befragten davon erhofften, zumindest nicht nach einmaliger Intervention:

Ich glaube, dass da auch viel über Social Media, die nicht vor Fake News geschützt sind, da kommen dann ganz wilde Theorien, wo kommt es her und dann auch was hilft und so. Da muss man dann halt immer, also nicht müde werden, aufzuklären und richtigzustellen, ja. (3167,52)

Die von den Pflegefachpersonen angestellten Bemühungen um die auf Einzelpersonen gerichtete Übermittlung zuverlässiger Gesundheitsinformation und die Korrektur von als unsachgemäß angesehenen Informationen würden durch die sozialen Medien und andere Informationsquellen konterkariert. Einige der Interviewten wiesen deshalb darauf hin, dass sie diese Aufklärungs- und Informationsgespräche immer und immer wieder mit den Schüler*innen hätten führen müssen. Bei ausbleibenden Erfolgen seien sie bisweilen strenger und mahnender geworden. Zugleich verwiesen sie darauf, dass sie sich mit dem Ergreifen derartiger erzieherischer Maßnahmen gegenüber den Kindern und Jugendlichen eher unwohl gefühlt hätten.

Einige der Befragten wiesen darauf hin, dass man zur Förderung der Gesundheitskompetenz unbedingt die Medienkompetenz der Schüler*innen verbessern müsste, damit sie in der Lage seien, die dort gefundenen Gesundheitsinformationen kritisch zu bewerten. Zudem würden sie

sich darum bemühen, in Aufklärungsgesprächen konkret vertrauenswürdige Quellen zur COVID-19-Pandemie zu nennen.

Ich denke, dass man das auch trainieren kann mit den Schülern eben, also Informationen zu bewerten. Das ist aber auch ein/ also da gibt es im Grunde Bedarf auf allen Ebenen, ja. Auch die Lehrer sind unsicher in der Einschätzung von Gesundheitsinformationen. Von daher/ also deswegen sag ich ja, es gibt da viel zu tun. Also ich glaube, es ist nicht ausreichend nur, wenn ich selbst meinen Senf dazu gebe oder sage welche Quellen genutzt werden können, sondern ich muss sozusagen in/ also Zeit und Raum dazu kommen, damit diese Dinge eingefügt werden können. (3167,58)

Die hier zitierte Pflegefachperson zeigte sich überzeugt davon, dass die Kompetenz zum Sammeln, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen gezielt gefördert werden könnte und müsste – nicht allein aufseiten der Schüler*innen, sondern gleichermaßen unter allen anderen Personengruppen an der Schule, etwa den Lehrenden. Allerdings – so wurde hier einschränkend angemerkt – würde das Lernen am Modell allein nicht ausreichen. Es bräuchte vielmehr auch die dafür erforderlichen Rahmenbedingungen, um die Gesundheitskompetenz durch Übung und Wiederholung gezielt fördern zu können. Dabei dürfte dann auch eine weitere Personengruppe nicht außer Acht gelassen werden: die Eltern oder Sorgeberechtigten und Familien der Schüler*innen.

Die Eltern, Sorgeberechtigten und Familien zu erreichen, stellte aus Sicht der befragten Pflegefachpersonen allerdings eine große Herausforderung dar. Während der Schulschließung, aber auch danach seien die Kontaktmöglichkeiten zu den Sorgeberechtigten sehr eingeschränkt gewesen (6671,67,69). Printmedien zu nutzen und den Eltern oder Familien zukommen zu lassen, hat sich aus Sicht der Befragten als wenig zielführend erwiesen:

Aufklären. Und ich wüsste jetzt das richtige Medium einfach auch gar nicht so. Informationsmaterial den Eltern zukommen lassen, ist schwierig, weil viele Leute feuern das in die Ecke. (...) Am besten ist immer, wenn man mit Menschen vor Ort spricht. Und für mich kann ich halt nur sagen, was ich wichtig fand, ist, die Schüler aufklären. Viele Schüler tragen das nach Hause (...) zu ihren Eltern (...), haben auch nochmal einen neuen Blick auf die ganze Situation. (7859,34)

Die ggf. übermittelten Medien würden von den Sorgeberechtigten kaum wahrgenommen und könnten die persönliche Begegnung und das direkte Informations- und Aufklärungsgespräch daher nicht ersetzen – so die hier vertretene Auffassung. Aus diesem Grund würden in erster Linie die Schüler*innen in den Blick genommen und als eine Art Multiplikator*innen eingesetzt. Die von den Kindern und Jugendlichen übermittelten pandemielevanten Informationen würden von den Eltern und Familien eher wahrgenommen und könnten so mitunter auch auf deren Wissen, Sicht- und Verhaltensweisen einwirken. Damit aber – so wird in den Interviews deutlich – seien die Möglichkeiten der Schulgesundheitspflege zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Eltern, Sorgeberechtigten und Familien auch schon weitgehend erschöpft. Andere Zugangswege oder Strategien zur gezielten Förderung der Gesundheitskompetenz von Schüler*innen, Lehrenden oder auch Eltern wurden in den Interviews nicht angesprochen.

VI Diskussion und Ausblick

Im Folgenden werden die Ergebnisse der hier durchgeführten und an ausgewählten Gesundheitsindikatoren orientierten Evaluationsstudie in mehreren Themenblöcken diskutiert. So wird zuerst noch einmal der grundsätzliche Bedarf an Schulgesundheitspflege beleuchtet, wobei im Wesentlichen auf die gesundheitliche Lage an den Schulen Bezug genommen wird. Sodann wird – auf Grundlage der erarbeiteten Forschungsergebnisse – deren Bedeutung für die körperliche Gesundheit und das psychosoziale Wohlbefinden der Schüler*innen erörtert. In dem Zusammenhang werden auch einige Limitationen der durchgeführten Evaluationsstudie diskutiert. Gerade in Verbindung mit der COVID-19-Pandemie haben die Pflegefachpersonen in der Schulgesundheitspflege einen gewissen Wandel ihrer Rollen und Aufgaben erfahren, der ebenfalls betrachtet und diskutiert werden will. Schließlich soll – basierend auf den hier gewonnenen Erkenntnissen – ein Ausblick auf die weitere Entwicklung der Schulgesundheitspflege gegeben und die dabei zur Bewältigung anstehenden Herausforderungen aus gesundheits- und pflegewissenschaftlicher Sicht aufgezeigt werden.

1. Der Bedarf an Schulgesundheitspflege

Zur Erhebung des Bedarfs an Schulgesundheitspflege standen vornehmlich die Befragungen sowohl unter Schulleiter*innen als auch unter Schüler*innen als Datenquellen zur Verfügung. Dabei wurde seitens der Schulleitungen nicht nur ein anhaltender Bedarf an Schulgesundheitspflege reklamiert, sondern zugleich auch auf zahlreiche positive Veränderungen durch den Einsatz der Pflegefachpersonen in der Schulgesundheitspflege hingewiesen. Die „Schulgesundheitsfachkräfte“ konnten nach Ansicht der Schulleitungen das Thema Gesundheit in den Schulen deutlich präsenter machen, es geradezu in ihrer Person „verkörpern“. Sie konnten dadurch zur Verbesserung der Gesundheitsinformation beitragen und verantwortliche Ansprechpartner*innen für gesundheitliche Probleme der Schüler*innen sensibilisieren – sowohl innerhalb der Schulen als auch darüber hinaus. Außerdem führte die Arbeit der Pflegefachpersonen an den Schulen aus Sicht der Schulleitungen zu einer Entlastung des Lehrpersonals von als fachfremd angesehenen gesundheitsbezogenen Tätigkeiten – insbesondere bei der Betreuung chronisch kranker Kinder. Dies hatte aber nicht unbedingt zur Folge, dass die Lehrenden sich im Unterricht seltener gesundheitlichen Themen widmeten, sie konnten dies aber womöglich besser mit ihrem Bildungsauftrag verbinden als ohne die Aktivitäten der Schulgesundheitspflege. Die gesundheitliche Akutversorgung von Schüler*innen sowie die gesundheitliche Versorgung von Schüler*innen mit chronischer Erkrankung und/oder Behinderung verbesserten sich, und das schulische Angebot an gesundheitsförderlichen Projekten wurde erweitert. Zudem wurde der Kontakt mit Ärzt*innen, Gesundheitsämtern und anderen Gesundheitseinrichtungen verbessert. Damit wurden insgesamt wichtige Voraussetzungen dafür geschaffen, um die Gesunderhaltung, Gesundheitsförderung und Prävention an den Schulen zu stärken und zugleich einen ausgeprägten Unterstützungsbedarf der an der Schule tätigen Personen – in diesem Fall der Schulleitungen und Lehrenden – in gesundheitsrelevanten Fragen zu beantworten.

Wie bedeutsam dies ist, zeigte sich insbesondere im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie. Die Pflegefachpersonen an den Schulen stellten mit ihrer spezifischen Qualifikation und Expertise eine wichtige Informationsquelle für die Schulleitungen dar und konnten gesicherte gesundheitsbezogene Informationen an Lehrende und Schüler*innen weitergeben. Diese Einschätzung der Schulleiter*innen bestätigte sich in den Interviews mit den Pflegefachpersonen: So informierten diese sowohl Schüler*innen als auch Sorgeberechtigte und Lehrende über die Pandemie und damit zusammenhängende Maßnahmen, z. B. über die Hygienebestimmungen. Dies erfolgte im persönlichen Kontakt, über Plakate mit Verhaltenshinweisen in der Schule und auf dem Schulgelände sowie per Rundbrief. Die besondere Bedeutung der Schulgesundheitspflege gerade in Zeiten der COVID-19-Pandemie wurde auch von anderen (internationalen) Autor*innen bereits herausgestellt: Dabei sei es von zentraler Bedeutung, möglicher Fehl- oder

Desinformation an Schulen mit Botschaften zu begegnen. Mit klaren Formulierungen – auf wissenschaftlicher Grundlage und empathisch vermittelt – sollten die Gesundheitsinformationen der gesamten Schulgemeinschaft („Community“) zur Verfügung gestellt werden (Webb 2020). Dies hebt noch einmal den Qualitätsanspruch an Gesundheitsinformation und auch das Handeln der Schulgesundheitspflege sowie deren Verantwortung in diesem Zusammenhang hervor. Zugleich wird der Bedarf an Maßnahmen deutlich, die geeignet sind, eine qualitätsgesicherte Gesundheitsinformation zu gewährleisten und die Gesundheitskompetenz aller in der Schule arbeitenden und lebenden Menschen gezielt zu fördern.

Vor allem aber deckt die Schulgesundheitspflege einen drängenden Bedarf aufseiten der Schüler*innen – so eine von allen Beteiligten vertretene Auffassung, die auch bereits in den vorausgegangenen Erhebungen dokumentiert wurde (Tannen et al. 2018a, b). Dieses Ergebnis wurde im Zuge dieser Evaluationsstudie noch einmal auf vielfältige Weise bestätigt. Ein Großteil der Schüler*innen nahm das Angebot der Pflegefachpersonen an den Schulen wahr und bewertete es im Nachhinein als positiv, sowohl im Gesamteindruck als auch bzgl. der Vertraulichkeit und der Berücksichtigung der eigenen Wünsche und Bedürfnisse – hier stach die positive Bewertung unter Schüler*innen mit chronischer Erkrankung besonders deutlich hervor. Offensichtlich ist es den Pflegefachpersonen gelungen, Vertrauen aufseiten der Kinder und Jugendlichen aufzubauen und sich als Ansprechpartner*innen – auch für sensible Belange und persönliche Themen – in den Schulen zu etablieren. Ob und inwieweit in Pandemiezeiten eine intensivere und auch aufsuchende Betreuung und Begleitung einzelner chronisch kranker Kinder und Jugendliche wünschenswert oder angezeigt gewesen wäre, lässt sich aufgrund der hier durchgeführten Evaluationsstudie nicht mit Bestimmtheit sagen. Es spricht aber einiges dafür, dass durch gezielte Unterstützungsangebote für Schüler*innen mit besonderen Problem- und Bedarfslagen weitergehende Gesundheitsbeeinträchtigungen verhindert werden könnten. International wird diese auf die soziale Integration und gesundheitsbezogene Begleitung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher ausgerichtete Funktion der Schulgesundheitspflege als sehr bedeutsam angesehen (Leroy et al. 2017; McClanahan et al. 2015).

Die positiven und in dieser Evaluationsstudie erneut beobachteten Effekte unterstreichen den langfristigen Bedarf an Schulgesundheitspflege und die große gesundheitliche und gesellschaftliche Bedeutung, die dem Einsatz der Pflegefachpersonen an den öffentlichen Schulen zukommt – nicht allein in Brandenburg. Dies bezieht sich auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Schüler*innen, auf deren Versorgung v. a. in Hinblick auf das psychosoziale Wohlbefinden während der COVID-19-Pandemie sowie auf die Einhaltung der pandemiebedingten Verhaltensregeln und damit auch der grundsätzlichen Auseinandersetzung mit gesundheitserhaltenden, gesundheitsförderlichen sowie präventiven Maßnahmen. Einige Details aus den Ergebnissen dieser Studie werden in den folgenden Abschnitten noch einmal ausführlicher aufgegriffen und diskutiert.

2. Die Bedeutung der Schulgesundheitspflege für die Gesundheit der Schüler*innen

Eine Erkenntnis aus dem Vorgängerprojekt SPLASH I war, dass der Beobachtungszeitraum der Intervention Schulgesundheitspflege zu kurz war, um verlässliche Aussagen zu deren unmittelbaren Wirkungen auf den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskompetenz der Schüler*innen oder anderer Personen an den Schulen treffen zu können (Tannen et al. 2018b). Es wurde daher empfohlen, den Einsatzzeitraum der Pflegefachpersonen an den Schulen zu verlängern, die Interventionen zu systematisieren und zu standardisieren und zugleich Folgeerhebung(en) durchzuführen. Dies wurde mit der Verlängerung des Projekts *„Schulgesundheitsfachkräfte an öffentlichen Schulen im Land Brandenburg“* und der aktuellen Evaluationsstudie ermöglicht und umgesetzt. Allerdings lassen sich auch aufgrund der im Verlängerungszeitraum durchgeführten Evaluationen – gemessen an wissenschaftlichen Kriterien – keine validen Ursache-Wirkungsaussagen treffen. Mit anderen Worten: Die von den ersten

Erhebungen (T0 und T1) zur aktuellen Befragung (T2) beobachtbaren Veränderungen im Gesundheitszustand, dem Gesundheitsverhalten und der Gesundheitskompetenz können nicht sicher auf die Aktivitäten der Pflegefachpersonen zurückgeführt werden.

