UNIVERSITÄTSmedizin. MAINZ
Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik

Einführung von Schulgesundheitsfachkräften an Grundschulen in Rheinland-Pfalz

Ergebnisse einer Evaluation im Mixed-Methods-Design

Simone Kadel, Jana Fischer, Michael S. Urschitz und Michael Eichinger

Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI)
Abteilung für Pädiatrische Epidemiologie
an der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Projektträgerin

LZG Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V.

Gefördert durch

RheinlandPfalz MINISTERIUM FÜR BILDUNG

Impressum

Herausgeber
Abteilung für Pädiatrische Epidemiologie,
Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI)
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung 4
1. Hintergrund 7
2. Zielsetzung 8
3. Methodik 9
3.1 Studiendesign 9
3.2 Setting 9
3.3 Intervention: Schulgesundheitspflege an Grundschulen in Rheinland-Pfalz 11
3.4 Rekrutierung und Teilnehmende 12
3.5 Datenerhebung und Messinstrumente 13
3.6 Analysen 14
4. Ergebnisse 15
4.1 Stichprobencharakteristika 15
4.2 Status quo vor Einführung der Schulgesundheitsfachkräfte 17
4.2.1 Status quo aus Sicht der Eltern 17
4.2.2 Status quo aus Sicht der Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen 17
4.2.3 Status quo aus Sicht des Schulpersonals 18
4.3 Implementierung der Schulgesundheitsfachkräfte 19
4.3.1 Inanspruchnahme der Schulgesundheitsfachkräfte 19
4.3.2 Implementierung aus Sicht des Schulpersonals 19
4.3.3 Implementierung aus Sicht der Eltern 21
4.3.4 Implementierung aus Sicht der Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen 23
4.3.5 Querschnittsaspekte der Implementierung 24
4.3.6 Implementierungsbarrieren 26
4.4 Weiterentwicklungspotenziale 28
4.5 Veränderungen durch den Einsatz der Schulgesundheitsfachkräfte 29
4.5.1 Veränderungen für Eltern 29
4.5.2 Veränderungen für Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen 29
4.5.3 Veränderungen für Schülerinnen und Schüler 31
4.5.4 Veränderungen für Schülerinnen und Schüler mit chronischen Erkrankungen 31
4.5.5 Veränderungen für das Schulpersonal 32
5. Diskussion 34
6. Empfehlungen 36
Literaturverzeichnis 38
Danksagung 40
Anhang 41

Zusammenfassung

Hintergrund und Zielsetzung
Trotz der Zunahme des Bedarfs an medizinisch-pflegerischer Versorgung an Schulen und der nachgewiesenen Effektivität von Schulgesundheitsfachkräften (SGF) in Bezug auf zahlreiche Endpunkte (u.a. Lebensqualität, Symptomschwere, Fehlzeiten) im internationalen Kontext, werden SGF in Deutschland bisher nur in Modellprojekten eingesetzt. Bisher ist wenig über mögliche Effekte von SGF an Schulen in Deutschland sowie kontextspezifische Implementierungsbarrieren bekannt. Um diese Forschungslücken zu adressieren, evaluierten wir die Ausweitung der Schulgesundheitspflege an Grundschulen in Rheinland-Pfalz. Die SGF sind in Rheinland-Pfalz an Grundschulen tätig und haben neben der Akut- und Unfallversorgung einen expliziten Tätigkeitsschwerpunkt im Bereich der Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen. Die Evaluation fokussierte die Perspektiven der Eltern und des Schulpersonals auf (1) den Status quo der schulischen Gesundheitsversorgung vor dem Einsatz der SGF, (2) persönliche Einstellungen zu den SGF, (3) die Zufriedenheit mit der Versorgung durch die SGF, (4) Implementierungsbarrieren sowie (5) Veränderungen durch den Einsatz der SGF.

Methoden
Die Einführung von SGF an 24 Grundschulen in Rheinland-Pfalz wurde zwischen 2022 – 2023 im Rahmen eines multizentrischen Mixed-Methods-Designs evaluiert. Die Studie umfasste jeweils drei quantitative Befragungen, zu denen alle Eltern, Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen und Fachkräfte an den Schulen eingeladen wurden. Die Umfragedaten wurden deskriptiv und mittels inferenzstatistischer Methoden ausgewertet. Semi-strukturierte Telefoninterviews mit Eltern, Lehrkräften, Schulleitungen und SGF aus 6 Grundschulen explorierten ergänzende Dimensionen, die nicht in den quantitativen Befragungen abgedeckt waren. Die Auswertung erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Rädiker und Kuckartz. Zudem wurde die Versorgungsdokumentation der SGF hinsichtlich der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen ausgewertet.

Ergebnisse
Obwohl ein Großteil der Eltern mit der gesundheitlichen Versorgung an den Grundschulen vor Einführung der SGF zufrieden war, äußerten dennoch rund 24% Unzufriedenheit mit der Versorgung von akuten Erkrankungen und Schulunfällen. Für 61% des Schulpersonals stellte die medizinische Betreuung von Kindern eine Belastung dar und 76% fühlten sich dabei unsicher.
Rund 95% der Eltern und des Schulpersonals waren mit dem Einsatz der SGF zufrieden bis äußerst zufrieden. Gründe für punktuelle Unzufriedenheit waren u.a. das Stellenprofil (z.B. hohe Abwesenheitszeiten durch Fortbildung, Teilzeitstelle), mangelnde schulinterne Regelungen (z.B. Unterrichtsfehlzeiten der Kinder durch Warten auf Versorgung) sowie Kommunikationsschwierigkeiten (z.B. unzureichende Kommunikation zwischen Eltern und SGF).
Der Implementierungsprozess wurde u.a. durch Fehlzeiten im Rahmen der Weiterqualifizierung, fehlende Kenntnisse des Schulsystems durch die SGF zu Beginn ihrer Tätigkeit und eingeschränkte schulinterne Informationsflüsse erschwert. Der Anteil der pro Schulhalbjahr versorgten Schülerinnen und Schüler lag abhängig von Schule und Befragungszeitpunkt zwischen 48% und 92%.
Aus Sicht des Schulpersonals verbesserte sich durch den Einsatz der SGF die Qualität der medizinisch-pflegerischen Versorgung von Schülerinnen und Schülern insgesamt. Zudem wurden mit den SGF Ansprechpersonen etabliert, die sich für die Bedarfe der Kinder mehr Zeit nehmen konnten, als dies Lehrkräften möglich war. Kinder mit chronischen Erkrankungen schienen besser

am Schulalltag teilhaben zu können (u.a. weniger Fehlzeiten, bessere Beteiligung an der Nachmittagsbetreuung und Schulausflügen). Auf Seiten der Eltern können SGF zur Erhöhung des Sicherheitsgefühls und zur Verringerung von Fehlzeiten am Arbeitsplatz beitragen. 85% des Schulpersonals berichteten durch den Einsatz der SGF von einer deutlichen Entlastung im Schulalltag. Zudem fühlten sie sich bei der Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen und bei der Früherkennung von Gesundheitsproblemen unterstützt.

Diskussion

Die vorliegende Evaluation ergänzt vergangene Modellprojekte und evaluierte erstmals den Einsatz von SGF mit einem expliziten Fokus auf der Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen an Grundschulen. Die Ergebnisse legen nahe, dass an Grundschulen großer Bedarf an einer verbesserten medizinisch-pflegerischen Versorgung besteht und diese Bedarfe von SGF über weite Strecken adressiert werden können. Hinweise auf vielfältige Effekte von SGF auf Schülerinnen und Schüler (z.B. erhöhte Versorgungsqualität, Ansprech- und Vertrauensperson), Eltern (z.B. gesteigertes Sicherheitsgefühl, Reduktion von Arbeitsfehlzeiten) und Schulpersonal (z.B. Entlastung im Schulalltag) dokumentieren das Potenzial von SGF. Diese können so zu einer gesundheitsorientierten Schulentwicklung beitragen und bestehende medizinische Versorgungsangebote bedarfsgerecht ergänzen. Spezifische Implementierungsbarrieren geben Hinweise, in welchen Bereichen die Schulgesundheitspflege weiterentwickelt werden sollte. Die Evaluation leistet damit einen Beitrag zu einer qualitätsgesicherten zukünftigen Ausweitung von SGF an Grundschulen in Rheinland-Pfalz und anderen Bundesländern.

Empfehlungen

Nachfolgend sind praxis- und forschungsrelevante Empfehlungen zur Implementierung und Weiterentwicklung der Schulgesundheitspflege in Rheinland-Pfalz zusammengefasst:

Empfehlungen für die Versorgungspraxis

- Umfassende Vorbereitung der SGF auf ihren Einsatz in den Schulen (u.a. durch frühzeitige Gespräche mit allen Stakeholdern der Schulgemeinschaft)
- Anpassung der Weiterbildungszeiten (u.a. Absolvierung eines Teils der Weiterbildung vor Beginn des Schuleinsatzes)
- Evidenzbasierte Weiterentwicklung der Unterstützungsstrukturen für SGF (u.a. auf Basis empirischer Ergebnisse zu Nutzen und Zufriedenheit mit den bestehenden Strukturen)
- Weiterentwicklung der Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen (u.a. Stärkung der interprofessionellen Vernetzung mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie der ambulanten und stationären Versorgung)
- Stärkung der innerschulischen Kommunikation zwischen Schulleitung, Lehrpersonal und SGF (u.a. durch Entwicklung und Umsetzung eines Kommunikationskonzepts)
- Ausbau der projektbezogenen Öffentlichkeitsarbeit
- Etablierung nationaler Leitlinien für SGF

Empfehlungen für die Forschung

- Durchführung einer kontrollierten Interventionsstudie mit hohem Evidenzlevel (z.B. cluster-randomisiert kontrollierte Studie), um auf Basis der vorliegenden Evaluation die Effekte des Einsatzes von SGF erstmalig in Deutschland robust und umfassend abzuschätzen

- Nutzung von quasi-experimentellen Studiendesigns in Kombination mit Sekundärdaten (z.B. ambulante Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung, schulbezogene Daten der Unfallkasse)
- Nutzung alternativer Erhebungsmethoden für die Elternbefragung, um Rücklaufquoten zu erhöhen und damit die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse zu stärken (u.a. durch das Anbieten des Elternfragebogens in den häufigsten Fremdsprachen)
- Einbezug der Perspektiven von Schülerinnen und Schülern (z.B. in die Datenerhebung)

1. Hintergrund

Angesichts der steigenden Anzahl an Kindern mit chronischen Erkrankungen [1, 2], des Ausbaus der Ganztagsschulen [3] und der fortschreitenden Inklusion [4, 5] nimmt der Bedarf an medizinisch-pflegerischer Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen an Schulen zu. Im Schulalltag gehen insbesondere chronische Erkrankungen mit unterschiedlichen Anpassungsleistungen einher (z.B. Medikamenteneinnahme, Diätvorschriften), die abhängig vom Alter und Entwicklungsstand eines Kindes der Unterstützung der Schulgemeinschaft bedürfen (z.B. Lehrkräfte) [5, 6]. Negative Auswirkungen von chronischen Erkrankungen auf die Bildungslaufbahn in Form von niedrigeren Bildungsabschlüssen konnten durch verschiedene Studien belegt werden [7]. Unterschiede im Bildungserfolg zeigten sich dabei bereits am Ende der ersten Klasse [8].

Über die Betreuung von Kindern mit chronischen Erkrankungen hinaus, spielt im Schulalltag die Versorgung von akuten Erkrankungen (u.a. Kopf-, Bauchschmerzen) sowie Unfällen und Verletzungen eine große Rolle. Erkältungen und grippale Infekte zählen zu den häufigsten akuten Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter und stellen einen wichtigen Grund für die Abwesenheit von Kindern in Schulen dar [9]. Ergebnisse zu Unfällen und Verletzungen im Kindes- und Jugendalter zeigen, dass sich knapp 30% der Unfälle in Betreuungs- und Bildungseinrichtungen ereignen [10]. Die Daten der Unfallkasse machen darüber hinaus deutlich, dass statistisch gesehen pro Kalenderjahr etwa jedes achte Kind von einem Schulunfall betroffen ist [11]. Trotz des hohen Versorgungsbedarfs findet derzeit in den allermeisten Fällen keine professionelle Gesundheitsversorgung an deutschen Regelschulen statt. Die Versorgung von Schülerinnen und Schülern wird überwiegend vom Schulpersonal übernommen, das meist über keine formale medizinische Ausbildung verfügt.

In zahlreichen Ländern kümmern sich spezialisierte Pflegekräfte, sogenannte Schulgesundheitsfachkräfte (SGF), um die gesundheitlichen Probleme und Anliegen von Schulkindern während der Schulzeit. Positive Effekte von SGF konnten für unterschiedliche Tätigkeitsbereiche gezeigt werden und umfassen u.a. die Verringerung von Fehlzeiten, die Reduktion von Rettungswageneinsätzen und die Verbesserung der Unterrichtssituation für Lehrkräfte [12, 13]. Darüber hinaus können SGF den langfristigen Krankheitsverlauf bei Kindern mit chronischen Erkrankungen verbessern, indem sie zu einem verbesserten Umgang mit der Erkrankung, einem optimierten Selbstmanagement, einer besseren Lebensqualität, und geringerer Symptomschwere beitragen [14]. Aufgrund ihrer Effektivität wird der Einsatz von SGF von der Weltgesundheitsorganisation, der American Academy of Pediatrics und der National Association of School Nurses an jeder Regelschule entlang festgelegter Kompetenzen und Qualitätsstandards empfohlen [15, 16]. Die Tätigkeitsfelder der SGF sind international sehr heterogen und reichen von der pflegerischen Versorgung von akuten und chronischen Erkrankungen bis zur Umsetzung von Maßnahmen der Primär- und Sekundärprävention sowie der Gesundheitsförderung [17]. SGF haben damit das Potenzial, auf die steigende Nachfrage nach schulischen Gesundheitsdiensten zu reagieren und die Belastung des Schulpersonals im Bereich der medizinisch-pflegerischen Versorgung der Kinder zu verringern [17-19].

Im Gegensatz zu internationalen Trends wurden SGF in Deutschland bislang nur im Rahmen von Modellprojekten eingeführt (u.a. Brandenburg, Hessen, Bremen, Hamburg) [20], die zum Teil wissenschaftlich begleitet wurden [21]. In Ergänzung zu den bestehenden Modellprojekten mit ihrem Fokus auf der pflegerischen Versorgung von akuten Erkrankungen und Unfällen sowie der schulbasierten Prävention wurde in Rheinland-Pfalz im Schuljahr 2018 – 2019 im Rahmen einer Machbarkeitsstudie der Einsatz von SGF an zwei Mainzer Grundschulen modellhaft erprobt. Der

Tätigkeitsschwerpunkt lag neben der Akut- und Unfallversorgung erstmals auf der langfristigen Betreuung von Kindern mit chronischen Erkrankungen. In der Machbarkeitsstudie, die von der Abteilung für Pädiatrische Epidemiologie am Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz durchgeführt wurde, konnten die Voraussetzungen herausgearbeitet werden, unter denen SGF die medizinisch-pflegerische Versorgung von Grundschulkindern mit akuten und chronischen Erkrankungen während der Schulzeit übernehmen können. Die Ergebnisse der Machbarkeitsstudie zeigten, dass die Etablierung von SGF an deutschen Grundschulen machbar und sinnvoll ist, da sie eine große Reichweite (ca. 75% der Schülerinnen und Schüler wurden erreicht) sowie eine hohe Akzeptanz und Zufriedenheit bei Schülerinnen und Schülern, Eltern und Schulpersonal erzielten [22, 23].

Nach erfolgreichem Abschluss der Machbarkeitsstudie konnte durch die Förderung des Ministeriums für Bildung Rheinland-Pfalz der Einsatz von SGF seit dem Jahr 2022 auf insgesamt 26 Grundschulen ausgeweitet werden. Die Ausweitung der Schulgesundheitspflege auf weitere Grundschulen wurde weiterhin durch das Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik evaluiert. Der Fokus lag dabei auf der Implementierungsqualität sowie der Wirksamkeit von SGF an Grundschulen. Die Evaluation leistet damit einen Beitrag zu einer möglichen zukünftigen Ausweitung von SGF an Grundschulen in Rheinland-Pfalz und anderen Bundesländern.

2. Zielsetzung

Im vorliegenden Bericht werden die Kernergebnisse der Evaluation zusammenfassend dargestellt. Der Fokus liegt dabei auf folgenden Aspekten:

- Status quo der schulischen Gesundheitsversorgung vor dem Einsatz der SGF aus Sicht der Eltern und des Schulpersonals
- Inanspruchnahme der SGF
- Implementierung der SGF aus Sicht der Eltern und des Schulpersonals
- Querschnittsaspekte der Implementierung
- Implementierungsbarrieren
- Weiterentwicklungspotenziale aus Sicht der Eltern, des Schulpersonals und der SGF
- Veränderungen durch den Einsatz der SGF für Eltern, Schülerinnen und Schüler sowie das Schulpersonal

3. Methodik

3.1 Studiendesign

Die Evaluation wurde als multizentrische Mixed-Methods Studie durchgeführt, die die Einführung von SGF an 24 Grundschulen in Rheinland-Pfalz wissenschaftlich begleitete. Die Ausweitung der Schulgesundheitspflege fand schrittweise zu drei Zeitpunkten (Januar 2022, September/Oktober 2022, Januar 2023) an 6 bzw. 12 Grundschulen statt (entspricht den Clustern 1-3 im restlichen Bericht). Die Studie umfasste quantitative Befragungen, die zu drei Zeitpunkten durchgeführt wurden, semi-strukturierte Telefoninterviews, die Auswertung der Versorgungsdokumentation der SGF und ein während des gesamten Implementierungsprozesses geführtes Implementierungstagebuch. Die Befragungen wurden mit Eltern, Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen und Schulpersonal durchgeführt. Die Interviews fanden mit Eltern, Lehrkräften, Schulleitungen und SGF der ersten 6 Grundschulen statt. Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Studienteile und Befragungszeitpunkte. Veränderungen durch den Einsatz der SGF wurden durch den Vergleich der Endpunkte vor und nach Ausweitung der Schulgesundheitspflege erfasst. Die Datenerhebung fand zwischen Januar 2022 und Dezember 2023 statt. Um die multidimensionalen Effekte der SGF an Grundschulen umfassend darzustellen, werden die qualitativen und quantitativen Ergebnisse im Folgenden integriert dargestellt.