Dafür gibt es zwei Gründe: Erstens wurden nach Kenntnis der Autor*innen dieser Studie keine systematischen und standardisierten Interventionen seitens der Pflegefachpersonen durchgeführt. Sollte sich z. B. die Mundhygiene der Schüler*innen verbessern, ohne dass eine Intervention dazu stattgefunden hat, ließe sich die Veränderung wohl eher auf andere Einflüsse als die Schulgesundheitspflege zurückführen, z. B. eine Leinheit im Biologieunterricht. Doch selbst wenn eine Intervention stattgefunden hat, ließe sich deren Wirkung nur dann ermitteln, wenn sie von anderen Interventionen abgegrenzt (distinkt), auf immer gleiche Weise (standardisiert) und unter immer gleichen Bedingungen (kontrolliert) durchgeführt worden wäre. Zudem müssten andere Ursachen für das beobachtete Phänomen – in diesem Fall eine Veränderung der Mundhygiene – ausgeschlossen werden können. Zweitens benötigt man nicht nur einen langen Zeitraum zur Beobachtung von derartigen, auf bestimmten Verhaltensweisen zurückgehende Veränderungen, sondern auch die gleiche Population und einheitliche Erhebungsbedingungen. Man müsste die gleichen Schüler*innen mehrmals und auf die gleiche Art und Weise befragen. Zusätzlich bräuchte man idealerweise Kontrollgruppen ohne Intervention, um andere Einflussfaktoren auf die Gesundheit, das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskompetenz, z. B. gesamtgesellschaftlicher Art wie derzeit die COVID-19-Pandemie, in den folgenden statistischen Berechnungen „herausrechnen“ zu können. Unter diesen Umständen wäre eine statistische Analyse mit Ursache-Wirkungsaussagen möglich. Es ist leicht einsehbar, dass eine derartige, an wissenschaftlichen Kriterien orientierte „Versuchsanordnung“ im Rahmen dieser unter Alltagsbedingungen durchgeführten Intervention und Evaluation nicht umsetzbar war. Die drei Erhebungen (T0, T1 und T2) wurden nicht nur unter unterschiedlichen Bedingungen, sondern auch an verschiedenen, von wissenschaftlicher Seite nur bedingt beeinflussbaren Studiengruppen durchgeführt, was eine unmittelbare Vergleichbarkeit oder gar zuverlässige Trendaussagen verunmöglicht. Inwieweit künftig an wissenschaftlichen Anforderungen orientierte Forschungsarbeiten im Rahmen der Schulgesundheitspflege möglich sein werden, bleibt abzuwarten. Für die Erarbeitung abgesicherter wissenschaftlicher Aussagen über deren Wirkungen auf ausgewählte Gesundheitsindikatoren wäre dies aber erforderlich und erstrebenswert.

In dem Zusammenhang ist daran zu erinnern, dass die Evaluation komplexer sozialer Interventionen wie der Einsatz der Schulgesundheitspflege in öffentlichen Schulen unter Alltagsbedingungen stets eine besondere und nicht immer ganz einfach zu bewältigende Herausforderung darstellt. Insofern sind die zuvor angesprochenen methodischen Limitationen nicht ungewöhnlich. Sie sind erst recht kein Grund, an den hier dokumentierten Ergebnissen zu zweifeln oder sie bei einer Entscheidung über die Zukunft der Schulgesundheitspflege außer Acht zu lassen. Die hier gemachten Beobachtungen zum Gesundheitszustand, dem Gesundheitsverhalten und der Gesundheitskompetenz der befragten Schüler*innen bieten – vor dem Hintergrund der in den früheren Erhebungen erarbeiteten Erkenntnisse – interessante Anknüpfungspunkte für die weitere Auseinandersetzung mit dem Thema Schulgesundheitspflege. Zugleich enthalten sie wichtige Hinweise darauf, wie dieses Angebot künftig weiter etabliert und entwickelt werden könnte. Inwiefern dies der Fall ist, zeigt die folgende Diskussion der Ergebnisse zur körperlichen Gesundheit sowie zum psychosozialen Wohlbefinden der befragten Schüler*innen.

2.1 Die Bedeutung der Schulgesundheitspflege für die körperliche Gesundheit der Schüler*innen

Zur Bewertung des körperlichen Gesundheitszustandes der Schüler*innen konnten sowohl deren Selbsteinschätzungen als auch Eindrücke der Pflegefachpersonen an den Schulen herangezogen werden, letztere besonders in Hinblick auf die Veränderungen durch die Schulschließung im Zuge der COVID-19-Pandemie. Demnach schätzten sowohl die Gesamtheit der befragten

Schüler*innen als auch diejenigen mit chronischer Erkrankung ihren allgemeinen Gesundheitszustand überwiegend als gut bis sehr gut ein. Außerdem gaben mehr als die Hälfte an, öfter über ihre Gesundheit nachzudenken und viel über ihre Gesundheit gelernt zu haben, seit die Pflegefachpersonen an der Schule waren. Im Gesundheitsverhalten fiel vor allem der hohe Internetkonsum der älteren Schüler*innen auf. Hier lassen sich Hinweise auf die Wichtigkeit einer Förderung der Internet- und Medienkompetenz ableiten. Dieses Bild wurde von den Pflegefachpersonen in den Interviews bestätigt. Durch die Schließzeit während der COVID-19-Pandemie und dem damit einhergehenden Homeschooling hätten sich die Bildschirmzeiten weiter erhöht. Auch mangelnde Bewegung und Gewichtszunahme seien laut Aussagen der „SGFKs“ beobachtet oder berichtet worden. Durch den Wegfall des Speiseangebots an den Schulen habe außerdem die Ernährung der Schüler*innen gelitten. Diese von den Pflegefachpersonen an den Schulen registrierten Begleiterscheinungen der COVID-19-Pandemie werden in der Literatur bereits aufgegriffen und problematisiert. Rundle et al. (2020) befürchten z. B., dass Schüler*innen während des Lockdowns an Gewicht zunehmen könnten u. a. aufgrund schlechterer Ernährung und gesteigerten Medienkonsums und mit womöglich langfristigen Folgen. Ähnliches wurde früher nach den längeren Sommerferien beobachtet (Wang et al. 2015), weshalb diese Befürchtungen nicht unberechtigt scheinen.

Pflegefachpersonen verfügen an den Schulen über Möglichkeiten, dem entgegenzuwirken und durch gezielte Aktivitäten auf das Gesundheitsverhalten der Schüler*innen (oder auch Lehrenden und anderer Personen an den Schulen) Einfluss zu nehmen. Eine internationale Studie im Kontrollgruppendesign mit Vorher-Nachher-Vergleich zeigte auf, dass ein umfangreiches Gesundheitsprogramm, u. a. zu Ernährung und Bewegung, unter Einbezug der Lehrenden und Eltern zu vielseitigen Veränderungen führte: So sahen die Jungen weniger fern, und die Mädchen steigerten ihre körperliche Aktivität sowie ihre Teilnahme am Sportunterricht und nahmen damit an Gewicht ab (Doi et al. 2018; Wright et al. 2013). Solche Initiativen vonseiten der Schulgesundheitspflege dürften nach der Pandemiezeit an den Schulen dringend benötigt werden.

Die Schüler*innen der aktuellen Erhebungswelle im Frühjahr 2020 nahmen z. T. starke Veränderungen, meist Verbesserungen, in ihrem eigenen Gesundheitsverhalten wahr und brachten diese kausal mit dem Einsatz der Pflegefachpersonen an den Schulen in Verbindung. Tatsächlich aber schlugen sich diese subjektiv wahrgenommenen Veränderungen nicht im gezeigten Gesundheitsverhalten nieder, wie die SuS es berichteten. Dieses Ergebnis kann durch Verzerrungen im Sinne der sozialen Erwünschtheit beeinflusst sein. SuS könnten ihr eigenes Gesundheitsverhalten überschätzt haben, sobald es darum ging, damit indirekt die Arbeit der Pflegefachpersonen zu loben. Tatsächlich wurde das eigene Gesundheitsverhalten von den Schüler*innen schlechter bewertet, wenn dieser Aspekt in der Frage wegfiel. Die Vermutung liegt nahe, dass die Wahrheit näher an den Antworten auf die Fragen liegt, die keinen Bezug zum Einsatz der Pflegefachpersonen herstellen. Zugleich aber kann dieses Ergebnis als eine grundsätzliche Wertschätzung der Schulgesundheitspflege gewertet werden, die – wenn sie denn gezielt und in Form standardisierter Interventionen genutzt wird – womöglich auch zu tatsächlichen gesundheitsbezogenen Verhaltensänderungen aufseiten der Schüler*innen beitragen kann.

Insgesamt zeigen sich in den Antworten der Schüler*innen durchaus noch Problembereiche in der körperlichen Gesundheit (z. B. Bewegungsmangel, Ernährungsverhalten), die es künftig systematisch und mit gut durchdachten Interventionskonzepten zu adressieren gilt. Dies ist umso mehr hervorzuheben, als sich diese gesundheitsbezogenen Probleme durch die aktuelle COVID-19-Pandemie womöglich noch verstärkt haben und verstärken werden. Hier ist die Schulgesundheitspflege sowohl mit verhaltens- als auch mit verhältnispräventiven Interventionen gefragt, die zudem mit anderen Akteur*innen eng abgestimmt und systematisch umgesetzt und evaluiert werden sollten. Der Fokus muss dabei sowohl auf Individuen aus vulnerablen Gruppen gelenkt werden (z. B. bereits übergewichtige Kinder aus sozial schwachen Familien); er muss sich aber auch auf kreative Weise auf strukturelle Aspekte richten (z. B. Essensangebot für Schüler*innen, die sich im Homeschooling befinden).

2.2 Die Bedeutung der Schulgesundheitspflege für das psychosoziale Wohlbefinden der Schüler*innen

Die Interviews mit den Pflegefachpersonen in der Schulgesundheitspflege stellten die wichtigste Informationsquelle zum psychosozialen Wohlbefinden der Schüler*innen im Zuge der COVID-19-Pandemie dar. Negative Auswirkungen wie gedrückte Stimmung und Unzufriedenheit sahen die befragten Pflegefachpersonen u. a. in Zusammenhang mit den eingeschränkten Möglichkeiten der Freizeitgestaltung während des ersten Lockdowns im Frühjahr 2020 sowie der damit einhergegangenen sozialen Isolation. Auf diesen Effekt weisen auch andere Forschungsergebnisse hin: So fanden Guessoum et al. (2020), dass u. a. die langen Aufenthaltszeiten im Haus, ein Übermaß an Internet- und Social-Media-Nutzung sowie häusliche Gewalt die psychische Gesundheit der Kinder beeinflussen. Die Folge könnten neben Trauerreaktionen auch psychische Erkrankungen wie posttraumatische Belastungsreaktionen, depressive oder Angsterkrankungen sein (Guessoum et al. 2020). Ghosh et al. (2020) wiesen darauf hin, dass der Lockdown einen großen Einfluss auf das psychosoziale Wohlbefinden Heranwachsender habe. Die Störung eines geregelten Tagesablaufs und des Schlafrhythmus sowie der Wegfall des Schulessens und der Freizeitaktivitäten könnten zu Monotonie, Ungeduld und Verzweiflung führen und letztendlich psychische Beschwerden hervorrufen oder vertiefen. Außerdem wurde mehrfach festgestellt, dass häusliche Gewalt und Kindesmissbrauch – v. a. in marginalisierten Bevölkerungsgruppen – aufgrund dieser Umstände zunahm (Ghosh et al. 2020; Lee 2020). Ähnliche Beobachtungen wurden auch von den hier befragten Pflegefachpersonen berichtet. Dies unterstreicht noch einmal die Wichtigkeit der Pflegefachpersonen an den Schulen, wenn es um das Wohl der Kinder und Jugendlichen geht: Aufgrund ihrer Kooperation mit anderen Mitarbeitenden an den Schulen und ihrer Fähigkeit, langfristig ein Vertrauensverhältnis zu den Schüler*innen aufzubauen, haben Pflegefachpersonen eine besondere Vertrauensstellung an den Schulen, wenn es darum geht, Kindesmissbrauch zu erkennen und entsprechende Prävention zu leisten – auch und vor allem während der pandemiebedingten Schließzeit der Schulen. Dieser Verantwortung könnten sie z. B. mittels Fortbildungen für Lehrende und weitere Mitarbeitende, Unterstützung für überforderte Eltern und Aufklärung über die psychosozialen Gefährdungen durch das Internet nachkommen (Haas 2020). Hierbei sollten sie allerdings stets eng mit anderen Berufsgruppen kooperieren – beispielsweise Schulsozialarbeiter*innen und Schulpsycholog*innen – und zugleich die Zusammenarbeit mit einschlägigen Einrichtungen jenseits der Schule (in der Gemeinde/Community) suchen.

Die Befragung hat zudem gezeigt, wie wichtig es für die Schulgesundheitspflege ist, sich im Sinne eines „Advocacy“-Ansatzes, d. h. anwaltschaftlich für vulnerable Personengruppen an den Schulen einzusetzen. Dies wurde durch die COVID-19-Pandemie und die damit einhergehende soziale Distanzierung und Isolierung noch einmal besonders notwendig, v. a. für Schüler*innen, die bereits zuvor an einer psychischen Erkrankung litten. Hier haben die Pflegefachpersonen zunehmend Risikosituationen ausgemacht, die dringend im Blick behalten und mit geeigneten Maßnahmen abgewendet werden müssten. Ähnliches wird auch in der Literatur beschrieben. Menschen mit einer psychischen Erkrankung haben sich nach Aussage von Lee (2020) während des Lockdowns mit einer besonders schwierigen Situation konfrontiert gesehen: Durch die Schließung von Schulen und Versorgungseinrichtungen fehlte es den Betroffenen an Anlaufstellen und z. T. der notwendigen fortlaufenden Therapie, sodass die Langzeitfolgen noch nicht abzusehen seien. Hier könnte und müsste die Schulgesundheitspflege einerseits als Sensor fungieren und andererseits in der zuvor angesprochenen Weise vermittelnd wirken.

Wie in den Ergebnissen dargelegt, zog die Wiedereröffnung der Schulen aufseiten der Schüler*innen nach der wochenlangen sozialen Isolation eine große Freude nach sich. Während die einen dadurch eine gewisse Nachlässigkeit in Bezug auf die Maßnahmen gegen die Ausbreitung von SARS-CoV-2 an den Tag legten, hatten andere zugleich mit ihrer Furcht vor einer Ansteckung sowie Gefühlen der Unsicherheit und Angst zu ringen. Auch wurde die Wiedersehensfreude der Schüler*innen zuweilen durch die vielen neuen Regeln und damit einhergehender

Besorgnis und Einschüchterung getrübt. Vereinzelt sei es zu psychosomatischen Beschwerden gekommen. Dass ein Ungleichgewicht im psychosozialen Wohlbefinden bei Kindern und Jugendlichen vermehrt zu psychosomatischen Beschwerden, also körperlichen Symptomen, führen kann, zeigten auch Chardavoine et al. (2020), die feststellten, dass die Pflegefachpersonen an den Schulen oft die ersten Personen sind, mit denen betroffene Schüler*innen bei derartigen Beschwerden in Kontakt treten. Es sei vorstellbar, dass gerade Angstsymptome sich im Zuge der COVID-19-Pandemie verstärken könnten. „School Nurses“ könnten den Schüler*innen dann helfen, die zugrundeliegenden psychischen Probleme zu erkennen. Dabei könnte nach Ansicht der Autor*innen der Einsatz von Screening-Instrumenten, z. B. für Angst und Posttraumatische Belastungsstörung, hilfreich sein (Chardavoine et al. 2020). Diese Funktion einer niederschweligen Anlaufstelle, die dann gezielt weiterführende Hilfeangebote vermitteln kann, wurde auch schon im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung der vorausgegangenen Projektphasen der Schulgesundheitspflege zugeschrieben (Tannen et al. 2018a, b).

Doch die Umstellungen im Zuge der COVID-19-Pandemie hatten auch positive Auswirkungen auf die Schüler*innen. So wurde z. B. beobachtet, dass sogenannte „Schulverweigernde“ von den kleineren Lerngruppen und dem damit zurückgegangenen Leistungsdruck profitiert hätten. Auch Schüler*innen in psychischen Problemlagen erfuhren z. T. in Lernverhalten und Belastbarkeit eine Verbesserung. Diese Beobachtungen werden durch Befunde von Finn (2019) bestätigt: Neben besseren schulischen Outcomes gibt es weitere positive Aspekte von kleineren Klassen, z. B. die Verbesserung im Verhalten der Schüler*innen, mehr Engagement beim Lernen, ein stärkeres Zusammengehörigkeitsgefühl und bessere Beziehungen unter den Schüler*innen. Dies führte Finn (2019) auf drei Aspekte zurück: a) mehr Zeit seitens der Lehrenden für intensiveres Unterrichten, Erklären und interaktives Lernen, b) die Förderung einzelner Schüler*innen sowie c) die erhöhte Identifikation mit der Klasse und der Schulgemeinschaft. Inwiefern diese Vorteile kleinerer, überschaubarer Lerngruppen über die COVID-19-Pandemie und den damit verbundenen Ausnahmezustand „hinweggerettet“ werden können, bleibt abzuwarten. Die Schulgesundheitspflege wird hierauf vermutlich keinen Einfluss haben.

Insgesamt zeigt sich dennoch ein großes Handlungspotenzial für die Schulgesundheitspflege besonders bzgl. benachteiligter Kinder und Jugendlicher, v. a. Schüler*innen mit psychischen oder Verhaltensauffälligkeiten wie depressiven Symptomen oder der Tendenz zur Schulvermeidung. Es gibt bereits Belege dafür, dass Pflegefachpersonen in der Schulgesundheitspflege einen positiven Einfluss auf das Stress- und Angstlevel der Schüler*innen nehmen und den Zugang zu bestimmten gesundheitlichen Leistungen erleichtern können (Turner et al. 2015). Zudem gibt es Hinweise auf die Notwendigkeit von primärpräventiven Maßnahmen, damit sich z. B. psychosomatische Beschwerden gar nicht erst entwickeln. Dies bestätigt auch eine Forderung der American Academy for Paediatrics, dass es an Schulen jeweils mindestens eine Pflegefachperson für Schulgesundheitspflege geben sollte, da diese in ihrer Zusammenarbeit mit der Schulpsychologie und der Pädiatrie einen wesentlichen Beitrag zum psychosozialen Wohlbefinden der Schüler*innen leistet (Council On School Health 2016).

3. Die Bedeutung der Schulgesundheitspflege für die Förderung der Gesundheitskompetenz

An dieser Stelle sei das Augenmerk noch einmal auf das Thema Gesundheitskompetenz und die hierzu vorliegenden Daten gerichtet. Das Maß an Gesundheitskompetenz spielt in Bezug auf alle der zuvor genannten Aspekte eine zentrale Rolle und bildet letztlich die Grundlage für gesundheitserhaltendes und gesundheitsförderliches Verhalten oder auch zur Bereitschaft, an Maßnahmen der Prävention mitzuwirken. Umso bemerkenswerter sind die Ergebnisse zur Gesundheitskompetenz der Schüler*innen aus der hier durchgeführten Evaluationsforschung. Zwar lassen sich die einzelnen Erhebungen (T0, T1 und T2) aufgrund erhebungstrategischer und forschungsmethodischer Aspekte nicht unmittelbar miteinander vergleichen – auf diese Limitation wurde zuvor bereits ausführlich hingewiesen. Es ist daher ungeklärt, inwiefern der

gegenüber der Ausgangsanalyse gestiegene Anteil an Schüler*innen mit hoher Gesundheitskompetenz ein Effekt des Handelns der Pflegefachpersonen ist oder ob er auf andere Ursachen zurückgeht. Auch bleibt im Unklaren, ob sich dahinter womöglich ein sogenannter „Matthäus-Effekt“ verbirgt: Schüler*innen mit ohnehin ausgeprägter Gesundheitskompetenz könnten von Fördermaßnahmen der Schulgesundheitspflege deutlich mehr profitiert haben als solche, deren Gesundheitskompetenz niedrig ist. Bedenklicher aber ist, dass der Anteil der Schüler*innen mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz in allen Erhebungsphasen recht stabil bei etwa einem Fünftel der befragten Kinder und Jugendlichen lag. Dies konnte anscheinend durch ggf. durchgeführte Aktivitäten der Schulgesundheitspflege oder andere in diesem Zeitraum durchgeführte Maßnahmen nicht erkennbar beeinflusst werden.

Diese Beobachtung gibt insofern zu denken, als dass wesentliche Grundlagen für die Gesundheitskompetenz bereits in frühen Lebensjahren gelegt werden, sich Versäumnisse in dieser Lebensphase womöglich bis in höhere Lebensalter fortschreiben und dann zu inadäquaten Gesundheitsverhalten oder auch Problemen bei der Versorgungsnutzung führen könnten. Die Aufgabe, möglichst früh im Lebenslauf eine hohe Gesundheitskompetenz zu entwickeln und dabei gezielt vulnerable Bevölkerungsgruppen in den Blick zu nehmen, wird insofern als zunehmend bedeutsam angesehen und in jüngerer Zeit in zahlreichen Publikationen gefordert (Okan et al. 2015; Schaeffer et al. 2018; Schaeffer et al. 2016). Die Schulgesundheitspflege könnte hierzu wesentliche Beiträge leisten, was bei künftigen Aktivitäten noch stärker als bislang berücksichtigt werden sollte (Ewers et al. 2017; Schaeffer et al. 2018).

Die Pflegefachpersonen berichteten in den Interviews davon, dass viele Schüler*innen und ihre Sorgeberechtigten, außerdem Lehrende und letztlich auch sie selbst von der Informationsschwemme im Zuge der COVID-19-Pandemie überfordert waren. Dabei zeigen Daten aus Deutschland, dass sich gerade Personen mit niedriger Gesundheitskompetenz stärker von einer sogenannten „Infodemie“ verwirren lassen als solche mit einer ausgeprägten Gesundheitskompetenz (Okan et al. 2020). Auch erste Daten aus den USA bestätigen, dass Erwachsene mit niedriger Gesundheitskompetenz Gesundheitsinformationen im Internet nicht richtig verstehen und diese missverstandenen Informationen zudem weiterverbreiten (Harnett 2020). Dem Thema mehr Aufmerksamkeit zu widmen, hat demnach hohe gesellschaftliche Relevanz.

Daten aus der wissenschaftlichen Begleitforschung des Modellprojekts zur Einführung der Schulgesundheitspflege in Brandenburg und Hessen (SPLASH I) zeigten, dass sich dieses Angebot – unter Berücksichtigung der zuvor diskutierten Limitationen – durchaus auf die Gesundheitskompetenz, das Gesundheitsverhalten sowie den subjektiven Gesundheitszustand nicht nur der Schüler*innen, sondern auch der Lehrenden, der Sorgeberechtigten sowie anderer Personen an den Schulen auswirkte (de Buhr et al. 2020). Da in SPLASH II keine systematischen Erhebungen unter diesen letztgenannten Personengruppen vorgesehen waren, sind zu diesen Effekten der Schulgesundheitspflege basierend auf den aktuell erhobenen Daten keine Aussagen möglich. Es ist aber mit gewisser Berechtigung davon auszugehen, dass diese auf Grundlagen der erarbeiteten Erkenntnisse zu antizipierende Wirkung auf die Lehrenden, Sorgeberechtigten sowie andere Personen an den Schulen weiterhin und auch unter COVID-19-Bedingungen vorhanden war. Dafür sprechen v. a. die Aussagen der in dieser Evaluationsstudie interviewten Personen, die z. B. einen verbesserten Austausch zwischen den Pflegefachpersonen und den Lehrenden beobachtet hatten.

Einerseits sind die Elternhäuser für die Kinder wesentliche Quelle für Gesundheitsinformationen, wie es sich auch in einer anderen Untersuchung bestätigte (Riiser et al. 2020). Insofern sollten bei den Planungen für Interventionen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz stets die anderen beteiligten Personengruppen, v. a. aber die Sorgeberechtigten, miteinbezogen werden, um Missverständnisse und widersprüchliche Aussagen vermeiden zu können. So kann den Heranwachsenden gerade in Krisenzeiten das essenzielle Handwerkszeug im Umgang mit Gesundheitsinformationen an die Hand gegeben werden, sodass sie sich letztendlich im Sinne ihres eigenen Wohls und dem der Gemeinschaft verhalten können. Andererseits bemerkten

die Pflegefachpersonen aber auch, dass die Schüler*innen erworbene Gesundheitsinformationen aus der Schule in die Elternhäuser tragen – einige Pflegefachpersonen machten sich diesen Multiplikatoreffekt auch zunutze, um die Eltern in der Pandemie zu erreichen. Derartige Strategien künftig gezielter und systematischer einzusetzen, könnte sich als zielführend erweisen und auch zu nachweislich erhöhter Gesundheitskompetenz beitragen.

Eine intensivere Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheitskompetenz im Rahmen der Schulgesundheitspflege hätte also nicht allein für die Schüler*innen große Bedeutung, sie würde sich auf alle Beteiligten – Lehrende, Eltern, Sorgeberichtigte und auch die Pflegefachpersonen selbst – auswirken und könnte somit gesamtgesellschaftliche Wirkungen entfalten. Dies hat in einigen Ländern bereits dazu geführt, diesen Auftrag ins Zentrum der Schulgesundheitspflege zu rücken (z. B. Dänemark). Denn gerade in der COVID-19-Pandemie bestätigt sich, dass die Gemeinschaft auf ein gesundheitskompetentes Verhalten jeder einzelnen Person angewiesen ist. Der Zusammenhang zwischen einer hohen Gesundheitskompetenz und einer gewissenhaften Befolgung der pandemiebedingten Regeln wurde in ersten Studien bereits gezeigt (Riiser et al., 2020). Wie dabei künftig mit der Flut an (Fehl-)Informationen und gezielter Desinformation umzugehen ist und wie die Schulen selbst zu gesundheitskompetenten Organisationen („health literacy responsive organizations“ (Elmer et al. 2020; Nash et al. 2020)); weiterentwickelt werden können, ist eine dringend zu bearbeitende Fragestellung für Praxis, Politik und auch künftige Forschungsvorhaben.

4. Profilbildung der Schulgesundheitspflege – Rollen und Aufgabenverständnis

Das Rollen- und Aufgabenverständnis der Pflegefachpersonen wurde bereits in der Einleitung als relevantes Thema für die Schulgesundheitspflege erwähnt. Dabei wurde auch auf Ergebnisse der Begleitforschung einer früheren Phase der Erprobung von Schulgesundheitspflege in Brandenburg und Hessen und das dort erhobene Rollen- und Aufgabenprofil hingewiesen (Tannen et al. 2018a, b). Inzwischen gibt es darauf aufbauend erste, noch unveröffentlichte Ergebnisse von Qualifizierungsarbeiten, die das komplexe Rollenverständnis der Pflegefachpersonen eingehender untersucht haben. Unter anderem wurde dabei ein Bedarf an weiterer Rollen- und Aufgabeklä rung, nicht zuletzt vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen, konstatiert (Tanneberger 2020). In dieser Evaluationsstudie wurde dieses für die Zukunft der Schulgesundheitspflege relevante Thema – ausgehend von den Aussagen in den Interviews mit den Pflegefachpersonen – abermals aufgegriffen. Das Erkenntnisinteresse richtete sich dabei auf die durch die COVID-19-Pandemie eingetretenen Veränderungen der Rolle und Aufgaben der an den öffentlichen Schulen tätigen Pflegefachpersonen.

Die auf einzelne Schüler*innen ausgerichteten Aufgaben der Pflegefachpersonen im Bereich der Ersten Hilfe und der Akutversorgung haben angesichts der ergriffenen Maßnahmen zum Schutz vor der Pandemie an Bedeutung verloren. Erst waren die Schulen geschlossen, weshalb einige der Befragten in Gesundheitsämtern mit der Nachverfolgung von Infektionswegen und vergleichbaren Aufgaben betraut wurden. Aber auch nach der Wiedereröffnung und ihrer Rückkehr an die Schulen waren sie durch weniger Schüler, den Wegfall des Sportunterrichts, asynchrone Pausen u. a. seltener in ihrer klinischen Rolle gefordert (z. B. in der Durchführung der Ersten Hilfe oder der direkten Pflege). Dafür aber rückte die Rolle als *Expert*in für Gesundheitsfragen* in den Vordergrund, v. a. in Verbindung mit den sich rasch ändernden Informationen, Verordnungen und Erlassen zur Pandemie und der Frage, wie diese in schulische Hygienekonzepte und -strategien übersetzt werden können. Auffällig war dabei, dass die Möglichkeiten zur Wahrnehmung dieser Rolle in erheblicher Weise davon beeinflusst waren, ob diese Expertise vonseiten anderer Personen – insbesondere der Schulleitungen – auch anerkannt und genutzt wurde. Dies schien nicht durchgängig der Fall zu sein. Das deutet an, dass hier weitere Überzeugungsarbeit insbesondere bei Entscheider*innen und Führungskräften erforderlich ist, um diesen Expertenstatus für Gesundheitsfragen zu festigen.

Um individuelle Anfragen sowohl seitens der Schüler*innen als auch der Lehrenden beantworten, ihnen bei Unsicherheiten angemessen beistehen und sie durch die Pandemie begleiten zu können, waren sie zudem in der Rolle der *Beratenden und Vertrauenspersonen* gefordert – hier wurde auf zuvor bereits beobachtete Rollen- und Aufgabenverständnisse aufgesetzt. In der Rolle der *Vermittler*in und Übersetzer*in* galt es für die Pflegefachpersonen, die Gesundheitskompetenz sowohl der Schüler*innen als auch der Lehrer*innen zu steigern und mit der großen Flut an gesundheitsbezogenen Informationen umzugehen. Auf die besondere Bedeutung dieses Aufgabenbereichs wurde zuvor bereits hingewiesen. Auch diese Rolle war bereits in früheren Untersuchungen erkennbar (etwa in Zusammenhang mit gesundheitsfördernden Aufgaben), ist aber in dieser Befragung und angesichts der Pandemie noch einmal deutlich gestärkt und auch von Dritten akzeptiert worden. Nicht zuletzt haben sich die „SGFKs“ in der allgemeinen Aufregung der COVID-19-Pandemie auch als eine Art *Vorbild und Ruhepol* gesehen, sowohl gegenüber den Lehrenden als auch gegenüber Schüler*innen und anderen Personen in der Schule und deren Umfeld (also z. B. Sorgeberechtigten, Familien). Dies dürfte einerseits mit ihrer inzwischen erkennbaren Vertrautheit mit dem Aufgabengebiet, andererseits aber auch mit ihren z. T. umfangreichen Vorerfahrungen aus dem klinischen Versorgungsalltag in Verbindung stehen, in dem sie den Umgang mit (individuellen) Gesundheitsbedrohungen und Gesundheitskrisen erlernt haben.