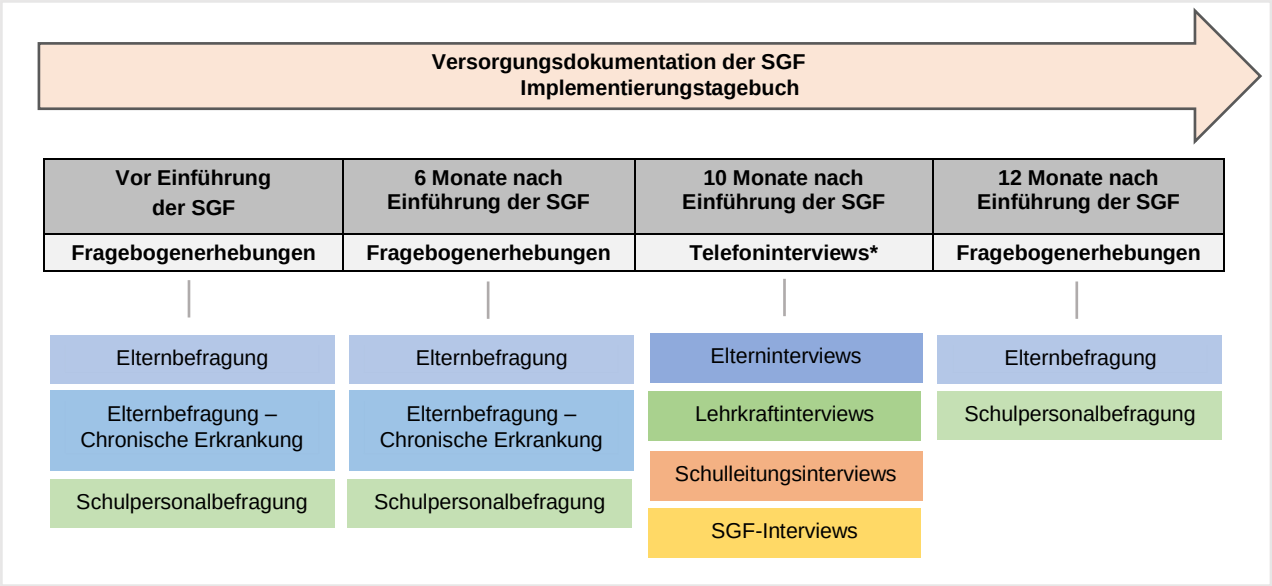


Abbildung 1: Überblick über die Komponenten der Evaluation. *Die Interviews wurden nur mit Teilnehmenden aus Cluster 1 (6 Schulen) durchgeführt.

Das Ministerium für Bildung Rheinland-Pfalz finanzierte das Projekt und war für die Auswahl der Grundschulen zuständig. Die Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. fungierte als Projektträgerin, stellte die SGF ein und begleitete die Fachkräfte eng bei der Etablierung in ihren Schulen. Die Ausweitung der SGF wurde durch das Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik evaluiert.

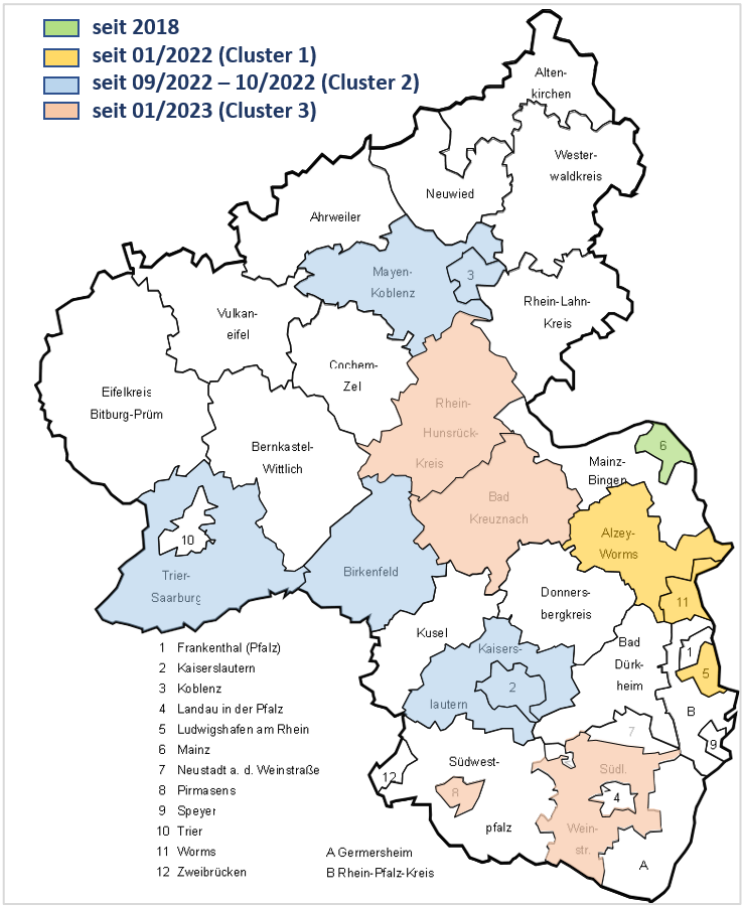
3.2 Setting

Im Zuge der Evaluation nahmen 24 SGF in Abständen von jeweils einem Schulhalbjahr stufenweise ihre Tätigkeit an Grundschulen in Rheinland-Pfalz auf. Daraus ergaben sich die folgenden

3 Cluster:

- 6 SGF in Ludwigshafen und Rheinhessen (Cluster 1; Tätigkeitsbeginn: Januar 2022)
- 12 SGF in Koblenz, Trier, Birkenfeld (Cluster 2; Tätigkeitsbeginn: September/Oktober 2022)
- 6 SGF in Kaiserslautern (Cluster 3; Tätigkeitsbeginn: Januar 2023)

Abbildung 2 zeigt die Verteilung der Grundschulen mit einer SGF in Rheinland-Pfalz. In grün markiert sind die beiden Mainzer Pilotschulen, die seit der Machbarkeitsstudie im Jahr 2018 über eine SGF verfügen.



Bei den ausgewählten Projektschulen handelt es sich um drei- bis fünfzügige Grundschulen mit insgesamt 7.923 Schülerinnen und Schülern zu Beginn der Intervention. Die Auswahl der Schulen erfolgte über die Schulämter. Dabei wurden insbesondere der Anteil der Schülerinnen und Schüler mit chronischen Erkrankungen, mit Lernmittelgutscheinen (Anteil zwischen 9% und 48%; Mittelwert: 33%) und mit Migrationshintergrund (Anteil zwischen 8% und 79%; Mittelwert: 49%) als Auswahlkriterien herangezogen.

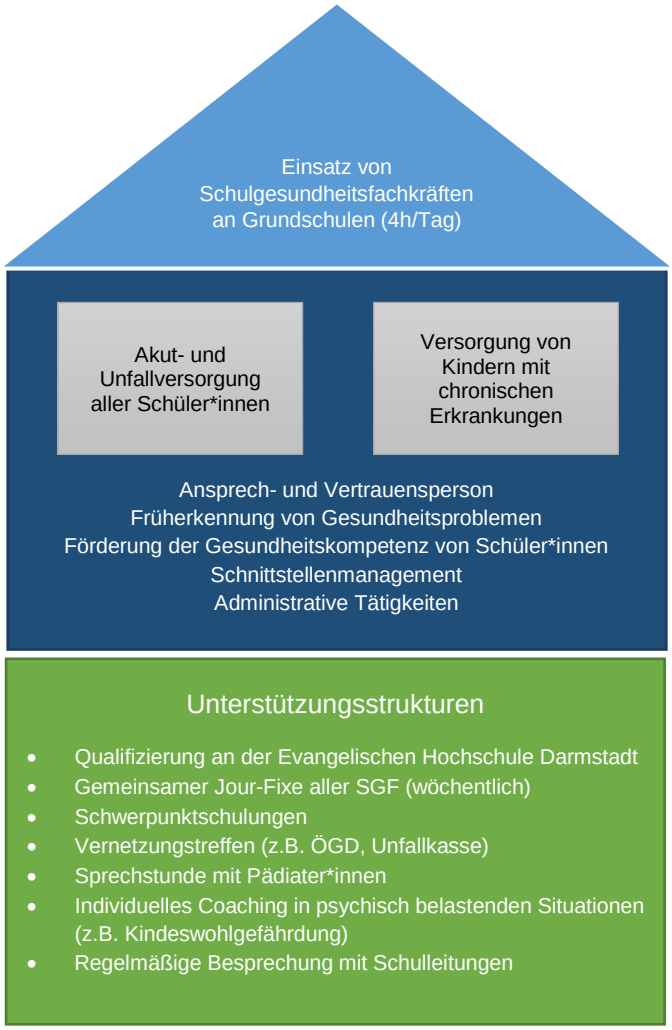
Abbildung 2: Schulgesundheitsfachkräfte an Grundschulen in Rheinland-Pfalz. Quelle: In Anlehnung an Abbildung der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V.

Darüber hinaus war die Teilnahme der Grundschulen an weitere Teilnahmekriterien geknüpft:

- Verfügbarkeit eines geeigneten Versorgungsraums
- Bereitschaft zur Entwicklung und Umsetzung eines SGF-bezogenen Schulentwicklungskonzepts
- Vorliegen eines Gesamtkonferenzbeschlusses, der die Bereitschaft der Schulgemeinschaft (insbesondere Kollegium, Eltern) zur Projektteilnahme dokumentiert
- Unterstützung durch den Schulträger (u.a. Bereitstellung von Räumlichkeiten, sächlicher Ausstattung, Verbrauchsmaterialien)
- Kooperation mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (u.a. schulärztlicher Dienst)
- Bereitschaft zur Teilnahme an der Evaluation

3.3 Intervention: Schulgesundheitspflege an Grundschulen in Rheinland-Pfalz

Bei den SGF handelt es sich um Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegekräfte mit abgeschlossener Ausbildung und mindestens dreijähriger Berufserfahrung. Um die SGF in schulbezogenen Aspekten ihrer Tätigkeit zu schulen, absolvierten alle SGF eine berufsbegleitende Qualifizierung an der Evangelischen Hochschule Darmstadt, die mit dem Zertifikat „Schulgesundheitsfachkraft“ abgeschlossen wurde. Vor dem Beginn ihrer Tätigkeit nahmen die SGF zusätzlich an drei Einführungsseminaren (jeweils 4 Stunden) zu Tätigkeitsfeldern, Raumausstattung, Arbeitsplatzorganisation, Datenschutz und Dokumentation teil, die durch die SGF der Mainzer Pilotschulen gehalten wurden.



Die SGF sind vormittags für jeweils vier Stunden an den Grundschulen tätig. Voraussetzung für die Versorgung der Schülerinnen und Schüler ist die schriftliche Einwilligung der Eltern mittels Einwilligungserklärung. Die Tätigkeitsschwerpunkte der Schulgesundheitspflege in Rheinland-Pfalz umfassen die medizinisch-pflegerische Versorgung von akuten Erkrankungen und Schulunfällen aller Schülerinnen und Schüler sowie die Unterstützung von Kindern mit chronischen Erkrankungen (Abbildung 3). Die medizinisch-pflegerische Versorgung bei chronischen Erkrankungen beinhaltet u.a. die Ausarbeitung von Medikations- und Notfallplänen basierend auf Verordnungen durch die behandelnden Kinderärztinnen bzw. Kinderärzte, die Unterstützung bei der Einnahme von Medikamenten, die Beratung der Lehrkräfte sowie die interdisziplinäre Vernetzung z.B. mit der Schulsozialarbeit.

Abbildung 3: Übersicht über die Tätigkeitsschwerpunkte und Unterstützungsstrukturen für Schulgesundheitsfachkräfte. SGF, Schulgesundheitsfachkraft; ÖGD, Öffentlicher Gesundheitsdienst.

Insgesamt agiert die SGF als Ansprech- und Vertrauensperson bei gesundheitlichen Anliegen und kann dazu beitragen körperliche und psychische Auffälligkeiten bei Schülerinnen und Schülern frühzeitig im Sinne der Sekundärprävention zu erkennen. Sowohl bei der Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen als auch bei der Früherkennung von Störungen tragen SGF auch zum Schnittstellenmanagement bei. Hierbei stehen sie bedarfsbezogen in engem Austausch mit u.a. Lehrkräften, Eltern sowie Kinderärztinnen und Kinderärzten. Administrative Tätigkeiten wie die Dokumentation aller Versorgungsanlässe oder die Bestellung von Verbrauchsmaterialien gehören ebenfalls zum Aufgabenbereich der SGF.

In ihrer Tätigkeit werden die SGF durch weitere Unterstützungsstrukturen gestärkt (Abbildung 3). Um einen regelmäßigen, kollegialen Austausch der SGF untereinander zu gewährleisten, findet ein wöchentliches virtuelles Austauschtreffen aller SGF statt. Die Treffen bieten Raum für Schwerpunktschulungen (u.a. zu den Themen Kommunikation, Öffentlichkeitsarbeit, Schulsystem) und Vernetzungstreffen mit weiteren Stakeholdern im Schulkontext (u.a. Öffentlicher Gesundheitsdienst, Unfallkasse). Im November 2022 wurde zudem eine Telefonsprechstunde (1 Stunde/ Woche) etabliert, in der die SGF medizinische Fragen mit zwei Pädiaterinnen klären können. Diese boten zudem punktuell Onlineschulungen an, die Bedarfe aus der Versorgungspraxis aufgriffen (u.a. Wundversorgung, Epilepsie). Die SGF können bei psychisch belastenden Situationen zusätzlich ein individuelles Coaching der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. in Anspruch nehmen. Neben den SGF werden auch die Schulleitungen der Projektschulen regelmäßig zu Austauschtreffen eingeladen, um aktuell aufkommende Probleme zu besprechen und den Austausch zu fördern.

Die jeweiligen Schulträger stellen den SGF für ihre Tätigkeit ein eigenes Behandlungszimmer zur Verfügung. Zu Beginn des Einsatzes wurde der Raum gemeinsam mit den SGF mit notwendigen Einrichtungsgegenständen (u.a. Liege, Schreibtisch, Kühlschrank) und Versorgungsmaterialien (u.a. Fieberthermometer, Blutdruckmessgerät, Verbandsmaterialien) ausgestattet. Die Erstausstattung wurde über das Ministerium für Bildung finanziert. Die laufenden Kosten werden über das Schulbudget, den Förderverein oder den Schulträger gedeckt.

3.4 Rekrutierung und Teilnehmende

<u>Fragebogenerhebungen</u>

Elternbefragungen

Alle Eltern aus den Projektschulen (n = 7.923) wurden zu den Elternbefragungen eingeladen, wobei die Fragebögen von den Lehrkräften über die „Ranzenpost“ an die Eltern verteilt wurden.

Befragungen der Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen

Alle Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen wurden zu zwei Zusatzbefragungen eingeladen, über die sie am Ende der Elternbefragungen informiert wurden.

Schulpersonalbefragungen

Alle Mitarbeitenden der Projektschulen, die direkt mit Kindern arbeiten und in die gesundheitliche Versorgung von Schülerinnen und Schülern involviert sind (u.a. Lehrkräfte, Schulleitungen, pädagogisches Personal, Sekretariatskräfte, Schulsozialarbeit), wurden zu den Schulpersonalbefragungen eingeladen.

Für alle Fragebogenerhebungen wurden keine weiteren Ein- oder Ausschlusskriterien definiert, um die Übertragbarkeit der Studienergebnisse zu unterstützen. Alle Fragebögen standen in deutscher Sprache zur Verfügung.

<u>Telefoninterviews</u>

Im Herbst 2022 (d.h. etwa 10 Monate nach Einführung der SGF in den Projektschulen) wurden semi-strukturierte Interviews mit Schulleitungen, Lehrkräften, Eltern mit und ohne chronisch erkranktem Kind sowie den SGF aus Cluster 1 durchgeführt. Die Einladung erfolgte per Email. Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen wurden zusätzlich durch die betreuende SGF angesprochen und auf die Möglichkeit zur Teilnahme an einem Interview hingewiesen. Um möglichst unterschiedliche Perspektiven abzudecken wurden bei der Rekrutierung der Teilnehmenden

unterschiedliche Aspekte berücksichtigt. Bei den Eltern wurde darauf geachtet, Eltern mit unterschiedlichem sozioökonomischen Hintergrund, sowie unterschiedlichem Alter und Geschlecht der Kinder zu rekrutieren. Für das Schulpersonal wurde bei der Rekrutierung auf unterschiedliche Berufe (u.a. Schulleitungen, Klassenlehrkräfte) und Niveaus an Berufserfahrung geachtet. Es wurden alle sechs SGF aus Cluster 1 eingeladen. Die Teilnehmenden erhielten keine Entschädigung für ihre Interviewteilnahme.

3.5 Datenerhebung und Messinstrumente

Fragebogenerhebungen

Insgesamt wurden 24 Projektschulen in die Befragungen vor Einführung der SGF einbezogen. An drei Schulen kam es im Projektzeitraum zu einer längeren Unterbrechung des Einsatzes der SGF, sodass in diesen Schulen auf eine Datenerhebung 6 und 12 Monate nach der Implementierung verzichtet wurde. Zu diesen Erhebungszeitpunkten liegen somit nur Daten aus 21 Projektschulen vor.

Die Eltern- und Schulpersonalbefragungen fanden direkt vor der Einführung der SGF sowie 6 und 12 Monate nach deren Implementierung statt (Abbildung 1). Eine Ausnahme bildete Cluster 3, in dem aufgrund der beschränkten Projektlaufzeit lediglich vor und 6 Monate nach Einführung der SGF Befragungen durchgeführt wurden. Die Befragungen der Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen fanden vor dem Einsatz der SGF sowie 6 Monate danach statt.