Diese Ausführungen verdeutlichen, dass sich das Rollen- und Aufgabenverständnis der Pflegefachpersonen in der Schulgesundheitspflege dynamisch entwickelt und in diesem Prozess von äußeren Impulsen und den jeweiligen Rahmenbedingungen mehr oder weniger stark beeinflusst wird. Künftig wird eine der zentralen Herausforderungen der Pflegefachpersonen in der Schulgesundheitspflege darin bestehen, die unterschiedlichen Rollen und Aufgaben zu einer stabilen professionellen Identität und einem darauf gründenden professionellen Aufgabenverständnis weiterzuentwickeln und dies gegenüber allen Beteiligten auch gezielt zu kommunizieren. Dabei ist notwendig, die Entwicklung von Kompetenz- und Qualifikationsprofilen in der Pflege insgesamt im Blick zu behalten (Ewers et al. 2020; Lehmann et al. 2019; NASN 2017) und auch den Austausch mit der internationalen pflegewissenschaftlichen Community zu suchen (etwa im Kontext des „Advanced Practice Nursing“). Die Orientierung am „Public Health Nursing“ oder dem „Community Health Nursing“ und die in diesem Zusammenhang entstandenen Expertenrollen könnten sich dabei als nützliche Referenz erweisen (Lightfoot et al. 2000; Stanhope et al. 2012), ebenso wie vorliegende Erfahrungen aus der Schulgesundheitspflege in anderen Ländern (Kocks 2008; Schiff 2019; Schmitt et al. 2012).

Schließlich ist an dieser Stelle noch ein weiterer Aspekt zu diskutieren, der insbesondere auch hinsichtlich der in dieser Evaluationsstudie in den Blick genommenen Gesundheitsindikatoren relevant ist. Die Pflegefachpersonen bewegen sich bei ihrer Arbeit in der Schulgesundheitspflege in einem Spannungsfeld zwischen individuen- und populationsbezogenen Anforderungen einerseits sowie reaktiven und antizipativen Zugriffsweisen andererseits.

Auf der einen Seite gibt es einzelne Schüler*innen, Eltern oder Lehrende, die mit ihren jeweiligen individuellen Anliegen an die Schulgesundheitspflege herantreten. Bezog sich dies vor der COVID-19-Pandemie vergleichsweise häufig auf Aspekte der Akutversorgung, z. B. der Ersten Hilfe, oder die Begleitung chronisch kranker Kinder, geht es seit dem Beginn der Pandemie eher um individuelle Informationsbedürfnisse oder auch das mehr oder weniger erfolgreiche Bewältigungsverhalten einzelner Schüler*innen oder Elternteile. Die Befragungsergebnisse lassen darauf schließen, dass die Pflegefachpersonen solche individuellen Probleme aufgrund ihrer besonderen Vertrauensstellung in der Schule und ihrer spezifischen pflegerischen Perspektive sensibel wahrnehmen und immer wieder sehr kreative Lösungen dafür finden. Diese Vorgehensweise dürfte ihnen aus der Krankenversorgung und ihrer Tätigkeit im Gesundheitssystem wohl vertraut sein; einige der Befragten erwähnten auch, dass sie ihre klinischen Aufgaben und

den damit verbundenen engen Kontakt mit einzelnen Schüler*innen vermissen. Dieses Selbstverständnis und die damit angesprochenen Aufgaben und Zugriffsweisen sind wesentlicher Bestandteil der Schulgesundheitspflege (Edwards et al. 2016; Lee 2011).

Während der COVID-19-Pandemie standen die Pflegefachpersonen im engen Kontakt z. B. mit Behörden, sie arbeiteten z. T. selbst in Gesundheitsämtern und beteiligten sich an gemeinde- und bevölkerungsbezogenen Maßnahmen – auf diese Weise durchaus internationalen Vorbildern folgend (Flaherty 2020). Unklar ist aufgrund der vorliegenden Daten, ob sie dabei in der Rolle als Expert*innen im Sinne von „Public Health Nursing“ oder „Community Health Nursing“ angefragt waren oder ob sie lediglich assistierend etwa bei der Nachverfolgung von Infektionswegen eingesetzt wurden. In jedem Fall böte eine solche Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und anderen öffentlichen Einrichtungen außerhalb der Schule langfristig interessante Perspektiven für eine populations- und gemeindeorientierte Arbeitsweise der Schulgesundheitspflege. Auch könnten daraus Möglichkeiten für eine engere Zusammenarbeit zwischen dem Bildungs- und dem Gesundheitssektor erwachsen, wobei die Pflegefachpersonen an den Schulen als Vermittler*innen zu den außerschulischen Akteur*innen im Gesundheitssystem agieren und dauerhafte, unterstützende Partnerschaften pflegen könnten (Bullard et al. 2020). Es bleibt abzuwarten, ob die Chance in den lokalen und regionalen Kontexten genutzt und über die Zeit der Pandemie hinweggerettet werden kann.

Zugleich zeigte sich, dass die Pflegefachpersonen in der Schulgesundheitspflege in Ansätzen gesundheitliche und soziale Probleme erkennen und diese mit einzelnen Gruppen (Familien, Gruppen von Schüler*innen) in Verbindung bringen können (etwa aufgrund des sozioökonomischen Status, kulturellen Hintergrunds oder spezifischer Vorbelastungen wie z. B. psychischer Erkrankungen). Die in diesem Fall notwendigerweise populationsbezogene Ausrichtung ihres Denkens, Planens und Handelns scheint ihnen – basierend auf den in dieser Studie gewonnenen Erkenntnissen – aber deutlich größere Schwierigkeiten zu bereiten als die zuvor erwähnte individuelle Herangehensweise. Wie z. B. Gruppen von Schüler*innen mit besonderen Herausforderungen gezielt identifiziert werden können – etwa wenn es um problematisches Gesundheitsverhalten oder um unzureichende Gesundheitskompetenz geht – und wie darauf mit gruppenbezogenen oder strukturbezogenen Interventionen geantwortet werden kann, wurde in den Befragungen selten thematisiert. Zwar sind immer wieder auch populationsbezogene Maßnahmen zur Sprache gekommen – etwa wenn Plakate mit allgemeinen Informationen ausgehängt oder Informationsveranstaltungen zur Händehygiene durchgeführt werden. Wie diese aber ausdifferenziert und damit vulnerable Gruppen unter den Schüler*innen oder Familien gezielt identifiziert und adressiert werden können, bleibt im Unklaren. Erneut ist hier auf das an Prinzipien des „Public Health Nursing“ orientierte Rollen- und Aufgabenverständnis zu erinnern und auch daran, dass die Ausrichtung auf Gesundheitsprobleme der Bevölkerung und ausgewählter Bevölkerungsgruppen international den Wesenskern der Schulgesundheitspflege ausmacht (Schaffer et al. 2016).

Eng damit verbunden ist eine andere Beobachtung: In den erhobenen Daten verdichteten sich Hinweise darauf, dass die Pflegefachpersonen in der Schulgesundheitspflege noch vorwiegend auf die an sie gerichteten Anfragen und Anforderungen *reagieren*. Dies liegt in Fragen der Krankenversorgung und Ersten Hilfe auf der Hand, lässt sich aber auch da beobachten, wo es um Gesunderhaltung, Gesundheitsförderung oder die Erweiterung der Gesundheitskompetenz geht. So ist den Daten häufig zu entnehmen, dass die Pflegefachpersonen sich vorrangig der Probleme und Aufgaben annehmen, bei denen vermeintlich besonderer Handlungsdruck besteht oder die gezielt an sie herangetragen werden. Im Zusammenhang mit der Pandemie waren sie z. B. häufig mit der Umsetzung von Hygienemaßnahmen betraut, wobei sich eine auf Maßnahmen der Seuchenhygiene und Krankheitsprävention ausgerichtete Aufgabenverschiebung abzeichnete. Ihre Rolle und Aufgaben hinsichtlich einer vorausschauenden Interventionsentwicklung und Maßnahmenplanung (etwa im Hygienebereich) blieben aber eher unkonkret.

Und noch etwas anderes ist bemerkenswert: Zwar erfassen die befragten Pflegefachpersonen punktuell, welche negativen Folgen die Pandemie schon heute für einzelne Schüler*innen hat (etwa in körperlicher oder auch sozioemotionaler und psychischer Hinsicht). Auch ahnen sie, dass in einigen Fällen zuvor gemeinsam mit viel Anstrengung Erreichtes – etwa im Gesundheitsverhalten – durch den Lockdown oder vergleichbare Maßnahmen binnen kurzer Zeit wieder zunichtegemacht wird. Dazu, wie die Kumulation oder Eskalation von Problemlagen – etwa bei Schüler*innen aus sozial benachteiligten oder eher bildungsfernen Familien oder bei solchen mit Vorbelastungen wie z. B. auch psychischen Erkrankungen – abgewendet oder post-pandemisch zumindest abgemildert werden können, findet sich in den Daten aber wenig Konkretes. Zwar wird diese Einschätzung von Pflegefachperson zu Pflegefachperson und von Schule zu Schule zu differenzieren sein. *In der Gesamtschau überwiegen aber reaktive gegenüber antizipativen Vorgehensweisen.* Proaktive Maßnahmen sind selten auszumachen, und zwar unabhängig davon, ob sie auf Individuen abzielen (etwa aufsuchende Arbeit zur Beantwortung des Bedarfs chronisch kranker Schüler*innen) oder auf ausgewählte (Teil-)Populationen (z. B. Informationsbedarf von Schüler*innen mit nicht deutscher Muttersprache in Pandemiezeiten). International werden gerade in diesem Zusammenhang aber zentrale Aufgaben der Schulgesundheitspflege gesehen: Orientiert am Public Health Action Cycle sollen aktuelle und zu erwartende Problem- und Bedarfslagen mit ihren physischen, psychischen, sozialen, kulturellen und umweltbezogenen Dimensionen systematisch erfasst (Assessment), darauf basierende Ziele und Maßnahmen identifiziert, systematisch umgesetzt und anschließend anhand messbarer Kriterien auf ihre Wirkungen hin evaluiert werden (NASN et al. 2015). In Deutschland scheint sich dieses Rollen- und Aufgabenverständnis erst noch herausbilden und festigen zu müssen, ebenso die dafür erforderlichen Instrumentarien und Prozesse¹.

5. Ausblick

Das Brandenburger Modellprojekt „*Schulgesundheitsfachkräfte an Brandenburger Schulen*“ wurde erfolgreich fortgesetzt – auch und gerade unter den erschwerten Bedingungen der COVID-19 Pandemie. In den teilnehmenden Schulen haben sich die Pflegefachpersonen in der Schulgesundheitspflege als fester Bestandteil des Schulalltags etabliert, ihre Aufgaben weiter erfolgreich erfüllt und sich darüber hinaus auch in der schwierigen Phase der Schulschließung und der anschließenden Wiedereröffnung als ein wichtiges Element der Schulgesundheit, der Prävention und Gesundheitsförderung von Einzelnen und Gruppen erwiesen. Die Pflegefachpersonen wissen um ihre Relevanz und machen mit ihren Aktivitäten einen Unterschied („making a difference“), was auch und gerade angesichts der pandemiebedingten Herausforderungen an den Schulen offensichtlich wurde. Es wäre daher aus gesundheits- und pflegewissenschaftlicher Sicht sehr zu wünschen, dass diese Innovation weiter fortgeführt wird und dass es gelingt, die Schulgesundheitspflege an Brandenburger Schulen dauerhaft zu verankern.

Die damit verbundenen Erwartungen sind ausgesprochen hoch, aber insgesamt keineswegs unrealistisch. Schon jetzt zeigen sich Hinweise darauf, dass die Schulgesundheitspflege Einfluss auf den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitskompetenz von Schüler*innen und anderen Personen an den Modellschulen nehmen kann. Dennoch ist und bleibt es schwierig, die Wirkungen der komplexen sozialen Intervention „Schulgesundheitspflege“ stichhaltig zu überprüfen und – etwa gemessen an einzelnen Gesundheitsindikatoren – anhand wissenschaftlicher Kriterien unzweifelhaft nachzuweisen. Um dieses Ziel erreichen zu können, werden weitere Forschungsaktivitäten notwendig sein. Hierbei könnten an internatio-

¹ Das im Anhang befindliche pragmatische Instrument, mit dem die Pflegefachpersonen in den Schulen eigenständig und gezielt einige Informationen zum Gesundheitszustand, zum Gesundheitsverhalten und zur Gesundheitskompetenz erheben können, soll eben diesem Ziel dienen. Es soll auch ohne wissenschaftliche Vorkenntnisse einsetzbar sein, den Pflegefachpersonen aber einige wesentliche Informationen liefern, die sie dann für ihre vorausschauende Interventionsplanung nutzen können. Damit soll letztlich auch die Nutzung des Public Health Action Cycle in der Praxis der Schulgesundheitspflege in Deutschland gefördert werden.

nale Erfahrungen anknüpfend sowohl gesundheits-, bildungs- als auch v. a. pflegewissenschaftliche Zugänge genutzt werden. Der Erfolg solcher Forschungsaktivitäten wird aber nicht zuletzt davon abhängen, dass es in der Schulgesundheitspflege gelingt, die Bemühungen zur Standardisierung der verschiedenen von ihr durchgeführten Interventionen voranzutreiben und insgesamt ein systematisches, regelkreislaufbasiertes Handeln in diesem Arbeitsfeld zu etablieren. Hierfür wird weitere Unterstützung der Pflegefachpersonen an den Schulen notwendig sein – auch und gerade, wenn sie dort dauerhaft angesiedelt werden. Zu denken ist hier beispielsweise an gezielte Maßnahmen der Weiterbildung in Fragen des „Public Health Nursing“ und der Anwendung des Public Health Action Cycle sowie der damit verbundenen Aufgaben (z. B. dem Community Health Assessment).

Unterstützung wird sicher auch benötigt, wenn eine an Prinzipien des „Public Health Nursing“ oder „Community Health Nursing“ orientierte Ausrichtung des Rollen- und Aufgabenprofils der Pflegefachpersonen vorangetrieben werden soll. Ein solches Profil müsste den verschiedenen Aufgaben der *Gesundheitsförderung* (Eduktion, Beratung, Unterstützung, Empowerment), *Krankheitsprävention* (Risiko-Assessment, Screening, Behandlung) sowie des *Krankheitsmanagements* (Fall- und Versorgungsmanagement, Erbringung gesundheitsrelevanter Leistungen inkl. Monitoring, Behandlung, Beratung und Rehabilitation) in gleicher Weise gerecht werden können. Zudem sollte es so gestaltet sein, dass das zuvor aufgezeigte Spannungsfeld zwischen individuen- und populationsorientierten Perspektiven einerseits und reaktiven und antizipativen Ansätzen andererseits nicht einseitig aufgelöst wird. Vielmehr wird dieses Spannungsfeld sorgfältig auszubalancieren sein, um angesichts der verschiedenen Funktionen der Schulgesundheitspflege und der an sie gerichteten Erwartungen auch künftig die gewünschten und angestrebten Gesundheitseffekte erzielen zu können.

Eine nicht unwesentliche Frage wird dabei schließlich sein, inwiefern Pflegefachpersonen künftig systematisch auf ihre Rollen und Aufgaben in der Schulgesundheitspflege vorbereitet werden können und wie diese Qualifizierungsmaßnahmen in Verbindung stehen, mit ihrer Grundausbildung und den sich dabei in jüngster Zeit abzeichnenden Veränderungen (auch in Richtung hochschulischer Primärqualifizierung). Es dürfte deutlich geworden sein, dass viele der im Kontext der Schulgesundheitspflege zu bewältigenden Rollen und Aufgaben sehr anspruchsvoll sind und nach einer entsprechenden auch pflege- und gesundheitswissenschaftlich fundierten Qualifikation verlangen (z. B. im Bereich Gesundheitsinformation, Maßnahmenplanung, Interventionsgestaltung auf individueller Ebene und auf Schulebene). In anderen Ländern wurde in diesem Zusammenhang schon in den 1960er-Jahren auch die Notwendigkeit einer wissenschaftlichen Qualifikation für „School Nurses“ diskutiert (Stobo 1969), inzwischen gilt diese als Standard und das vielfach sogar auf Master-Niveau (ANA 2013; APHA 2013; Bobo et al. 2002; Shin et al. 2020). Diese Standards werden auch für die Schulgesundheitspflege hierzulande zu berücksichtigen sein, wenngleich es bis zu deren Erreichung noch ein weiter Weg ist. Hierbei auch weiterhin eng mit Bildungseinrichtungen der Pflege sowie pflegewissenschaftlichen Expert*innen und Einrichtungen zu kooperieren, ist von entscheidender Bedeutung.

Nicht zuletzt wird in dem Kontext auch die vor einigen Jahren für die hier untersuchten Modellprojekte gewählte Funktionsbezeichnung „Schulgesundheitsfachkraft“ auf die Agenda gesetzt werden müssen. Zwar hat sie sich im deutschen Diskurs über das Thema bereits festgesetzt, auf die damit verbundenen Probleme wurde aber bereits in früheren Berichten hingewiesen (Tannen et al. 2018b). Diese Bezeichnung trägt womöglich mehr dazu bei, die personalen Dimensionen von „School Nurses“ zu überdecken, als dass sie deren spezifische pflegerische Identität und Expertise fördert und ihnen bei der Wahrnehmung ihrer komplexen und anspruchsvollen Aufgaben in der Schulgesundheit behilflich ist. Der Erfolg der Schulgesundheitspflege liegt aber eben genau darin begründet, dass sie von Pflegefachpersonen mit ihren ganz eigenen Erfahrungen, Kompetenzen und professionellen Perspektiven getragen und Tag für Tag in den Schulen realisiert wird. Dies sollte künftig auch in dem Diskurs über das Thema Schulgesundheitspflege entsprechend berücksichtigt und gewürdigt werden.

VII Literatur

- ANA American Nurses Association (2013): Public Health Nursing Scope and Standards of Practice. Silver Spring ML: ANA.
- APHA American Public Health Association (2013): The definition and practice of public health nursing: a statement of the public health nursing section. Washington DC: APHA.
- Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Potsdam e. V. (2017): Schulkrankenschwestern in Deutschland gründen Netzwerk. <https://schulgesundheitsfachkraft.de/presseartikel/schulkrankenschwestern-in-deutschland-gruenden-netzwerk/> (Stand: 27.11.2020).
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2004): Empfehlungen zur Gesundheitsförderung in Schulen. Bergisch Gladbach und München.
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2004): Empfehlungen zur Gesundheitsförderung in Schulen. Bergisch Gladbach und München.
- Bobo N, Adams VW, Cooper L (2002): Excellence in School Nursing Practice: Developing a National Perspective on School Nurse Competencies. *The Journal of School Nursing* 18(5), 277-285.
- Bullard J S, McAlister B S, Chilton J M (2020): COVID-19: Planning and Postpandemic Partnerships. *NASN School Nurse*, 1-5; doi: 10.1177/1942602X20962213.
- Chardavoyne P, Olympia R P (2020): School Nurses on the Front Lines of Healthcare: The Approach to a Student With Anxiety and Posttraumatic Stress Disorder. *NASN School Nurse*, 1-6; doi: 10.1177/1942602X20955154.
- Council On School Health (2016): Role of the School Nurse in Providing School Health Services. *PEDIATRICS* 137(6), 1-8.
- de Buhr E, Ewers M, Tannen A (2020): Potentials of School Nursing for Strengthening the Health Literacy of Children, Parents and Teachers. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(7), 1-14.
- Doi L, Wason D, Malden S, Jepson R (2018): Supporting the health and well-being of school-aged children through a school nurse programme: a realist evaluation. *BMC Health Services Research* 18(1): 664. doi: 10.1186/s12913-018-3480-4.
- Edwards A, Street CM, Rix K (2016): Nursing in Schools: How school nurses support pupils with long-term health conditions. Report of the National Children's Bureau. London.
- Ellsäßer G, Langenbruch B, Horacek U (2015): Schulgesundheitschwestern (SGS) in Deutschland: Empfehlungen der DGSPJ zum Ausbau des Schulgesundheitsystems durch "school nurses" in Deutschland. *Kinderärztliche Praxis* 86(6), 376-382.
- Elmer S, Nash R, Kemp N, Coleman C, Wyss M, Roach J, Ireland S. (2020): HealthLit4Kids: Supporting schools to be health literacy responsive organisations. *Health Promotion Journal of Australia*, Special Issue, 1-12. doi: <https://doi.org/10.1002/hpja.412>
- Ewers M, Lehmann Y (2020): Modelle für die Pflegeberufe. *Gesundheit und Gesellschaft* 23(12), 29-33.
- Ewers M, Meleis A I, Schaeffer D (2017): "Teach more do less" – Förderung von Health Literacy als Aufgabe der Pflege. In: Schaeffer D, Pelikan JM (Hrsg.): *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven*. Bern: Hogrefe, 237-257
- Finn J D (2019): Academic and non-cognitive effects of small classes. *International Journal of Educational Research* 96, 125-135.

- Flaherty E A (2020): School Nursing and Public Health: The Case for School Nurse Investigators and Contact Tracing Monitors of COVID-19 Patients in Massachusetts. *NASN School Nurse* 35(6), 327-331.
- Ghosh R, Dubey M J, Chatterjee S, Dubey S (2020): impact of Covid-19 on children: special focus on the psychosocial aspect. *Minerva Pediatrica* 27(3), 226-235.
- Guessoum S B, Lachal J, Radjack R, Carretier E, Minassian S, Benoit L, Moro M R. (2020): Adolescent psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Psychiatry Research* 29: 113264, 1-6. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113264
- Haas J J (2020): The Role of the School Nurse in Detecting and Preventing Child Abuse During This Age of Online Education. *NASN School Nurse*, 1-4.
- Harnett S (2020): Health Literacy, Social Media and Pandemic Planning. *Journal of Consumer Health On the Internet* 24(2), 157-162.
- Johannes Gutenberg-Universität Mainz (2019): Machbarkeitsstudie zur Schulgesundheitsfachkraft. <https://www.unimedizin-mainz.de/pe/projekte/machbarkeitsstudie-zur-schulgesundheitsfachkraft/uebersicht> (Stand: 27.11.2020).
- Kocks A (2008): Schulgesundheitspflege: Die Rolle der schwedischen School Health Nurse und das Thema Gesundheit im Setting Schule. *Pflege & Gesellschaft* 13(3), 246-260.
- Kocoglu D, Emiroglu O N (2017): The Impact of Comprehensive School Nursing Services on Students' Academic Performance. *Jornal of Caring Science* 6(1), 5-17.
- Kolip P (2006): Evaluation, Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung. *Prävention und Gesundheitsförderung* 1(4), 234-239.
- Krämer D (2019): Gesundheit von Hamburger Grundschulkindern stärken. <https://www.hamburg.de/pressearchiv-fhh/13235442/2019-11-21-bgv-schulgesundheitsfachkraefte/> (Stand: 27.11.2020).
- Kultusministerkonferenz (2012): Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule.
- Landesvereinigung für Gesundheit Bremen e. V.: Gesundheitsfachkräfte an Schulen (GefaS). <http://lvg-gesundheit-bremen.de/projekte/fachkraefte-fuer-praevention-und-gesundheitsfoerderung-an-schulen/> (Stand: 27.11.2020).
- Lee J (2020): Mental health effects of school closures during COVID-19. *The Lancet Child & Adolescent Health* 4(6), 421.
- Lee RLT (2011): The role of the school nurses in delivery of accessible health services for primary and secondary school students in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing* 20, 2968-2977.
- Lehmann Y, Schaepe C, Wulff I, Ewers M (2019): Pflege in anderen Ländern. Vom Ausland lernen? Stiftung Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Leroy Z C, Wallin R, Lee S (2017): The Role of School Health Services in Addressing the Needs of Students With Chronic Health Conditions. *Journal of School Nursing* 33(1), 64-72.
- Lightfoot J, Bine W (2000): Working to keep school children healthy: the complementary roles of school staff and school nurses. *J Public Health Med.* 22(1), 74-80.
- Mayring P (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim: Beltz.
- McClanahan R, Weismuller P C (2015): School Nurses and Care Coordination for Children With Complex Needs: An Integrative Review. *The Journal of School Nursing* 31(1), 34-43.

- Muellmann S, Landgraf-Rauf K, Brand T, Zeeb H, Pischke C R (2017): Effectiveness of School-based Interventions for the Prevention and/or Reduction of Psychosocial Problems among Children and Adolescents: A Review of Reviews. *Gesundheitswesen* 79(4), 252-260.
- Nash R, Cruickshank V, Pill S, MacDonald A, Coleman C, Elmer S (2020): HealthLit4Kids: Dilemmas associated with student health literacy development in the primary school setting. *Health Education Journal*, 1-14; doi:10.1177/0017896920961423.
- NASN (2017): Whole school, whole community, whole child: Implications for 21st century school nurses (Position statement). <https://schoolnurseset.nasn.org/blogs/nasn-profile/2017/07/28/whole-school-whole-community-whole-child> (Stand: 02.12.2020).
- NASN, astho, APHN, NACCHO (2015): Public Health and School nursing: collaborating to promote Health. <https://www.astho.org/Programs/Immunization/Documents/Public-Health-and-School-Nursing--Collaborating-to-Promote-Health/> (Stand: 14.01.2021).
- Okan O, Bollweg T M, Berens E M, Hurrelmann K, Bauer U, Schaeffer D (2020): Coronavirus-Related Health Literacy: A Cross-Sectional Study in Adults during the COVID-19 Infodemic in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(15), 2-20.
- Okan O, Pinheiro P, Zamora P, Bauer U (2015): Health Literacy bei Kindern und Jugendlichen : Ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 58(9), 930-941.
- Paakkari O, Torppa M, Kannas L, Paakkari L (2016): Subjective health literacy: Development of a brief instrument for school-aged children. *Scandinavian Journal of Public Health* 44(8), 751-757.
- Paulus P, Hundeloh H, Dadaczynski K (2016): Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Schule. *Prävention und Gesundheitsförderung* 11(4), 237-242.
- Riiser K, Helseth S, Haraldstad K, Torbjornsen A, Richardsen K R (2020): Adolescents' health literacy, health protective measures, and health-related quality of life during the Covid-19 pandemic. *PLoS One* 15(8), 1-13.
- Rundle A G, Park Y, Herbstman J B, Kinsey E W, Wang Y C (2020): COVID-19-Related School Closings and Risk of Weight Gain Among Children. *Obesity* 28(6), 1008-1009.
- Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer U, Kolpatzik K (Hrsg.) (2018): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz: Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin.
- Schaeffer D, Vogt D, Berens E M, Hurrelmann K (2016): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Bielefeld.
- Schaffer M A, Anderson L J, Rising S (2016): Public Health Interventions for School Nursing Practice. *Journal of School Nursing* 32(3), 195-208.
- Schiff S (2019): Schulgesundheitspflege. Rollen und Aufgaben damals und heute in den USA – und ein Ausblick nach Europa. *JUKIP – Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege* 8(6), 249-253.
- Schmitt S, Görres S (2012): Schulgesundheitspflege in Deutschland? - Eine Übersichtsarbeit zu Aufgaben und Rollen von School Nurses. *Pflege* 25(2), 107-117.
- Shin EM, Roh YS (2020): A School Nurse Competency Framework for Continuing Education. *Healthcare* 8(3), 246; doi:10.3390/healthcare8030246.
- Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12(1), 80.

- Stanhope M, Lancaster J (Hrsg.) (2012): *Public Health Nursing. Population-Centered Health Care in the Community*. Riverport Lane ML: Elsevier Mosby.
- Stevenson B. A. (2010): Evolving roles for school nurses: addressing mental health and psychiatric concerns of students. *NASN Sch Nurse* 25(1), 30-33.
- Stobo EC (1969): Trends in the preparation and qualifications of the school nurse. *Am J Public Health Nations Health* 59(4), 669-672.
- Tanneberger A (2020): *Begleitung eines neuen Berufsfeldes – eine qualitative Analyse zur Schärfung des Aufgabenprofils der Schulgesundheitspflege in Deutschland. Weiterführende Ergebnisse aus dem Projekt SPLASH. Masterarbeit im Master Public Health. Charité – Universitätsmedizin: Berlin (unveröffentlicht)*.
- Tannen A, Adam Y, Ebert J, Ewers M (2018a): *Schulgesundheitspflege an allgemeinbildenden Schulen - SPLASH. Teil 1: Analyse der Ausgangslage. Workingpaper No. 18-02 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik. Berlin: Charité–Universitätsmedizin Berlin*.
- Tannen A, Adam Y, Ebert J, Ewers M (2018b): *Schulgesundheitspflege an allgemeinbildenden Schulen – SPLASH Teil 2: Implementationsbegleitung und Wirkungsanalyse. Workingpaper No. 18-03 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik. Berlin: Charité–Universitätsmedizin Berlin*.
- Tucker S, Lanningham-Foster L M (2015): Nurse-Led School-Based Child Obesity Prevention. *Journal of School Nursing* 31(6), 450-466.
- Turner G, Mackay S (2015): The impact of school nurse interventions: Behaviour change and mental health. *British Journal of School Nursing* 10(10), 494-456.
- Wang L, Vernon-Smiley M, Gapinski M, Desisto M, Maughan E, Sheetz A (2014): Cost-benefit study of school nursing services. *JAMA Pediatrics* 168(7), 642-648.
- Wang Y C, Vine S, Hsiao A, Rundle A, Goldsmith J (2015): Weight-Related Behaviors When Children Are in School Versus on Summer Breaks: Does Income Matter? *Journal of School Health* 85(7), 458-466.
- Webb K (2020): *Being the Voice of Reason Within Your School Community During a Pandemic and Beyond. NASN School Nurse* 36(1), 20-24.
- 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 Expert Committee on Nursing (1974): *Community Health Nursing. Report of the WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series* Geneva: WHO.
- WHO World Health Organization (1997): *Die Jakarta Erklärung-Zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert. 4. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung, Jakarta: WHO*.
- Wright K, Giger J N, Norris K, Suro Z (2013): Impact of a nurse-directed, coordinated school health program to enhance physical activity behaviors and reduce body mass index among minority children: a parallel-group, randomized control trial. *Int J Nurs Stud* 50(6), 727-737.