Alle Fragebögen wurden als Papierversion bereitgestellt. Die Ausfülldauer lag für alle Befragten zwischen 15 und 20 Minuten pro Befragungszeitpunkt. Für einen Großteil der erhobenen Konstrukte existieren keine validierten Messinstrumente, sodass wir Instrumente aus anderen Studien adaptierten oder Items neu entwickelten. Um Veränderungen durch die SGF zu erfassen, griffen wir auf Ergebnisse der semi-strukturierten Interviews zurück. Im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse identifizierten wir potenzielle Veränderungen durch die SGF und nutzten diese als Grundlage für neue Items, die wir in die Fragebogenerhebung aufnahmen. Vor der Datenerhebung wurde ein Pretest an einer der Projektschulen durchgeführt und die Anmerkungen eingearbeitet.

Elternbefragungen

Die Befragungen waren anonym und umfassten u.a. Fragen zur Zufriedenheit mit der schulischen Gesundheitsversorgung vor Einführung der SGF, der Einstellung zur Schulgesundheitspflege, der Inanspruchnahme der Akut- und Unfallversorgung vor und nach Einführung der SGF, der Zufriedenheit mit der Versorgung durch die SGF und soziodemographische Angaben. Die erhobenen Konstrukte inkl. ihrer Operationalisierung sind in Tabelle A1 im Anhang zusammengefasst.

Befragungen der Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen

Die Befragungen der Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen wurden pseudonymisiert durchgeführt und fokussierten u.a. auf Angaben zur chronischen Erkrankung des Kindes, die Inanspruchnahme und Zufriedenheit mit der Versorgung vor sowie 6 und 12 Monate nach Einführung der SGF und die Einstellung zur Schulgesundheitspflege. Nähere Informationen hierzu finden sich in Tabelle A2 im Anhang.

Schulpersonalbefragungen

Die Befragungen des Schulpersonals wurden ebenfalls pseudonymisiert durchgeführt. Die Fragebögen umfassten u.a. Angaben zur Beeinträchtigung des Lehrbetriebs durch die Übernahme

medizinischer Versorgungsleistungen, dem Sicherheitsgefühl bei der Erbringung von Versorgungsleistungen vor Einführung der SGF sowie der Zufriedenheit mit und Veränderungen durch den Einsatz der SGF (Tabelle A3 im Anhang).

Telefoninterviews
Die Interviews wurden telefonisch durchgeführt, mittels Audioaufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend durch einen externen Dienstleister wortwörtlich transkribiert. Im Fokus der Interviews standen Erfahrungen mit der SGF, die Zusammenarbeit innerhalb der multidisziplinären Teams an Schulen, Veränderungen durch den Einsatz der SGF sowie Weiterentwicklungspotenziale im Bereich der Schulgesundheitspflege.

Versorgungsdokumentation der Schulgesundheitsfachkräfte
Die SGF erhoben jedes Schulhalbjahr die Anzahl der Eltern, die in die Versorgung durch die SGF einwilligten und ermittelten die Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die mindestens einmal im Schulhalbjahr von der SGF versorgt wurden.

Implementierungstagebuch
Mitarbeitende des Instituts für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik dokumentierten die einzelnen Implementierungsschritte mit Hilfe eines Implementierungstagebuchs. Die Prozesse konnten durch die Teilnahme an wöchentlichen Besprechungen mit den Projektpartnern, Austauschtreffen der SGF und Schulleitungsbesprechungen umfassend dokumentiert werden.

3.6 Analysen

Fragebogenerhebungen
Die Situation vor Einführung der SGF sowie 6 und 12 Monate danach wurde deskriptiv unter Angabe absoluter und relativer Häufigkeiten sowie des Mittelwerts (Standardabweichung) bzw. des Medians (Interquartilsabstand) dargestellt. Unterschiede 6 bzw. 12 Monate nach Einführung der SGF wurden mittels Fisher’s Exakt Tests untersucht. Alle Freitextangaben wurden qualitativ inhaltsanalytisch ausgewertet.

Telefoninterviews
Die Interviews wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Rädiker und Kuckartz ausgewertet [24]. Hierzu wurden zunächst sowohl deduktiv aus den Leitfäden, als auch induktiv aus der initialen Textarbeit thematische Haupt- und Unterkategorien abgeleitet. Das Textmaterial wurde anhand der Kategorien kodiert und das Kodierschema während des Analyseprozesses induktiv um neue Haupt- und Unterkategorien erweitert. Die Analyse erfolgt parallel durch zwei Wissenschaftlerinnen unabhängig voneinander.

4. Ergebnisse

4.1 Stichprobencharakteristika

Fragebogenerhebungen

Elternbefragungen
Insgesamt haben 2.836 Eltern an der Befragung vor Einsatz der SGF, 1.926 Eltern an der Befragung 6 Monate nach Einführung der SGF und 1.485 Eltern an der Befragung 12 Monate nach Einführung der SGF teilgenommen. Die Charakteristika der Elternbefragungen sind in Tabelle 1 dargestellt:

Tabelle 1: Stichprobencharakteristika teilnehmender Eltern

		Vor Einführung der SGF (n = 2.836)	**6 Monate nach Einführung der SGF (n = 1.926)**	**12 Monate nach Einführung der SGF (n = 1.485)**
		N (%) / MW (SD)		
Geschlecht des Kindes	Männlich Weiblich Divers	1.393 (49%) 1.428 (51%) 0 (0%)	947 (50%) 960 (50%) 1 (0%)	738 (50%) 743 (50%) 0 (0%)
Alter des Kindes	In Jahren	8,6 (1,3)	8,2 (1,3)	8,1 (1,3)
Kind mit speziellem Versorgungsbedarf	Nein Ja	2.466 (89%) 319 (12%)	1.667 (89%) 216 (12%)	1.300 (90%) 153 (11%)
Migrationshintergrund	Nein Einseitig Zweiseitig	1.366 (51%) 429 (16%) 888 (33%)	1.008 (55%) 252 (14%) 570 (31%)	737 (52%) 208 (15%) 462 (33%)
Elterlicher Bildungshintergrund	Kein Abitur Abitur*	922 (37%) 1.558 (63%)	611 (37%) 1.052 (63%)	455 (35%) 829 (65%)

Durch Rundungsfehler summieren sich die relativen Häufigkeiten nicht in allen Fällen exakt auf 100%. *Wenn mindestens ein Elternteil die Schule mit der Fachhochschulreife oder der allgemeinen Hochschulreife abgeschlossen hat. MW, Mittelwert; SD, Standardabweichung. Datenquelle: Elternbefragungen.

Befragungen der Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen
An den Befragungen der Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen nahmen vor Einführung der SGF 91 Eltern und 6 Monate nach Einführung 101 Eltern teil. Zu den häufigsten chronischen Erkrankungen der Kinder zählten u.a. Aufmerksamkeitsdefizit(-Hyperaktivitäts)-störungen, Sprachentwicklungsstörungen, Heuschnupfen, allergische Hautausschläge und Asthma bronchiale. Sechs Monate nach ihrer Einführung versorgten die SGF Kinder mit unterschiedlichen chronischen Erkrankungen, wobei sich der Anteil je nach Erkrankung unterschied (Tabelle 2).

Tabelle 2: Anteil der Kinder mit chronischen Erkrankungen, die 6 Monate nach Einführung der SGF von ihr versorgt wurden (N = 101).

Erkrankung	n/N	%	Erkrankung	n/N	%
Allergische Hautausschläge	10/14	71	Migräne	2/5	40
Nahrungsmittelallergien	6/9	67	Entwicklungsverzögerung	4/8	50
Neurodermitis	7/11	64	Sprachentwicklungsstörung	5/15	33
Chronische Bronchitis	3/8	38	ADS/ADHS	6/17	35
Asthma bronchiale	9/15	60	Emotionale Störung	3/9	33
Heuschnupfen	11/18	61	Störung des Sozialverhaltens	4/10	40
Hörstörung	2/4	50	Aggressive Verhaltensstörung	3/7	43
Schilddrüsenerkrankung	1/1	100	Angststörung	3/6	50
Wirbelsäulenleiden	1/1	100	Depression	1/4	25
Blutkrankheit	1/1	100	Zerebralparese	1/2	50
Diabetes mellitus	2/6	33	Krampfleiden (Epilepsie)	2/3	67
Rheuma	1/1	100	Autismus/Asperger-Syndrom	1/2	50

Sechs Monate nach Einführung der SGF wurden von N Kindern mit einer spezifischen chronischen Erkrankung n Kinder von der SGF versorgt. ADS, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom; ADHS, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. Datenquelle: Befragung der Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen.

Schulpersonalbefragungen

Vor Einführung der SGF nahmen 371 Fachkräfte an der Umfrage teil. Sechs und 12 Monate nach Einführung der SGF waren es 271 bzw. 157 Fachkräfte. Die Stichprobencharakteristika sind in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Stichprobencharakteristika des teilnehmenden Schulpersonals

		Vor Einführung der SGF (n = 371)	6 Monate nach Einführung der SGF (n = 271)	12 Monate nach Einführung der SGF (n = 157)
		N (%) / MW (SD)		
Geschlecht	Männlich	50 (15%)	35 (14%)	13 (10%)
	Weiblich	289 (85%)	219 (86%)	124 (91%)
Alter	In Jahren	39,3 (11,4)	39,4 (10,8)	40,8 (10,8)
Funktion	Lehrkraft	234 (68%)	202 (79%)	124 (85%)
	Schulleitung	12 (4%)	3 (1%)	2 (1%)
	Sekretariat	11 (3%)	7 (3%)	5 (3%)
	Sonstige*r Mitarbeiter*in	88 (26%)	44 (17%)	15 (10%)

Durch Rundungsfehler summieren sich die relativen Häufigkeiten teilweise nicht auf 100%. MW, Mittelwert; SD, Standardabweichung. Datenquelle: Schulpersonalbefragung.

Telefoninterviews

An den Interviews nahmen neun Mütter (90%) und ein Vater (10%) teil. Das durchschnittliche Alter der interviewten Eltern lag bei 37,8 Jahren (Standardabweichung: 5,7). Insgesamt acht Eltern (80%) gaben Deutsch als Staatsangehörigkeit an und sechs (60%) das Abitur als höchsten Bildungsabschluss. Als höchsten beruflichen Abschluss gaben drei Eltern (30%) eine Lehre an, drei Eltern (30%) eine Universität oder Hochschule und jeweils ein Elternteil (10%) eine Berufsschule, eine Fachhochschule oder einen anderen Ausbildungsabschluss. Ein Elternteil befand sich noch in beruflicher Ausbildung. Sechs Befragte (60%) waren Elternteil eines Kindes mit chronischer Erkrankung.

An den Interviews mit den Fachkräften nahmen sechs Mitarbeitende (60%) und vier Schulleitungen (40%) teil. Unter den sechs Mitarbeitenden waren fünf Klassenlehrkräfte und eine pädagogische Fachkraft. Alle interviewten Fachkräfte waren weiblich und hatten die deutsche Staatsangehörigkeit. Das durchschnittliche Alter lag bei 50,4 Jahren (Standardabweichung: 8,7). Als höchsten beruflichen Abschluss gaben neun Fachkräfte eine Universität oder Hochschule (90%) und eine Fachkraft die Berufsschule an (10%). Es nahmen alle sechs SGF der Schulen aus Cluster 1 teil. Alle SGF waren weiblich und hatten die deutsche Staatsangehörigkeit. Fünf von ihnen gaben eine Berufsschule als höchsten Bildungsabschluss an (83%), eine SGF studierte an einer Hochschule (17%).

4.2 Status quo vor Einführung der Schulgesundheitsfachkräfte

4.2.1 Status quo aus Sicht der Eltern

In den 6 Monaten vor Einführung der SGF mussten 9% der Kinder aufgrund einer akuten Erkrankung und 14% aufgrund eines Schulunfalls in der Schule versorgt werden. Die Mehrheit der Eltern war mit der schulischen Gesundheitsversorgung zufrieden. Dennoch äußerten 22%, dass sie mit der Versorgung von akuten Erkrankungen und 26%, dass sie mit der Versorgung von Schulunfällen nur teilweise oder nicht zufrieden waren.

Als Gründe für ihre Unzufriedenheit mit der schulischen Gesundheitsversorgung nannten die Eltern u.a. die unzureichende Fachkompetenz und fehlende Befugnisse der Lehrkräfte, die limitierten zeitlichen Ressourcen, die fehlende Infrastruktur (z.B. kein Behandlungszimmer) und eine unzureichende Kommunikation mit den Lehrkräften zu gesundheitlichen Themen.

4.2.2 Status quo aus Sicht der Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen

In den 6 Monaten vor Einführung der SGF wurden 17% der Kinder aufgrund ihrer chronischen Erkrankung in der Schule versorgt. Die Zufriedenheit mit der schulischen Gesundheitsversorgung war hoch. 82% der Eltern gaben an, mit der Versorgung zufrieden bis äußerst zufrieden zu sein. Insgesamt waren 73% der Eltern mit dem Wissen der Lehrkräfte über die Erkrankung ihres Kindes zufrieden bis äußerst zufrieden und 75% der Eltern damit, wie die Lehrkräfte auf die chronische Erkrankung ihres Kindes achteten.

Trotz der hohen Zufriedenheit wurden auch von dieser Elterngruppe Hürden in der Versorgung genannt. So ging aus den Elterninterviews hervor, dass die bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung teilweise mit einem hohen Zeitaufwand für die Eltern verbunden war (u.a. Fahrten in die Schule zur Medikamentengabe). Die Eltern berichteten zudem, dass sie ihr Kind häufig aus der Schule abholen oder die Lehrkräfte bei der Versorgung ihres Kindes unterstützen mussten (z.B. Beratung bei Blutzuckermessung). Auch die Unsicherheit, ob das Kind in der Schule medizinisch gut versorgt würde, spielte bei den Eltern eine wichtige Rolle und wirkte sich auch auf das Arbeitsleben aus:

> *„Ich sage mal, davor war ich halb in Gedanken bei [meinem Kind] und halb auf der Arbeit. Weil ich immer gedacht habe, oh, geht das gut, kommen die mit klar, wenn irgendwas ist, rufen dich auch an, rufen die den Notarzt an. Und so weiter.“ (Eltern 8, 30)*

4.2.3 Status quo aus Sicht des Schulpersonals

Das Schulpersonal war vor Einführung der SGF durchschnittlich 20 Minuten pro Woche (IQR: 10 – 40 Minuten) mit der medizinischen Versorgung erkrankter Schülerinnen und Schüler beschäftigt. 30% der Lehrkräfte sahen ihren Unterricht durch die Übernahme gesundheitsbezogener Tätigkeiten beeinträchtigt. Die Situation in ihrer Klasse beschrieb eine Lehrkraft wie folgt:

> *„[…] ich habe außer diesem Kind, das Schmerzen hat, eben noch zwanzig weitere Kinder, die keine Schmerzen haben (lacht leicht), aber nicht über Tische und Bänke gehen sollen. […] [Und ich musste] meine Klasse managen und eben dieses verletzte Kind noch dazu, das vielleicht einen Verband gebraucht hat oder ein Pflaster. Dann habe ich vielleicht im Klassensaal kein Pflaster mehr. Dann muss ich den Klassenraum verlassen. Ich muss im anderen Gebäudeteil ein neues Pflaster holen. Und in dieser Zeit sind eben die Kinder alle unbeaufsichtigt.“ (Lehrkraft 4, 27)*

80% des Schulpersonals fühlte sich für die Versorgung kranker Kinder zuständig. Für 61% stellte die Betreuung kranker Kinder eine Belastung dar. Beim Umgang mit Erkrankungen, Beeinträchtigungen und (Notfall-) Situationen fühlten sich 76% des Schulpersonals eher oder sehr unsicher. Das Unsicherheitsgefühl variierte je nach Versorgungsanlass zwischen 11% und 95% (Abbildung 4).

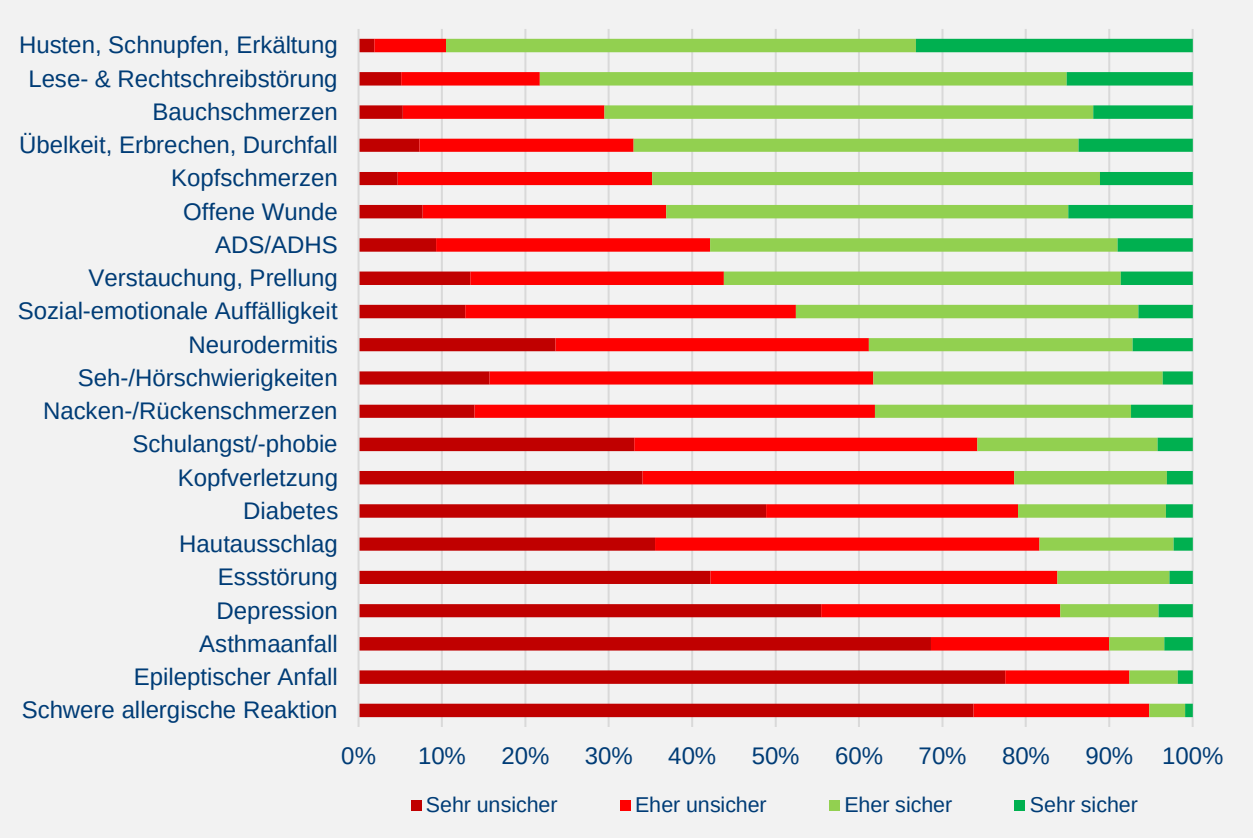


Abbildung 4: Sicherheitsgefühl des Schulpersonals nach Versorgungsanlass vor dem Einsatz der SGF (N = 365). ADS, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom; ADHS, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. Datenquelle: Schulpersonalbefragung.

Unsicherheiten im Umgang mit Erkrankungen, Beeinträchtigungen oder (Notfall-) Situationen wurden auch in den Interviews mehrfach genannt. Trotz Erster-Hilfe-Kurse fühlte sich das Schulpersonal unsicher, wie im Notfall angemessen reagiert werden sollte.

In Bezug auf Kinder mit chronischen Erkrankungen berichtete das Schulpersonal von einer eingeschränkten Teilhabe bei Schulausflügen und der Ganztagsbetreuung. Als Gründe hierfür wurden Unsicherheiten und Ängste der Eltern und der Ganztagsmitarbeitenden genannt. Eine Schulleitung berichtete:

> *„Na ja, es gab Probleme mit einem Kind, was Diabetes hatte und was im Ganztag öfter fast kollabiert wäre. Und da hatten meine Ganztagsmitarbeiter schon Probleme und Ängste entwickelt, sie wollten das Kind nicht mehr versorgen. Sie wollten, dass es aus der Gruppe rausgenommen wird, weil sie die Verantwortung nicht übernehmen wollen, wenn das unterzuckert oder irgend/." (Schulleitung 3, 57)*

4.3 Implementierung der Schulgesundheitsfachkräfte

4.3.1 Inanspruchnahme der Schulgesundheitsfachkräfte

Sowohl die SGF als auch die Lehrkräfte berichteten, dass die Kinder die Versorgung durch die SGF von Beginn an gut annahmen und die SGF mit ihren Problemen ganz selbstverständlich aufsuchten:

> *„Und es ist schon, es hat sich schon eingebürgert in der kurzen Zeit tatsächlich, dass sie einfach ganz selbstverständlich da hingehen und ihre Sorgen und Nöte mitteilen dürfen und auch ihre Wehwehchen verarztet bekommen." (Lehrkraft 2, 17)*

Die anfängliche Skepsis und Unsicherheit einiger Kinder legte sich schnell, nachdem sie selbst oder Mitschülerinnen und Mitschüler von der SGF versorgt wurden.

Die Akzeptanz der SGF an den Schulen zeigte sich auch an einer hohen Reichweite der Versorgung. Der Anteil der Kinder, die die SGF im ersten Schulhalbjahr aufsuchten, lag zwischen 50% und 91% (Mittelwert: 68%), im zweiten Schulhalbjahr zwischen 48% und 86% (Mittelwert: 66%) und im dritten Schulhalbjahr zwischen 50% und 92% (Mittelwert: 71%).

Kinder mit chronischen Erkrankungen wurden 6 Monate nach Einführung der SGF in den meisten Fällen durch die SGF oder die Lehrkraft versorgt. Auf die Frage wer sich normalerweise um die medizinische Versorgung in der Schule kümmerte, gaben 45% der Eltern die SGF, 33% die Lehrkräfte, 7% die Mitarbeitenden der Ganztagsbetreuung sowie 1% die Sekretariatsmitarbeitenden an. 30% der Eltern gaben an, dass sich niemand um die Versorgung kümmerte.

4.3.2 Implementierung aus Sicht des Schulpersonals

<u>Einstellung des Schulpersonals zum Einsatz der Schulgesundheitsfachkräfte</u>
Insgesamt wurde der Einsatz der SGF positiv bewertet. Das Schulpersonal empfand die Zielsetzung der Schulgesundheitspflege großteils als wichtig, bewertete den Einsatz als unerlässlich und sah Vorteile für die eigene Arbeit. Die SGF leisteten aus Sicht des Schulpersonals zudem einen wichtigen Beitrag zur Schulentwicklung (Abbildung 5).

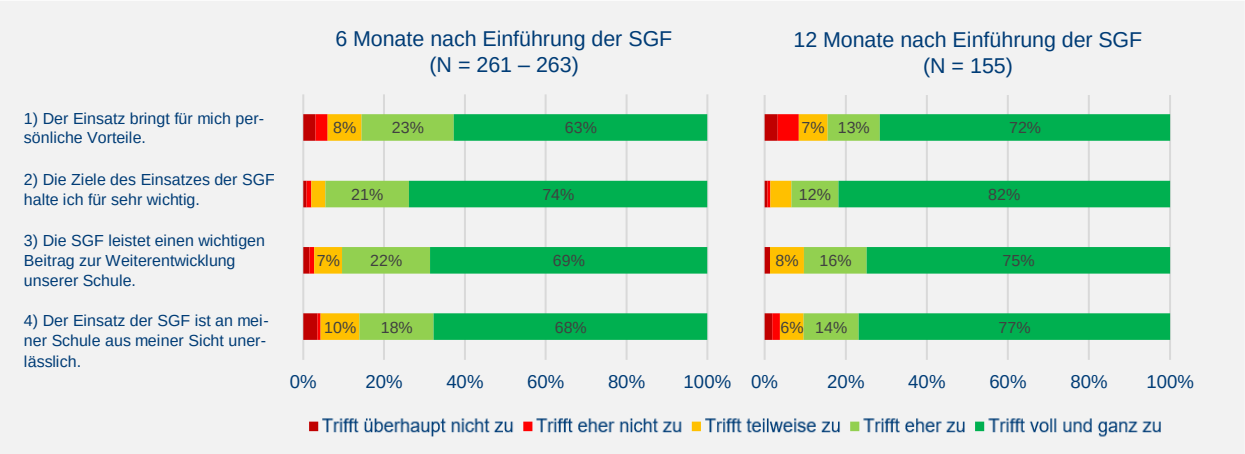


Abbildung 5: Einstellung des Schulpersonals zur Schulgesundheitspflege. Datenquelle: Schulpersonalbefragungen.

Auch aus den Ergebnissen der qualitativen Erhebungen ging hervor, dass die SGF überwiegend positiv in den Schulen ankamen. Gleichzeitig wurde geäußert, dass sich die SGF mit ihren Tätigkeitsschwerpunkten erst einmal in den Schulgemeinschaften etablieren mussten und sich so vereinzelte, anfänglich skeptische Meinungen zeitnah revidieren ließen. Eine SGF berichtete:

> *„Man musste sich den Weg so ein bisschen bahnen, weil keiner wusste, was ich jetzt dort machen werde. Und jeder war erstmal der Meinung, na ja, das braucht es ja nicht wirklich, das ging vorher auch ohne Krankenschwester an der Schule. Aber mittlerweile hat sich das dann dahingehend entwickelt, dass sie alle sehr dankbar sind, dass man da ist.“ (SGF 5, 26)*

<u>Zusammenarbeit mit der Schulleitung und dem Schulpersonal</u>

Die Zusammenarbeit mit den Schulleitungen und dem Schulpersonal wurde von einem Großteil der SGF positiv beschrieben und zeichnete sich durch offene Kommunikation, gegenseitige Wertschätzung und Mitspracherecht der SGF aus. Möglichkeiten für einen regelmäßigen Austausch, insbesondere mit den Schulleitungen, wurden als förderlich für die Zusammenarbeit erlebt. Als Faktoren, die sich hemmend auf die Zusammenarbeit auswirkten, wurden der Zeitmangel der Schulleitungen, eine unzureichende Kommunikation sowie unklare gegenseitige Erwartungshaltungen genannt.

Zu Beginn des Einsatzes standen vor allem Absprachen und organisatorische Aspekte der Versorgung im Vordergrund (z.B. eigenständiges Aufsuchen der SGF durch die Kinder). Besonders für die Schulleitungen bedeutete dies zu Beginn des Einsatzes einen Mehraufwand:

> *„Wir waren sehr beschäftigt mit der Einrichtung des Raumes und dem richtigen Einsatz der Gelder. Also da hat es auch lang noch gehakt mit Internetzugang und Computer. Und also eigentlich waren die ersten vier Wochen Ankommen, Einrichten, Bekanntmachen, mal in jede Klasse gehen, sich vorstellen.“ (Schulleitung 3, 35)*

Die Organisation schulinterner Versorgungs- und Informationsabläufe stellte sich zum Teil als herausfordernd dar. Hier mussten im Implementierungsprozess verschiedenste Anpassungen vorgenommen werden (z.B. Einführung von Regelungen, um den Andrang der Kinder zu kanalisieren; Information über die Abwesenheit der SGF durch ein Türschild am Behandlungszimmer).

Integration in das Kollegium

Die Lehrkräfte beschrieben, dass die SGF fest in das Kollegium integriert wurden und nicht mehr aus dem Schulleben wegzudenken waren. Die Mehrheit der SGF äußerte jedoch, dass sie durch ihre Profession als Einzelkämpfer in der Schule agierten. Ein Großteil der SGF fühlte sich zwar vom Kollegium wertgeschätzt, jedoch nicht komplett in das Kollegium integriert.

> *„Was schwierig ist, ist so eine Bindung in das Schulsystem. Also das ist auch heute noch schwierig. Also ich habe/ ich vergleiche das immer auf Station. Also die Krankenschwester waren oder sind so ein Häufchen. Dann gibt es die Ärzte, die sind ein Häufchen. Und die Physiotherapie ist ein Häufchen. Und so ist das jetzt in der Schule auch. Die Lehrer ist so ein Häufchen (lacht leicht) für sich. Dann die Sekretärinnen, der Hausmeister, die Sozialarbeiterin. Es ist schwierig, irgendwo reinzukommen." (SGF 3, 25)*

Als weiterer Grund für eine fehlende Integration in den Schulalltag wurde berichtet, dass einige SGF nur lückenhaft über schulinterne Veranstaltungen und Konferenzen informiert waren. Dies lag insbesondere daran, dass manche SGF nicht in die Schulapp aufgenommen wurden, über die ein Gutteil des Informationsaustausches zu schulinternen Terminen erfolgte.

Zufriedenheit des Schulpersonals mit der Versorgung durch die Schulgesundheitsfachkräfte

Sechs Monate nach Einführung der SGF gaben 97% des Schulpersonals an, mit der Versorgung durch die SGF zufrieden bis äußerst zufrieden zu sein. Zwölf Monate nach der Einführung lag der Anteil bei 94%.

Da die Fehltage der SGF aufgrund der Weiterbildungsveranstaltungen zwischen den Clustern sehr unterschiedlich verteilt waren und sich die Abwesenheit der SGF negativ auf die Zufriedenheit auswirken könnte, wurde diese getrennt nach der Anzahl der Fehltage betrachtet. An Schulen, in denen die SGF in den ersten 6 Monaten 5 Tage fehlten und in den darauffolgenden 6 Monaten zwischen 17 und 25 Fehltage hatten, waren nach 6 Monaten 98% und nach 12 Monaten 90% des Schulpersonals zufrieden bis äußerst zufrieden mit der Versorgung durch die SGF. In Schulen, in denen die Fehltage der SGF von 22 Tagen nach 6 Monaten auf 28 Tage nach 12 Monaten anstiegen, gaben nach 6 bzw. 12 Monaten insgesamt 92% bzw. 90% des Schulpersonals an, sehr oder äußerst zufrieden zu sein.

Auch in den Schulpersonalbefragungen zeigte sich, dass die langen Abwesenheitszeiten der SGF aufgrund der Fortbildung einen Grund für die Unzufriedenheit mit der Versorgung durch die SGF darstellten. Weitere Gründe waren das Stellenprofil der SGF (z.B. Teilzeitstelle), mangelnde schulinterne Regelungen (z.B. Unterrichtsfehlzeiten der Kinder durch Warten auf Versorgung) sowie Kommunikationsschwierigkeiten (z.B. kurzfristige Information über Abwesenheit der SGF).

4.3.3 Implementierung aus Sicht der Eltern

Einstellung der Eltern zum Einsatz der Schulgesundheitsfachkräfte

Die überwiegende Mehrheit der Eltern erachtete den Einsatz der SGF als unerlässlich und gab an, dass sowohl ihr Kind, als auch sie selbst von der SGF profitierten (Abbildung 6).

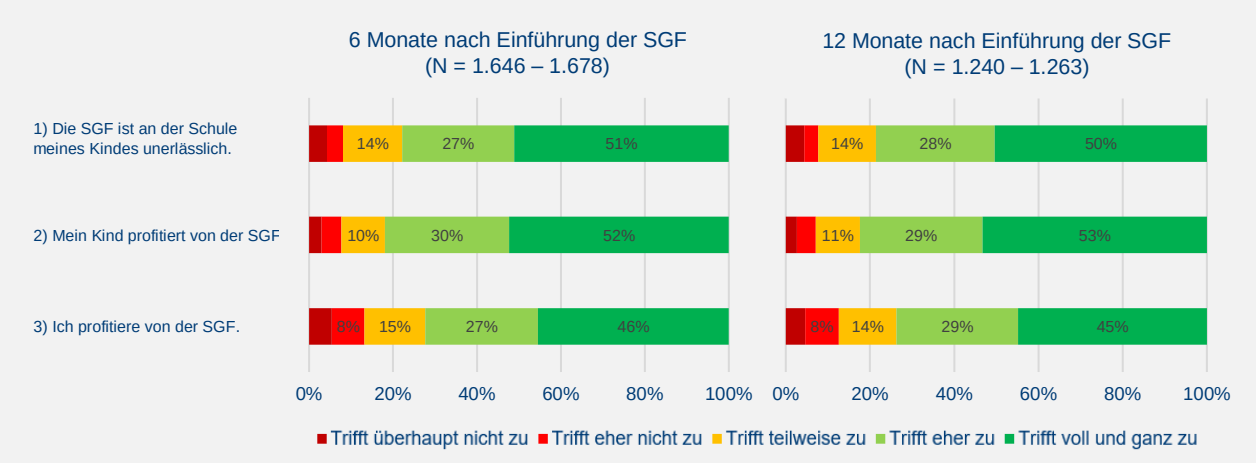


Abbildung 6: Einstellung der Eltern zur Schulgesundheitspflege. SGF, Schulgesundheitsfachkraft. Datenquelle: Elternbefragungen.

Ein Großteil der Eltern stimmte der Versorgung durch die SGF mittels Einwilligungserklärung zu. Sechs Monate nach Einführung der SGF lag die Zustimmung zwischen 65% und 98% (Mittelwert: 86%). Nach 12 Monaten lag der Anteil zwischen 68% und 99% (Mittelwert: 90%) und nach 18 Monaten zwischen 70% und 99% (Mittelwert: 92%).

Die interviewten Fachkräfte nannten insbesondere eine anfängliche Skepsis und Unsicherheiten sowie datenschutzrechtliche Bedenken als mögliche Ursachen, warum Eltern eine Versorgung durch die SGF ablehnten:

> *„Und die Lehrer haben am Elternabend ebenfalls die Schulgesundheitskraft vorgestellt. Sie war auch da. Hat sich vorgestellt. Um den Eltern auch ein bisschen Ängste zu nehmen, weil doch manche gesagt haben, 'nein, wollen wir nicht, dass unser Kind da behandelt wird oder betreut wird'. Und da sind nochmal viele Ängste abgebaut worden.“ (Schulleitung 2, 45)*

> *„Aber es gibt auch einfach Eltern, die voreingenommen sind. Da kann man nicht viel ändern. Die werden vielleicht wach, wenn der Fall akut ist und sie dann sehen, dass sie geholfen bekommen. Aber man kriegt nie hundert Prozent.“ (Schulleitung 3, 51)*

> *„Das war so ein bisschen die Bürokratie, beziehungsweise die Einwilligungserklärungen der Eltern. Also da haben manche Eltern an unserer Schule, waren nicht bereit, da die Daten der Kinder quasi bekannt zu geben oder offenzulegen.“ (Lehrkraft 5, 44)*

<u>Zufriedenheit der Eltern mit der Versorgung durch die Schulgesundheitsfachkräfte</u>

Sechs bzw. 12 Monate nach Einführung der SGF gaben 20% bzw. 21% der teilnehmenden Eltern an, dass ihr Kind in den letzten 6 Monaten die Versorgung der SGF aufgrund von akuten Erkrankungen in Anspruch genommen hatte. Die Zufriedenheit der Eltern mit der Versorgung durch die SGF lag je nach Befragungszeitpunkt zwischen 95 - 98%. Waren vor dem Einsatz der SGF 22% der Eltern nur teilweise oder nicht mit der Versorgung bei akuten Erkrankungen zufrieden, so lag der Anteil der Eltern 6 Monate nach Einführung der SGF bei 5% und 12 Monate nach Einführung bei 2%.