VIII Anlage

1. Ein praxistaugliches Instrument für die Schulgesundheitspflege

Die Orientierung an Ideen des „Public Health Nursing“ und des „Community Health Nursing“ und die damit verbundene Professionalisierung der Schulgesundheitspflege in Deutschland setzt voraus, dass die Pflegefachpersonen auch über praxistaugliche Instrumente verfügen, um ihre am Public Health Action Cycle orientierten Aufgaben wahrnehmen zu können. Ein wesentliches Element besteht dabei darin, sich vor einer Intervention ein möglichst genaues Bild der Situation sowie der Problem- und Bedarfslagen aufseiten der jeweiligen Zielgruppen und Settings – in diesem Fall einer Schule – zu verschaffen. Für diese Bestandsaufnahme könnte auf unterschiedliche Instrumente zurückgegriffen werden. Idealerweise würden diese Instrumente wissenschaftlichen Qualitäts- und Gütekriterien entsprechen, was sich im Alltag in der Umsetzung und Auswertung oft als zu anspruchsvoll erweist. Zu bedenken ist auch, dass hierzulande Pflegefachpersonen in der Schulgesundheitspflege nicht regelmäßig über eine wissenschaftliche Ausbildung und zugleich nicht über die nötigen zeitlichen und finanziellen Ressourcen verfügen, um wissenschaftliche Erhebungsinstrumente nutzen zu können. Dennoch sollte es das gemeinsame Ziel sein, dass die Pflegefachpersonen an den Schulen im Sinne des Public Health Action Cycle bedarfsorientierte Maßnahmen planen, umsetzen und auswerten. Hierfür benötigen sie pragmatische und praxistaugliche Instrumente.

Basierend auf den wissenschaftlichen Aktivitäten und Erfahrungen sowohl in SPLASH I als auch in SPLASH II wurde ein praxistauglicher Fragebogen erstellt, der den Pflegefachpersonen in der Schulgesundheitspflege helfen soll, einige relevante Gesundheitsindikatoren unter der Schülerschaft zu erfassen und darauf aufbauend eine Bedarfsfeststellung für ihre Interventionen vorzunehmen. Das vorgestellte Instrument orientiert sich an den verwendeten wissenschaftlichen Erhebungsinstrumenten, die in diesem Working Paper ebenfalls enthalten sind, wurde jedoch erheblich gekürzt und unter pragmatischen Gesichtspunkten kondensiert.

In dem Fragebogen werden der subjektive Gesundheitszustand, aber auch bestimmte gesundheitsbezogene Verhaltensweisen (z. B. Ernährung, Bewegung) sowie die Gesundheitskompetenz abgefragt.

Bitte beachten: Mit diesem Instrument können Veränderungen in der Gesundheit, dem Gesundheitsverhalten und der Gesundheitskompetenz *nicht* auf die Leistungen der Pflegefachpersonen zurückgeführt werden. Es sind *keine* Ursache-Wirkungsaussagen möglich. Es dient lediglich der Orientierung der Pflegefachpersonen über ausgewählte Gesundheitsindikatoren in den jeweils betrachteten Gruppen (z. B. einzelnen Klassen).

1.1 Hinweise zum Einsatz des Fragebogens

Es wäre wünschenswert, wenn die Pflegefachkräfte in der Schulgesundheitspflege dieses Instrument (z. B. in ausgewählten Klassen) in regelmäßigen Abständen einsetzen würden. Auf diese Weise können sie a) den Ist-Zustand erfassen, b) bestehende Problemlagen und Auffälligkeiten identifizieren und c) Veränderungen im Zeitverlauf beobachten.

Beispielsweise könnten die Pflegefachpersonen zu Beginn eines Schuljahres stichprobenartig einzelne Klassen verschiedener Jahrgangsstufen auswählen und den Fragebogen ausfüllen lassen. Der Fragebogen sollte von den Schüler*innen freiwillig und eigenständig ausgefüllt werden. Dabei sollte darauf hingewiesen werden, dass der Name nicht auf den Fragebogen geschrieben werden soll und die Informationen einer Klasse immer zusammengefasst werden. Die individuellen Daten sehen nur die Pflegefachpersonen, und die Fragebögen sollten nach der Dateneingabe vernichtet werden. Hilfestellungen zum Verständnis der Fragen oder des Antwortformats sind natürlich möglich. Dabei sollte allerdings darauf geachtet werden, dass die Antworten auf etwaige Fragen seitens der Schüler*innen nicht suggestiv ausfallen.

1.2 Hinweise zur Auswertung des Fragebogens

Es ist vorgesehen, dass die Fragebögen auf Klassenebene ausgewertet werden. Dafür wird eine Excel-Datei mitsamt Anleitung zur Verfügung gestellt, in die die Antworten als Zahlenwerte eingetragen werden. Einfache Grafiken, z. B. für Präsentationen, werden automatisch generiert.

So können Bedarfslagen auf Klassenebene festgestellt und dementsprechende Maßnahmen geplant und umgesetzt werden. Dabei können die Grafiken zur Information der weiteren Beteiligten an den Schulen genutzt werden. Sollten sich große Auffälligkeiten ergeben, ist anzuraten, dass die Pflegefachpersonen sich für die konkrete Interventionsplanung Unterstützung von Expert*innen einholen, z. B. den Schulsozialarbeiter*innen oder Schulpsycholog*innen.

1.3 Hinweise zum Erhalt des Fragebogens

Der Fragebogen ist zur freien Verwendung vorgesehen. Um den Fragebogen einzusetzen, benötigen Sie als Schulgesundheitsfachkraft drei Dokumente: a) den Fragebogen selbst (als pdf-Datei zum Ausdrucken), b) die Excel-Tabelle zur Auswertung und c) die Anleitung zur Auswertung (pdf-Datei). Diese drei Dokumente können Sie anfordern bei:

AWO Bezirksverband Potsdam e.V.

Projektleitung Modellprojekt Schulgesundheitsfachkräfte im Land Brandenburg

Gudrun Braksch – Leiterin Projektmanagement

Neuendorfer Straße 39a

14480 Potsdam

Tel.: 0331 73041778

Mobil: 0151 24068881

Fax: 0331 73041780

Mail: gudrun.braksch@awo-potsdam.de

Kurzfragebogen zur Gesundheit von Schüler*innen

Nummer

Liebe*r Schüler*in,
ich bitte dich, diesen **Fragebogen** auszufüllen.
Entscheide selbst, ob du das möchtest. Die Teilnahme ist **freiwillig**.

Ich sammle die Antworten **aller** Schüler*innen
und fasse sie dann zusammen.
Niemand erfährt, welche Antworten du gegeben hast
– auch nicht deine Eltern oder deine Lehrer*innen.
Das heißt, alles was du schreibst, bleibt geheim.
Deswegen ist es wichtig, dass du **deinen Namen NICHT**
auf diesen Fragebogen schreibst.

So füllst du diesen Fragebogen aus:

1. Kreuze nur das an, was auf dich zutrifft.
2. Bitte beantworte alle Fragen vollständig und lasse keine Fragen aus.
3. Wenn du eine deiner Antworten ändern möchtest, male bitte das falsch angekreuzte Kästchen mit deinem Stift aus und kreuze das richtige Kästchen an.

der letzten Woche vor, dass ...

nie selten



Wenn du zwischendurch Fragen hast, melde dich gerne bei mir!

Los geht's! 😊

Kurzfragebogen zur Gesundheit von Schüler*innen

1	Du bist ...	<input type="checkbox"/> ein Mädchen	<input type="checkbox"/> ein Junge	<input type="checkbox"/> divers
2	Wie alt bist du? (Zum Beispiel: 9 Jahre = 09)	<input type="text"/> <input type="text"/>		
3	In welche Klasse gehst du? (Zum Beispiel: 4. Klasse = 04)	<input type="text"/> <input type="text"/>		

4	Wie gesund fühlst du dich heute?		
	<input type="checkbox"/> sehr gesund	<input type="checkbox"/> gesund	
	<input type="checkbox"/> mittelmäßig gesund	<input type="checkbox"/> nicht gesund	<input type="checkbox"/> gar nicht gesund

5	Hast du im letzten Schuljahr Projekte oder Veranstaltungen zu gesundheitlichen Themen besucht? (Zum Beispiel zu Ernährung, Bewegung, Drogen ...)		
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> es gab keine Angebote

6	Wie oft bist du in deiner <u>Freizeit</u> körperlich aktiv, sodass du richtig ins Schwitzen kommst oder außer Atem bist? (Zum Beispiel beim Fußballspielen, Skateboard- oder Fahrradfahren, Tanzen ...)				
	etwa jeden Tag	3-5-mal in der Woche	etwa 1-2-mal in der Woche	etwa 1-2-mal im Monat	nie
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7	Wie oft isst oder trinkst du normalerweise die folgenden Dinge?						
		täglich	fast täglich	jede Woche	jeden Monat	seltener als einmal im Monat	nie
	Obst, Früchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Gemüse, Salat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Schokolade oder andere Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Chips, Pommes und andere Knabberien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Soft, Cola und andere zuckerhaltige Getränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Kurzfragebogen zur Gesundheit von Schüler*innen

8	Wie oft putzt du dir die Zähne?				
	zweimal täglich oder häufiger	einmal täglich	mehrmals pro Woche	einmal pro Woche oder seltener	gar nicht
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Wie oft gehst du zur Kontrolle zum Zahnarzt/zur Zahnärztin?				
	vierteljährlich	halbjährlich	einmal im Jahr	seltener als einmal im Jahr	nie
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10	Wenn du die folgenden Dinge nutzt, dann ungefähr so lange ...					
		gar nicht	ungefähr 30 Minuten am Tag	ungefähr 1-2 Stunden am Tag	ungefähr 3-4 Stunden am Tag	mehr als 4 Stunden am Tag
	Fernsehen/ Video/ Youtube	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Digitale Spiele/ Gaming	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Social Media/ Kommunikation/Whatsapp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11	Was trifft für dich am ehesten zu?				
	Es fällt mir leicht, ...	stimmt genau	stimmt einigermaßen	stimmt nicht ganz	stimmt überhaupt nicht
	... Informationen über Gesundheit zu erhalten, wenn ich sie brauche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... Informationen über Gesundheit zu verstehen, wenn ich sie lese oder jemand sie mir erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... zu beurteilen, ob Informationen über Gesundheit richtig oder falsch sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... zu bestimmen, was mir hilft, damit es mir gut geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kurzfragebogen zur Gesundheit von Schüler*innen

12	Hier kannst du aufschreiben, welches Gesundheitsthema die Pflegefachfrau oder der Pflegefachmann an deiner Schule ganz dringend mal besprechen sollte.
	Mit mir persönlich: <hr/> <hr/>
	Mit meiner Klasse: <hr/> <hr/>
	In meiner Schule: <hr/> <hr/>
	Bei mir zu Hause: <hr/> <hr/>
	Sonstiges: <hr/> <hr/>

13	Was wünschst du dir sonst noch von der Schulgesundheitspflege?
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Vielen Dank, dass du den Fragebogen ausgefüllt hast!

2. In der Evaluationsstudie eingesetzte Erhebungsinstrumente

2.1 Fragebogen für die Befragung der Schüler*innen

T2 V4 grau



Liebe*r Schüler*in,

seit fast 3 Jahren ist eine **Schul-Gesundheits-Fachkraft** an deiner Schule.

Wir von der Charité wollen herausfinden, wie sie dich und deine Mitschüler*innen in **Gesundheitsthemen unterstützt**.

Dazu bitten wir dich, diesen **Fragebogen** auszufüllen.

Entscheide selbst, ob du das möchtest.

Die Teilnahme ist **freiwillig**.

Wir sammeln die Antworten **aller** Schüler*innen und fassen sie dann zusammen.

Niemand erfährt, welche Antworten du gegeben hast - auch nicht deine Eltern oder deine Lehrer*innen.

Das heißt, alles was du schreibst, bleibt geheim.

So füllst du diesen Fragebogen aus:

(1) Kreuze nur das an, was auf dich zutrifft.

(2) Bitte beantworte alle Fragen vollständig und lasse keine Fragen aus.

(3) Wenn du eine deiner Antworten ändern möchtest, male bitte das falsch angekreuzte Kästchen mit deinem Stift aus und kreuze das richtige Kästchen an.

der letzten Woche vor, dass ...

<input checked="" type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>	seiten
-------------------------------------	-----	--------------------------	--------



(4) Bitte versuche, Zahlen in die Kästchen zu schreiben und nicht über den Rand hinaus.

0	8	Monat	2	0	0	3	Jahr
---	---	-------	---	---	---	---	------



08	Monat	2003	Jahr
----	-------	------	------



Wenn du zwischendurch Fragen hast, melde dich gerne bei uns!

Viel Spaß beim Ausfüllen!

Ich habe schon einmal an einer Befragung mit Fragen zur Schul-Gesundheits-Fachkraft teilgenommen:			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 2017	<input type="checkbox"/> 2018	<input type="checkbox"/> weiß nicht

Angaben zu deiner Person

1	Du bist....	<input type="checkbox"/> ein Mädchen	<input type="checkbox"/> ein Junge	<input type="checkbox"/> divers
2	In welchem Monat bist du geboren?	<input type="checkbox"/> Januar <input type="checkbox"/> Februar <input type="checkbox"/> März <input type="checkbox"/> April <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> Juni		<input type="checkbox"/> Juli <input type="checkbox"/> August <input type="checkbox"/> September <input type="checkbox"/> Oktober <input type="checkbox"/> November <input type="checkbox"/> Dezember
	In welchem Jahr bist du geboren? (zum Beispiel 2009)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr		
3	In welchem Land bist du geboren?	<input type="checkbox"/> in Deutschland	<input type="checkbox"/> in einem anderen Land	
4	In welchem Land sind deine Eltern geboren? (bitte für beide Elternteile angeben)			
	Mutter	<input type="checkbox"/> in Deutschland	<input type="checkbox"/> in einem anderen Land	
	Vater	<input type="checkbox"/> in Deutschland	<input type="checkbox"/> in einem anderen Land	
5	In welche Klasse gehst du? (zum Beispiel 4. Klasse)	in die <input type="text"/> <input type="text"/> . Klasse		
6	Wenn du zurzeit eine berufsbildende Schule besuchst, zu welcher Abteilung gehörst du?			
	<input type="checkbox"/> Abteilung 1	<input type="checkbox"/> Abteilung 2	<input type="checkbox"/> Abteilung 3	

Fragen zu deinem Gesundheitszustand

7	Wie groß bist du? (bitte in Zentimetern angeben)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="checkbox"/> weiß nicht		
8	Wieviel wiegst du? (bitte in Kilogramm angeben)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	<input type="checkbox"/> weiß nicht		
9	Welches Wort beschreibt deinen Gesundheitszustand am besten?				
	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mittelmäßig	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> sehr schlecht
10	Hast du eine schon lange andauernde Erkrankung oder eine Behinderung?				
	<input type="checkbox"/> nein (→ dann bitte weiter mit Frage 16) <input type="checkbox"/> ja, und zwar: <hr/>				
11	Nimmst du am Sportunterricht teil?				
	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> meistens	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie	
12	Wieviel Rücksicht wird im Schulalltag wegen deiner Erkrankung oder Behinderung auf dich genommen?				
	durch Mitschüler*innen	<input type="checkbox"/> zu viel	<input type="checkbox"/> genau richtig	<input type="checkbox"/> zu wenig	
	durch Lehrer*innen	<input type="checkbox"/> zu viel	<input type="checkbox"/> genau richtig	<input type="checkbox"/> zu wenig	
13	Wie oft kannst du trotz deiner Erkrankung oder Behinderung an den folgenden Schulaktivitäten teilnehmen?				
	Ausflüge	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> meistens	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
	Klassenfahrten	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> meistens	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
	Projekttag	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> meistens	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie

14	Nimmst du an den gemeinsamen Pausen mit deinen Mitschüler*innen teil?					
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> nie			
15	Wirst du in der Schule wegen deiner andauernden Erkrankung oder Behinderung manchmal „gehänselt“?					
		nie	seltener als einmal im Monat	jeden Monat	jede Woche	fast täglich oder öfters
	von Mitschüler*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	von Lehrer*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jetzt wollen wir wissen, ob sich etwas geändert hat, seit die Schul-Gesundheits-Fachkraft an deiner Schule ist.