Ähnliche Ergebnisse zeigten sich bei der Versorgung von Schulunfällen. Die Inanspruchnahme der Versorgung aufgrund eines Unfalls oder einer Verletzung lag 6 bzw. 12 Monate nach Einführung der SGF bei 29% bzw. 30%. Insgesamt zeigte sich eine hohe Zufriedenheit der Eltern mit der Versorgung durch die SGF. Rund 94 – 95% der Eltern gaben an, mit der Versorgung durch die SGF zufrieden bis äußerst zufrieden zu sein. Der Anteil der Eltern, die teilweise oder nicht zufrieden war, lag vor Einführung der SGF bei 26% und 6 bzw. 12 Monaten nach Einführung der SGF bei 6% bzw. 5%.

Die Eltern zeigten sich unabhängig davon, ob ihr Kind tatsächlich durch die SGF betreut wurde, mit der Schulgesundheitspflege zufrieden. So gaben nach 6 bzw. 12 Monaten 97% bzw. 96% der Eltern an, zufrieden oder äußerst zufrieden zu sein.

Als Gründe für ihre Unzufriedenheit mit der Versorgung durch die SGF nannten die Eltern insbesondere folgende Aspekte:

- Informationsdefizite zum Aufgabenbereich und zu den Kontaktdaten der SGF
- Unzureichende Kommunikation zwischen Eltern und SGF zur Versorgung (z.B. fehlende Information der Eltern über Versorgung ihres Kindes, schlechte Erreichbarkeit der SGF)
- Unzufriedenheit mit dem Stellenprofil (z.B. lange Abwesenheitszeiten, Teilzeitstelle, fehlende Vertretungskraft)

4.3.4 Implementierung aus Sicht der Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen

<u>Einstellung der Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen zum Einsatz der Schulgesundheitsfachkräfte</u>
Die SGF wurden von den allermeisten Eltern als unerlässlich angesehen, wobei sowohl die Kinder als auch die Eltern selbst von ihrem Einsatz profitierten (Abbildung 7).

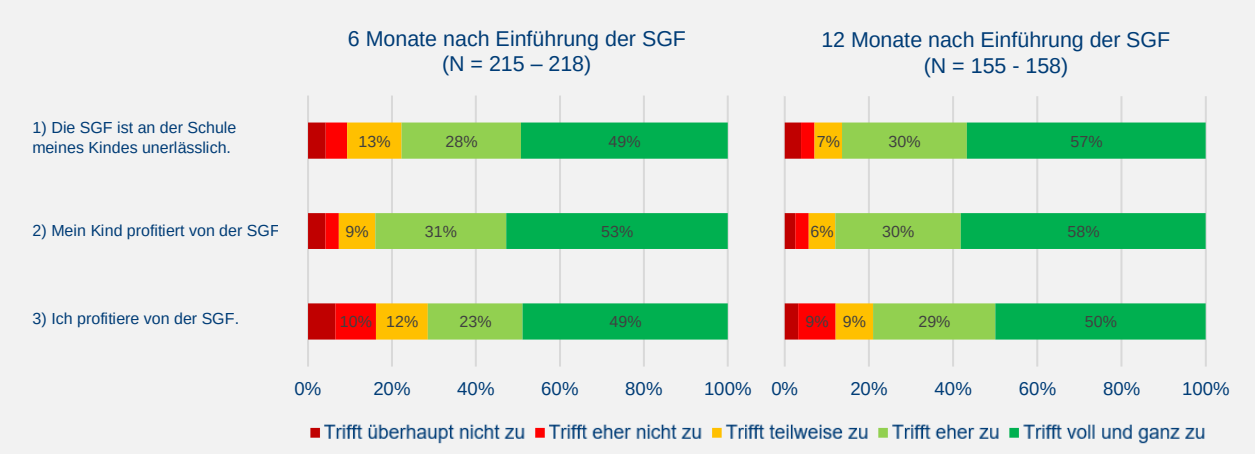


Abbildung 7: Einstellung der Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen zur Schulgesundheitspflege. SGF, Schulgesundheitsfachkraft. Datenquelle: Elternbefragungen.

In den Interviews wurde berichtet, dass Eltern die Versorgung durch die SGF in Einzelfällen ablehnten, da die Betreuung durch die Lehrkräfte als ausreichend angesehen wurde:

> *„Also wir haben zwo, drei Diabetikerkinder. Die habe so eine Pumpe, eine Insulinpumpe. Und da sind aber die Lehrer so gut geschult mittlerweile, von den Eltern, dass sich die Eltern da gar nicht groß reinreden wollen, beziehungsweise die Lehrer. Es war dann zwo-, dreimal eine Mama da. Die hat mir dann aber auch gesagt, okay, wenn dann mal wirklich der Lehrer nicht da ist, und dann könnte ich das übernehmen. Aber ansonsten würde sie das schon gerne so lassen, wie es ist.“ (SGF 3, 18)*

Zufriedenheit der Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen mit der Versorgung durch die Schulgesundheitsfachkräfte

Rund 22 – 24% der Kinder nahmen die Versorgung 6 und 12 Monate nach Einführung der SGF aufgrund ihrer chronischen Erkrankung in Anspruch. Der Anteil der zufriedenen bis äußerst zufriedenen Eltern lag vor dem Einsatz der SGF bei 82%, 6 Monate nach der Implementierung bei 88% und 12 Monate später bei 91%.

Unabhängig davon, ob ihr Kind tatsächlich von der SGF betreut wurde, gaben 6 bzw. 12 Monate nach Einführung der SGF 96% bzw. 97% der Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen an, zufriedenen bis äußerst zufrieden mit der Versorgung durch die SGF zu sein.

4.3.5 Querschnittsaspekte der Implementierung

Zugang zu Informationen

Die Schulleitungen erhielten ca. 2 – 6 Monate vor Einführung der SGF in einer Onlineveranstaltung erste Informationen zum Projekt und den Tätigkeitsfeldern der SGF. Das Schulpersonal wurde durch die Schulleitung und die SGF über das Projekt, die Tätigkeitsbereiche sowie Kontaktmöglichkeiten der SGF informiert. Zudem stellte sich die SGF persönlich in der Schulkonferenz vor. Das Schulpersonal gab an, sich insgesamt gut informiert zu fühlen. Lediglich vereinzelt gab es im Projektverlauf noch Unklarheiten über den Aufgabenbereich der SGF.

Die Eltern wurden per Informationsschreiben und Steckbrief über die SGF und ihren Tätigkeitsbereich informiert. Viele SGF stellten sich zudem persönlich an Elternabenden oder bei der Einschulung vor. Einzelne Schulen informierten die Eltern zusätzlich über die Schulhomepage. Die interviewten Eltern gaben an, mit der Bekanntmachung und den Informationen zufrieden zu sein. Die Informationen wurden im Allgemeinen als ausreichend und verständlich empfunden. Nichtsdestotrotz zeigte die Elternbefragung, dass bei einigen Eltern ein Informationsdefizit hinsichtlich des Aufgabenbereichs und der Kontaktdaten der SGF vorlag.

Die Schülerinnen und Schüler bekamen den Raum der SGF durch die Klassenlehrkraft gezeigt. Zusätzlich stellte sich die SGF in den einzelnen Klassen vor und erklärte den Kindern ihre Tätigkeiten. Bereits unmittelbar nach der Vorstellung zeigte sich bei den Kindern eine große Neugierde.

Die SGF suchten insbesondere mit Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen den Kontakt, um versorgungsrelevante Aspekte abzusprechen. Die Eltern konnten auf der Einwilligungserklärung einen Kontaktwunsch hinterlassen, woraufhin sich die SGF zurückmeldete. Darüber hinaus spielten die Schulleitungen bei der Vermittlung und Informationsweitergabe von Versorgungsbedarfen bei chronischen Erkrankungen eine wichtige Rolle:

> *„Bei den Eltern war das, wir haben zwo, drei chronisch kranke Kinder. Da hatte ich dann auch mal den Kontakt weitergeleitet, wo ich gesagt habe, es wäre ganz gut, weil die Mutter sehr überängstlich war. Wo ich ihr dann auch so ein bisschen die Angst nehmen konnte und sagen, wir haben jetzt eine Fachkraft hier im Haus. Sie soll sich doch mal mit ihr in Verbindung setzen, um zu klären, das, wenn mit den Kindern was ist, dass wir eben hier jemanden haben, der dann auch adäquat agieren kann." (Schulleitung 1, 27)*

Im Gegensatz zur innerschulischen Informationsweitergabe war es schwierig, über den Öffentlichen Gesundheitsdienst Informationen zu Kindern mit chronischen Erkrankungen zu erhalten. So beschrieben einige SGF, dass aufgrund von Schweigepflichtsregelungen eine direkte Informationsweitergabe nicht möglich war und nur über Umwege funktionierte:

> *„Und wenn man da ein auffälliges Kind hat, also das ist so, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst mir die Kinder nicht melden darf, aufgrund der Schweigepflichtsregelungen. Aber der Rektorin. Die kriegt ja das Schreiben vom Öffentlichen Gesundheitsdienst. Und die bespricht dann mit den Eltern, ob sie einverstanden sind, dass wir uns mal zusammensetzen mit dem chronisch kranken Kind und mit mir zusammen, damit es hier die bestmöglichste Versorgung bekommt, falls mal was wäre." (SGF 1, 21)*

<u>Inner- und außerschulische Vernetzung mit weiteren Professionen</u>
Die Zusammenarbeit mit der Schulsozialarbeit gestaltete sich je nach Schule und SGF unterschiedlich. Einige SGF berichteten von einem guten Austausch und frühzeitigen Gesprächen über gemeinsame Tätigkeitsfelder, die sich förderlich auf die Zusammenarbeit auswirkten:

> *„Und wir haben uns auch recht zeitnah, wie ich dann an der Schule angekommen bin, mit einem Termin mal zusammengesetzt und haben mal gesprochen darüber, wo denn so unsere, ja, so unsere Eckpunkte quasi sind. Also wie wir uns miteinander austauschen können. Und das ist natürlich auch super, finde ich. Und wir verstehen uns auch. Und wir haben uns auch schon so das eine oder andere Kind mal rüber geswitcht." (SGF 2, 30)*

Für andere SGF erwies sich die Zusammenarbeit als schwierig, da die Schulsozialarbeit wenig anwesend oder nicht fest an der Schule verankert war. In Einzelfällen kam es zu Schwierigkeiten im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit, da eine klare Trennung der Tätigkeitsbereiche gewünscht war. Zur Zusammenarbeit mit dem weiteren Schulpersonal (u.a. Sekretariatskräfte, Hausmeister, pädagogische Fachkräfte) können aufgrund fehlender Daten keine Angaben gemacht werden.

Zur Förderung der außerschulischen Vernetzung der SGF wurde von der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. eine Kontaktliste mit regionalen Ansprechpersonen zur Verfügung gestellt (u.a. Sprachmittlerinnen und Sprachmittler). Zudem wurden verschiedenste Institutionen zu Vernetzungstreffen mit den SGF eingeladen. Darunter waren u.a. die regionalen Gesundheitsämter mit den zuständigen Schulärztinnen und Schulärzten, die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Rheinland-Pfalz e.V. sowie die Unfallkasse Rheinland-Pfalz. Die außerschulische Vernetzung gestaltete sich insgesamt sehr individuell. Die Kontaktadressen waren aus Sicht der SGF sinnvoll und nützlich, es bestand jedoch teilweise wenig bis kein Bedarf an Vernetzung. Während einige SGF berichteten, dass sie bereits im Rahmen einer Hospitation bei der Schuleingangsuntersuchung oder im Zuge anonymer Fallbesprechungen mit den Schulärztinnen und Schulärzten in Kontakt gekommen waren, hatten andere noch keine Erfahrungen mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst gemacht.

Einige SGF äußerten den Wunsch nach einer stärkeren Vernetzung mit den Kinderärztinnen und Kinderärzten in der Region, da viele Kinderarztpraxen während des Projektzeitraums noch wenig über die Schulgesundheitspflege wussten. Einige SGF suchten aktiv den Kontakt, indem sie z.B. durch ein Telefonat oder einen Besuch in der Praxis aktiv auf die Kinderärztinnen und Kinderärzte zugingen. Neben vielen positiven Rückmeldungen gab es auch kritische Nachfragen und eine teils zurückhaltende Einstellung seitens der Kinderärztinnen und Kinderärzte.

Unterstützungsstrukturen und projektinterne Vernetzung der Schulgesundheitsfachkräfte
Die SGF fühlten sich von der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. gut unterstützt. Als förderlich wurden der Erfahrungsaustausch mit den SGF der Mainzer Pilotschulen (u.a. Hospitationsmöglichkeiten, Durchführung orientierender Fortbildungen zur Tätigkeit von SGF, telefonische Kontaktmöglichkeit) und die pädiatrische Sprechstunde beschrieben. Die Rückmeldungen aus dem wöchentlichen Austauschtreffen zeigten jedoch, dass zahlreiche SGF keine Notwendigkeit zur Nutzung der Sprechstunde sahen. Darüber hinaus war aus Sicht der SGF der Zeitpunkt der Sprechstunde aufgrund der Pausenzeiten in der Schule ungünstig gewählt. Bei individuellen Fragen zu Kindern mit chronischen Erkrankungen waren meist die behandelnden Kinderärztinnen und Kinderärzte oder der Öffentliche Gesundheitsdienst die erste Anlaufstelle. Die themenspezifischen Schulungen durch die Pädiaterinnen wurden durchwegs als sinnvoll erachtet.

Die Vernetzung und der Austausch unter den SGF wurde als gut beschrieben. Die wöchentlichen Austauschtreffen und die Präsenztage während der Weiterqualifizierung unterstützten das Kennenlernen und den Austausch der SGF untereinander. Einzig die Zeiten des wöchentlichen Austauschtreffens wurden von einigen SGF aufgrund des laufenden Schulbetriebs und der Pausenzeiten als nicht optimal beschrieben.

4.3.6 Implementierungsbarrieren

In den Interviews zeigten sich die folgenden Barrieren im Implementierungsprozess.

Fehlzeiten durch Weiterqualifizierung
Die Fehlzeiten, die durch die Teilnahme an der Weiterqualifizierung entstanden, wurden von zahlreichen Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern als Barriere für die Implementierung der Schulgesundheitspflege empfunden, da hierdurch die Versorgungskontinuität beeinträchtigt wurde.

Teilzeitstelle
Die Tätigkeit der SGF im Rahmen einer Teilzeitstelle wurde von den Interviewten als Barriere thematisiert, da die Versorgung am Nachmittag nicht abgedeckt werden konnte und sich die Teilnahme an Dienstbesprechungen und Elternabenden schwierig gestaltete. Darüber hinaus wurde durch die Teilzeitbeschäftigung der Austausch mit Lehrkräften und Eltern sowie der Gesamtüberblick über die schulische und gesundheitliche Situation von Schülerinnen und Schülern beeinträchtigt:

> *„Also im Moment ist so ein Spagat zwischen Kindern, verletzten Kindern und Kindern, die bei der Sozialarbeiterin betreut werden. Da ist so eine Schnittstelle, die nicht ganz klappt, weil sie kriegt das Medizinische mit. Und wenn ich sie dann auf dem Flur treffe und sage,*

> *'ja, der Junge ist aber und hm-hm-hm und man muss den Gesamtrahmen sehen', warum grade er in den Bauch geboxt bekam, also noch ein bisschen drüber raus, da ist die Zeit für die Vernetzung dieser Fälle auch nicht ausreichend. Weil sie könnte ja wesentlich besser einschätzen, wenn sie weiß, dieses Kind wird immer geschlagen, und die Mutter steht jetzt da und schimpft. Und dann kann sie sich nicht äußern, weil sie kann sich nur äußern, ja gut, 'der hat Bauchweh, nehmen Sie ihn mit'. Aber sie kennte diese ganzen Randgeschichten zu diesen Kindern nicht. Weil da auch nicht genug Zeit dafür da ist" (Schulleitung 3, 27)*

Kenntnisse der Schulgesundheitsfachkräfte in Bezug auf das Schulsystem

Die SGF verfügten als Fachkräfte, die im Gesundheitssystem ausgebildet wurden und vor ihrer Tätigkeit in der Schulgesundheitspflege vorwiegend in Institutionen des Gesundheitswesens tätig gewesen waren, zu Beginn ihrer Tätigkeit lediglich über eingeschränkte Kenntnisse des Schulsystems. Dies wurde in den Interviews als Barriere beschrieben:

> *„Wir Schulgesundheitsfachkräfte, wir stehen so ein bisschen mittendrin. Wir kennen das System Schule noch nicht wirklich gut. Wir kennen auch verschiedene Verfahren in der Gesundheitsfürsorge noch nicht, was jetzt/ was es alles tatsächlich für Hilfen gibt, die Kinder haben können. (…) Wir wissen den Ablauf nicht; welchen Antrag muss ich zuerst stellen, um diesen und jenen Prozess in einer Schule ausführen zu können. Oder muss erst ein Prozess in der Schule stattfinden, bevor ein Antrag gestellt werden kann. Also diese beiden Bereiche im Leben, sage ich mal, aufeinander zu bringen, das ist ganz schwierig im Moment." (SGF 5, 44)*

Als Lösungsansatz könnten Anteile der Weiterqualifizierung, die Kenntnisse zum Schulsystem vermitteln, vorverlegt werden, sodass diese vor dem Einsatz in der Schule absolviert werden können. Zudem wurden einführende Gespräche zwischen SGF und Schule vor dem Schuleinsatz als gewinnbringend erachtet, um vorhandene Strukturen frühzeitig kennenzulernen.

Verzögerungen in Bezug auf Raumbereitstellung und Internetzugang

In den Interviews wurde thematisiert, dass es an manchen Schulen zu Verzögerungen in Bezug auf die Raumausstattung und die Verfügbarkeit von Internet kam, die die Tätigkeit der SGF anfänglich behinderten.

Finanzierung der Verbrauchsmaterialien

Die Kosten für die Erstausstattung des Raumes wurden anfänglich von den Fördervereinen der Schulen getragen. Da sich im Projektverlauf bürokratische Hürden zeigten (z.B. Verwendungsnachweis), wurde die Bestellorganisation auf die Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. übertragen. Im weiteren Projektverlauf wurde die Bestellung von Verbrauchsmaterialien über das Bestellsystem der Schulen und die Schulträger abgewickelt. Das Bestellen ging an einzelnen Schulen mit Schwierigkeiten einher. Bestellungen konnten zwar über das bestehende Bestellsystem durchgeführt werden, jedoch wurde die Nutzung des Systems als sehr zeitaufwändig und die Produkte als sehr teuer beschrieben. Darüber hinaus konnten manche Materialien nicht bestellt werden (z.B. Tee, Traubenzucker, Salben). Für diese Materialien wurden an den Schulen zum Teil Regelungen mit Schulträgern und Fördervereinen getroffen oder es wurden vorhandene Schulbudgets genutzt. Ein einheitliches Vorgehen für alle Schulen konnte bisher nicht etabliert werden.

4.4 Weiterentwicklungspotenziale

Weiterentwicklung der Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen

Weiterentwicklungspotenzial sahen die Interviewten v.a. in der Aufklärung durch die SGF im Rahmen von Schulungen des Schulpersonals, der Eltern und der Schülerinnen und Schüler mit chronischen Erkrankungen. Als Beispiele wurden Schulungen für Lehrkräfte zum Erkennen erster Krankheitssymptome, das Bereitstellen von krankheitsspezifischen Informationen und Tipps für Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen, die Sensibilisierung und Aufklärung der Mitschülerinnen und Mitschüler bzgl. chronischer Erkrankungen sowie die Unterstützung der Kinder im Umgang mit ihrer Erkrankung (u.a. das Zeigen von Atemübungen) genannt.

Vernetzung in multiprofessionellen Teams

Neben der Vernetzung mit den regionalen Kinderarztpraxen und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst wurden in den Interviews weitere Berufsgruppen genannt, um die Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen in multiprofessionellen Teams zu stärken. Zur Etablierung umfassender Versorgungsnetze erschien den Interviewpartnerinnen und -partnern eine zusätzliche Vernetzung mit Professionen wie der Logopädie, Ergotherapie und Heilpädagogik sinnvoll.

Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung

Die Interviewpartnerinnen und -partner äußerten den Wunsch nach einer Stärkung der Präventionsarbeit durch die SGF, um die Gesundheitskompetenz der Kinder zu stärken und die Lehrkräfte zu beraten. SGF könnten u.a. im Rahmen von Unterrichtseinheiten oder Projektwochen zu Prävention und Gesundheitsförderung in den Bereichen Schwangerschaft und Geburt sowie Hygiene beitragen. Mehrfach wurde zudem die Idee geäußert, Erste-Hilfe-Kurse für Schülerinnen und Schülern anzubieten:

> *„Die [SGF] hat jetzt eine Info weitergeleitet, […], wie man vielleicht auch Erste-Hilfe-Kurse mit Kinder umsetzt. Also um auch Kinder inhaltlich da fit zu machen. Dass sie es nicht nur erleben, 'ah, okay, da kriege ich geholfen', sondern 'ich werde auch kompetent für mich, meinen Körper und auch für andere'. […] Und das könnte ich mir sicher vorstellen, dass das auch sehr hilfreich wäre, wenn wir da nochmal/ das nochmal ausbauen." (Schulleitung 4, 86)*

Ausbau der Schulgesundheitspflege

Die Ausweitung des Stellenanteils der SGF wurde von vielen Interviewpartnerinnen und -partnern als Hebel zur Weiterentwicklung der Schulgesundheitspflege identifiziert. Durch eine Erhöhung der Arbeitsstunden könnte u.a. die Versorgung am Nachmittag sichergestellt, eine umfassendere Betreuung der Kinder gewährleistet, die inner- und außerschulische Vernetzung der SGF verbessert und die Teilnahme an Teambesprechungen und Elterngesprächen gestärkt werden. Zudem äußerten die Interviewpartnerinnen und -partner den Wunsch nach einer Verstetigung des Einsatzes der SGF an den 26 Schulen sowie eine zukünftige Ausweitung des Projekts auf weitere Schulen.

4.5 Veränderungen durch den Einsatz der Schulgesundheitsfachkräfte

4.5.1 Veränderungen für Eltern

Die Mehrzahl der interviewten Eltern berichtete, dass der Einsatz der SGF mit einem erhöhten Sicherheitsgefühl einherging. Dies resultierte aus dem Wissen, dass die Kinder in der Schule medizinisch gut versorgt waren, sowie aus der Verfügbarkeit der SGF als fachlich kompetente Ansprechperson für Eltern bei Fragen zu gesundheitlichen Belangen. Ein Elternteil erzählte im Interview:

> *„Ich konnte mich halt auch medizinisch mit ihr unterhalten, weil mit einer Gehirnerschütterung kann ja auch sowas vielleicht hinterher ziehen. Und da hat sie gleich abgewägt, dass das keine Anzeichen sind. Und hat mich auch beruhigt.“ (Eltern 1, 10)*

Etwa die Hälfte der Eltern berichtete darüber hinaus von einer Entlastung im Alltag, da sie beispielsweise weniger Anrufe aus der Schule bekamen, ihr Kind seltener abholen mussten und sich dadurch die Fehlzeiten am Arbeitsplatz verringerten. Die genannten Themen wurden von den Eltern der Kinder mit und ohne chronische Erkrankung gleichermaßen thematisiert.

4.5.2 Veränderungen für Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen

Die Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen berichteten, welche Kerndimensionen der Schulgesundheitspflege von den SGF in der Versorgung bereits umgesetzt wurden bzw. welche nicht umgesetzt wurden, aber hilfreich gewesen wären. Die Ergebnisse sind in Abbildung 8 dargestellt.

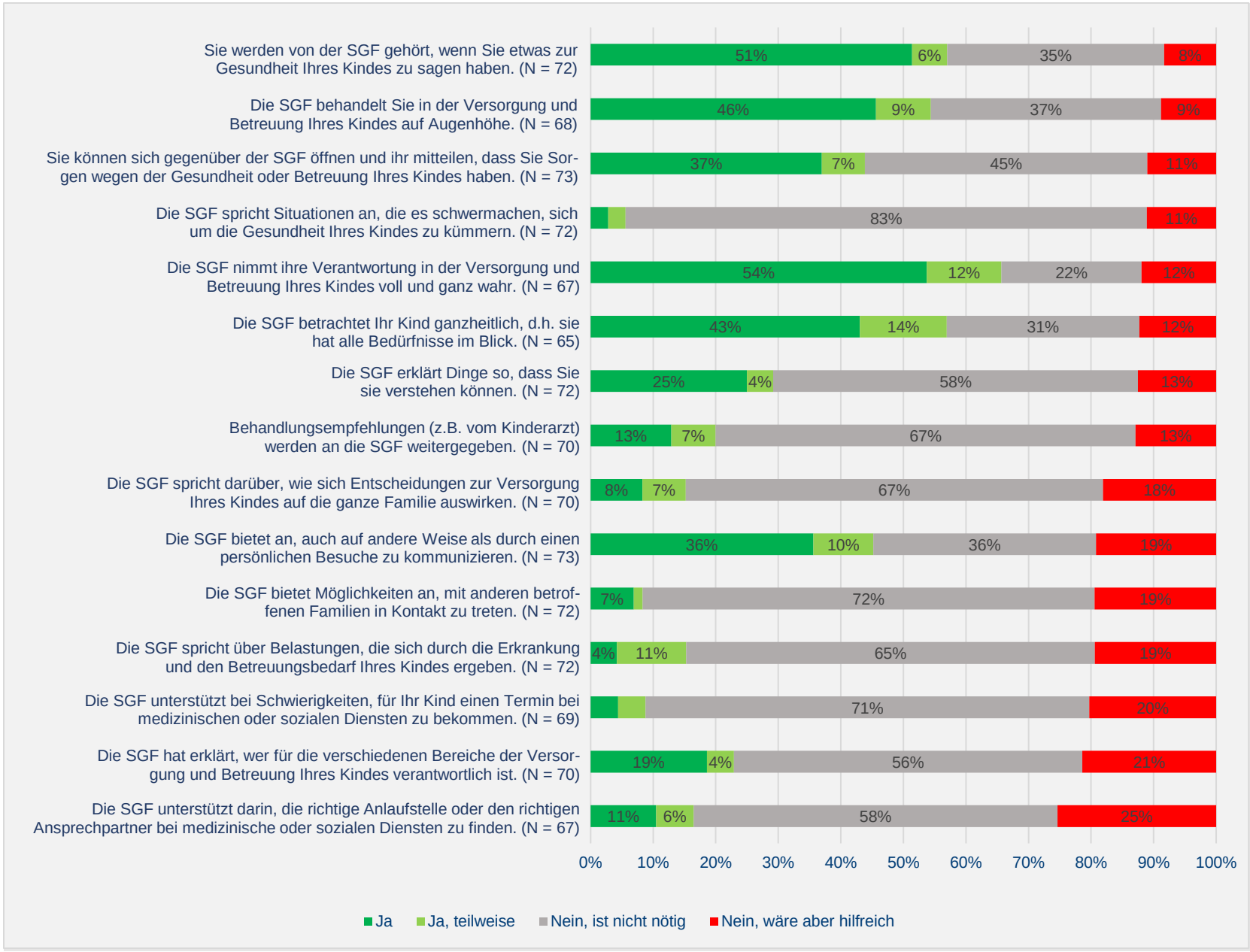


Abbildung 8: Umsetzung von Kerndimensionen der Schulgesundheitspflege durch die SGF. SGF, Schulgesundheitsfachkraft. Datenquelle: Befragung der Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen.

4.5.3 Veränderungen für Schülerinnen und Schüler

Das Schulpersonal wurde 6 und 12 Monate nach Einführung der SGF befragt, inwiefern sich die Situation für Schülerinnen und Schüler veränderte. Die Ergebnisse sind in Abbildung 9 zusammengefasst.

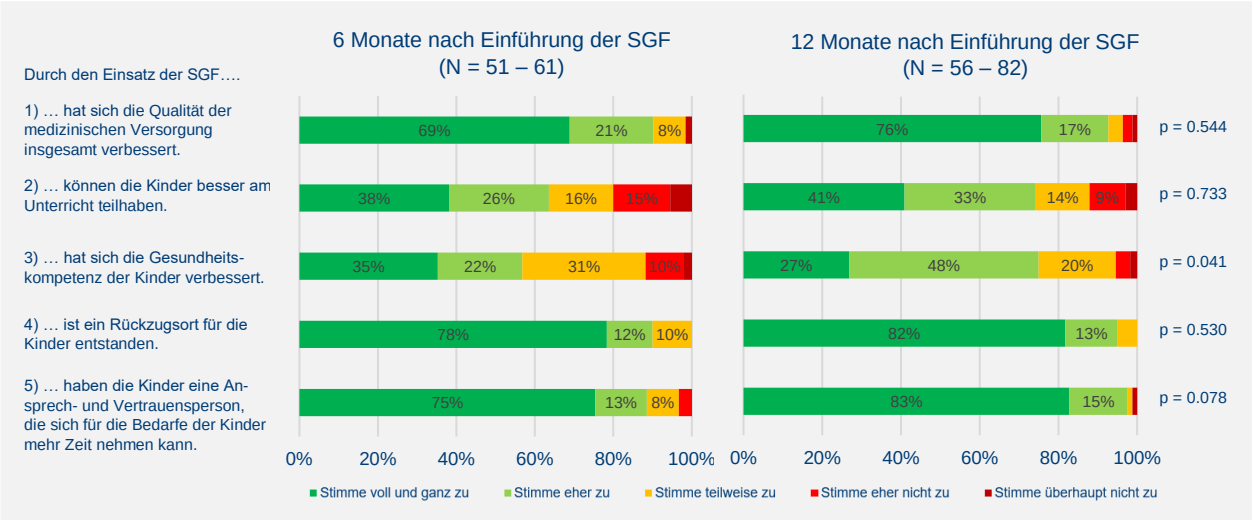


Abbildung 9: Veränderungen für Schülerinnen und Schüler durch den Einsatz der Schulgesundheitsfachkräfte aus Sicht des Schulpersonals. SGF, Schulgesundheitsfachkraft. Datenquelle: Schulpersonalbefragungen.

4.5.4 Veränderungen für Schülerinnen und Schüler mit chronischen Erkrankungen

<u>Gesteigerte Inklusion im Schulalltag</u>

Sechs bzw. 12 Monate nach Einführung der SGF gaben 71% bzw. 83% des Schulpersonals an, dass chronisch erkrankte Kinder nun besser an Schulausflügen teilnehmen können (p = 0.220). Der Aussage, dass chronisch erkrankte Kinder nun besser an der Nachmittagsbetreuung teilnehmen können, stimmten nach 6 Monaten 58% und nach 12 Monaten 60% des Schulpersonals zu (p = 0.269).

<u>Kompetente Ansprechperson</u>

In den Interviews wurde die Rolle der SGF als kompetente Ansprechperson und niederschwellig zugängliche Anlaufstelle thematisiert. Ein Elternteil berichtete beispielsweise:

> *„[Die SGF] guckt ab und zu auf ihn. Also, wenn Zucker so nicht stimmt oder so, die Lehrkräfte rufen sie, zu kontrollieren. Und ich habe ihm auch gesagt, 'wenn immer du dich schlecht fühlst oder fühlst, dass etwas nicht stimmt, du kannst immer zu [der SGF] gehen'. Er hat es verstanden, hat zugestimmt. Hat gesagt, ja, dass er macht. Hat paar Mal erwähnt, dass er mit [der SGF] in ihr Zimmer war wegen Überzuckerung, ich glaube, hohen Zucker. […] Also er ist bewusst, dass er ihre Hilfe in jedem Moment aussuchen kann.“ (Eltern 10, 22)*

Weniger Unterrichtsfehlzeiten aufgrund der chronischen Erkrankung

In den Interviews ergaben sich Hinweise darauf, dass Kinder mit chronischen Erkrankungen seltener nach Hause geschickt werden mussten und dadurch weniger Unterricht verpassten. Ein Elternteil, dessen Kind an Diabetes erkrankt ist, berichtete von der Blutzuckerkontrolle durch die SGF:

> *„Weil es passierte, also bevor [die SGF] da war, passierte es mehrmals, dass mein Kind früher von der Schule abgeholt werden muss, zum Beispiel, weil sein Zucker hoch war, obwohl alles eigentlich in Ordnung war. Und deswegen, ja, habe ich sehr gerne, dass ihn [die SGF] jederzeit kontrollieren kann seinen Zustand und durchschätzen kann als Fachperson, ob alles mit ihm in Ordnung ist oder er wirklich/ ob es wirklich notwendig ist, dass er abgeholt wird. Sodass mein Kind also verpasst weniger Unterricht jetzt wegen seiner Erkrankung.“ (Eltern 10, 4)*

Rückzugsort

Lehrkräfte schilderten in den Interviews, dass für Kinder mit chronischen Erkrankungen der neu gewonnene Rückzugsort eine wichtige Rolle spielte. Durch das Behandlungszimmer der SGF konnten die Kinder im Bedarfsfall kurz den Unterricht verlassen und sich eine Auszeit nehmen, um anschließend wieder in den Unterricht zurückzukehren.

4.5.5 Veränderungen für das Schulpersonal

Sechs Monate nach Einführung der SGF berichtete 83% des Schulpersonals von einer deutlichen Entlastung im Schulalltag. Nach 12 Monaten fühlten sich 85% deutlich entlastet (p = 0.807). Das Schulpersonal wurde des Weiteren befragt, inwiefern die SGF sie in unterschiedlichen Bereichen unterstützte. Die Ergebnisse 6 und 12 Monate nach Einführung der SGF sind in Abbildung 10 dargestellt.

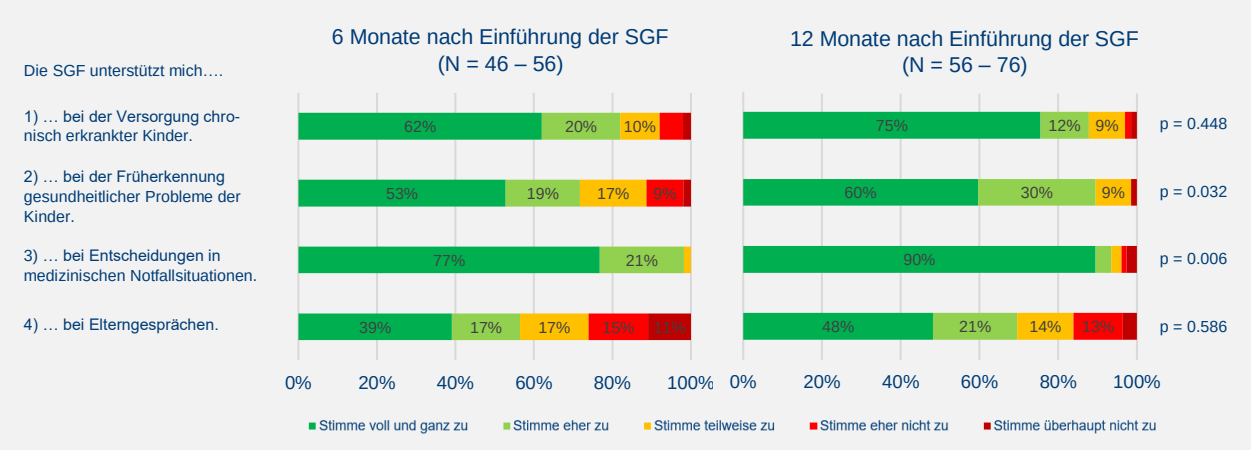


Abbildung 10: Unterstützung des Schulpersonals durch den Einsatz der Schulgesundheitsfachkräfte aus Sicht des Schulpersonals. SGF, Schulgesundheitsfachkraft. Datenquelle: Schulpersonalbefragungen.

Zudem gaben nach 6 Monaten 79% und nach 12 Monaten 87% der Lehrkräfte an, dass sich die Unterrichtssituation durch die SGF verbessert hatte (p = 0.189). Für 67% des Schulpersonals hatte sich 6 Monate nach Einführung der SGF die Erholung in den Pausen wesentlich gesteigert. Nach 12 Monaten gaben dies 81% an (p = 0.332).