16	Hast du im letzten Schuljahr Projekte oder Veranstaltungen zu gesundheitlichen Themen besucht? (zum Beispiel zu Ernährung, Bewegung, Drogen, ...)		
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> es gab keine Angebote
	Wenn ja, welche? _____		

17	Warst du schon mal bei der Schul-Gesundheits-Fachkraft?		
	<input type="checkbox"/> nein (→ dann bitte weiter mit Frage 23)		
	<input type="checkbox"/> ja		
18	Hast Du Dich nach dem Besuch bei der Schul-Gesundheits-Fachkraft besser gefühlt?		
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ich bin mir nicht sicher
19	War sie erreichbar als du sie gebraucht hast?		
	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> meistens	<input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie

20	Hat sie deine Wünsche und Bedürfnisse bei ihren Entscheidungen berücksichtigt?		
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ich bin mir nicht sicher
21	Hast du das Gefühl, dass dein Besuch bei ihr vertraulich war?		
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ich bin mir nicht sicher
22	Wie fandest du den Besuch bei ihr insgesamt?		
	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> okay	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> sehr gut

23	Seit die Schul- Gesundheits-Fachkraft an meiner Schule ist...	stimmt überhaupt nicht	stimmt nicht ganz	stimmt einigermaßen	stimmt genau
	...denke ich öfter über Gesundheit nach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... habe ich viel über meine Gesundheit gelernt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... esse ich weniger Süßigkeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...trinke ich weniger gesüßte Getränke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... esse ich mehr Obst und Gemüse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... bewege ich mich mehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... sitze ich weniger vor dem Fernseher, PC, Tablet, usw. ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... putze ich mir häufiger/gründlicher die Zähne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Super, du hast schon über die Hälfte geschafft 😊!
Bitte einmal tief Luft holen und weiter geht es mit den Fragen...

24	Hier kannst du aufschreiben, was sich sonst noch geändert hat, seit die Schul-Gesundheits-Fachkraft an deiner Schule ist.
	Für mich persönlich:
	In meiner Klasse:
	In meiner Schule:
	Bei mir zu Hause:
	Sonstiges:

25	Wie oft bist du in deiner <u>Freizeit</u> körperlich aktiv, so dass Du richtig ins Schwitzen kommst oder außer Atem bist? (zum Beispiel beim Fußball spielen, Skateboard oder Fahrrad fahren, Tanzen, ...)				
	etwa jeden Tag	3-5-mal in der Woche	etwa 1-2-mal in der Woche	etwa 1-2 mal im Monat	nie
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Wie oft putzt du dir die Zähne?				
	zweimal täglich oder häufiger	einmal täglich	mehrmals pro Woche	einmal pro Woche oder seltener	gar nicht
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27 Wie oft gehst du zur Kontrolle zum Zahnarzt/zur Zahnärztin?					
	vierteljährlich	halbjährlich	1x im Jahr	seltener als 1x im Jahr	nie
	<input type="checkbox"/>				

28 Hattest du seit den Weihnachtsferien...		
... so starke Schmerzen, dass du nicht am Unterricht teilnehmen konntest?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
... so starke Schmerzen, dass du einen Arzt/ eine Ärztin aufgesucht hast?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
... so starke Schmerzen, dass du ein Medikament eingenommen hast?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Was waren das für Schmerzen? Gemeint sind zum Beispiel Kopfschmerzen, Rückenschmerzen oder Regelschmerzen. _____		

**Es folgen ein paar Fragen zum Thema
Essen und Ernährung.**

29 Bitte kreuze an, was am Ehesten auf dich zutrifft.	
<input type="checkbox"/>	Glaubst du, dass du <u>viel zu dünn</u> bist?
<input type="checkbox"/>	Glaubst du, dass du <u>ein bisschen zu dünn</u> bist?
<input type="checkbox"/>	Glaubst du, dass du <u>genau das richtige Gewicht</u> hast?
<input type="checkbox"/>	Glaubst du, dass du <u>ein bisschen zu dick</u> bist?
<input type="checkbox"/>	Glaubst du, dass du <u>viel zu dick</u> bist?

30		Wie oft isst oder trinkst du normalerweise die folgenden Dinge?					
		täglich	fast täglich	jede Woche	jeden Monat	seltener als einmal im Monat	nie
	Obst, Früchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gemüse, Salat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schokolade oder andere Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Chips, Pommes und andere Knabbereien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Soft, Cola und andere zuckerhaltige Getränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Handy, Tablet und Internet

31		Wenn du die folgenden Dinge nutzt, dann ungefähr so lange...				
		gar nicht	ungefähr 30 Minuten am Tag	ungefähr 1-2 Stunden am Tag	ungefähr 3-4 Stunden am Tag	mehr als 4 Stunden am Tag
	Fernsehen/Video	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Digitale Spiele/Gaming	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Musik hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Für alle, die 9 Jahre oder älter sind:
Wo und wie bekommst du Informationen über Gesundheit?**

Diese Inhalte dürfen aus Urheberrechtsgründen
nicht abgedruckt werden.

Für alle, die 9 Jahre oder älter sind:

Wir wollen jetzt von dir wissen:

**Wie gut verstehst du die Dinge, die du über das Thema Gesundheit
hörst oder liest?**

Diese Inhalte dürfen aus Urheberrechtsgründen
nicht abgedruckt werden.

Wir wollen jetzt von dir wissen:

Wie gut kannst du Dinge beurteilen, die du zum Thema Gesundheit hörst?

Diese Inhalte dürfen aus Urheberrechtsgründen nicht abgedruckt werden.

**Oft reicht es nicht, nur zu wissen, was gesund ist.
Sondern manche Sachen müssen auch gemacht werden!**

Wie ist es bei dir?

Diese Inhalte dürfen aus Urheberrechtsgründen
nicht abgedruckt werden.

**Vielen Dank, dass du den
Fragebogen ausgefüllt hast!**

**Für alle, die 12 Jahre oder älter sind:
Bitte noch die nächste Seite ausfüllen!**

**Für alle, die 12 Jahre oder älter sind:
Ein paar Fragen zu den Themen Rauchen und Alkohol**

43 Wie viel Alkohol trinkst du zurzeit?							
	ein oder mehr Gläser pro Tag	5-6 Gläser pro Woche	2-4 Gläser pro Woche	ein Glas pro Woche	1-3 Gläser pro Monat	weniger als ein Glas pro Monat	gar nicht
Bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wein, Weinschorle, Obstwein, Sekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Likör oder Spirituosen (zum Beispiel Schnaps, Wodka, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Longdrinks, Alkopops oder Mischgetränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44 Wie oft rauchst du zurzeit...							
	täglich	fast täglich	jede Woche	jeden Monat	seltener als einmal im Monat	nie	
...Tabak? (zum Beispiel Zigaretten, Shisha, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... E-Zigarette <u>mit</u> Nikotin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...E-Zigarette <u>ohne</u> Nikotin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...E-Shisha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2 Fragebogen für die Befragung der Schulleitungen



Sehr geehrte*r Schulleiter*in,

an Ihrer Schule ist seit fast drei Jahren eine Schulgesundheitsfachkraft beschäftigt. Wir benötigen für eine abschließende Evaluation des Modellprojektes noch einige Angaben.

Das Ausfüllen des Fragebogens wird ca. **20 Minuten** in Anspruch nehmen.

Wir möchten Ihnen bereits im Voraus für Ihre Mitarbeit danken.

Ihr SPLASH-Team

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung unter:

Adresse: Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
Dr. Katherina Heinrichs
Anne Tanneberger
Augustenburger Platz 1 | 13353 Berlin
Telefon: 030-450 529 057 oder 030-450 529 059
E-Mail: splash@charite.de

Name und Adresse der Schule (Stempel):	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
-----------------------------------------------	-------------------------

1	Wie viele Schüler*innen werden an Ihrer Schule unterrichtet?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2	Wie viele Schüler*innen mit amtlich anerkannter Behinderung sind Ihnen an Ihrer Schule bekannt?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3	Wie viele Schüler*innen mit chronischer Erkrankung sind Ihnen an Ihrer Schule bekannt?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4	Wie viele Ihrer Schüler*innen haben einen sonderpädagogischen Förderbedarf?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

5	Wie viele Fehltage von Schüler*innen wurden in den letzten Schuljahren insgesamt gemeldet?		
	2016/2017	2017/2018	2018/2019
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Wie viele Fehltage von Schüler*innen wurden <u>im 1. Schulhalbjahr des aktuellen Schuljahres (bis 31.01.2020)</u> insgesamt gemeldet?		2019/2020
			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6	Wie viele Fehltage von chronisch kranken Schüler*innen wurden in den letzten Schuljahren insgesamt gemeldet?		
	2016/2017	2017/2018	2018/2019
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Wie viele Fehltage von chronisch kranken Schüler*innen wurden <u>im 1. Schulhalbjahr des aktuellen Schuljahres (bis 31.01.2020)</u> insgesamt gemeldet?		2019/2020
			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

7	Wie viele Unfälle wurden während der Schulzeit von Schüler*innen in den letzten Schuljahren insgesamt verzeichnet?		
	2016/2017	2017/2018	2018/2019
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Wie viele Unfälle wurden während der Schulzeit von Schüler*innen im 1. Schulhalbjahr des aktuellen Schuljahres (bis 31.01.2020) verzeichnet?		2019/2020
			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

8	Bitte kreuzen Sie an, welche Bewegungs- und Sportgelegenheiten an Ihrer Schule verfügbar sind.			
		verfügbar	nicht verfügbar	in Planung
	Turn-/ Sporthalle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	bewegungsfördernder Pausenhof	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sportplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fußballplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Laufbahn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Entspannungsraum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Spielplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bereich zum Skaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schwimmbad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9	Gibt es an Ihrer Schule die Möglichkeit eines warmen Mittagessens?		
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> in Planung
	Wenn ja, wird bei der Auswahl der Speisen auf eine gesunde Ernährung geachtet?		
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> in Planung
10	Gibt es an Ihrer Schule die Möglichkeit zur Trinkwasserversorgung (z. B. Wasserspender)?		
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> in Planung

11	Welche barrierefreien Bauelemente und Hilfsmittel gibt es an Ihrer Schule? (Mehrfachnennungen sind möglich.)			
		vorhanden	nicht vorhanden	in Planung
	barrierefreie Toiletten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aufzüge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Paneele zur Schallabsorption	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lampen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lesecomputer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lupen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12	Hat Ihre Schule am Landesprogramm „Gute gesunde Schule“, „Gesundheitsfördernde Schule“ oder etwas Vergleichbarem teilgenommen?		
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> in Planung
	Wenn ja, welches? _____		

13	Zu welchen Themen gab es bisher gesundheitsbezogene Maßnahmen an der Schule über den regulären Unterricht hinaus? (Mehrfachnennungen und Freitexte sind möglich.)			
		2017/18	2018/19	2019/20
	Erste Hilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	soziale Beziehungen und Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Genuss-/Suchtmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mund- und Zahngesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Umwelt und Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stress/Entspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kommunikation und Konfliktbewältigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	psychische/mentale Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Körperlichkeit, Sexualität oder Sexualerziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14 In welcher Form wurden die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bisher umgesetzt? (Mehrfachnennungen möglich, nicht aufgeführte Themen bitte als Freitext eintragen)										
	Fach- unterricht	Pausen- angebot	Wahlpflicht- angebot	Arbeits- gemeinschaften	Lehreinfor- t- bildung	Info- veranstaltung	Individuelle Projekte	Projekt- tage	gar nicht	zusammen mit Schulgesundheitsfachkraft
Erste Hilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
soziale Beziehungen & Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genuss-/ Suchtmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mund- und Zahngesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umwelt und Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress/ Entspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunika-tion & Konflikt- bewältigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychische/ mentale Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperlichkeit, Sexualität oder Sexual-erziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitte hier den Freitext entsprechend der Zahl										
1)										
2)										
3)										

15 In welchem zeitlichen Rahmen wurden die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bisher umgesetzt? (Mehrfachnennungen möglich, nicht aufgeführte Themen bitte als Freitext eintragen)						
	Projekt- tag	Projekt- woche	über ein Schulhalb- jahr	über ein Schul- jahr	über die gesamte Schulzeit	nicht statt- gefunden
Erste Hilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
soziale Beziehungen & Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genuss-/ Suchtmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mund- und Zahngesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umwelt und Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress/ Entspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation & Konflikt- bewältigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychische/ mentale Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperlichkeit, Sexualität oder Sexualerziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitte hier den Freitext entsprechend der Zahl aus der Tabelle einfügen.		1)				
		2)				
		3)				

16	Welche Veränderungen beobachten Sie, seit die Schulgesundheitsfachkraft an Ihrer Schule tätig ist?	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu	weiß ich nicht
	Verbesserung der räumlichen Gestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Entlastung des Lehrpersonals von fachfremden gesundheitsbezogenen Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Das Lehrpersonal widmet sich in seinem Unterricht weniger gesundheitlichen Themen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Das Lehrpersonal sieht sich seltener mit gesundheitlichen Anliegen der Schüler*innen konfrontiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Das Lehrpersonal delegiert gesundheitliche Themen oder Probleme häufiger an die Schulgesundheitsfachkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verbesserung der gesundheitlichen Akutversorgung von Schüler*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von chronisch kranken Schüler*innen und Schüler*innen mit Behinderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verbesserung der Kommunikation der Schüler*innen untereinander	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verbesserung der Kommunikation zwischen Schüler*innen und Lehrpersonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verbesserung der Kommunikation und Kooperation zwischen Lehrpersonal und Sorgeberechtigten allgemein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verbesserung der Kooperation zwischen Lehrpersonal und Sorgeberechtigten von chronisch kranken Schüler*innen mit Behinderung oder sonderpädagogischem Förderbedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ausweitung des schulischen Angebots gesundheitsförderlicher Projekte (z. B. gesunde Ernährung, Bewegung, Mundgesundheit, sexuelle Gesundheit etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ausweitung des schulischen Angebots primärpräventiver Projekte (z. B. zu Rauchen, Mobbing, Alkoholkonsum, Erkältungsschutz etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16 Welche Veränderungen beobachten Sie, seit die Schulgesundheitsfachkraft an Ihrer Schule tätig ist?					
	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu	weiß ich nicht
Ausweitung des schulischen Angebots sekundärpräventiver Maßnahmen (z. B. Früherkennung von Traumata, Entwicklungsstörungen, Gesundheitsrisiken etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Kontakt mit Ärzt*innen, Gesundheitsämter und anderen Gesundheitseinrichtungen im Umfeld der Schule wurde verbessert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Thema Gesundheit ist jetzt deutlich präsenter bei uns an der Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausweitung der interdisziplinären außerschulischen Kooperationen (entsprechende Partner*innen bitte im untenstehenden Feld eintragen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>					
Etablierung neuer Versorgungsangebote (z. B. Gesundheitsberatung) (entsprechende Angebote bitte im untenstehenden Feld eintragen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>					