In den Interviews berichtete das Schulpersonal von einem Zuwachs an Wissen durch die beratende Tätigkeit der SGF:

> *„Und wir bekommen ja ebenfalls auch Beratung von der Schulgesundheitsfachkraft, wo wir dann nochmal auch einwirken können oder durch die Beratung mehr Wissen erhalten, grade wenn die Schulgesundheitsfachkraft nicht vor Ort ist. (Lehrkraft 6, 19)“*

Nichtsdestotrotz zeigte sich bei der Frage nach dem Sicherheitsempfinden im Umgang mit Erkrankungen, Beeinträchtigungen oder (Notfall-) Situationen in Abwesenheit der SGF, weiterhin eine große Unsicherheit. Vor Einführung der SGF lag der Anteil des Schulpersonals, der sich eher oder sehr unsicher fühlte, bei 76%. Sechs Monate nach Einführung der SGF waren es 83% und 12 Monate nach Einführung 84%. Das Sicherheitsgefühl schwankte weiterhin je nach Versorgungsanlass. Die größte Unsicherheit bestand beim Umgang mit schweren akuten somatischen Erkrankungen wie schweren allergischen Reaktionen, epileptischen Anfällen oder Asthmaexazerbationen.

5. Diskussion

Die vorliegende Evaluation ergänzt Modellprojekte in anderen Bundesländern [21], indem erstmals der Einsatz von SGF mit einem expliziten Fokus auf der Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen an Grundschulen evaluiert wurde. Die Ergebnisse legen nahe, dass an Grundschulen großer Bedarf an einer verbesserten medizinisch-pflegerischen Versorgung besteht und diese Bedarfe von SGF über weite Strecken adressiert werden können. Dieser Umstand drückt sich u.a. in hohen Reichweiten der SGF zwischen 48 – 92% pro Schulhalbjahr aus. Mit den SGF stehen in Grundschulen erstmals Fachkräfte mit hoher Fachkompetenz für die Übernahme der medizinisch-pflegerischen Versorgung zur Verfügung. Hinweise auf vielfältige Effekte von SGF auf Schülerinnen und Schüler (z.B. erhöhte Versorgungsqualität, Ansprech- und Vertrauensperson) dokumentieren das Potenzial von SGF, zu einer gesundheitsorientierten Schulentwicklung beizutragen und bestehende medizinische Versorgungsangebote (u.a. ambulante und stationäre Versorgung, Öffentlicher Gesundheitsdienst) bedarfsgerecht zu ergänzen.

Einen besonderen Mehrwert bringen die SGF für Kinder mit chronischen Erkrankungen. Die Ergebnisse der Evaluation geben erste Hinweise darauf, dass durch die SGF eine vollumfängliche Versorgung und Betreuung der Kinder stattfindet, bei der die Bedürfnisse ganzheitlich betrachtet werden. Der Austausch zwischen SGF und Eltern wird als niederschwellig beschrieben (z.B. durch das Angebot unterschiedlicher Kommunikationswege). Zudem deuten die Ergebnisse darauf hin, dass positive Effekte der SGF neben der medizinisch-pflegerischen Versorgung auch in Bezug auf die schulische Teilhabe zu erwarten sind (z.B. Fehlzeiten, Schulausflüge, Ganztagsbetreuung). Die Effekte der SGF dürften sich auch auf die Eltern erstrecken, z.B. durch Entlastung und ein gesteigertes Sicherheitsgefühl. Durch die Reduktion elterlicher Arbeitsfehlzeiten könnten SGF einen Beitrag zur Verringerung der indirekten Kosten leisten, die mit chronischen Erkrankungen bei Kindern einhergehen.

Die Ergebnisse der Evaluation weisen nicht nur auf das vielfältige Potenzial von SGF zur Verbesserung der medizinisch-pflegerischen Versorgung an Grundschulen hin, sondern verdeutlichen auch ihr Potenzial zur Entlastung des Schulpersonals und zur Verbesserung der Unterrichtssituation. Besonders deutlich war die Entlastung in Bezug auf die Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen, der Früherkennung gesundheitlicher Probleme und in Notfallsituationen. Indem das Schulpersonal von der medizinisch-pflegerischen Versorgung entlastet wird, können sich die Lehrkräfte stärker auf ihre pädagogische Arbeit konzentrieren. Die SGF tragen damit auch abseits ihres medizinisch-pflegerischen Arbeitsauftrags zur Stärkung lernförderlicher Rahmenbedingungen an ihren Grundschulen bei.

Die identifizierten Implementierungsbarrieren gaben Hinweise, in welchen Bereichen die Schulgesundheitspflege weiterentwickelt werden könnte. Fehlzeiten der SGF, die durch die Teilnahme an der Weiterqualifizierung entstehen, könnten in Zukunft reduziert werden, indem Teile der Weiterbildung direkt nach der Einstellung und noch vor Aufnahme der Tätigkeit an den Grundschulen absolviert werden. Besonderes Augenmerk sollte in der Weiterqualifizierung auf dem Aufbau von Wissen über das Schulsystem liegen, um Inhalte der klinisch orientierten grundständigen Ausbildung der SGF zu ergänzen und eine optimale Vorbereitung auf ihren Einsatz in den Schulen zu unterstützen. Die häufige Thematisierung der derzeitigen Ausgestaltung der Schulgesundheitspflege über Teilzeitstellen und die zunehmende Ganztagsbeschulung deuten auch auf die Sinnhaftigkeit einer Ausweitung des Stellenanteils hin. Dies würde die Versorgung der Kinder zu Stoßzeiten am Vormittag entlasten und Raum für

Elterngespräche und Dienstbesprechungen am Nachmittag bieten. Eingeschränkte schulinterne Informationsflüsse, Reibungsverluste auf Ebene der Versorgungsprozesse und die heterogene Umsetzung der Schulgesundheitspflege weisen auf den möglichen Nutzen von Standards und Leitlinien hin, die insbesondere angesichts der vielfach diskutierten Ausweitung von Modellprojekten an Relevanz gewinnen dürften.

Die Evaluation zeichnete insgesamt ein detailliertes Bild der Schulgesundheitspflege an Grundschulen und leistet damit einen Beitrag zu einer möglichen zukünftigen Ausweitung von SGF an Grundschulen in Rheinland-Pfalz und anderen Bundesländern.

Limitationen

Die Interpretation der Studienergebnisse ist durch einige Limitationen eingeschränkt. Aus administrativen Gründen konnten keine Kontrollschulen ohne SGF in die Studie einbezogen werden. Die Umsetzung eines Stepped-Wedge-Designs (d.h. eines randomisierten stufenweisen Ausbaus des Angebots) war ebenfalls nicht möglich. Die dadurch eingeschränkte Aussagekraft der erhobenen Daten bezüglich der kausalen Effekte von SGF weist auf die Notwendigkeit robuster Studiendesigns mit hohem Evidenzlevel in zukünftigen Evaluationen hin. Dies erscheint umso wichtiger, da derzeit auf Bundesebene und in mehreren Bundesländern eine Skalierung der Schulgesundheitspflege diskutiert wird.

Die Interpretation der Ergebnisse ist darüber hinaus durch die Tatsache eingeschränkt, dass die Ausweitung der SGF an Grundschulen in Rheinland-Pfalz und damit die gegenständliche Evaluation parallel zu auslaufenden Pandemie-Maßnahmen erfolgte. Während die hier berichteten Ergebnisse aller Wahrscheinlichkeit nicht in relevantem Ausmaß durch die gleichzeitige Umsetzung von Pandemiemaßnahmen beeinflusst wurden (u.a. Zufriedenheit mit der SGF), konnten andere Endpunkte nicht erhoben werden. Aufgrund der im Erhebungszeitraum stattfindenden Homeschooling-Maßnahmen konnte beispielsweise der Effekt der SGF auf die Schulfehlzeiten der Kinder nicht dokumentiert werden.

Trotz des umfassenden Feldzugangs über die „Ranzenpost“ konnten insbesondere bei der Rekrutierung der Eltern Selektionseffekte nicht vollständig ausgeschlossen werden. Dies zeigte sich u.a. an einem im Mittel hohen Bildungsabschluss der teilnehmenden Eltern. In zukünftigen Studien könnten alternative Erhebungsmethoden ins Auge gefasst werden, die eine niederschwellige Beteiligung für alle Elterngruppen ermöglichen (z.B. computergestützte telefonische oder persönliche Befragungen). Während die Perspektiven von Eltern, Schulpersonal und SGF durch die Kombination aus qualitativen und quantitativen Daten umfangreich dargestellt wurde, konnte die Perspektive der Schülerinnen und Schüler aus logistischen Gründen nur indirekt über Fremdberichte berücksichtigt werden. Zukünftige Studien zur Umsetzung und Effektivität von SGF sollten die Machbarkeit eines direkten Einbezugs der Perspektiven von Grundschulkindern in die Datenerhebung prüfen (z.B. über kindgerecht durchgeführte Einzel- oder Gruppeninterviews).

6. Empfehlungen

Aus den Ergebnissen der Evaluation lassen sich folgende praxis- und forschungsrelevante Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Schulgesundheitspflege an Grundschulen in Rheinland-Pfalz ableiten.

Empfehlungen für die Versorgungspraxis

Umfassende Vorbereitung der SGF auf ihren Einsatz in den Schulen
Das Ankommen der SGF an den Schulen könnte durch eine umfassende Vorbereitung auf den Schuleinsatz erleichtert werden. In diesem Zusammenhang sollte eine frühzeitige Weiterbildung der SGF zum Schulsystem erwogen werden. In gemeinsamen Gesprächen zwischen der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V., den zuständigen Schulträgern, den Schulleitungen und den SGF sollten bereits vor dem Tätigkeitsbeginn der SGF organisatorische Rahmenbedingungen abgeklärt werden (u.a. die Bereitstellung des Raums und Internetzugangs). Weiterhin wären einheitliche Regelungen für die Bestellung von Verbrauchsmaterialien im laufenden Schulbetrieb empfehlenswert.

Anpassung der Weiterbildungszeiten
Um die Abwesenheitszeiten der SGF in den Grundschulen zu verringern, sollte eine Anpassung der Weiterbildungszeiten erwogen werden. Weiterbildungsblöcke könnten z.B. vor dem Tätigkeitsbeginn der SGF an den Schulen und vorrangig in den Ferienzeiten abgehalten werden.

Evidenzbasierte Weiterentwicklung der Unterstützungsstrukturen für SGF
In der Evaluation zeigten sich für den Bereich der Unterstützungsstrukturen für SGF Hinweise auf mögliche Weiterentwicklungspotenziale (u.a. Notwendigkeit der Pädiatrischen Sprechstunde, Zeitpunkt der wöchentlichen Austauschtreffen). Da diese jedoch nicht näher spezifiziert werden konnten, sollte eine gesonderte Evaluation vorhandener Strukturen und ggf. deren Weiterentwicklung erwogen werden.

Weiterentwicklung der Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen
Zur Optimierung der Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen sollten Schwerpunkte auf dem Ausbau der Beratungs- und Vermittlungsfunktion der SGF für Eltern sowie der außerschulischen Vernetzung mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und Kinderarztpraxen liegen. Die Entwicklung von schulübergreifenden Standards für die Tätigkeit der SGF könnte die Versorgung und ihre Bedarfs- und Bedürfnisgerechtigkeit stärken. Datenschutzrechtliche Regelungen sollten geprüft und dort wo möglich so angepasst werden, dass ein reibungsloser sektorenübergreifender Austausch mit den SGF bestmöglich unterstützt wird.

Stärkung der Kommunikation zwischen Schulleitung, Lehrpersonal und SGF
Zur Stärkung der innerschulischen Kommunikation sollte die Entwicklung und Umsetzung eines Kommunikationskonzepts erwogen werden, das u.a. die folgenden Komponenten umfasst: (1) regelmäßiger Austausch zwischen Schulleitung und SGF vor Projektbeginn und während des Schuljahres, (2) allgemeingültige Regelungen zum versorgungsbezogenen Informationsaustausch zwischen Schulpersonal und SGF (z.B. einheitliche Rückmeldung nach Versorgungsanlass), (3) datenschutzrechtliche Prüfung der Einbindung der SGF in schulinterne Kommunikationskanäle (z.B. Schulapp), um den Informationsaustausch zwi-

schen Schulpersonal und SGF zu stärken, sowie (4) frühzeitiger Austausch zwischen Schulsozialarbeit und SGF, um frühzeitig eine Verständigung über Tätigkeits- und Zuständigkeitsbereiche zu ermöglichen.

Ausbau der projektbezogenen Öffentlichkeitsarbeit
Da sich für mehrere Akteurinnen und Akteure inner- wie außerhalb der Schulen Informationslücken in Bezug auf die Tätigkeitsbereiche und Kontaktdaten der SGF zeigten (u.a. Öffentlicher Gesundheitsdienst, Kinderarztpraxen, Lehrpersonal), wären die Bereitstellung niederschwellig zugänglicher projektbezogener Informationen sowie eine Stärkung der Öffentlichkeitsarbeit empfehlenswert.

Entwicklung einer nationalen Leitlinie für SGF
Aufgrund der heterogenen Umsetzung der Schulgesundheitspflege wäre die Erarbeitung einer nationalen Leitlinie für SGF empfehlenswert.

<u>Empfehlungen für die Forschung</u>
Auf Basis der vorliegenden Evaluation sollte in einem nächsten Schritt eine kontrollierte Interventionsstudie mit robustem Studiendesign und höherem Evidenzlevel durchgeführt werden (z.B. cluster-randomisierte Studie im Stepped-Wedge-Design). Damit würden sich bundesweit erstmalig unverzerrte Effekte von SGF umfassend abschätzen lassen. Alternativ könnte die Nutzung von quasi-experimentellen Studiendesigns in Kombination mit Sekundärdaten in Erwägung gezogen werden (z.B. ambulante Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung, schulbezogene Daten der Unfallkasse). Zudem sollten alternative Erhebungsmethoden (z.B. Übersetzung in Fremdsprachen, computergestützte telefonische oder persönliche Befragungen) im Rahmen der Elternbefragung in Betracht gezogen werden, um Selektionseffekte zu reduzieren, Rücklaufquoten zu erhöhen und somit die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse zu stärken. Neben dem Schulpersonal, den SGF und den Eltern sollten auch die Perspektiven der Schülerinnen und Schülern in zukünftigen Evaluationen von SGF direkt abgebildet werden.

Literaturverzeichnis

1. Van Cleave J, Gortmaker SL, Perrin JM. Dynamics of obesity and chronic health conditions among children and youth. Jama. 2010;303(7):623-30.
2. Bitsko RH, Claussen AH, Lichstein J, Black LI, Jones SE, Danielson ML, et al. Mental health surveillance among children—United States, 2013–2019. MMWR supplements. 2022;71(2):1.
3. Augustin-Dittmann S. The development of all-day schooling in Germany: how was it possible in this conservative welfare state? German Policy Studies/Politikfeldanalyse. 2010;6(3).
4. Knigge M, Kollosche D. Inclusive Education in German Schools. In: Kollosche D, Marcone R, Knigge M, Penteado MG, Skovsmose O. Inclusive Mathematics Education: State-of-the-Art Research from Brazil and Germany. Cham: Springer International Publishing. 2019:13-22.
5. Hedderich I, Tscheke J. Auswirkungen chronischer körperlicher Erkrankungen auf Schule und Unterricht. Wenn Kinder und Jugendliche körperlich chronisch krank sind: Psychische und soziale Entwicklung, Prävention, Intervention. 2013:119-33.
6. Schaeffer D. Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf - Einleitung. Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. 2009.
7. Suhrcke M, de Paz Nieves C. The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high-income countries: a review of the evidence: World Health Organization. Regional Office for Europe. 2011.
8. Hoffmann I, Diefenbach C, Gräf C, König J, Schmidt MF, Schnick-Vollmer K, et al. Chronic health conditions and school performance in first graders: a prospective cohort study. PLoS One. 2018;13(3):e0194846.
9. McLean HQ, Peterson SH, King JP, Meece JK, Belongia EA. School absenteeism among school-aged children with medically attended acute viral respiratory illness during three influenza seasons, 2012-2013 through 2014-2015. Influenza and other respiratory viruses. 2017;11(3):220-9.
10. Kahl H, Dortschy R, Ellsässer G. Injuries among children and adolescents (1–17 years) and implementation of safety measures. Results of the nationwide German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt-Gesundheits-forschung-Gesundheitsschutz. 2007;50:718-27.
11. Unfallkasse Rheinland-Pfalz. Auf einen Blick: Unfallkasse in Zahlen. Geschäftbericht 2023. Verfügbar unter: https://www.ukrlp.de/ueber-uns/zahlen-daten-fakten/.
12. Hill NJ, Hollis M. Teacher time spent on student health issues and school nurse presence. The Journal of School Nursing. 2012;28(3):181-6.
13. World Health Organization. WHO guideline on school health services: Web Annex E. Systematic reviews of the effectiveness and acceptability of comprehensive school health services: evidence summaries. World Health Organization. 2021.
14. Best NC, Oppewal S, Travers D. Exploring school nurse interventions and health and education outcomes: An integrative review. The Journal of School Nursing. 2018;34(1):14-27.
15. Holmes BW, Sheetz A, Allison M, Ancona R, Attisha E, Beers N, et al. Role of the school nurse in providing school health services. Pediatrics. 2016;137(6).
16. World Health Organization. European framework for quality standards in school health services and competences for school health professionals. World Health Organization. Regional Office for Europe. 2014.
17. Görres S, Schmitt S. Schulgesundheitspflege in Deutschland? - Eine Übersichtsarbeit zu Aufgaben und Rollen von School Nurses. 2012.
18. Magalnick H, Mazyck D. Role of the school nurse in providing school health services. Pediatrics. 2008;121(5):1052-6.
19. Maughan E, Bobo N, Butler S, Schantz S, Schoessler S. Framework for 21st Century School Nursing Practice: An Overview. NASN Sch Nurse. 2015;30(4):218-31.
20. Manz U. Schulgesundheitspflege in Deutschland. Pflege & Gesellschaft 4/2021. 2021.