16 Welche Veränderungen beobachten Sie, seit die Schulgesundheitsfachkraft an Ihrer Schule tätig ist?					
	stimme voll und ganz zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu	weiß ich nicht
Reduktion der Fehlzeiten im Unterricht von Schüler*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reduktion der Fehlzeiten im Unterricht vom Lehrpersonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung der Gesundheitsinformation in der Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilisierung der verantwortlichen Ansprechpartner*innen an der Schule für die gesundheitlichen Probleme der Schüler*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17 Welche gesundheitsrelevanten Maßnahmen sind aufgrund der Coronavirus-Pandemie für den Rest des laufenden Schuljahres in Ihrer Schule getroffen bzw. ausgesetzt worden oder in Planung? (Mehrfachnennungen sind möglich.)			
	durchgeführt	geplant	nicht geplant
Anpassung der Waschmöglichkeiten / Waschräume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bereitstellung von Desinfektionsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bereitstellung von Mund-Nasen-Schutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reduktion der Schüler*innen-zahl pro Klasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anordnung der Sitzplätze in den Klassenzimmern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17 Welche gesundheitsrelevanten Maßnahmen sind aufgrund der Coronavirus-Pandemie für den Rest des laufenden Schuljahres in Ihrer Schule getroffen bzw. ausgesetzt worden oder in Planung? (Mehrfachnennungen sind möglich.)				
		durchgeführt	geplant	nicht geplant
	Reduktion der Personenanzahl in den Personalräumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einrichten zusätzlicher Kleingruppenräume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anpassungen im Eingangsbereich der Schule bzw. des Schulgeländes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Türlinkenschutzmaßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bereitstellung von mehr Personal zur Beaufsichtigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einrichten asynchroner Pausen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Abstandshalter, z. B. Bodenmarkierungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Restriktion des Eintritts in die Schulen bzw. auf das Schulgelände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aussetzen des Sportunterrichts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aussetzen von Arbeitsgemeinschaften und ähnlichen Aktivitäten, die über den Schulunterricht hinausgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verzicht auf den Verkauf von Speisen in der Schule und auf dem Schulgelände (inkl. Automaten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schließung der Schulmensa bzw. Schulcafeteria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17 Welche gesundheitsrelevanten Maßnahmen sind aufgrund der Coronavirus-Pandemie für den Rest des laufenden Schuljahres in Ihrer Schule getroffen bzw. ausgesetzt worden oder in Planung? (Mehrfachnennungen sind möglich.)				
		durchgeführt	geplant	nicht geplant
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18 Welche Informationsquellen und -kanäle nutzen Sie, um gesundheitsrelevante Mitteilungen für Schüler*innen, Sorgeberechtigte und Schulpersonal in Ihrer Schule bereitzustellen? (Mehrfachnennungen sind möglich.)				
		durchgeführt	geplant	nicht geplant
	Einholen von Informationen beim Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einholen von Informationen bei Ärzt*innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einholen von Informationen bei der Schulgesundheitsfachkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schulung des gesamten Personals an der Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aufstellung von Verhaltensregeln für das gesamte Schulpersonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Information der Schüler*innen über Hygienemaßnahmen (Nies-/Hustenetikette)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Information der Sorgeberechtigten per Rundbrief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aushang von Plakaten mit Verhaltenshinweisen in der Schule und auf dem Schulgelände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18 Welche Informationsquellen und -kanäle nutzen Sie, um gesundheitsrelevante Mitteilungen für Schüler*innen, Sorgeberechtigte und Schulpersonal in Ihrer Schule bereitzustellen? (Mehrfachnennungen sind möglich.)				
		durchgeführt	geplant	nicht geplant
	Entwicklung von Notfallplänen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Angebot einer Telefonsprechstunde durch die Schulgesundheitsfachkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.3 Kurzfragebogen für die „Schulgesundheitsfachkräfte“

SPLASH II

Kurzfragebogen zu soziodemografischen Daten
von Schulgesundheitspflegenden



Soziodemografische Daten

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen bzw. kreuzen Sie Zutreffendes an.
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Persönliche Angaben

1. Welchem Geschlecht ordnen Sie sich zu?

- weiblich männlich divers

2. In welchem Jahr sind Sie geboren?

Berufsbezogene Angaben

3. Welchen pflegerischen Berufsabschluss haben Sie?

(Mehrfachnennungen möglich)

- staatliches Examen in der (Gesundheits- und) Krankenpflege
- staatliches Examen in der (Gesundheits- und) Kinderkrankenpflege
- Bachelor of Nursing/Bachelor Pflege
- einen anderen oder weiteren Berufsabschluss:

SPLASH II

Kurzfragebogen zu soziodemografischen Daten
von Schulgesundheitspflegenden



- 4. In welchem Jahr haben Sie Ihre berufliche/akademische pflegerische Ausbildung abgeschlossen?** (z. B. 1998; 2012)

- 5. Wie viele Jahre haben Sie in Ihrem pflegerischen Beruf gearbeitet, bevor Sie Ihre neue Tätigkeit als Schulgesundheitspflegende*r an einer Schule in Brandenburg oder Hessen aufgenommen haben?**

_____ Jahre

- 6. Seit wie vielen Monaten sind Sie zum Befragungszeitpunkt (Juni/Juli 2020) als Schulgesundheitspflegende*r an Ihrer Schule tätig?**

_____ Monate

- 7. Für wie viele Schulen sind Sie als Schulgesundheitspflegende*r zuständig?**

- 8. Für wie viele Schüler*innen sind Sie zuständig?**

- 9. Wie sind Sie bei Ihrem Arbeitgeber angestellt?**

in Vollzeitbeschäftigung

in Teilzeitbeschäftigung

2.4 Leitfaden für die Interviews mit den „Schulgesundheitsfachkräften“

Interviewleitfaden – Seite 1

SPLASH II Leitfaden für Interviews mit Schulgesundheitspflegenden		 	
Themenbereich	Einzelfragen	Regiekommentare	
Vorab	Teilnehmer*in Kurzfragebogen, Informationen zur Studie und Einwilligungserklärung schriftlich zukommen lassen mit Bitte um Rücksendung der unterschriebenen Einwilligungserklärung und des ausgefüllten Fragebogens		
Vorbereitung	<p>Vielen Dank, dass Sie sich Zeit nehmen für dieses Interview. Ich bin ... Diese Interview-Studie dient dazu, die Veränderungen in Ihrer Arbeit zu erfassen, die durch die Coronavirus-Pandemie entstanden sind. Das Gespräch wird etwa 40 Minuten dauern (ggf. anpassen).</p> <p>Haben Sie Fragen zur Information für Teilnehmer*innen oder zur Einwilligungserklärung? Das Gespräch wird aufgezeichnet und abgetippt. Dabei werden alle Namen, z. B. von Personen, Schulen, Orten, unkenntlich gemacht. Danach wird die Tonaufnahme gelöscht. Die Daten werden nur in einer zusammengefassten Form veröffentlicht, sodass keine Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich sind.</p> <p>In diesem Interview geht es nicht um Richtig oder Falsch, sondern um Ihre Erfahrungen. Erzählen Sie bitte völlig frei.</p> <p>Haben Sie noch Fragen?</p>	Vorstellung + Ziel und Vorgehen bei der Befragung	Anonymität / Datenschutz besprechen
Einstieg	<p>Wie haben Sie die Zeit seit Februar an Ihrer Schule erlebt?</p> <p>Was hat sich an Ihrer Schule durch die Coronavirus-Pandemie konkret verändert?</p>	Eisbrecherfrage – Zeit lassen zum Antworten Nur nachfragen, wenn dazu von selbst nichts kommt oder Verständnisschwierigkeiten bestehen	Gerät einschalten und ID aufnehmen

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

SPLASH II Leitfaden für Interviews mit Schulgesundheitspflegenden		 	
Themenbereich	Einzelfragen	Regiekommentare	
Stimmung an der Schule	Sie sind seit kurzem wieder zurück an Ihrer Schule. Wie nehmen Sie die Stimmung in den letzten Tagen / Wochen wahr ...?		
	... unter den Schülerinnen und Schülern (SuS)?		Einzeln abfragen
	... unter den Lehrkräften?		
	Welche Auswirkungen der Corona-Pandemie bemerken Sie in der Gemeinschaft ...?		Einzeln abfragen
	... der SuS?		
	... der Lehrkräfte?		
	... der Eltern?		
Gesundheitliche Lage der Schüler*innen nach der Rückkehr an die Schulen			
	Körperliche Gesundheit	Wie schätzen Sie die körperliche Gesundheit der Schüler derzeit ein? -> Welchen Eindruck haben Sie, wie schätzen die SuS ihre körperliche Gesundheit selbst ein? Wenn Sie an die SuS im Januar/Februar denken und das mit der jetzigen Situation vergleichen – welche Veränderungen beobachten Sie in der körperlichen Gesundheit der SuS? -> Welche Veränderungen könnten auf die Coronavirus-Pandemie zurückgeführt werden? -> Welche Veränderungen haben Sie ggf. speziell unter chronisch kranken oder behinderten SuS wahrgenommen? Mögliche Veränderungen ... - Gewicht/Bewegung/körperliche Aktivität -> Gewichtssteigerung wegen Bewegungsmangel - Medienkonsum	Diese Bereiche mit möglichst wenigen Stichworten und nicht suggestiv ansprechen

SPLASH II Leitfaden für Interviews mit Schulgesundheitspflegenden		 	
Themenbereich	Einzelfragen	Regiekommentare	
	-> Steigerung wegen Kontaktsperre (ggf. auch zur Kommunikation) - Ernährungsverhalten -> Verschlechterung durch weggefallene Routine und Wegfall des Schullebens - Rauchen und Alkoholkonsum -> ggf. Steigerung durch Unsicherheit/Angst, aber auch Verringerung vorstellbar durch elterliche Beobachtung		
Psychische Gesundheit	Wie schätzen Sie die psychische Gesundheit der SuS derzeit ein? -> Welchen Eindruck haben Sie, wie schätzen die SuS ihre psychische Gesundheit selbst ein? Wenn Sie an die SuS im Januar/Februar denken und das mit der jetzigen Situation vergleichen – welche Veränderungen beobachten Sie in der psychischen Gesundheit der SuS? -> Welche Veränderungen könnten auf die Coronavirus-Pandemie zurückgeführt werden? -> Welche Veränderungen haben Sie ggf. speziell unter chronisch kranken oder behinderten SuS wahrgenommen? -> Welche Veränderungen haben Sie ggf. speziell unter SuS, die vor der Coronavirus-Pandemie psychisch oder sozial auffällig waren, wahrgenommen?		Diese Bereiche mit möglichst wenigen Stichworten und nicht suggestiv ansprechen
			Mögliche Veränderungen ... Unsicherheit, Angst (z. B. bei chron. Erkrankung wie Asthma, Prüfungen, Überforderungen der SuS mit dem Umfang der Schularbeiten, SuS mit Mobbing-Erfahrungen), Depression, Erleben von Spannungen in der Familie, Gewalterfahrungen Aber auch: Ruhe, Entspannung während Homeschooling/in kleineren Klassen, Freude bzgl. der Rückkehr an die Schule

SPLASH II Leitfaden für Interviews mit Schulgesundheitspflegenden		 	
Themenbereich	Einzelfragen	Regiekommentare	
Bedarfe	<p>Wie sehen Ihre Erfahrungen aus, seit die SuS an die Schule zurückgekehrt sind – welche Unterstützung brauchen die SuS in dieser veränderten Situation?</p> <p>-> Was genau hat sich verändert?</p> <p>-> Sie haben gesagt, dass ... (Stimmt das so?) Woran machen Sie diese Beobachtungen fest?</p> <p>Sie haben gesagt, dass ... (Stimmt das so?) Wie schätzen Sie (die gesundheitlichen) Langzeitauswirkungen der Corona-Pandemie auf (die Schule und) die SuS ein?</p>	<p>Bedarfe zusammenfassen und bestätigen lassen.</p> <p>Berichtete Veränderungen zusammenfassen und bestätigen lassen</p>	
Gesundheitsinformation / Gesundheitskompetenz ... der SGFK	<p>Sie nehmen eine Vermittlungsrolle ein, was Gesundheitsinformation angeht. Wie informieren Sie sich über die Coronavirus-Pandemie?</p> <p>-> Welche Quellen waren dabei – Ihrer Ansicht nach – am vertrauenswürdigsten?</p> <p>Was wissen Sie über den Umgang der SuS und Eltern mit den zahlreichen Informationen zur Pandemie?</p> <p>-> Welche Herausforderungen sehen Sie mit Blick auf deren Gesundheitskompetenz?</p>		
... der SuS und Eltern		<p>Nacheinander abfragen, erst SuS und dann Eltern</p>	
Interventionspotenzial an den Schulen während bzw. nach der Coronavirus-Pandemie Eigenes Selbstverständnis	<p>Was können Sie als Schulgesundheitspflegerin konkret tun, damit SuS, Eltern und Lehrpersonal künftig auch in Krisenzeiten so mit</p>		

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

<p>SPLASH II Leitfaden für Interviews mit Schulgesundheitspflegenden</p>		 <p>AWO Arbeitsgemeinschaft Bezirksverband Potsdam e. V.</p>	 <p>CHARITÉ UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN</p>
Themenbereich	Einzelfragen	Regiekommentare	
	Informationen umgehen, dass sie ihrer Gesunderhaltung oder Gesundheit dienen können?		
Eigenes Rollenverständnis	Wie sehen Sie Ihre eigene Rolle in Hinblick auf die Gesundheitsinformation in der Schule?		
Konkrete Interventionen	Welche Maßnahmen würden Sie Ihrer Schulleitung empfehlen, um die Gesundheit der SuS zu gewährleisten?	-> ggf. Nachfrage, wie realistisch die Umsetzung wäre	
Abschluss	Gibt es noch etwas, das Sie ergänzen möchten? Dann bedanke ich mich für dieses Interview.	Kontextprotokoll mit ID aufnehmen (Störfaktoren? Namensnennungen? Eindruck der Person?)	

3. Präsentationen der Evaluationsergebnisse

Tab. 4: Liste von Präsentationen im Rahmen des Arbeitspakets 4

Termin	Thema	Projektintern oder extern
14.08.2019	Workshop zur Erarbeitung eines Dokumentationssystems gemeinsam mit den Schulgesundheitsfachkräften	Intern
13.11.2019	Evaluatorentreffen	Intern
30.04.2020	Evaluatorentreffen	Intern
18.05.2020	Steuerungskreis	Intern
15.09.2020	Evaluatorentreffen	Intern
23.10.2020	BZgA-Arbeitstreffen auf Fachebene zum Thema Schulgesundheitsfachkraft (SGFK)	Extern
20.11.2020	Netzwerktreffen Schulgesundheitspflege des DBfK Bundesverband e. V.	Extern

**Working Paper der Unit
Gesundheitswissenschaften
und ihre Didaktik**

ISSN 2193-0902

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
CVK – Augustenburger Platz 1
13353 Berlin | Deutschland