21. Tannen A, Adam Y, Ebert J, Ewers M. Schulgesundheitspflege an allgemeinbildenden Schulen: Teil 2 - Implementationsbegleitung und Wirkungsanalyse. Working Paper No. 18-03 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik. Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin. 2018.
22. Fischer J, Diefenbach C, Malonga Makosi D, Schmazinski U, Eichinger M, Urschitz MS. Schulgesundheitsfachkräfte an Grundschulen. Erste Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie. Kinderärztliche Praxis. 2022;93(1):21-26.
23. Fischer J, Diefenbach C, Eichinger M, Schmidt MF, Urschitz MS. Abschlussbericht. Machbarkeitsstudie zur Schulgesundheitsfachkraft. Verfügbar unter: https://www.unimedizin-mainz.de/imbei/epidemiologie/paediatrische-epidemiologie/projekte/machbarkeitsstudie-zur-schulgesundheitsfachkraft/uebersicht.html.
24. Kuckartz U, Rädiker S. Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung: Grundlagentexte Methoden, Grundlagentexte Methoden. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. 2022.
25. Schmidt S, Thyen U, Chaplin J, Mueller-Godeffroy E, Group ED. Cross-cultural development of a child health care questionnaire on satisfaction, utilization, and needs. Ambulatory Pediatrics. 2007;7(5):374-82.
26. Willems J, Bablok I, Sehlbrede M, Farin-Glattacker E, Langer T. The German pediatric integrated care survey (PICS-D): Translation, adaptation, and psychometric testing. Frontiers in pediatrics. 2022;10:1057256.

Danksagung

Wir möchten uns an dieser Stelle recht herzlich bei allen Unterstützerinnen und Unterstützern der Evaluation bedanken. Besonderer Dank gebührt den Schulleitungen, Lehrkräften, Eltern, Schülerinnen und Schülern, SGF sowie dem gesamten Schulpersonal in den Projektschulen, die durch ihre Offenheit, ihr Vertrauen und ihr Mitwirken maßgeblich zum Gelingen der Evaluation beigetragen haben.

Dank geht auch an unsere regionalen Partnerinnen und Partner, die uns während der gesamten Projektlaufzeit mit Rat und Tat zur Seite standen. Wir danken insbesondere den Projektpartnerinnen im Ministerium für Bildung Rheinland-Pfalz (Ute Schmazinski, Sarah Mattern, Tabea Waldforst) und der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (Alke Peters, Monika Kislik, Nele Sieker, Vivian Feller).

Anhang

Tabelle A1: Messinstrumente der Elternbefragungen

Konstrukt	Item	Antwortoptionen	Operationalisierung
Status quo vor Einführung der SGF			
Inanspruchnahme und Zufriedenheit mit der Akutversorgung	Hatte Ihr Kind in den letzten 6 Monaten mindestens eine akute Erkrankung, wegen der es in der Schule versorgt werden musste? Falls ja, wie zufrieden waren Sie mit der Versorgung an der Schule?	Nein/Ja Nicht zufrieden; teilweise zufrieden; zufrieden; sehr zufrieden; äußerst zufrieden	Adaptiert von CHC-SUN [25], Skala „School services“
Inanspruchnahme und Zufriedenheit mit der Unfallversorgung	Hatte Ihr Kind in den letzten 6 Monaten während des Schulbesuchs Unfälle/Verletzungen, wegen der es akut versorgt werden musste? Falls ja, wie zufrieden waren Sie mit der Versorgung in der Schule?	Nein/Ja Nicht zufrieden; teilweise zufrieden; zufrieden; sehr zufrieden; äußerst zufrieden	Adaptiert von CHC-SUN [25], Skala „School services“
Unzufriedenheit mit der Versorgung	Bitte denken Sie an die Gesundheitsversorgung an der Schule insgesamt: Wenn Sie in den letzten 6 Monaten unzufrieden waren, was waren die Gründe dafür?	Freitextfrage	Adaptiert von CHC-SUN [25], Skala „School services”
Implementierung der SGF			
Einstellung zur Schulgesundheitspflege (6 und 12 Monate nach Einführung der SGF)	Bitte schätzen Sie ein, inwiefern die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen. 1) Der Einsatz einer SGF ist an der Schule meines Kindes unerlässlich. 2) Mein Kind profitiert vom Einsatz der SGF. 3) Ich profitiere vom Einsatz der SGF.	Trifft überhaupt nicht zu; trifft eher nicht zu; trifft teilweise zu; trifft eher zu; trifft voll und ganz zu	Eigenes Item
Inanspruchnahme und Zufriedenheit mit der Akutversorgung durch die SGF (6 und 12 Monate nach Einführung der SGF)	Hatte Ihr Kind in den letzten 6 Monaten mindestens eine akute Erkrankung, wegen der es in der Schule versorgt werden musste? Falls ja, wie zufrieden waren Sie mit der Versorgung an der Schule?	Nein/Ja Nicht zufrieden; teilweise zufrieden; zufrieden; sehr zufrieden; äußerst zufrieden	Adaptiert von CHC-SUN [25], Skala „School services“

Inanspruchnahme und Zufriedenheit mit der Unfallversorgung durch die SGF (6 und 12 Monate nach Einführung der SGF)	Hatte Ihr Kind in den letzten 6 Monaten während des Schulbesuchs Unfälle/Verletzungen, wegen der es akut versorgt werden musste? Falls ja, wie zufrieden waren Sie mit der Versorgung in der Schule?	Nein/Ja Nicht zufrieden; teilweise zufrieden; zufrieden; sehr zufrieden; äußerst zufrieden	Adaptiert von CHC-SUN [25], Skala „School services
Zufriedenheit mit der Versorgung durch die SGF (6 und 12 Monate nach Einführung der SGF)	Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Versorgung durch die SGF?	Nicht zufrieden; teilweise zufrieden; zufrieden; sehr zufrieden; äußerst zufrieden; mein Kind wurde bisher nicht versorgt	Eigenes Item
Unzufriedenheit mit der Versorgung durch die SGF (6 und 12 Monate nach Einführung der SGF)	Wenn Sie mit der SGF unzufrieden sind, was sind die Gründe dafür?	Freitextfrage	Eigenes Item

SGF, Schulgesundheitsfachkraft.

Tabelle A2: Messinstrumente der Befragungen der Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen

Konstrukt	Item	Antwortoptionen	Operationalisierung
Status quo vor Einführung der SGF			
Inanspruchnahme und Zufriedenheit mit der Versorgung der CE	Hat bzw. hatte Ihr Kind in den letzten 6 Monaten eine chronische Erkrankung, wegen der es während des Schulbesuchs versorgt werden musste? Falls ja, wie zufrieden waren Sie mit der Versorgung an der Schule?	Nein/Ja Nicht zufrieden; teilweise zufrieden; zufrieden; sehr zufrieden; äußerst zufrieden	Adaptiert von CHC-SUN [25], Skala „School services“
Zufriedenheit mit dem Wissen der Lehrkräfte über die CE	Waren Sie zufrieden mit dem Wissen der Lehrkräfte über die Erkrankung Ihres Kindes?	Nicht zufrieden; teilweise zufrieden; zufrieden; sehr zufrieden; äußerst zufrieden	Eigenes Item
Zufriedenheit, wie Lehrkräfte auf die CE achten	Waren Sie zufrieden damit, wie die Lehrkräfte auf die Erkrankung Ihres Kindes achten?	Nicht zufrieden; teilweise zufrieden; zufrieden; sehr zufrieden; äußerst zufrieden	Eigenes Item
Implementierung der SGF			
Einstellung zur Schulgesundheitspflege (6 und 12 Monate nach Einführung der SGF)	Bitte schätzen Sie ein, inwiefern die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen. 1) Der Einsatz einer SGF ist an der Schule meines Kindes unerlässlich. 2) Mein Kind profitiert vom Einsatz der SGF. 3) Ich profitiere vom Einsatz der SGF.	Trifft überhaupt nicht zu; trifft eher nicht zu; trifft teilweise zu; trifft eher zu; trifft voll und ganz zu	Eigenes Item
Inanspruchnahme und Zufriedenheit mit der Versorgung der CE durch die SGF (6 und 12 Monate nach Einführung der SGF)	Hat bzw. hatte Ihr Kind in den letzten 6 Monaten eine chronische Erkrankung, wegen der es während des Schulbesuchs versorgt werden musste? Falls ja, wie zufrieden waren Sie mit der Versorgung an der Schule?	Nein/Ja Nicht zufrieden; teilweise zufrieden; zufrieden; sehr zufrieden; äußerst zufrieden	Adaptiert von CHC-SUN [25], Skala „School services“
Zufriedenheit mit der Versorgung durch die SGF (6 und 12 Monate nach Einführung der SGF)	Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Versorgung durch die SGF?	Nicht zufrieden; teilweise zufrieden; zufrieden; sehr zufrieden; äußerst zufrieden; mein Kind wurde bisher nicht versorgt	Eigenes Item

Versorgung der CE durch die SGF	Wer kümmert sich normalerweise um die medizinische Versorgung Ihres Kindes in der Schule?	Niemand; Lehrkräfte; Sekretariatsmitarbeitende; die SGF; Mitarbeitende der Ganztagsbetreuung; Andere Person, nämlich:_____	Adaptiert von Charité „Splash“ [21]
Veränderungen durch den Einsatz der SGF			
Umsetzung von Kerndimensionen der SGF-Tätigkeit	Im Folgenden geht es um Ihre Einschätzung zur SGF. Kreuzen Sie bitte die Antworten an, die Ihrer Meinung nach am besten passen. Beispielitems: • Bietet Ihnen die SGF Möglichkeiten, mit anderen betroffenen Familien in Kontakt zu treten? • Behandelt Sie die SGF in der Versorgung und Betreuung Ihres Kindes als Partner/in auf Augenhöhe? • Hat Ihnen die SGF erklärt, wer für die verschiedenen Bereiche der Versorgung und Betreuung Ihres Kindes verantwortlich ist?	Ja; ja, teilweise; nein, ist nicht nötig; nein, wäre aber hilfreich	Adaptiert von PICS-D [26]

CE, chronische Erkrankung; SGF, Schulgesundheitsfachkraft.

Tabelle A3: Messinstrumente der Schulpersonalbefragungen

Konstrukt	Item	Antwortoptionen	Operationalisierung
Status quo vor Einführung der SGF			
Wöchentlicher Zeitaufwand für die Versorgung gesundheitlicher Probleme	Wie groß ist Ihr wöchentlicher Zeitaufwand für die Übernahme von gesundheitsbezogenen Tätigkeiten für Schülerinnen und Schüler? (z.B. Erste Hilfe, Blutzucker messen, Medikamentengabe)	___ Stunden; ___ Minuten pro Woche; die Frage trifft auf mich nicht zu	Eigenes Item
Beeinträchtigung des Unterrichts	Wie stark wird Ihr Unterricht durch Unterbrechungen aufgrund der Übernahme von gesundheitsbezogenen Tätigkeiten für Schülerinnen und Schüler beeinträchtigt?	Überhaupt nicht (1) – sehr stark (5); die Frage trifft auf mich nicht zu	Eigenes Item
Zuständigkeitsgefühl für die Versorgung	Wie sehr stimmen Sie der folgenden Aussage zu? Ich fühle mich in meiner Tätigkeit für kranke Kinder zuständig.	Stimme nicht zu; stimme eher nicht zu; stimme eher zu; stimme zu; nicht relevant	Eigenes Item
Belastung durch die Versorgung	Wie sehr stimmen Sie der folgenden Aussage zu? Die Betreuung kranker Kinder stellt für mich eine Belastung dar.	Stimme nicht zu; stimme eher nicht zu; stimme eher zu; stimme zu; nicht relevant	Eigenes Item
Sicherheitsgefühl in Bezug auf die Versorgung medizinisch-pflegerischer Probleme	Wie sicher fühlen Sie sich aktuell im Umgang mit den folgenden Erkrankungen, Beeinträchtigungen oder (Notfall-) Situationen, die bei Schülerinnen und Schülern auftreten können? Beispielitems: • Offene Wunde • Kopfverletzung • Epileptischer Anfall • Diabetes • Schulangst/Schulphobie	Sehr sicher; eher sicher; eher unsicher; sehr unsicher; weiß nicht	Adaptiert von Charité „Splash“ [21]
Implementierung der SGF			
Einstellung zur Schulgesundheitspflege (6 und 12 Monate nach Einführung der SGF)	An Ihrer Schule hat eine SGF ihre Tätigkeit aufgenommen. Bitte schätzen Sie ein, inwiefern die folgenden Aussagen auf Sie persönlich zutreffen. 1) Der Einsatz der SGF bringt für mich persönlich Vorteile.	Trifft überhaupt nicht zu; trifft eher nicht zu; trifft teilweise zu; trifft eher zu; trifft voll und ganz zu	Eigene Items

	2) Die Ziele des Einsatzes der SGF halte ich für sehr wichtig. 3) Die SGF leistet einen wichtigen Beitrag für die Weiterentwicklung unserer Schule. 4) Der Einsatz der SGF ist an meiner Schule aus meiner Sicht unerlässlich.		
Zufriedenheit mit der Versorgung durch die SGF (6 und 12 Monate nach Einführung der SGF)	Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Versorgung durch die SGF?	Nicht zufrieden; teilweise zufrieden; zufrieden; sehr zufrieden; äußerst zufrieden	Eigenes Item
Unzufriedenheit mit der Versorgung durch die SGF (6 und 12 Monate nach Einführung der SGF)	Wenn Sie mit der SGF unzufrieden sind, was sind die Gründe dafür?	Freitextfrage	Eigenes Item
Veränderungen durch den Einsatz der SGF			
Veränderungen für Schülerinnen und Schüler (6 und 12 Monate nach Einführung der SGF)	Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Veränderungen für Schülerinnen und Schüler durch den Einsatz der SGF. Bitte geben Sie an, inwiefern Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Durch den Einsatz der SGF • hat sich die Qualität der medizinischen Versorgung insgesamt verbessert. • ist ein Rückzugsort für die Kinder entstanden. • haben die Kinder eine Ansprech- und Vertrauensperson, die sich für die Bedarfe der Kinder mehr Zeit nehmen kann. • können die Kinder besser am Unterricht teilhaben. • hat sich die Gesundheitskompetenz der Kinder verbessert.	Stimme überhaupt nicht zu; stimme eher nicht zu; stimme teilweise zu; stimme eher zu; stimme voll und ganz zu; weiß nicht	Eigenes Item auf Basis von Interviewdaten*
Veränderungen für Schülerinnen und Schüler mit CE (6 und 12 Monate nach Einführung der SGF)	Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Veränderungen für Schülerinnen und Schüler durch den Einsatz der SGF. Bitte geben Sie an, inwiefern Sie den folgenden Aussagen zustimmen.	Stimme überhaupt nicht zu; stimme eher nicht zu; stimme teilweise zu; stimme eher zu;	Eigenes Item auf Basis von Interviewdaten*

	Durch den Einsatz der SGF • können chronisch erkrankte Kinder besser an Schulausflügen teilnehmen. • können chronisch erkrankte Kinder besser an der Nachmittagsbetreuung teilnehmen.	stimme voll und ganz zu; weiß nicht	
Entlastung im Schulalltag (6 und 12 Monate nach Einführung der SGF)	Die folgende Aussage bezieht sich auf Veränderungen durch den Einsatz der SGF. Bitte geben Sie an, inwiefern Sie der folgenden Aussage zustimmen. Durch die SGF • fühle ich mich im Schulalltag deutlich entlastet.	Stimme überhaupt nicht zu; stimme eher nicht zu; stimme teilweise zu; stimme eher zu; stimme voll und ganz zu; weiß nicht	Eigenes Item auf Basis von Interviewdaten*
Unterstützung durch die SGF (6 und 12 Monate nach Einführung der SGF)	Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Veränderungen durch den Einsatz der SGF. Bitte geben Sie an, inwiefern Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Die SGF unterstützt mich • bei der Versorgung chronisch erkrankter Kinder. • bei der Früherkennung gesundheitlicher Probleme der Kinder. • bei Elterngesprächen. • bei Entscheidungen in medizinischen Notfallsituationen.	Stimme überhaupt nicht zu; stimme eher nicht zu; stimme teilweise zu; stimme eher zu; stimme voll und ganz zu; weiß nicht	Eigenes Item auf Basis von Interviewdaten*
Verbesserung der Unterrichts- und Pausensituation (6 und 12 Monate nach Einführung der SGF)	Die folgende Aussage bezieht sich auf Veränderungen durch den Einsatz der SGF. Bitte geben Sie an, inwiefern Sie den folgenden Aussagen zustimmen. Durch die SGF • hat sich für mich die Unterrichtssituation verbessert. • habe ich in den Pausen wesentlich mehr Erholung.	Stimme überhaupt nicht zu; stimme eher nicht zu; stimme teilweise zu; stimme eher zu; stimme voll und ganz zu; weiß nicht	Eigenes Item auf Basis von Interviewdaten*
Sicherheitsgefühl in Abwesenheit der SGF (6 und 12 Monate nach Einführung der SGF)	Wie sicher fühlen Sie sich aktuell im Umgang mit den folgenden Erkrankungen, Beeinträchtigungen oder (Notfall-) Situationen, wenn diese bei Schülerinnen und Schülern in Abwesenheit der SGF auftreten? Beispielitems: • Offene Wunde	Sehr sicher; eher sicher; eher unsicher; sehr unsicher; weiß nicht	Adaptiert von Charité „Splash“ [21]

	• Kopfverletzung • Epileptischer Anfall • Diabetes • Schulangst/Schulphobie		
Belastung durch die Versorgung (6 und 12 Monate nach Einführung der SGF)	Wie sehr stimmen Sie der folgenden Aussage zu? • Die Betreuung kranker Kinder stellt für mich eine Belastung dar.	Stimme nicht zu; stimme eher nicht zu; stimme eher zu; stimme zu; nicht relevant	Eigenes Item

*Die Items konnten aufgrund des Studiendesigns nur in Cluster 2 und 3 in den Befragungen 2 und 3 erhoben werden. CE, chronische Erkrankung; SGF, Schulgesundheitsfachkraft.